

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en la
evolución del trabajo de parto en gestantes
nulíparas atendidas en el Hospital Regional
Honorio Delgado durante el periodo 2012 - 2015**

Autor:

MARÍA ÁNGELA BARRIGA VALDERRAMA

Trabajo de Investigación para obtener el Título
Profesional de Médico Cirujano

**Arequipa - Perú
2016**

DEDICATORIA

A mis papás y a mi extendida e
incondicional familia



“A donde quiera que vayas, ve con todo tu corazón”

- Confucio



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	6
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	12
CAPÍTULO II RESULTADOS	17
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	36
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS	49
Anexo 1: Ficha de recolección de datos.....	50
Anexo 2 Matriz de sistematización de información.....	51
Anexo 3 Proyecto de investigación	52
Anexo 4 Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y la Estimulación Prenatal	105

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en la evolución del trabajo de parto en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el periodo 2012 - 2015.

Métodos: se revisaron las historias clínicas de gestantes con parto atendidos en el hospital y que hayan seguido el programa de psicoprofilaxis, comparadas con un grupo control de no usuarias. Se comparan variables mediante prueba chi cuadrado y t de Student o U de Mann Whitney.

Resultados: Se encontraron 21 gestantes que cumplieron con el programa de psicoprofilaxis, y se incluyeron 39 controles. La edad promedio de las gestantes con psicoprofilaxis fue de $25,95 \pm 5,02$ años y para las que no recibieron psicoprofilaxis fue de $23,82 \pm 3,64$ años, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$). La duración de la fase activa en el 5,13% de casos gestantes sin psicoprofilaxis duró de 2 a 4 horas, mientras que esta duración se observó en 38,10% de gestantes con psicoprofilaxis ($p < 0,05$); la tendencia se ve también al comparar la duración promedio ($4,84 \pm 2,48$ horas en el primer grupo, $5,49 \pm 1,66$ horas en el segundo; $p = 0,06$). Hubo una significativa menor duración del periodo expulsivo en el grupo con psicoprofilaxis (61,90% tuvo duración menor a los 15 minutos), mientras que en el grupo sin psicoprofilaxis la mayoría (53,85%) tuvo un expulsivo entre 15 y 30 minutos, siendo la diferencia significativa ($p < 0,05$). La duración promedio en el primer grupo fue de $17,86 \pm 10,69$ min y en el segundo fue de $24,21 \pm 14,42$ min ($p < 0,05$). El puntaje Apgar al primer minuto en la mayoría fue de 8 a 9 ($p > 0,05$), tendencia que continuó a los 5 minutos.

Conclusiones: La psicoprofilaxis obstétrica contribuye a disminuir de manera significativa la duración de la fase activa del trabajo de parto y del periodo expulsivo, aunque no influye sobre el puntaje Apgar del recién nacido.

PALABRAS CLAVE: Psicoprofilaxis – fase activa – periodo expulsivo – Apgar.

ABSTRACT

Objective: To determine the influence of obstetrical psycho in the evolution of labor in nulliparous pregnant women treated at the Regional Hospital Honorio Delgado during 2012 - 2015.

Methods: The medical records of pregnant women with childbirth treated in hospital were reviewed and who have followed the program psicoprofilaxis, compared with a control group of nonusers. variables were compared using chi-square test and Student t test or Mann-Whitney U.

Results: 21 pregnant women who completed the program psicoprofilaxis were found, and 39 controls were included. the average age of pregnant women with psicoprofilaxis was 25.95 ± 5.02 years and for those who received no psicoprofilaxis was 23.82 ± 3.64 years, with no significant differences between groups ($p > 0.05$). In case 5.13% without psicoprofilaxis lasted 2 to 4 hours, while the duration was observed in 38.10% of pregnant women with psicoprofilaxis ($p < 0.05$); the trend is also seen when comparing the average duration (4.84 ± 2.48 hours in the first group, 5.49 ± 1.66 hours in the second; $p = 0.06$). There was a significant shorter duration of expulsive in psicoprofilaxis group (61.90% was less than 15 minutes duration), while in the group without psicoprofilaxis most (53,85%) had an expulsive between 15 and 30 minutes , with the significant difference ($p < 0.05$). The average duration in the first group was 17.86 ± 10.69 min and the second was 24.21 ± 14.42 min ($p < 0.05$). Apgar score in the first minute in most was 8 to 9 ($p > 0.05$), a trend that continued at 5 minutes.

Conclusions: obstétrica psicoprofilaxis helps to reduce significantly the duration of the active phase of labor and the expulsion period, but has no effect on the Apgar score of the newborn.

KEYWORDS: Psicoprofilaxis - active phase - expulsive period - Apgar.

INTRODUCCIÓN

El recurso más valioso de toda civilización es su población, por lo que procurar su integral estado de bienestar es obligación de todos los gobiernos y tema principales de todas las agendas de desarrollo. La salud es la piedra angular a partir de la cual se pueden construir las demás fortalezas de un individuo y debe ser considerado el punto de partida desde el cual se puede llegar a los objetivos de realización personal y comunitaria. Desde este punto de vista, la salud materna toma realce por abarcar el bienestar del ser humano desde el inicio de su desarrollo; por ser la madre la cuidadora y formadora del mismo además de constituir el eje de la familia; por lo que su cuidado es primordial en toda política de salud y la morbimortalidad materna se extiende de ser un problema aislado de salud a un problema social.

La Obstetricia como especialidad médica tiene la gran responsabilidad de salvaguardar la salud de la madre y del feto, así como de procurar las mejores condiciones de ambos individuos durante el proceso del embarazo, en el momento del parto y en el puerperio.

Una de las preocupaciones más comunes de las gestantes, sobretodo de las nulíparas, es el trabajo de parto; por la incertidumbre del momento de su inicio, por el dolor y la intensidad con que lo perciben, añadiendo en el caso de las gestantes nulíparas el desconocimiento total de su cuerpo a esta experiencia, deviniendo en muchos casos la poca colaboración y un sentimiento negativo relación a la labor de parto.

La situación de miedo frente al momento del parto y dolor experimentado durante el mismo generó inquietud en la comunidad científica, resultando en teorías como la del Círculo Temor-Tensión-Dolor, que ubica al temor como un estímulo positivo del dolor percibido a nivel central, el cual no sólo intensifica el dolor que siente la gestante, sino que también perturba la coordinación fisiológica de las fibras musculares longitudinales y circulares del segmento inferior y del cuello; llevándose así un parto difícil y doloroso.

Así es como surgen escuelas como la escuela inglesa de Grantly, Dick Read, la escuela rusa de Platonov, Velvosky y Nicolaiev o la más conocida actualmente escuela de Fernand Lamaze que buscan disminuir el temor y el dolor percibido mediante la preparación informativa de la gestante y el descondicionamiento del dolor como parte del trabajo de parto, mediante la visualización positiva del mismo; naciendo así la Psicoprofilaxis Obstétrica como una herramienta de preparación para la gestante.

Durante mi rotación como interna del Servicio de Gineco-Obstetricia, aprecio en mayor extensión, en el Servicio de Obstetricia, la importancia del aspecto preventivo y educacional en las pacientes, a través de los controles prenatales, que buscan descartar y si no, vigilar los factores de riesgo tanto maternos como fetales. Noto también dentro de esta rotación la existencia de instrumentos oportunos que permiten un mejor desenlace para el momento del parto, como lo es la Psicoprofilaxis Obstétrica. Advierto, del mismo modo, la escasa cantidad de gestantes que ingresan al Servicio refiriendo haber recibido asesoramiento o clases sobre Psicoprofilaxis Obstétrica.

Cuestionando, así, los reales beneficios de la misma, deseo realizar el presente trabajo para corroborar los resultados de diversos estudios que colocan a la Psicoprofilaxis Obstétrica como herramienta importante para un buen y eficaz trabajo de parto y un estado saludable del recién nacido, teniendo en cuenta que no hay dentro de la bibliografía local estudios recientes que documenten su influencia, y siendo un derecho de toda gestante y establecida su aplicación en todos los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional por Resolución Ministerial 361- 2011.

Decido realizar este trabajo para describir la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el periodo 2012 - 2015 durante el trabajo de parto, estableciendo dos grupos para dicha comparación, uno integrado por gestantes nulíparas que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica y otro grupo control conformado por gestantes que no la recibieron.

Luego de llevar a cabo el estudio hemos encontrado la influencia positiva de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la duración del trabajo de parto, existiendo una diferencia significativa tanto la fase activa como el periodo expulsivo en el grupo de gestantes que recibieron dicha preparación. Así también no se halla diferencia significativa en el Apgar obtenido por los recién nacidos de gestantes que recibieron psicoprofilaxis obstétrica en comparación con los recién nacidos del grupo control.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la revisión documental.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora portátil con Sistema Operativo Windows 10, Paquete Office 2016 para Windows y Programa SPSS v.22 para Windows.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma histórica durante el periodo Enero 2012 – Diciembre 2015.

2.3. **Unidades de estudio:** historias clínicas del gestantes nulíparas atendidas en Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Población: Todas las historias clínicas de gestantes nulíparas atendidas en Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el periodo 2012 - 2015

Muestra: No se calculó un tamaño muestral ya que se abarcó a todos los integrantes de la población que cumplieron los criterios de selección.

2.4. Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Primigestas mayores de 18 años pero menos de 35 años
- Primigestas con una edad gestacional de 37 a 42 semanas
- Mujeres embarazadas que acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el periodo 2012 - 2015
- Gestantes nulíparas a quienes se controló el trabajo de parto
- Gestación con feto único y presentación cefálica
- Embarazadas que tuvieron un parto eutócico en el Hospital Regional Honorio Delgado

- **Criterios de Exclusión**

- Gestantes que ingresan al Servicio de Obstetricia con menos de 4 cm de dilatación cervical
- Pacientes con antecedentes de patologías crónicas
- Pacientes que hayan sido sometidas a inducción o conducidas durante todo el trabajo de parto

- Pacientes que posean partogramas incompletos
- Gestantes que ingresan en período expulsivo a sala de partos
- Paciente con alto riesgo obstétrico
- Gestantes con ruptura prematura de membranas
- Pacientes con patologías indicativas de cesárea

3. **Tipo de investigación:** Se trata de una investigación documental de tipo retrospectiva, en donde las unidades de estudio fueron las historias clínicas de gestantes nulíparas que atendieron su parto durante el período 2012 - 2015.

4. **Nivel de investigación:** Analítico – transversal – retrospectivo, porque establecerá una relación entre la variable estudiada y los grupos de estudio y control, durante el periodo 2012 - 2015

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se realizaron coordinaciones con la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (HRHD), así como con la Jefatura del Servicio de Obstetricia para solicitar el permiso respectivo para la ejecución de la investigación; a través del acceso al libro de registro de Psicoprofilaxis Obstétrica, libro de registro de Sala de Partos, revisión de historias clínicas y observación de pacientes de donde se extrajo información pertinente.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación por tratarse de una ficha de recolección de información.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento de las autoridades hospitalarias.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para determinar la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en las variables estudiadas se empleó la prueba de independencia Chi cuadrado para la asociación de variables categóricas, para la asociación de variables numéricas se empleó la prueba de T de Student. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.



INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL PERIODO 2012 - 2015

Tabla 1

Distribución de edad en gestantes según psicoprofilaxis

Edad (años)	Con psicoprofilaxis		Sin psicoprofilaxis		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 a	2	9,52%	5	12,82%	7	11,67%
20-24 a	7	33,33%	18	46,15%	25	41,67%
25-29 a	8	38,10%	12	30,77%	20	33,33%
30-34 a	3	14,29%	4	10,26%	7	11,67%
≥ 35 a	1	4,76%	0	0,00%	1	1,67%
Total	21	100,00%	39	100,00%	60	100,00%

Edad promedio \pm D. estándar (mín -máx)

- Con psicoprofilaxis: 25,95 \pm 5,02 años (19 – 35 años)
- Sin psicoprofilaxis: 23,82 \pm 3,64 años (18 – 32 años)

Prueba t = 1,89 G. libertad = 58 p = 0,06

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de las gestantes según edad y grupo de estudio; hubieron 9,52% de adolescentes en el grupo de psicoprofilaxis y 12,82% en las que no lo cumplieron, siendo la edad predominante en ambos grupos entre los 20 y 29 años; la edad promedio de las

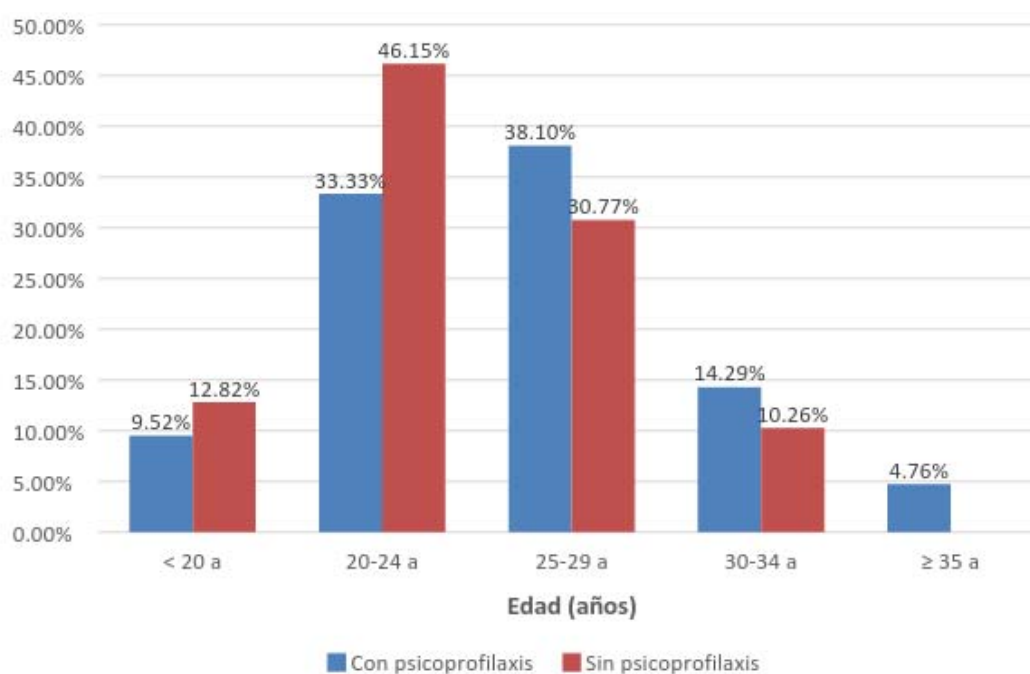
gestantes con psicoprofilaxis fue de $25,95 \pm 5,02$ años y para las que no recibieron psicoprofilaxis fue de $23,82 \pm 3,64$ años, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$).



INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL PERIODO 2012 - 2015

Gráfico 1

Distribución de edad de gestantes según psicoprofilaxis



INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL PERÍODO 2012 - 2015

Tabla 2

Distribución de estado civil en gestantes según psicoprofilaxis

E. civil	Con psicoprofilaxis		Sin psicoprofilaxis		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	5	23,81%	4	10,26%	9	15,00%
Conviviente	14	66,67%	35	89,74%	49	81,67%
Casada	2	9,52%	0	0,00%	2	3,33%
Total	21	100,00%	39	100,00%	60	100,00%

Chi² = 6,28

G. libertad = 2

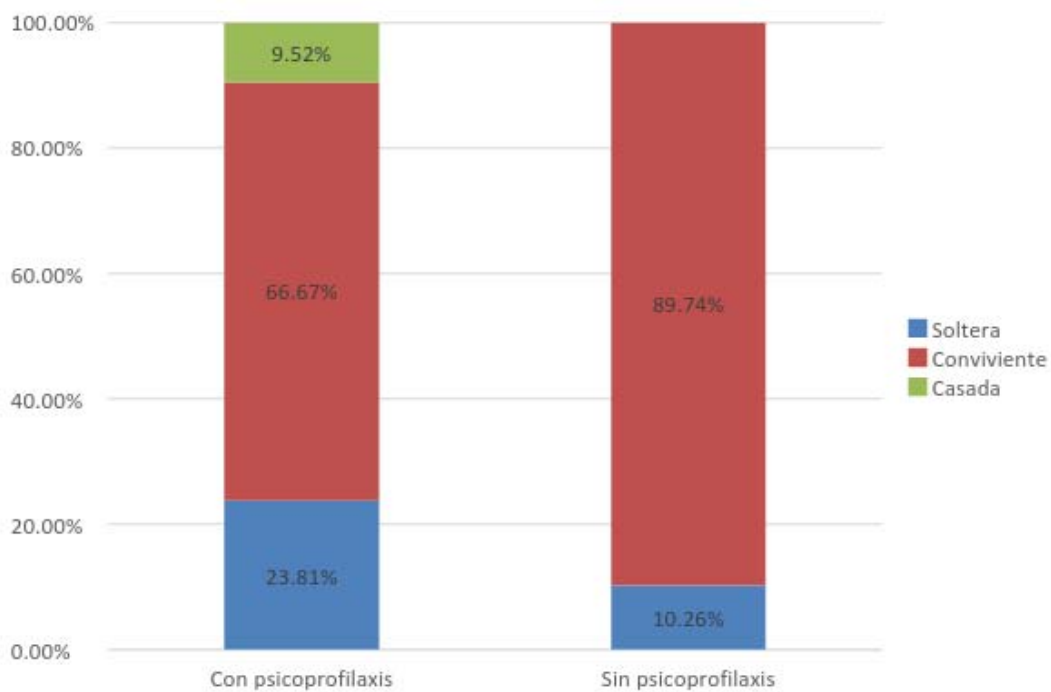
p = 0,04

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra el estado civil de las gestantes; en ambos grupos predominaron las convivientes (66,67% en casos con psicoprofilaxis, 89,74% entre aquellas sin psicoprofilaxis), aunque hubo más solteras en el primer grupo (23,81%) que en el segundo (10,26%), siendo las diferencias significativas ($p < 0,05$).

}
INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE EL PERIODO 2012 - 2015

Gráfico 2

Distribución de estado civil según psicoproflaxis



INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL PERIODO 2012 - 2015

Tabla 3

Distribución de grado de instrucción de gestantes según psicoprofilaxis

Grado de Instrucción	Con psicoprofilaxis		Sin psicoprofilaxis		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	0	0,00%	3	7,69%	3	5,00%
Secundaria	5	23,81%	18	46,15%	23	38,33%
Técnica	2	9,52%	12	30,77%	14	23,33%
Superior	14	66,67%	6	15,38%	20	33,33%
Total	21	100,00%	39	100,00%	60	100,00%

Chi² = 16,80

G. libertad = 3

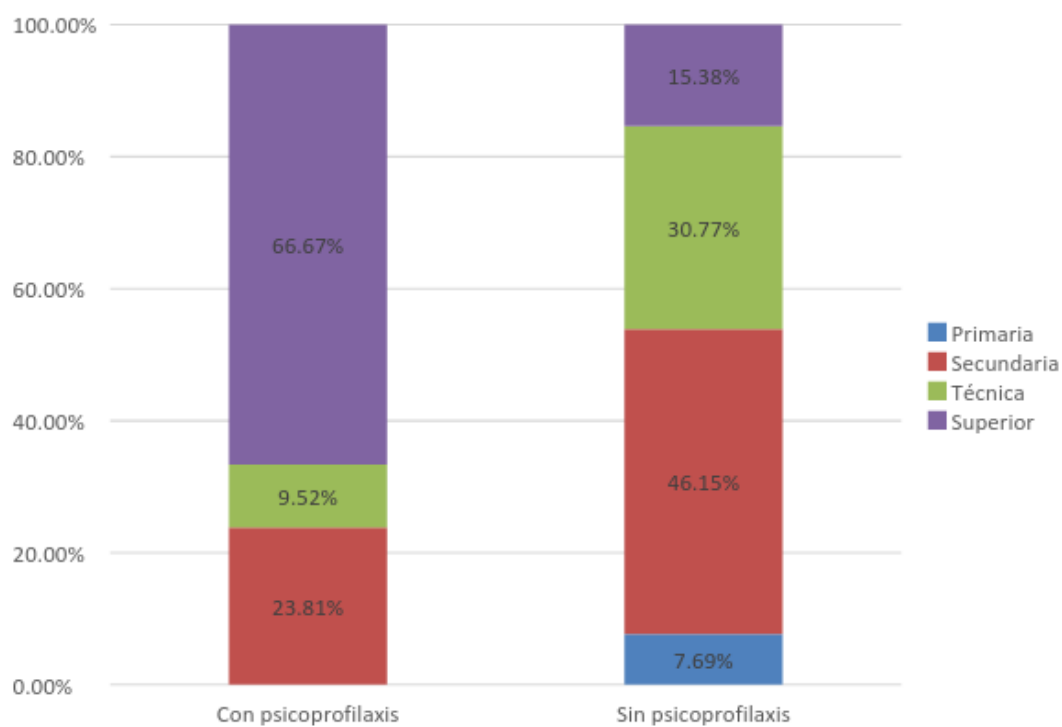
p < 0,01

La **Tabla y Gráfico 3** muestran la instrucción de las gestantes; en el grupo con psicoprofilaxis el 66,67% tenían educación superior y 23,81% secundaria, mientras que en el segundo grupo predominaron aquellas con educación secundaria (46,15%) o técnica (30,77%), siendo las diferencias significativas (p < 0,05)

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL PERIODO 2012 - 2015

Gráfico 3

Distribución de grado de instrucción según psicoprofilaxis



INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL PERIODO 2012 - 2015

Tabla 4

Distribución de controles prenatales según psicoprofilaxis

CPN	Con psicoprofilaxis		Sin psicoprofilaxis		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 6	1	4,76%	6	15,38%	7	11,67%
> igual 6	20	95,24%	33	84,62%	53	88,33%
Total	21	100,00%	39	100,00%	60	100,00%

Chi² = 1,49

G. libertad = 1

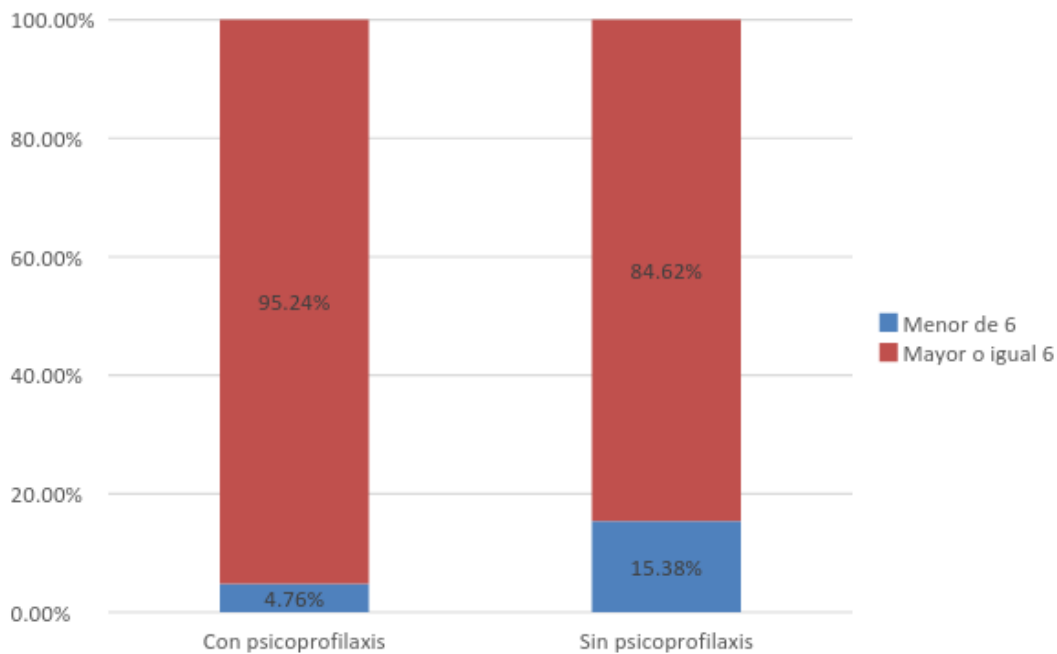
p = 0,22

El número de controles prenatales fue adecuado en 95,24% de gestantes que recibieron psicoprofilaxis, y en 84,62% de las que no la recibieron, aunque los resultados no alcanzaron significado estadístico ($p > 0,05$), como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 4**.

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTAS NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL PERIODO 2012 - 2015

Gráfico 4

Distribución de controles prenatales según psicoprofilaxis



INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE EL PERIODO 2012 - 2015

Tabla 5

Distribución de duración de la fase activa según psicoprofilaxis

F. activa	Con psicoprofilaxis		Sin psicoprofilaxis		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
2-4 horas	8	38,10%	2	5,13%	10	16,67%
4-6 horas	7	33,33%	21	53,85%	28	46,67%
6-8 horas	4	19,05%	13	33,33%	17	28,33%
8-12 horas	2	9,52%	3	7,69%	5	8,33%
Total	21	100,00%	39	100,00%	60	100,00%
						%

Chi² = 11,17

G. libertad = 3

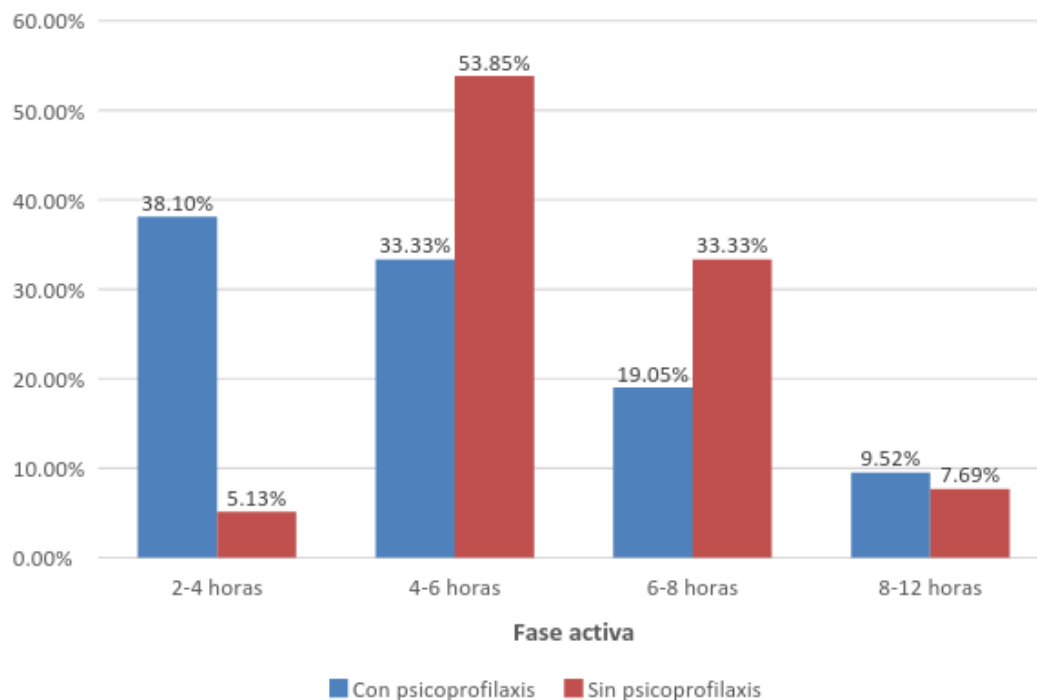
p = 0,01

En la **Tabla y Gráfico 5** se muestra la duración de la fase activa del trabajo de parto entre los grupos; se aprecia una tendencia a mayor duración en el grupo sin psicoprofilaxis, ya que en el 5,13% de casos duró de 2 a 4 horas, mientras que esta duración se observó en 38,10% de gestantes con psicoprofilaxis; al comparar los grupos de duración se observó una diferencia significativa ($p < 0,05$) a favor de una menor duración en mujeres con psicoprofilaxis; la tendencia se ve también al comparar la duración promedio ($4,84 \pm 2,48$ horas en el primer grupo, $5,49 \pm 1,66$ horas en el segundo), aunque las diferencias fueron significativas en nivel limítrofe ($p = 0,06$)

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL PERIODO 2012 - 2015

Gráfico 5

Distribución de duración de la fase activa según psicoprofilaxis



Duración promedio \pm D. estándar (mín -máx)

- Con psicoprofilaxis: 4,84 \pm 2,48 horas (1,75 - 10,50 horas)
- Sin psicoprofilaxis: 5,49 \pm 1,66 horas (2,00 - 11,33 horas)

Prueba t = -1,21 G. libertad = 58 p = 0,23

Prueba U = 518 p = 0,06

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL PERIODO 2012 - 2015

Tabla 6

Distribución la duración del período expulsivo según psicoprofilaxis

Expulsivo	Con psicoprofilaxis		Sin psicoprofilaxis		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 15 min	13	61,90%	9	23,08%	22	36,67%
15 - 30 min	4	19,05%	21	53,85%	25	41,67%
30 - 60 min	4	19,05%	8	20,51%	12	20,00%
> 60 min	0	0,00%	1	2,56%	1	1,67%
Total	21	100,00%	39	100,00%	60	100,00%
						%

Chi² = 10,13

G. libertad = 3

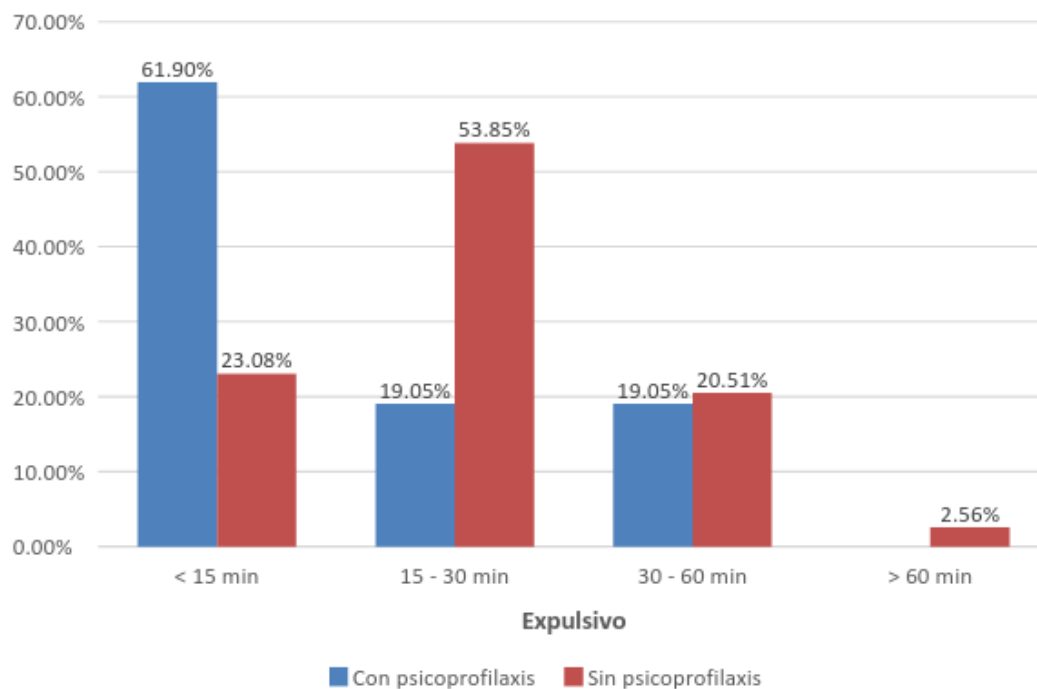
p = 0,02

En la **Tabla y Gráfico 6** se muestra la duración del período expulsivo encontrándose una significativa menor duración en el grupo con psicoprofilaxis (61,90% tuvo duración menor a los 15 minutos), mientras que en el grupo sin psicoprofilaxis la mayoría (53,85%) tuvo un expulsivo entre 15 y 30 minutos, siendo la diferencia significativa ($p < 0,05$). La duración promedio en el primer grupo fue de $17,86 \pm 10,69$ min y en el segundo fue de $24,21 \pm 14,42$ min ($p < 0,05$).

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL PERIODO 2012 - 2015

Gráfico 6

Distribución de duración del período expulsivo en gestantes según psicoprofilaxis



Duración promedio \pm D. estándar (mín - máx)

- Con psicoprofilaxis: 17,86 \pm 10,69 min (5 – 45 min)
- Sin psicoprofilaxis: 24,21 \pm 14,42 min (10 – 70 min)

Prueba t = -1,77 G. libertad = 58 p = 0,08

Prueba U = 501,5 p = 0,03

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL PERIODO 2012 - 2015

Tabla 7

Distribución de Apgar al minuto en neonatos según psicoprofilaxis

Apgar	Con psicoprofilaxis		Sin psicoprofilaxis		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
6 puntos	0	0,00%	1	2,56%	1	1,67%
7 puntos	0	0,00%	1	2,56%	1	1,67%
8 puntos	19	90,48%	29	74,36%	48	80,00%
9 puntos	2	9,52%	8	20,51%	10	16,67%
Total	21	100,00%	39	100,00%	60	100,00%

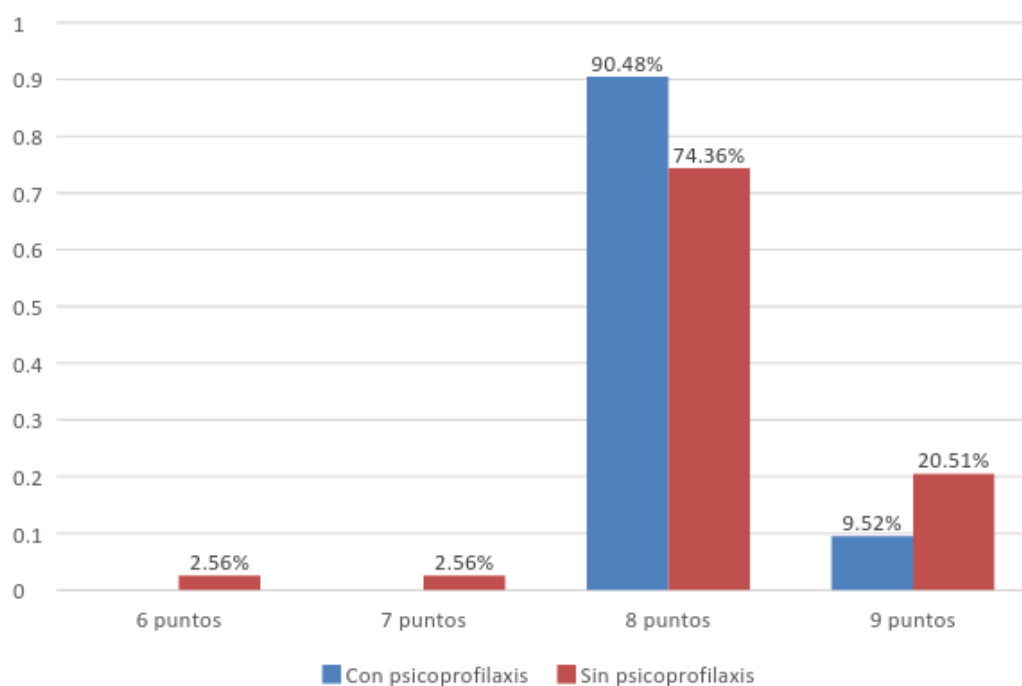
Chi² = 2,51 G. libertad = 3 p = 0,47

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra el puntaje Apgar al primer minuto; aunque hubo un mejor puntaje de 9 en el grupo sin psicoprofilaxis (20,51% tuvo 9 puntos, comparado con 9,52% en el primer grupo), la mayoría de gestantes tuvo puntajes de 8 a 9.

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL PERIODO 2012 - 2015

Gráfico 7

Distribución de Apgar al minuto en neonatos según psicoprofilaxis



INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL PERIODO 2012-2015

Tabla 8

Distribución de Apgar a los 5 minutos en neonatos según psicoprofilaxis

Apgar	Con psicoprofilaxis		Sin psicoprofilaxis		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
8 puntos	0	0,00%	3	7,69%	3	5,00%
9 puntos	18	85,71%	26	66,67%	44	73,33%
10 puntos	3	14,29%	10	25,64%	13	21,67%
Total	21	100,00%	39	100,00%	60	100,00%

Chi² = 3,10

G. libertad = 2

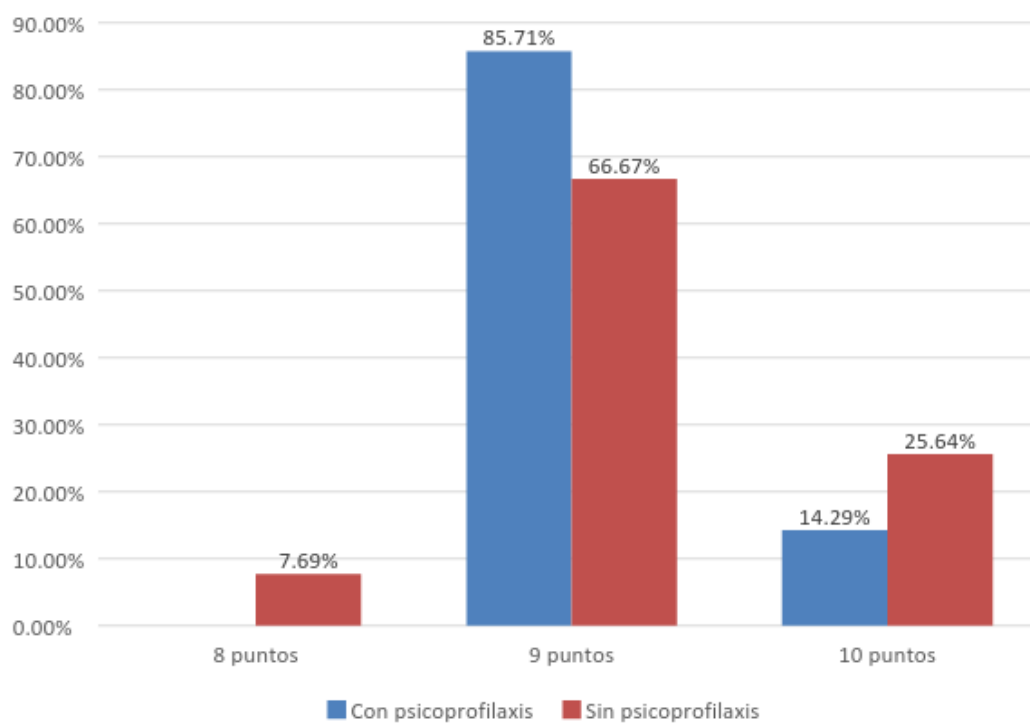
p = 0,21

En la **Tabla y Gráfico 8** se muestra el puntaje Apgar a los 5 minutos; encontrándose en ambos grupo un puntaje normal, teniendo en cuenta que el grupo con psicoprofilaxis hubo un mejor puntaje (100% entre 9 y 10; mientras que en el grupo control se encontró en un 7,69% un puntaje de 8), no siendo este hallazgo de importante estadística.

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL PERÍODO 2012 - 2015

Gráfico 8

Distribución de Apgar a los 5 minutos en neonatos según psicoprofilaxis



INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE PERIODO 2012 - 2015

Tabla 9

Duración total del trabajo de parto según psicoprofilaxis

	Con psicoprofilaxis	Sin psicoprofilaxis	Total
n°	21	39	60
Promedio	5,14	5,89	5,63
D. estándar	2,54	1,71	2,05
Mínimo	1,95	2,63	2
Máximo	10,83	11,58	11,58

Prueba t = 1,19

G. libertad = 58

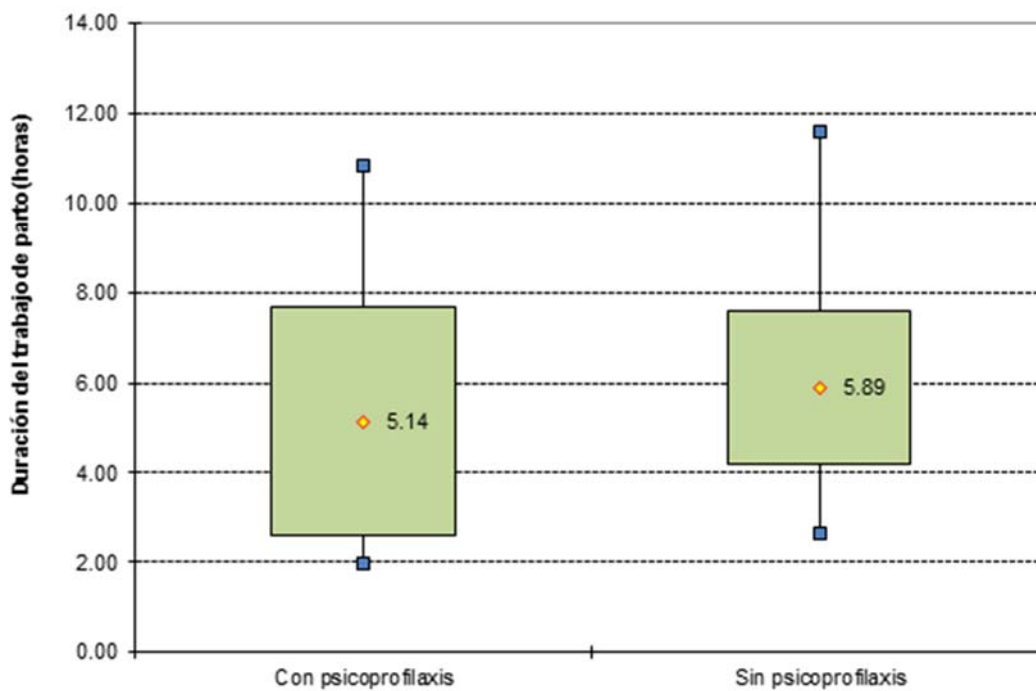
p = 0,24

Al agrupar la duración de las dos fases (activa y expulsivo), no se encuentra diferencia significativa ($p > 0,05$)

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE EL PERIODO 2012 - 2015

Gráfico 9

Duración total del trabajo de parto y grupo de estudio



CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para determinar la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en la evolución del trabajo de parto en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el periodo 2012 - 2015. Se realizó la presente investigación debido a la poca bibliografía local existente que relaciona la preparación de psicoprofilaxis obstétrica con su principal beneficio: el trabajo de parto eficiente.

Para tal fin se revisaron las historias clínicas de gestantes con partos atendidos en el hospital y que hayan seguido el programa de psicoprofilaxis, comparadas con un grupo control de no usuarias. Se comparan variables mediante prueba chi cuadrado y t de Studento U de Mann Whitney.

Durante el periodo de estudio se encontraron 21 gestantes que cumplieron con el programa de psicoprofilaxis, y se incluyeron 39 controles.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de edad las gestantes según psicoprofilaxis; hubieron 9,52% de adolescentes en el grupo de psicoprofilaxis y 12,82% en las que no lo cumplieron, siendo la edad predominante en ambos grupos entre los 20 y 29 años; la edad promedio de las gestantes con psicoprofilaxis fue de $25,95 \pm 5,02$ años y para las que no

recibieron psicoprofilaxis fue de $23,82 \pm 3,64$ años, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$). Encontrándose en los estudios locales el mismo rango de edad en las pacientes estudiadas por Tello R. (2003), Zúñiga C. (2007); notándose un leve diferencia en el promedio hallado por Navia C. (2005) el cual fue de 23 años frente al de $25,95 \pm 5,02$ años en las pacientes de ambos grupos; hallándose también en el estudio Munares-García (2013) un rango más amplio, de 20-35 años, que abarca el rango estudiado. Mientras que Tafur M. (2015) informó un promedio de $23,77 \pm 2,53$ en el grupo de pacientes que recibieron psicoprofilaxis, y una de $21,3 \pm 2,8$ en el grupo control. En el estudio de Martínez J. (2013) se registró un promedio de $30,71 \pm 0,25$ en el grupo de pacientes preparadas y de $28,18 \pm 0,44$ en el grupo sin preparación. Notándose que tanto en el presente estudio como en estudios locales, nacionales e internacionales no haber diferencia significativa entre las edades reportadas en los grupos de estudio y de control.

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra el estado civil de las gestantes; en ambos grupos predominaron las convivientes (66,67% en casos con psicoprofilaxis, 89,74% entre aquellas sin psicoprofilaxis), aunque hubo más solteras en el primer grupo (23,81%) que en el segundo (10,26%), siendo las diferencias significativas ($p < 0,05$). En el estudio de Navia C. (2005) informa 77,41% de pacientes casadas y convivientes en el grupo de pacientes que reciben psicoprofilaxis, y un 100% con la misma característica en el grupo de pacientes que no la recibieron. Tendencia que también se reporta en estudio de Tafur M. (2015) con un 60% de pacientes convivientes en su grupo de estudio y 35,9% en el grupo de control; la cual se vuelve a notar en el estudio de Martínez

J. (2013) que reporta que un 65% de las pacientes que reciben preparación materna es conviviente, mientras que la mayoría de pacientes sin preparación (56%) es casada.

La **Tabla y Gráfico 3** muestran la instrucción de las gestantes; en el grupo con psicoprofilaxis el 66,67% tenían educación superior y 23,81% secundaria, mientras que en el segundo grupo predominaron aquellas con educación secundaria (46,15%) o técnica (30,77%), siendo las diferencias significativas ($p < 0,05$). Reportando Navia C. (2005) un 100% de pacientes que recibieron educación superior y secundaria en el grupo de estudio, y un 90% con las mismas características en el grupo control. En el estudio de Martínez J. (2013) se reportó que un 83,03% de las pacientes que recibieron preparación en psicoprofilaxis tenían nivel superior de educación, contrastado con un 16,97% en el grupo control. En los demás estudios revisados no se consignó el nivel de educación como dato a recolectar.

Se puede notar la concordancia en los datos comparados la influencia del nivel de educación de la gestante, siendo el superior un factor relacionado a la toma de la preparación de psicoprofilaxis obstétrica. Lo cual vuelve necesario la promoción uso de esta herramienta teniendo que al año 2014 sólo el 30% de mujeres en Perú contaban con educación superior.

El número de controles prenatales fue adecuado en 95,24% de gestantes que recibieron psicoprofilaxis, y en 84,62% de las que no la recibieron, aunque los resultados no alcanzaron significado estadístico ($p > 0,05$), como se aprecia

En la **Tabla y Gráfico 4**. Siendo registrados estos datos únicamente en el trabajo de Munares O. (2013) quien informa una asistencia mayor en 6, en el grupo de pacientes estudiado, al igual que en el presente trabajo, especificando también que más del 75% de pacientes contaba con 8 controles prenatales. Al cumplir ambos grupos con el número adecuado de controles prenatales podemos especular que no es la falta de seguimiento de la paciente lo que impide entrar en contacto con la psicoprofilaxis, sino probablemente otros factores relacionados a la disponibilidad de la misma psicoprofilaxis, como no contar con personal que pueda realizarla, o la disponibilidad de horarios para su desarrollo.

En la **Tabla y Gráfico 5** se muestra la duración de la fase activa del trabajo de parto entre los grupos; se aprecia una tendencia a mayor duración en el grupo sin psicoprofilaxis, ya que en el 5,13% de casos duró de 2 a 4 horas, mientras que esta duración se observó en 38,10% de gestantes con psicoprofilaxis; al comparar los grupos de duración se observó una diferencia significativa ($p < 0,05$) a favor de una menor duración en mujeres con psicoprofilaxis; la tendencia se ve también al comparar la duración promedio ($4,84 \pm 2,48$ horas en el primer grupo, $5,49 \pm 1,66$ horas en el segundo), aunque las diferencias fueron significativas en nivel limítrofe ($p = 0,06$).

Al comparar el resultado con los estudios de Zúñiga C. (2007) y Tello R. (2003) se encuentra una menor duración de la fase activa en las pacientes que reciben Psicoprofilaxis, lo cual podría indicar que del tiempo en que se realizaron dichos estudios al actual se imparte una formación de psicoprofilaxis más efectiva, la cual se ve reflejada en una duración corta del segundo período del parto, en la

cual influyen la preparación de relajación y conocimientos sobre la dinámica de la contracción y el momento del parto. El grupo control presentó una duración de fase activa similar a la encontrada en estudios anteriores: 6.64 +/- 3.1 en el estudio de Zúñiga C. (2006) y 6.65 +/- 3.28 en el estudio de Tello R. (2003), lo cual manifiesta la semejanza de características de la gestante del tiempo transcurrido al actual. En el estudio de Martínez J. (2013) se encontró un promedio de la duración de la fase activa de 6.84 h (6.40h - 7.28 h) en grupo de que recibió preparación en psicoprofilaxis, y una media 6.83 h.

Ambos resultados, los del grupo de estudio y los del grupo control, se encuentran dentro de la duración reportada por la literatura.

La duración del periodo expulsivo por grupo de estudio se muestra en la **Tabla y Gráfico 6**; hubo una significativa menor duración en el grupo con psicoprofilaxis (61,90% tuvo duración menor a los 15 minutos), mientras que en el grupo sin psicoprofilaxis la mayoría (53,85%) tuvo un expulsivo entre 15 y 30 minutos, siendo la diferencia significativa ($p < 0,05$). La duración promedio en el primer grupo fue de $17,86 \pm 10,69$ min y en el segundo fue de $24,21 \pm 14,42$ min ($p < 0,05$). El período expulsivo encontrado tanto en el grupo de estudio como en el grupo de control es de menor duración al encontrado en estudios anteriores (33.45 +/- 7.06 min en el grupo de estudio y 47.07 +/- 15.54 min del grupo control del estudio de Tello R. (2003); y 33.89 +/- 7.33 en el grupo de estudio y 47.60 +/- 15.48 min el el grupo control); Zúñiga C. (2006), a su vez, reportó una duración de 33,89 min +/- 7.33 min (20 min - 57 min) en el grupo que recibió psicoprofilaxis; mientras que en el grupo control obtuvo un promedio de 47,6 min +/- 15,48 min

(25 min - 80 min). Martínez J. (2013) reportó una duración de 96,01 min (87,56 min - 104,46 min) en el grupo que recibió psicoprofilaxis, frente a una duración promedio de 85,67 min (73,85 min - 97,50 min), no encontrándose en este estudio diferencia significativa. Estableciéndose una vez más una notable diferencia entre la duración del período expulsivo de las gestantes que recibieron psicoprofilaxis evaluadas en este estudio, en comparación con las pacientes que recibieron psicoprofilaxis evaluadas en los estudios anteriores. Probándose así no sólo la eficiencia de la preparación (en comparación con su grupo control) si no la eficacia actual de la misma en comparación con la preparación impartida en los años en lo que se realizaron las investigaciones que constituyen los antecedentes locales de la presente investigación.

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra el puntaje Apgar al primer minuto; aunque hubo un mejor puntaje de 9 en el grupo sin psicoprofilaxis (20,51% tuvo 9 puntos, comparado con 9,52% en el primer grupo), la mayoría de gestantes tuvo puntajes de 8 a 9, siendo las diferencias no significativas ($p > 0,05$). En los estudios locales de Zúñiga C. (2007), Tello R. (2003) se hallaron puntajes de 8, 9 y 10, en ambos grupos, sin encontrarse diferencia estadística, al igual que en el estudio de Martínez J. (2013) que informa un puntaje de Apgar de 8 y 9 en el grupo de estudio y de control, no encontrando diferencia estadística entre estos hallazgos.

En la **Tabla y Gráfico 8** se muestra el puntaje Apgar a los 5 minutos, determinando que el 100% de recién nacidos cuyas madres realizaron psicoprofilaxis obtuvieron puntajes de 9 y 10; encontrándose en el grupo control

la misma característica en 92,31%, siendo 7,69% restando un puntaje de 8, considerado también adecuado. La tendencia de puntaje adecuado en el recién nacido, del rango de 8 a 10, se repite en el estudio de Zúñiga C. (2007); en estudio de Tello R. (2003) se indican, al igual, puntajes de 9 y 10 en ambos grupos. Martínez J. (2013) informa, de la misma manera, puntajes de 8 y 9 a los 5 minutos de vida en ambos grupos. Notando finalmente, que el Apgar a los 5 minutos no se ve influenciado por la preparación en psicoprofilaxis de la madre. Tomando en cuenta los resultados hallados, sería pertinente utilizar otros parámetros que permitan medir con exactitud el estado de oxigenación del recién nacido como lo es la gasometría arterial.





CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera. Se encontró una significancia limítrofe en el promedio de la duración de la fase activa de grupo que recibió psicoprofilaxis (4,84 +/- 2,48 h) y el del grupo control (5,49 +/- 1,66 h).

Segunda. La duración del período expulsivo es significativamente menor en primigestas que recibieron psicoprofilaxis que la de un grupo control de las mismas características que no recibieron psicoprofilaxis, siendo la duración de 17,86 +/- 10,69 min en el primer grupo y de 24,21 +/- 14,42 min. Notándose que la mayoría de pacientes que recibieron psicoprofilaxis (61,90%) presentaron una duración menor a 15 min, mientras la mayoría de pacientes del grupo control (53,85%) tuvieron una duración de periodo expulsivo que se ubicó entre los 15 y 30 min.

Tercera.- El Apgar del recién nacido no se ve influenciado por la preparación de psicoprofilaxis de la madre, encontrándose que el 100% de neonatos de las pacientes que recibieron psicoprofilaxis obstétrica tuvieron un puntaje de 9 y 10 a los 5 minutos, y el grupo control presentó un 92,31% el puntaje en dicho rango, no siendo significativa esta diferencia.

RECOMENDACIONES

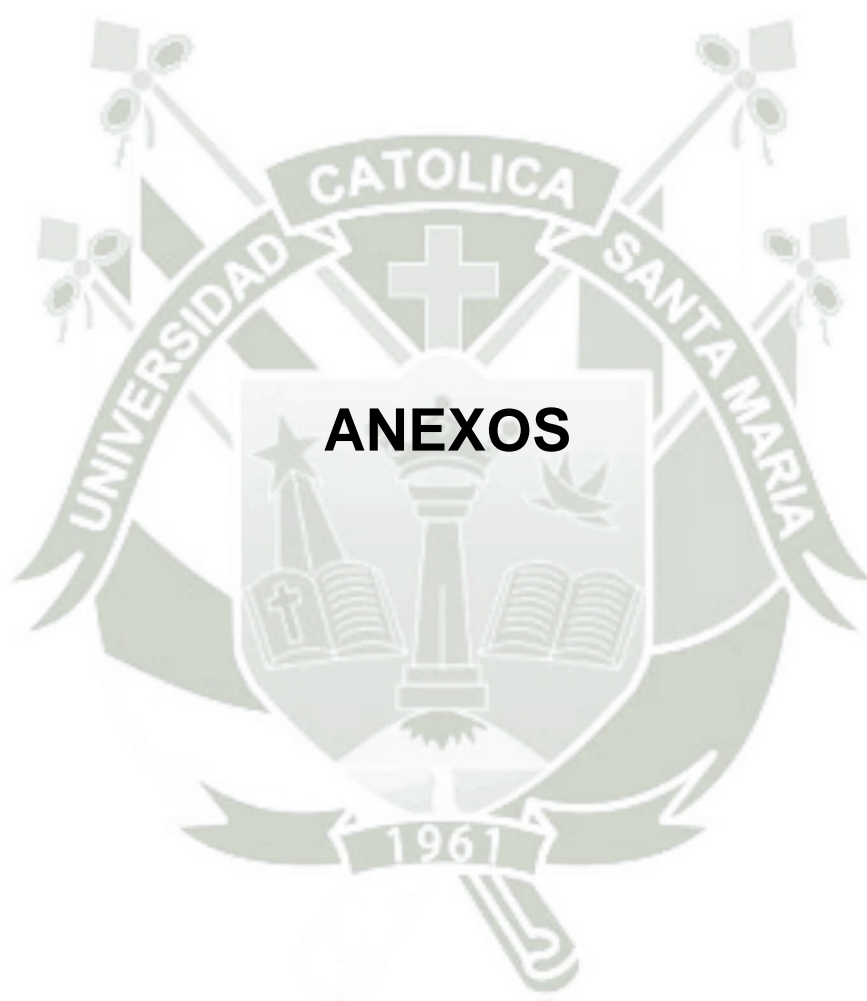
- Primera.-** A los estudiantes de medicina, internos de medicina y personal de salud involucrados en la atención del parto se exhorta a realizar trabajos prospectivos en los que se puede seguir con precisión la duración del trabajo de parto de pacientes nulíparas que realizan Psicoprofilaxis Obstétrica en el Hospital Regional Honorio Delgado con el fin de contar con estudios precisos que plasmen los conocimientos obtenidos en el presente trabajo, permitiendo que la psicoprofilaxis sea cada vez más eficaz.
- Segunda.-** Al Programa Profesional de Medicina Humana, se sugiere incluir el tema de Psicoprofilaxis Obstétrica dentro del sílabo del curso de Obstetricia.
- Tercera.-** A la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, conducir estudios de evaluación de calidad de los programas de psicoprofilaxis llevados a cabo en distintas instituciones de su jurisdicción a fin de que las diferencias interinstitucionales se acorten en beneficio de las gestantes.
- Cuarta.-** Al personal de obstetricia encargado de impartir la psicoprofilaxis, se recomienda brindar especial énfasis en gestantes nulíparas la preparación de psicoprofilaxis obstétrica.
- Quinta.-** Se insta al personal de salud (enfermeras, obstetricas, internas de obstetricia, internos de medicina, médicos del primer nivel de salud) encargado del llenado de la historia CLAP de la gestante y del recién nacido el registro de las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. ONU: Organización de las Naciones Unidas. 2016 [online]
<http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>
[Consultado 17 Enero 2016]
2. Calderón, J, Bravo, J, Albinagorta, R, Rafael, P, Laura, A. Parto Vertical: Retornando a una costumbre ancestral. Rev Per Ginecol Obstet. [Online] 2008;54(1): 49-57. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428187011.pdf> [Consultado 23 Enero 2016].
3. Norma Técnica N° 033 “MINSA /DG S P-V-01 “Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural”
4. Guía técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Lima, 6 de Mayo de 2011
5. Cunningham F. Gary, Leveno Kenneth J., Bloom Steven L., Hauth Jhon C., Gilstrap Larry III, Wenstrom Katharine D. Obstetricia de Williams. Vol 1. 22da ed. México. Mc Graw Hill Interamericana; 2006.
6. Schwarcz, R. .L. , Fescina, R, Duverges, C. Schwarcz, Ricardo Lepoldo Obstetricia. (6a ed.). Buenos Aires: El Ateneo; 2009

7. Zuñiga, C. Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el trabajo de parto valorado por el partograma y Apgar del recién nacido en primigestas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa – 2006. Arequipa. Universidad Católica de Santa María; 2007.
8. Mayorga, N, Navia, C. Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el trabajo de parto en gestantes nulíparas que acuden a Centro de Salud Ampliación Paucarpata, Arequipa Mayo – Agosto 2005. Arequipa. Universidad Católica de Santa María; 2006.
9. Tello, P, Roxana, A. Relación entre Primigestas que recibieron Psicoprofilaxis, con el partograma y el Apgar del Recién Nacido. Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín; 2003.
10. Tufar, M.T. Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en la actitud frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Marzo a Mayo del 2015. Lima. Universidad Nacional de San Marcos; 2015.

11. Munares – García, O. características biosociales, reproductivas y obstétricas asociadas al resultado adecuado del parto en Ica, Perú, 2013. MÉD UIS. 2015; 28 (3): 291-299.
12. Sapién, J.S., Córdoba, D.I. Psicoprofilaxis Perinatal: Preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. Psicología y Salud. 2007. 17 (002): 219 – 229
13. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn and American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. The Apgar Score. Pediatrics (Internet). 2015 (citado 23 En 2016); Volumen 136, Issue 4. Disponible en: pediatrics.aappublications.org/content/117/4/1444



Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha n° _____

- Marcar con "X" la presencia de la característica descrita

PISCOPROFILAXIS OBSTÉTRICA	Nro de sesiones	COMPLETO	Igual o mayor a 4	
		INCOMPLETO	Menos de 4	
DURACIÓN DEL TRABAJO DEL PARTO	Fase activa	Horas	8-12 h	
			6- 8 h	
			4 – 6 h	
	Expulsivo	Minutos	Menos de 15 min	
			15 – 30 min	
			30- 60 min	
Más de 60 min				
APGAR DEL RECIÉN NACIDO	Test de Apgar	Normal	7 – 10	
		Asfixia moderada	4 – 6	
		Asfixia severa	0 – 3	
EDAD	Fecha de nacimiento	Años cumplidos	Menos de 19	
			20 – 24	
			25 - 29	
			30 – 34	
			Más de 34	
ESTADO CIVIL	Unión civil declarada		Soltera	
			Conviviente	
			Casada	
			Separada/ divorciada/viuda	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Último año aprobado		Analfabeta	
			Primaria	
			Secundaria	
			Superior técnica	
			Superior universitaria	
CONTROLES PRENATALES	Carnet de controles	N° de controles	Mayor o igual a 6	
			Menos de 6	



Anexo 2
Matriz de sistematización de información

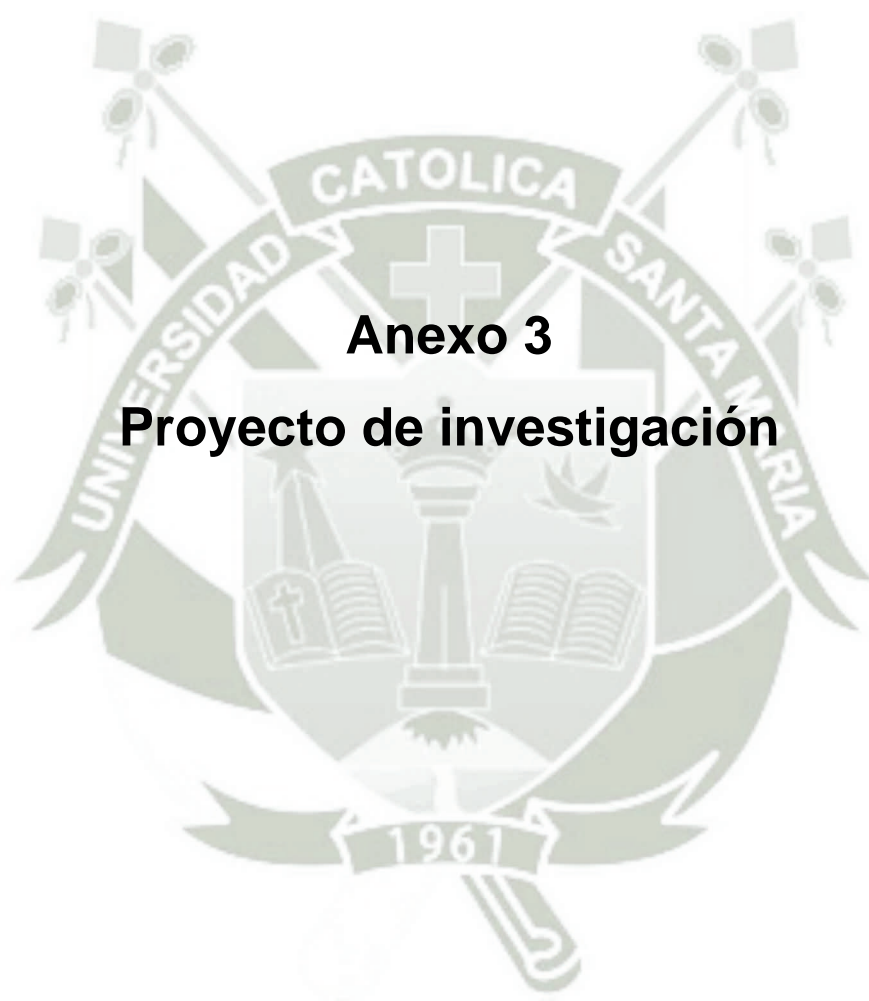
2	Con psicoprof	29	25-29 a	conviviente	Superior	0 Mayor o igual	6-4-2 h	2,50	30 - 60 min	8	9	
3	Con psicoprof	19	< 20 a	conviviente	Secundaria	0 Mayor o igual	5-6-8 h	6	< 15 min	8	9	
4	Con psicoprof	21	20-24 a	soltera	Superior	0 Mayor o igual	5-4-2 h	2,92	30 - 60 min	8	9	
5	Con psicoprof	26	25-29 a	soltera	Superior	0 Mayor o igual	8-6-8 h	8	30 - 60 min	8	9	
6	Con psicoprof	24	20-24 a	conviviente	Superior	0 Mayor o igual	4-8-12 h	10	30 - 60 min	8	9	
7	Con psicoprof	22	20-24 a	soltera	Superior	0 Mayor o igual	5-4-6 h	5,38	< 15 min	8	9	
8	Con psicoprof	28	25-29 a	conviviente	Secundaria	0 Mayor o igual	5-4-6 h	4	< 15 min	8	9	
9	Con psicoprof	25	25-29 a	conviviente	Superior	0 Menor de 6	4-4-6 h	4,41666667	15 - 30 min	8	10	
10	Con psicoprof	29	25-29 a	conviviente	Superior	0 Mayor o igual	5-4-6 h	5	15 - 30 min	8	9	
11	Con psicoprof	19	< 20 a	conviviente	Superior	0 Mayor o igual	4-4-2 h	3	< 15 min	9	10	
12	Con psicoprof	23	20-24 a	soltera	Superior	0 Mayor o igual	3-4-2 h	3,75	15 - 30 min	8	9	
13	Con psicoprof	27	25-29 a	conviviente	Superior	0 Mayor o igual	6-4-6 h	4,41666667	< 15 min	15	9	
14	Con psicoprof	34	30-34 a	conviviente	Sup técnica	0 Mayor o igual	6-4-2 h	3,16666667	< 15 min	8	9	
15	Con psicoprof	29	25-29 a	conviviente	Secundaria	0 Mayor o igual	6-4-2 h	1,75	< 15 min	12	9	
17	Con psicoprof	34	30-34 a	conviviente	Secundaria	0 Mayor o igual	4-6-8 h	7,3	< 15 min	8	9	
18	Con psicoprof	20	20-24 a	casada	Superior	0 Mayor o igual	4-8-12 h	10,5	15 - 30 min	8	9	
19	Con psicoprof	21	20-24 a	conviviente	Secundaria	0 Mayor o igual	5-6-8 h	7	< 15 min	8	9	
20	Con psicoprof	35	≥ 35 a	casada	Superior	0 Mayor o igual	4-4-2 h	2	< 15 min	15	9	
21	Con psicoprof	30	30-34 a	soltera	Sup técnica	0 Mayor o igual	4-4-2 h	2,5	< 15 min	10	9	
22	Con psicoprof	29	25-29 a	conviviente	Superior	0 Mayor o igual	6-4-6 h	4	< 15 min	8	9	
23	Con psicoprof	21	20-24 a	conviviente	Superior	0 Mayor o igual	6-4-6 h	4	< 15 min	15	9	
24	Sin psicoprof	27	25-29 a	conviviente	Sup técnica	Mayor o igual 6	6-8 h	6,03333333	> 60 min	70	8	9
2	Sin psicoprof	21	20-24 a	conviviente	Sup técnica	Mayor o igual 6	4-6 h	4,08333333	< 15 min	10	10	3460
3	Sin psicoprof	19	< 20 a	conviviente	Sup técnica	Mayor o igual 6	6-8 h	6,83333333	15 - 30 min	20	8	10
4	Sin psicoprof	23	20-24 a	conviviente	Superior	Menor de 6	8-12 h	9,16666667	15 - 30 min	29	8	10
5	Sin psicoprof	22	20-24 a	conviviente	Sup técnica	Mayor o igual 6	6-8 h	6,01666667	15 - 30 min	16	9	10
6	Sin psicoprof	31	30-34 a	soltera	Superior	Mayor o igual 6	6-8 h	6,25	30 - 60 min	30	7	8
7	Sin psicoprof	18	< 20 a	conviviente	Secundaria	Menor de 6	4-6 h	4,21666667	15 - 30 min	16	8	9
8	Sin psicoprof	22	20-24 a	conviviente	Secundaria	Mayor o igual 6	4-6 h	4	< 15 min	10	9	3650
9	Sin psicoprof	27	25-29 a	conviviente	Secundaria	Mayor o igual 6	4-6 h	4,83333333	30 - 60 min	45	8	9
10	Sin psicoprof	21	20-24 a	conviviente	Sup técnica	Mayor o igual 6	6-8 h	6	30 - 60 min	60	8	9
11	Sin psicoprof	23	20-24 a	conviviente	Superior	Mayor o igual 6	4-2 h	2	30 - 60 min	38	8	9
12	Sin psicoprof	23	20-24 a	conviviente	Sup técnica	Mayor o igual 6	4-2 h	3	< 15 min	10	8	9
13	Sin psicoprof	22	20-24 a	conviviente	Secundaria	Menor de 6	4-6 h	5	15 - 30 min	23	9	10
14	Sin psicoprof	18	< 20 a	conviviente	Secundaria	Mayor o igual 6	6-8 h	6	15 - 30 min	24	9	10
15	Sin psicoprof	20	20-24 a	conviviente	Secundaria	Mayor o igual 6	4-6 h	4,5	30 - 60 min	30	8	9
16	Sin psicoprof	22	20-24 a	soltera	Sup técnica	Mayor o igual 6	6-8 h	6,83333333	30 - 60 min	60	9	10
17	Sin psicoprof	26	25-29 a	conviviente	Primaria	Mayor o igual 6	6-8 h	7	30 - 60 min	45	8	9
18	Sin psicoprof	30	30-34 a	conviviente	Secundaria	Mayor o igual 6	4-6 h	4,83333333	15 - 30 min	16	8	9
19	Sin psicoprof	27	25-29 a	conviviente	Sup técnica	Mayor o igual 6	4-6 h	5	15 - 30 min	20	8	9
20	Sin psicoprof	22	20-24 a	conviviente	Primaria	Mayor o igual 6	6-8 h	6,25	15 - 30 min	24	8	9
21	Sin psicoprof	30	30-34 a	conviviente	Secundaria	Mayor o igual 6	4-6 h	5	< 15 min	10	8	9
22	Sin psicoprof	19	< 20 a	conviviente	Secundaria	Mayor o igual 6	4-6 h	4,41666667	15 - 30 min	20	8	9
23	Sin psicoprof	23	20-24 a	conviviente	Secundaria	Mayor o igual 6	4-6 h	4	15 - 30 min	27	9	10
24	Sin psicoprof	20	20-24 a	conviviente	Secundaria	Mayor o igual 6	4-6 h	5	15 - 30 min	26	9	10
25	Sin psicoprof	32	30-34 a	conviviente	Superior	Menor de 6	4-6 h	4,75	15 - 30 min	16	9	10
26	Sin psicoprof	22	20-24 a	conviviente	Secundaria	Mayor o igual 6	6-8 h	7	15 - 30 min	20	9	10
28	Sin psicoprof	25	25-29 a	conviviente	Secundaria	Mayor o igual 6	4-6 h	5	< 15 min	15	8	9
29	Sin psicoprof	26	25-29 a	soltera	Sup técnica	Mayor o igual 6	4-6 h	5	< 15 min	15	8	9
30	Sin psicoprof	23	20-24 a	conviviente	Secundaria	Mayor o igual 6	4-6 h	5	15 - 30 min	20	8	9
31	Sin psicoprof	27	25-29 a	conviviente	Sup técnica	Mayor o igual 6	8-12 h	11,33333333	< 15 min	15	8	9
32	Sin psicoprof	23	20-24 a	conviviente	Secundaria	Mayor o igual 6	8-12 h	8	15 - 30 min	20	8	9
33	Sin psicoprof	28	25-29 a	conviviente	Primaria	Mayor o igual 6	4-6 h	4	15 - 30 min	25	6	8
34	Sin psicoprof	21	20-24 a	soltera	Sup técnica	Mayor o igual 6	6-8 h	6,16666667	15 - 30 min	20	8	9
36	Sin psicoprof	19	< 20 a	conviviente	Superior	Mayor o igual 6	4-6 h	4	< 15 min	10	8	9
37	Sin psicoprof	25	25-29 a	conviviente	Secundaria	Mayor o igual 6	4-6 h	4,5	< 15 min	10	8	9
38	Sin psicoprof	28	25-29 a	conviviente	Secundaria	Menor de 6	4-6 h	5	30 - 60 min	30	8	9
39	Sin psicoprof	25	25-29 a	conviviente	Sup técnica	Mayor o igual 6	6-8 h	6,83333333	15 - 30 min	16	8	9
40	Sin psicoprof	26	25-29 a	conviviente	Secundaria	Menor de 6	4-6 h	5	15 - 30 min	17	8	8
41	Sin psicoprof	23	20-24 a	conviviente	Superior	Mayor o igual 6	6-8 h	6,08333333	15 - 30 min	16	8	9

3740 PC: 36.5

2870 Desgarro perineal I*

2710 Desgarro perineal II*

3120 Líquido amniótico verde oscuro fluido



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA
MARIA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA**

**“INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN
LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN
GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL PERIODO
2012 - 2015.”**

**Proyecto de tesis presentado por:
MARIA ANGELA BARRIGA
VALDERRAMA, para obtener el título
profesional de MÉDICO CIRUJANO.**

Arequipa, 2016



1) PREÁMBULO

Las dos razones principales por las que escogí la carrera de Medicina Humana fueron la vocación de servicio y la promoción de la salud; lograr estos objetivos concatenados entre sí, a través de los conocimientos sobre las funciones del cuerpo humano, el impacto de las enfermedades, tanto su curación como su prevención y control, me convencieron de querer ser parte de esta profesión tan integral y de renovación constante por su rigor científico.

Dentro de mis estudios de pre-clínica se me enseñó sobre los diferentes factores (biológicos, psicológicos, sociales y ambientales) intervinientes en el proceso salud- enfermedad. Y en la práctica clínica se nos instruye sobre cómo estos factores determinan la toma de decisiones sobre el estado del paciente; es también que dentro de la práctica clínica noto el valor de la conducta del paciente frente a su enfermedad: la importancia de seguir las indicaciones médicas que pudieran determinar su cronicidad y/o probables recaídas.

Durante el internado, se esclarece para mí, la importancia del autocuidado y del autoconocimiento como clave de un tratamiento exitoso, realizando la integral labor del médico, que abarca desde el establecimiento del diagnóstico, indicación y realización de tratamientos, ejecución de procedimientos, determinación de pronósticos hasta la capacitación pertinente al paciente sobre su enfermedad y el estado de bienestar que debe conservar. El encontrar caminos para llegar al paciente antes de las formas manifiestas de cualquier enfermedad, fueron, dentro de mi observación, la

principal preocupación de cada especialidad médica, tomando diferentes aspectos: los tamizajes neonatales, campañas de vacunación para niños y adultos, despistaje de diabetes mellitus, despistaje de hipertensión arterial, etc.

Es llegando a mi última rotación, la rotación de Gineco-Obstetricia, que aprecio en mayor extensión, en el Servicio de Obstetricia, la importancia del aspecto preventivo y educacional en las pacientes, a través de los controles prenatales, que buscan descartar y si no, vigilar los factores de riesgo tanto maternos como fetales. Noto también dentro de esta rotación la existencia de instrumentos oportunos que permiten un mejor desenlace para el momento del parto, como lo es la Psicoprofilaxis Obstétrica. Advierto también la escasa cantidad de gestantes que ingresan al Servicio refiriendo haber recibido asesoramiento o clases sobre Psicoprofilaxis Obstétrica. Cuestionando, así, los reales beneficios de la misma, deseo realizar el presente trabajo para corroborar los resultados de diversos estudios que colocan a la Psicoprofilaxis Obstétrica como herramienta importante para un buen y eficaz trabajo de parto y un estado saludable del recién nacido, teniendo en cuenta que no hay dentro de la bibliografía local estudios recientes que documenten su influencia, y siendo un derecho de toda gestante y establecida su aplicación en todos los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional por Resolución Ministerial 361- 2011.

Decido realizar este trabajo para describir la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital

Regional Honorio Delgado Espinoza durante el periodo 2012 - 2015 durante el trabajo de parto, estableciendo dos grupos para dicha comparación, uno integrado por gestantes nulíparas que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica y otro grupo control conformado por gestantes que no la recibieron.



2) PLANTEAMIENTO TEÓRICO

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

a) ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“¿Cuál es la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la evolución del Trabajo de Parto en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el periodo 2012 - 2015?”

b) DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a. ÁREA DE CONOCIMIENTO

- **Área general** : Ciencias de la Salud
- **Área específica** : Medicina Humana
- **Especialidad** : Obstetricia
- **Línea** : Prevención y Promoción de la Salud –
Psicoprofilaxis Obstétrica y Parto

b. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente	Indicador	Subindicador	Ítem
Piscoprofilaxis Obstétrica	Nro de sesiones	COMPLETO	Igual o mayor a 4
		INCOMPLETO	Menos de 4
Variable dependiente			
Duración del trabajo de parto	Fase activa	Horas	8-12 h
			6- 8 h
			4 – 6 h
	Expulsivo	Minutos	Menos de 15 min
			15 – 30 min
			30- 60 min
			Más de 60 min
Apgar del Recién Nacido	Test de Apgar	Normal	7 – 10
		Asfixia moderada	4 – 6
		Asfixia severa	0 – 3
Variable Interviniente			
Edad	Fecha de nacimiento	de Años cumplidos	Menos de 19
			20 – 24
			25 – 29
			30 – 34
			Más de 34
Estado civil	Unión civil declarada		Soltera
			Conviviente
			Casada
			Separada/ divorciada/viuda
Grado de instrucción	Último año aprobado		Analfabeta
			Primaria
			Secundaria
			Superior técnica
			Superior universitaria
Controles prenatales	Carnet de controles	de N° de controles	Mayor o igual a 6
			Menos de 6

c. INTERROGANTES BÁSICAS

1. ¿Cuál es la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la evolución del trabajo de parto en gestantes nulíparas que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica en comparación con las de un grupo control?
2. ¿Cuál es la duración de la fase activa en gestantes nulíparas que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica en comparación con las de un grupo control?
3. ¿Cuál es la duración del período expulsivo en gestantes nulíparas que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica en comparación con las de un grupo control?
4. ¿Cuál es el Apgar del recién nacido en gestantes primíparas que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica en comparación con las del grupo control?

d. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Se trata de una investigación documental de tipo retrospectiva, en donde las unidades de estudio serán las historias clínicas de gestantes nulíparas a quienes se les atendió el parto en el período 2012 - 2015.

e. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN:

Analítico – transversal – retrospectivo, porque establecerá una relación entre la variable estudiada y los grupos de estudio y control, durante el periodo 2012 - 2015



JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Originalidad: Revisada la bibliografía local se encontraron pocos estudios que describan o relacionen el uso de la Psicoprofilaxis Obstétrica de las gestantes con sus favorables efectos, por lo que este estudio formaría parte de una primera línea de investigación que permite documentar la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica recibida por las gestantes atendidas en Hospital Regional Honorio Delgado; además de no encontrarse estudios locales sobre la influencia del efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica, luego de la aprobación de la Guía Técnica para su desarrollo en establecimientos de Salud, en el año 2011.

Relevancia científica: Los resultados obtenidos a partir del desarrollo del presente estudio serán precedente para evaluar la efectividad de la Psicoprofilaxis Obstétrica en nuestro medio, generando conocimiento sobre la aplicación de este instrumento en nuestra población.

Relevancia social: la Psicoprofilaxis Obstétrica ha sido elaborada para el uso de toda gestante, y es parte de la atención integral en los establecimientos de salud del país; por lo que medir sus reales beneficios en nuestra medio la enriquecen como herramienta de la promoción de la salud.

Contemporaneidad: la Psicoprofilaxis Obstétrica busca las mejores condiciones para el momento del parto en la gestante y el feto, aportando así a la salud integral de la madre y el recién nacido; siendo este tema un problema social mundial aún no resuelto, por lo constituye uno de los Objetivos del Milenio, convirtiéndose en un reto permanente para las políticas de salud nacionales e internacionales.

Factibilidad: Se ha constatado la disponibilidad de unidades de estudio, recursos, tiempo, conocimiento metodológico y diseño que serán respetados dentro del marco ético para conducir eficazmente la investigación.

Interés personal: Considero la Psicoprofilaxis Obstétrica de gran valor práctico para el manejo de la gestante, habiendo culminado mi formación académica y prácticas de internado, considero importante investigarla, ya que corroborar su positiva influencia me permitirá promoverla de manera adecuada en los establecimientos de salud donde ejerza la profesión médica.

Contribución académica: reparar en la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica contribuye positivamente a la formación en Obstetricia que necesita un médico general para la indicación pertinente de esta preparación; así también se desprende el aporte positivo de conocer el

contenido de la misma con fines de evaluar su debida ejecución en las pacientes.

Concordancia con política investigativa: el presente tema concuerda con las políticas de investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica Santa María.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. Parto

1. **Concepto:** El parto es el proceso de terminación fisiológica del embarazo, con la expulsión del feto a término y sus anexos de manera espontánea, a través del canal del parto, en presentación cefálica y de vértice.⁵

2. **Tipos de parto:**

Fisiológico:

- **Parto horizontal:** El parto horizontal es aquel en el que la gestante se coloca acostada sobre la mesa ginecológica en posición ginecológica mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante de la gestante.⁵
- **Parto vertical:** El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas o de cuclillas) mientras que el

personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante que actúa como vector final resultante de las fuerzas expulsivas, orientarse principalmente al canal del parto, y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo el traumatismo en el recién nacido.³

- **Cesárea:**

Procedimiento quirúrgico cuyo objetivo es extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión efectuada en la pared uterina.⁵

3. **Etapas del trabajo de parto:**

Según Friedman las etapas del trabajo de parto son:

Primera Etapa del Parto (Periodo de dilatación)

Fase latente: lapso que media entre el inicio perceptible de las contracciones uterinas y la presencia de un cuello borrado con 3 cm de dilatación.⁵

Según Friedman, el comienzo de la fase de latencia se determina como el punto en el cual la madre percibe contracciones regulares, se acompaña de una dilatación cervical progresiva, y termina entre los 3 y cinco centímetros de dilatación. Este umbral puede ser clínicamente útil ya que define los límites de dilatación cervical más allá de los cuales puede esperarse un trabajo de parto activo.⁵

Friedman y Sachteleben (1963) definieron una fase prolongada de latencia como mayor de 20 horas en la mujer nulípara y de 14 horas en la mujer múltipara. En un informe previo Friedman (1955) aportó datos acerca de la duración del trabajo de parto de latencia en nulípara. Su duración media fue de 8.6 horas (+/- 20,6 (2DE)) y el rango de 1 a 44 horas. Por ende la duración de la fase de latencia prolongada, 20 horas para las nulíparas y 14 horas para las múltiparas, representa un máximo estadística.⁵

Fase activa: lapso que media entre los 4 y 10 cm de dilatación. A su vez la fase activa presenta una fase aceleratoria (3 – 8 cm) y una fase desaceleratoria (8 – 10 cm). En este periodo del parto tienen que producirse dos cambios: la dilatación y el descenso. En la fase aceleratoria predomina la dilatación. En la fase desaceleratoria ocurre mayormente el descenso.⁵

Según Friedman (1955), la duración media de la fase activa en mujeres nulíparas fue de 4,9 horas. Sin embargo, el desvío estándar de 3,4 horas es muy amplio. Por lo tanto se informó que la fase activa tenía un máximo estadístico de 11,7 horas (media + 2 DE) con una considerable variación de la duración. De hecho, el ritmo de dilatación cervical varió de 1,2 a 6,8 cm/ hora. Por ende, cuando se comunica el ritmo de dilatación considerado normal para el trabajo de parto en fase activa en la mujer nulípara es de 1,2 cm/hora este es el ritmo mínimo normal, no el máximo. Las

múltiparas progresan un poco más rápido en el trabajo de parto en fase activa, con una velocidad normal mínima de 1,5cm/hora.⁵

Segunda Etapa del Parto (o Periodo Expulsivo)

Tiempo que media entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento del feto.⁵

Según Friedman la duración media es de 50 minutos en nulípara y de 20 minutos en múltiparas, pero también es altamente variable. En una mujer con mayor paridad y una vagina y un periné previamente dilatados 2 o 3 pujos después de la dilatación cervical completa pueden ser suficientes para el parto completo.⁵

Hasta hace muy poco existían reglas incuestionables del segundo estadio que limitaban su duración. La duración del segundo estadio en las nulíparas se limitaba a 2 horas y se extendía a 3 horas cuando se empleaba anestesia regional. En las múltiparas 1 hora el límite que se extendía a dos horas en caso de que se empleara anestesia regional.⁵

Tercera etapa del parto (período del alumbramiento)

Lapso que media entre el nacimiento del recién nacido y la expulsión de la placenta.⁵

2.2.1 Tiempos del trabajo de parto :

El trabajo de parto es un proceso continuo, donde cada fase lleva a la otra. ⁵ Se han establecido tres etapas para su mejor comprensión y manejo:

Etapas del parto			Tiempos esperados
Primera Etapa (Dilatación) F a s e a c t i v a	Fase latente		Nulípara Hasta 20 h
			Múltipara Hasta 14 h
	Dilatación	Nulípara	1,2 cm/h (6h)
		Múltipara	1,5cm/h (4h)
	Descenso	Nulípara	1cm/h
		Múltipara	2cm/h
Segunda Etapa (Expulsivo)			Nulípara 1cm/h
			Múltipara 2cm/h
Tercera etapa (Alumbramiento)			Nulípara 15 min
			Múltipara

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO DE PARTO VALORADO POR EL PARTOGRAMA Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA – 2006.

2.3 Psicoprofilaxis obstétrica

2.3.1. Concepto: Es un proceso educativo de preparación integral de la mujer gestante que le permite desarrollar hábitos y

comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebé y se entorno familiar.⁴

Contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y post natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor.⁴

Contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto.⁴

2.3.2 Discriminaciones básicas de psicoprofilaxis

A. Gestante preparada en Psicoprofilaxis Obstétrica

Gestante que ha recibido 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica durante el embarazo.⁴

B. Psicoprofilaxis de Emergencia

Es la preparación de la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto o durante el trabajo de parto, sea en su fase de dilatación o período expulsivo.⁴

2.3.3 Bases Científicas de la Psicoprofilaxis Obstétrica

La fisiología del parto y la fisiopatología del dolor han sido motivo de múltiples investigaciones para determinar las causas del dolor en el parto. Para que haya dolor es necesario que concurren 3 circunstancias: 1. Terminaciones nerviosas libres y específicas (corpúsculos de Pacini y Vater) 2. Estímulo suficiente (físicos y psíquicos: reflejo condicionado) 3. Umbral de percepción del dolor adecuado.⁴

2.3.4 Bases Doctrinarias de la Psicoprofilaxis Obstétrica:

- **Escuela inglesa;** representada por el Dr. Grantly Dick Read. Postulado *“el temor es el principal agente productor del dolor en un parto normal”*⁴
- **Escuela rusa;** representada por Platonov, Velvosky, Nicolaiev
Postulado *“el parto es un proceso fisiológico en el cual los dolores no son congénitos y pueden desaparecer con la participación activa de la mujer”*. Establece que el dolor de parto es un reflejo condicionado y por tanto puede descondicionarse.⁴
- **Escuela francesa,** representada por el Dr. Fernand Lamaze
Postulado *“parto sin dolor por el medio psicoprofiláctico en base a la educación neuromuscular”*. Sus bases teóricas son las mismas que las de la escuela rusa.⁴

- **Escuela ecléctica**, representada por el Dr. Leboyer, Dr Gavensky y otros.

Postulado: favorecer el momento adecuado para el encuentro padre- madre- hijo. “*Parto sin dolor, parto sin violencia*”. La escuela ecléctica escoge lo mejor de cada escuela o teoría dirigiendo su atención hacia el recién nacido.⁴

2.3.5 Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica⁴

- 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 probabilidad 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 riesgo al 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.

2.3.6 Otros conceptos relacionados a la Psicoprofilaxis Obstétrica

A. Gimnasia Obstétrica

Ejercicios específicos para gestantes que permite tonificar, fortalece y dar flexibilidad y elasticidad a los tejidos y articulaciones que intervienen en el parto.

B. Contraindicaciones para la práctica de ejercicio físico⁴

Absolutas	Relativas
Enfermedad renal, cardíaca (isquémica o valvular) o infección aguda	Hipertensión arterial no controlada
Embarazo múltiple	Arritmia cardíaca
Pre- eclampsia	Anemia moderada o severa
Placenta previa	Diabetes mellitus mal controlada
Cérvix incompetente o con cerclaje	Obesidad o delgadez excesiva
Ruptura prematura de membranas	Tabaquismo
Parto prematuro	Ingesta de alcohol
Sangrado trasvaginal	Embarazo general luego de 24 semanas
Sospecha de distress fetal	Antecedentes de prematuridad
Restricción del crecimiento intrauterino	

C. Motivos para la detención de ejercicio físico⁴

- Cefalea persistente e intensa
- Alteración de la visión, mareos inexplicados
- Dolor precordial o palpitaciones
- Debilidad muscular
- Sensación de falta de aire
- Dolor abdominal intenso
- Edema generalizado

- Sospecha de flebitis
- Lenta recuperación de la frecuencia cardíaca o presión arterial tras el ejercicio
- Escaso aumento de peso (< 1 kg/mes en los 2 últimos meses)
- Pérdida de líquido o sangrado
- Disminución de movimientos fetales o contracciones persistentes sugestivas de parto prematuro (> 6- 8 contracciones / hora)

2.3.7 Esquema de sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica⁴

La Psicoprofilaxis Obstétrica tiene una totalidad de 6 sesiones, las cuales cuentan con impartición de conocimientos teóricas, ejercicios físicos de preparación, y técnicas de relajación; los cuales se dividen de acuerdo al tema principal de cada sesión.

SESIÓN I: CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO Y SIGNOS DE ALARMA

Objetivos: enseñar a reconocer la anatomía y fisiología del aparato reproductor y los cambios que experimenta durante el embarazo; enseñar a reconocer los signos de alarma durante el embarazo, entrenar en gimnasia de ablandamiento.

Actividades:

- **Conceptos básicos:** anatomía y fisiología del aparato reproductor; menstruación, ovulación, fecundación, placentación y desarrollo fetal; cambios fisiológicos durante el embarazo; importancia de los beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica, signos y síntomas de alarma.
- **Gimnasia obstétrica:** ejercicios de calentamiento y estiramiento muscular en posición de pie, ejercicios de flexibilidad, posturas adecuadas durante el embarazo.
- **Relajación:** posiciones de relajación, posición ideal de relajación (PIR)
- **Recomendaciones:** reforzar la importancia del acompañante en la sesiones, indicar la reproducción de las lecciones aprendidas en casa, y felicitar a la gestante sobre el trabajo realizado y fijar día y fecha para la siguiente sesión.

SESIÓN II: ATENCIÓN PRENATAL Y AUTOCUIDADO

Objetivo: resaltar la importancia de la atención prenatal para lograr una maternidad saludable y segura con la participación activa de la familia y comunidad; educar a la gestante en el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma; identificar y aclarar los mitos, creencias y costumbres relacionados al embarazo, parto, puerperio y el niño/ña por nacer.

Actividades:

- **Conceptos básicos:** atención prenatal, plan de parto con enfoque intercultural, derechos y responsabilidades compartidas, VBG, nutrición y alimentación, cuidados durante el embarazo.
- **Gimnasia obstétrica:** ejercicios de calentamiento, ejercicios de fortalecimiento de la columna vertebral, ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico.
- **Relajación:** posiciones de relajación, posición ideal de relajación (PIR).
- **Recomendaciones:** indicar la reproducción de las lecciones aprendidas en casa, y felicitar a la gestante sobre el trabajo realizado y fijar día y fecha para la siguiente sesión.

SESIÓN III: FISIOLÓGÍA DEL PARTO

Objetivos: dar a conocer las causas fisiológicas y psicológicas del dolor de parto, reconocer los signos y señales del inicio de labor de parto, informar sobre la importancia del contacto precoz piel a piel, ejercitar las técnicas y/o estrategias para disminuir el dolor en el parto.

Actividades:

- **Conceptos básicos:** contracción uterina (relación temor-dolor), inicio de labor de parto y signos de alarma, métodos

naturales de control del dolor, rol de la gestante y pareja en la familia, hidroterapia, visualización.

- **Gimnasia obstétrica:** ejercicios de calentamiento, reconocimiento de la contracción uterina y control horario, técnicas de respiración en contracción uterina, posturas antálgicas, masajes integrales y localizados.
- **Relajación:** posiciones de relajación, posición ideal de relajación (PIR)
- **Recomendaciones:** reforzar la importancia del acompañante en la sesiones, indicar la reproducción de las lecciones aprendidas en casa, y felicitar a la gestante sobre el trabajo realizado y fijar día y fecha para la siguiente sesión.

SESIÓN IV: ATENCIÓN DEL PARTO Y CONTACTO PRECOZ

Objetivos: enseñar a las gestantes sobre el parto y sus periodos; brindar información acerca de los tipos y posturas del parto con adecuación intercultural y atención humanizada; preparar a las gestantes para el parto y sus períodos mediante técnicas de relajación y respiración.

Actividades:

- **Conceptos básicos:** tipos de parto (horizontal, vertical, cesárea), posturas para el parto (horizontal, vertical y sus variedades y posición instintiva), importancia y tipos de

relajación (activa, pasiva, imaginación/visualización) y respiración (superficial, profunda, jadeo, durante la dilatación y el expulsivo)

- **Gimnasia obstétrica:** ejercicios de calentamiento y estiramiento muscular en posición de pie, ejercicios de flexibilidad, posturas adecuadas durante el embarazo.
- **Relajación:** posiciones de relajación, posición ideal de relajación (PIR)
- **Recomendaciones:** reforzar la importancia del acompañante en la sesiones, indicar la reproducción de las lecciones aprendidas en casa, y felicitar a la gestante sobre el trabajo realizado y fijar día y fecha para la siguiente sesión.

SESIÓN V: PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO

Objetivos: enseñar a la gestante, pareja y familia cómo reconocer signos y síntomas de alarma, así como cuidados durante el puerperio; educar a la gestante y entorno sobre el recién nacido y los signos de alarma; instruir a la pareja y familia sobre su rol en el soporte emocional de la puérpera; educar a la gestante y su pareja para una salud sexual y reproductiva en el puerperio; capacitar a la gestante y su pareja para una lactancia materna exclusiva y exitosa.

Actividades:

- **Conceptos básicos:** cuidados del puerperio (normal y post-cesárea), signos de alarma durante el puerperio, 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 en el 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.
- **Gimnasia obstétrica:** ejercicios de calentamiento, ejercicios de control neuromuscular (miembros superiores, pectorales, circulatorios, perineales), técnica y postura de amamantamiento, respiración sostenida, relajación progresiva profunda, rutina de gimnasia post-parto.
- **Relajación:** posiciones de relajación, posición ideal de relajación (PIR)
- **Recomendaciones:** reforzar la importancia del acompañante en la sesiones, indicar la reproducción de las lecciones aprendidas en casa, y felicitar a la gestante sobre el trabajo realizado y fijar día y fecha para la siguiente sesión.

SESIÓN VI: RECONOCIMIENTO DE LOS AMBIENTES

Objetivos: familiarizar a la gestante con los ambientes y el personal que labora en el establecimiento de salud; evaluar el proceso de aprendizaje de las sesiones; preparar el maletín básico para llevar en el momento del parto.

Actividades:

- **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 del área física.
- **Recomendaciones:** reforzar la importancia del acompañante en las sesiones, indicar la reproducción de las lecciones aprendidas en casa, y felicitar a la gestante y el entorno por el trabajo realizado durante todo el curso de preparación.

2.4 VALORACIÓN DE APGAR

2.4.1 Concepto:

El Score de Apgar es una escala de puntuación utilizada en Neonatología para comprobar el estado de salud del recién nacido. Consiste en un examen físico breve, que evalúa algunos parámetros que muestran la vitalidad del Recién Nacido y la necesidad o no de maniobras de reanimación en los primeros

minutos de vida, indica el estado de salud del Recién Nacido al primer minuto y a los 5 minutos.¹¹

Si la puntuación total se mantiene inferior a 3 se recomienda realizarlo a los 10, 15 y 30 minutos.¹¹

2.4.2 Parámetros de la Valoración de Apgar

Son evaluados 5 parámetros, fácilmente identificables:

1. Frecuencia Cardíaca
2. Esfuerzo Respiratorio
3. Tono Muscular
4. Respuesta a estímulos
5. Color de la piel

La evaluación se lleva a cabo mediante una tabla que asigna un valor a cada parámetro que va de 0 a 2:

TEST APGAR

SIGNO	0	1	2
LATIDOS CARDIACOS POR MINUTO	AUSENTE	MENOS DE 100	100 O MÁS
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	IRREGULAR O DÉBIL	REGULAR O LLANTO
TONO MUSCULAR	FLACIDEZ	FLEXIÓN MODERADA DE EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	MUECAS	LLANTO VIGOROSO O TOS
COLOR DE PIEL Y MUCOSAS	PALIDEZ O CIANOSIS GENERALIZADA	CIANOSIS DISTAL	ROSAO COMPLETAMENTE

Un Apgar bajo al minuto no se correlaciona con malos pronósticos del neonato, a diferencia del Apgar a los 5 minutos que es un válido predictor de la mortalidad neonatal y pronóstico de desarrollo neurológico.¹¹

Un Apgar a los 5 minutos de 7 a 10 es considerado normal; puntuación de 4 a 6 es considerada una puntuación intermedia, indicadora de asfixia moderada y asociado a pobre evolución neurológica y una puntuación de 0 a 3 a los 5 minutos es indicador de asfixia severa y se asocia a parálisis cerebral. El riesgo de mala evolución neurológica se incrementa cuando la puntuación de Apgar es de 3 o menos a los 10, 15 y 20 minutos.¹¹

4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1 Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el trabajo de parto valorado por el partograma y Apgar del recién nacido en primigestas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2006. Zuñiga Calla, Cynthia Noemi. Universidad Católica de Santa María

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue llevado a cabo en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza – MINSA en el año 2006. Se investigó la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en un grupo conformado por 72 primigestas que habían acudido al programa en forma regular. Los resultados fueron comparados con un grupo control de las mismas características pero que no recibieron la preparación psicoprofiláctica.

Los resultados obtenidos demostraron diferencia significativa en la relación al período expulsivo siendo 14 minutos más rápido en primigestas con conocimientos de psicoprofilaxis.

Se observó diferencia no estadísticamente significativa con respecto a la duración de la fase activa entre el grupo de estudio y el grupo control.

No hubo mayor diferencia significativa en relación al Apgar de ambos grupos.

De los hallazgos se desprende que la psicoprofilaxis es una práctica que no sólo actúa sobre el dolor de parto, sino que influye sobre la misma evolución del trabajo de parto.

Conclusiones:

- i) La duración de la fase activa fue de 5 h 43 min (343.06 min) en primigestas con conocimientos de psicoprofilaxis y de 6 h 39 min (398.82 min) en el grupo control; siendo esta diferencia no significativa.
- ii) La duración del periodo expulsivo fue estadísticamente significativo más corto en primigestas con conocimientos de psicoprofilaxis con una duración media de 33.89 min frente al grupo de control de 47.60 min.
- iii) El Apgar de los recién nacidos fue similar en ambos grupos con un promedio de 9 como puntaje tanto al minuto como a los 5 minutos.

4.2 Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el trabajo de parto en gestantes nulíparas que acuden que acuden a centro de salud ampliación Paucarpata Arequipa Mayo – Agosto 2005. Mayorga Grados, Nelly Karina; Navia Condorena, Cynthia Vanessa

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objeto determinar y comparar las diferencias y los resultados, tanto de la parturienta y del proceso de parto, en pacientes con y sin preparación psicoprofiláctica, se realizó un estudio comparativo, cuasi experimental, relacional y prospectivo, en pacientes gestantes del Centro de Salud Ampliación Paucarpata, se evaluaron 62 gestantes nulíparas y con embarazo normal, 31 pacientes recibieron preparación psicoprofiláctica y 31 no la recibieron, se analizaron 10 variables en base a parámetros preestablecidos.

Los resultados fueron:

Distribución de pacientes por edades, se encontró un promedio de edad de 23 años para ambos grupos. **Por estado civil**, se encontró 77,41% de casadas y convivientes en el grupo de 1, y el 100% en el grupo 2, **por grado de instrucción** se encontró 100% con grado de instrucción superior y secundaria en el grupo 1, y 90% en el grupo 2, **duración del período expulsivo**, muy corto 51,61% en el grupo 1 y 22,58% en el grupo 2, **duración total de la labor del parto**, muy corto 70,97%, en el grupo 1 y 19,35% en el grupo 2, **efectividad del pujo**, en 77% en el grupo 1 y 35,48% en el grupo 2, **grado de ansiedad durante el parto**, sin ansiedad 35,48% en el grupo 1 y 15,35% en el grupo 2, **comportamiento mostrado durante el período expulsivo**, bueno en 41,94% en el grupo 1 y ningún caso registrado en el grupo 2; **por dilatación del cuello uterino en el momento de admisión 0 – 3 cm**, en 19,35% en el grupo 1 y 64,52% en el grupo 2; **por el estado de Apgar en el recién nacido**, no hay diferencia significativa en ambos grupos. **Evaluación del dolor**, poco en 58,06% en el grupo 1 y ningún caso registrado en el caso 2.

4.3 “RELACIÓN ENTRE PRIMIGESTAS QUE RECIBIERON PSICOPROFILAXIS, CON EL PARTOGRAMA Y EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO” Tello Pinto, Roxana Amparo

RESUMEN: El trabajo de investigación se llevó a cabo en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III de Yanahuara- EsSalud durante el año 2002. Durante este período de tiempo se investigó el impacto de la psicoprofilaxis en gestantes primigestas que asistieron a la preparación de manera regular, registrándose la duración, mediante partograma del primer y segundo período del parto, además del Apgar obtenido; dichos resultados fueron comparados con los de un grupo control, conformado por primigestas que no recibieron dicha preparación. Los resultados obtenidos demostraron diferencia significativa en relación al período expulsivo; siendo 15 minutos más rápido en las primigestas con conocimientos de psicoprofilaxis. Se observó diferencia no significativa estadísticamente con respecto a la duración de la fase activa y la velocidad de dilatación cervical entre el grupo de estudio y el grupo control. Aunque, sí existió una leve diferencia entre los 5 a 8 cm de dilatación cervical.

No se encontró diferencia significativa en relación al Apgar de ambos grupos. Se concluye que la psicoprofilaxis influye de manera positiva en la evolución del trabajo de parto.

4.4 “INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN LA ACTITUD FRENTE AL TRABAJO DE PARTO DE LAS PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE MARZO A MAYO DEL 2015” Tufar Rodas, María Teresa

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en la actitud frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de marzo a mayo del 2015.

Resultados: Las actitudes de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia frente a las que no recibieron fueron estadísticamente significativas durante el periodo de dilatación ($p < 0.001$) y alumbramiento ($p < 0.001$). Asimismo, las primigestas que recibieron Psicoprofilaxis de Emergencia tuvieron una actitud positiva (56,6%) durante el trabajo de parto en comparación con las pacientes del grupo que no recibió la intervención, pues ninguna presentó una actitud positiva siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$)

Conclusión: La psicoprofilaxis obstétrica de emergencia influye de manera significativa ($p < 0.001$) en la actitud positiva frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período de Marzo – Mayo de 2015.

4.5 CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES, REPRODUCTIVAS Y OBSTÉTRICAS ASOCIADAS AL RESULTADO ADECUADO DEL PARTO EN ICA, PERÚ, 2013. Munares-García, Oscar. Ica, 2013

Objetivo: Determinar las características biosociales, reproductivas y obstétricas asociadas al resultado adecuado del parto.

Materiales y métodos: Estudio analítico transversal realizado en 338 mujeres embarazadas procedentes del Hospital IV Augusto Hernández de Seguro Social de Salud de Ica, Perú entre marzo y abril de 2013, quienes fueron divididas en dos grupos según el resultado del parto: adecuado (n=174) e inadecuado (n=164). Se consideró resultado adecuado si el parto fue por vía vaginal, no presentó desgarros perineales, el líquido amniótico fue claro, el recién nacido tuvo un APGAR al minuto mayor a siete, la edad gestacional estuvo entre 37 a 41 semanas y el peso al nacer entre los 2501 a 3999 gramos.

Resultados: El 78,4% de las gestantes tuvo entre 20 a 35 años, el 51,6% presentó resultado adecuado del parto. El tener una edad entre 20 a 35 años, nivel educativo secundario o superior, más de cuatro controles prenatales y haber participado en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica se asociaron a un resultado adecuado del parto. Los factores reproductivos como menarquia antes de los 12 años y el uso de anticonceptivo no mostraron asociación.

Conclusiones: Alrededor de la mitad de las gestantes tienen un resultado adecuado del parto. Los prestadores de atención materna deberían

incorporar la edad, nivel educativo secundaria o superior, controles prenatales mayores de cuatro y la psicoprofilaxis como indicadores de resultado.

4.6 PSICOPROFILAXIS PERINATAL: PREPARACIÓN CORPORAL Y PSÍQUICA DE LA MUJER EMBARAZADA PARA EL NACIMIENTO.

José Salvador Sapién López y Diana Isela Córdoba Basulto. Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. Marzo, 2007

Resumen

Se observaron cualitativamente las actividades que un grupo de 17 mujeres embarazadas y sus acompañantes realizaron durante la segunda mitad de embarazo bajo indicaciones de dos instructoras. La técnica de profilaxis perinatal incluyó rutinas de ejercicios de fisioterapia obstétrica, relajación corporal y mental, técnicas de ventilación, posición de decúbito lateral izquierdo, extensión abdominal, simulacro de trabajo de parto, simulacro de expulsión, examen antes del trabajo de parto, preparación de ida al hospital para parto, explicación de la rutina hospitalaria para parto, consejos sobre atención al recién nacido, pláticas sobre lactancia materna a libre demanda, y cuidados y recomendaciones para mantener la salud en el embarazo. Se discuten los resultados y se concluye que la profilaxis perinatal es recomendable como medio educativo y preventivo a favor de la salud materno-infantil.

4.7 IMPACTO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MATERNAL Y EL RECIÉN NACIDO. Martínez Galiano, Juan Miguel. Universidad de Granada. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. España, 2013

Objetivo: Conocer la influencia que la asistencia a las sesiones de educación maternal puede tener para la obtención de mejores resultados en determinados aspectos relacionados con el proceso de Embarazo, Parto y Puerperio en la línea del Plan de Humanización de la Atención Perinatal. **Método:** Se realizó un estudio transversal prospectivo y multicéntrico entre enero 2011-enero 2012 en el área sanitaria del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, Complejo Hospitalario Universitario de Ján, Hospital de El Poniente en El Ejido (Almería) y Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén). **Población de referencia:** Mujeres cuyo parto fue atendido en los hospitales mencionados. El número de casos que se ha recogido en cada hospital es proporcional al número de partos. Con una potencia del 80% y error alfa del 5%, se calculó un tamaño de muestra de 507 mujeres. Las mujeres se seleccionaron de forma consecutiva. Se recogió información sobre datos sociodemográficos de la madre, parámetros obstétricos y de salud del recién nacido y de la utilización de los servicios sanitarios entre otros. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario de elaboración propia que había sido pilotado previamente. La información se obtuvo de la historia clínica, de la entrevista de la mujer y del documento de salud de la embarazada. **Resultados:** Participaron en el estudio 520 mujeres

primíparas. El porcentaje de mujeres que acudió al programa de educación maternal fue del 68.65%. La realización de educación maternal por parte de la madre tiene una asociación positiva con el nacimiento recién nacidos que no son de bajo peso al nacimiento. La realización de la educación maternal por parte de la madre no se asoció con el test de Apgar ni al minuto de vida ni a los cinco minutos de vida. Se detectó la asociación positiva entre el mayor grado de valoración en cuanto a su utilidad que la mujer hizo de la educación maternal y la realización de educación maternal. No se apreció asociación entre la educación maternal y requerimiento de medicación durante el proceso de dilatación, ni en la presencia de lesión perineal asociada al parto, ni con la aparición de complicaciones postparto, ni con la finalización del parto por cesárea. La educación maternal no tuvo influencia sobre la duración de ninguno de los diferentes periodos del parto. Se detectó asociación entre la participación de la mujer en el programa de educación maternal y la participación de forma activa en el proceso de parto, el establecimiento precoz piel con piel entre la madre y el recién nacido, el inicio precoz de la lactancia materna y el mantenimiento de esta a los dos meses de vida del bebé.

Conclusiones: La educación maternal no produjo que las mujeres hiciesen un uso del servicio de urgencias de obstetricia más eficiente y adecuado. La educación maternal no tuvo influencia sobre el nivel de ansiedad preparto de la gestante, la percepción de dolor durante el parto, la satisfacción que la mujer muestra sobre el proceso de embarazo-parto-

puerperio, ni sobre los días postparto que permaneció ingresada en el hospital. La educación maternal no afecta a la duración del proceso de parto en ninguno de sus distintos periodos, ni en la presencia de patología o complicaciones. Tampoco tiene influencia sobre el tipo de parto, ni afecta a la semana gestacional en la que se produce. En el proceso de parto la educación maternal muestra que incrementa el establecimiento precoz del contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido, así como una participación más activa en el proceso de parto. La educación maternal no tiene influencia sobre el requerimiento de analgesia epidural, la utilización de medicación durante el proceso de dilatación, ni sobre la presencia de lesiones perineales asociadas al proceso de parto. La realización de educación maternal por parte de la madre no tiene influencia sobre la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, ni sobre la necesidad de ingreso del recién nacido. La educación maternal se asoció con un menor riesgo de bajo peso al nacimiento. Las madres que realizaron la educación maternal iniciaron con mayor frecuencia la lactancia materna de forma precoz y mantuvieron la lactancia materna exclusiva en mayor proporción hasta los dos meses de vida del recién nacido. La valoración de la utilidad y beneficio de la educación maternal es mayor en las mujeres que participaron en el programa.

5. OBJETIVOS

5.1. Determinar la duración de la fase activa en gestantes nulíparas que recibieron psicoprofilaxis y de un grupo de control de las mismas características que no recibieron psicoprofilaxis.

5.2 Determinar la duración de la fase activa y duración del período expulsivo en primigestas que recibieron psicoprofilaxis y de un grupo control de las mismas características que no recibieron psicoprofilaxis.

5.3 Determinar la influencia de la psicoprofilaxis en el APGAR del recién nacido en gestantes que recibieron psicoprofilaxis y compararlo con el APGAR del recién nacido en gestante que no recibieron psicoprofilaxis.

6. HIPÓTESIS

Dado que la Psicoprofilaxis Obstétrica promueve la preparación psicológica y física de la gestante frente el trabajo de parto es probable que influya de manera favorable en la evolución del trabajo de parto en gestantes nulíparas atendidas en Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el periodo 2012 2015



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

6.1. TÉCNICA: Se utiliza la técnica de observación documental, para lo cual se elaborará una ficha de recolección de datos. Luego se procederá a la clasificación de los datos, la codificación y la tabulación de los datos.

6.2. INSTRUMENTOS

- Ficha de Recolección de Datos.
- Ficha de recolección de datos de informes operatorios.

6.3. MATERIALES DE VERIFICACIÓN

- Fichas de investigación.
- Material de escritorio.
- Historias Clínicas de Paciente del HRHD.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. **UBICACIÓN ESPACIAL:** La presente investigación se realizará en Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

2.2. **UBICACIÓN TEMPORAL:** Enero 2012 – Diciembre 2015

2.3. **UNIDADES DE ESTUDIO:** Historias clínicas

2.4. **POBLACIÓN:** historias clínicas del gestantes nulíparas atendidas en Hospital Regional Honorio Delgado durante el período 2012 - 2015

2.4.1. **Criterios de inclusión**

1. Primigestas mayores de 15 años pero menores de 35 años
2. Primigestas con una edad gestacional de 37 a 42 semanas
3. Mujeres embarazadas que acudieron al programa de psicoprofilaxis en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el año 2015
4. Asistencia mínima de 75%
5. Gestantes nulíparas a quienes se controló el trabajo de parto
6. Gestación con feto único y presentación cefálica
7. Embarazadas que tuvieron un parto eutócico en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

2.4.2 Criterios de exclusión

1. Primigestas que acudieron al curso intensivo del programa de psicoprofilaxis
2. Gestantes que ingresan al Servicio de Obstetricia con menos de 4 cm de dilatación cervical
3. Pacientes con antecedentes de patologías crónicas
4. Pacientes que hayan sido sometidas a inducción o conducidas durante todo el trabajo de parto
5. Pacientes que posean partogramas incompletos
6. Gestantes que ingresan en período expulsivo a sala de partos
7. Paciente con alto riesgo obstétrico
8. Gestantes con ruptura prematura de membranas
9. Pacientes con patologías indicativas de cesárea

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. **ORGANIZACIÓN:** Se establecerá coordinaciones con la Dirección del HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO (HRHD), así como con la Jefatura del Servicio de Obstetricia para solicitar el permiso respectivo para la ejecución de la investigación; a través del acceso al libro de registro de psicoprofilaxis obstétrica, libro de registro de sala de partos, revisión de historias clínicas y observación de pacientes de donde se extraerá información pertinente.

3.2. **RECURSOS:**

a. **HUMANOS:** Investigador y Asesor.

b. **MATERIALES:**

- Fichas de investigación.
- Historias Clínicas de los pacientes, que tengan criterios de inclusión compatibles con el tema en estudio; del HRHD.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c. **FINANCIEROS:**

- Autofinanciado.

3.3. CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

- **A nivel de recolección:** Para la recolección de datos se ubicará los nombres de los pacientes en el registro de psicoprofilaxis y registro de sala de partos para posteriormente ubicar los expedientes clínicos.
- **A nivel de sistematización:** Para el procesamiento se procederá a transcribir los datos necesarios en la ficha de recolección y posteriormente elaborar una Matriz de datos digital en el programa Estadístico SPSS v. 22 para Windows.
- **A nivel de estudio de datos:** El análisis se basará en la distribución proporcional de las variables y presentados en gráficas y tablas de frecuencia porcentuales.
- **A nivel de análisis:** se empleará estadística descriptiva con frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, las variables numéricas se mostrarán como unidades de tendencia central (promedio, mediana) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar)

Para determinar la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en las variables estudiadas se empleará la prueba de independencia Chi cuadrado para la asociación de variables categóricas, para la asociación de variables numéricas se empleará la prueba de T de Student, previa comprobación de normalidad mediante la prueba de

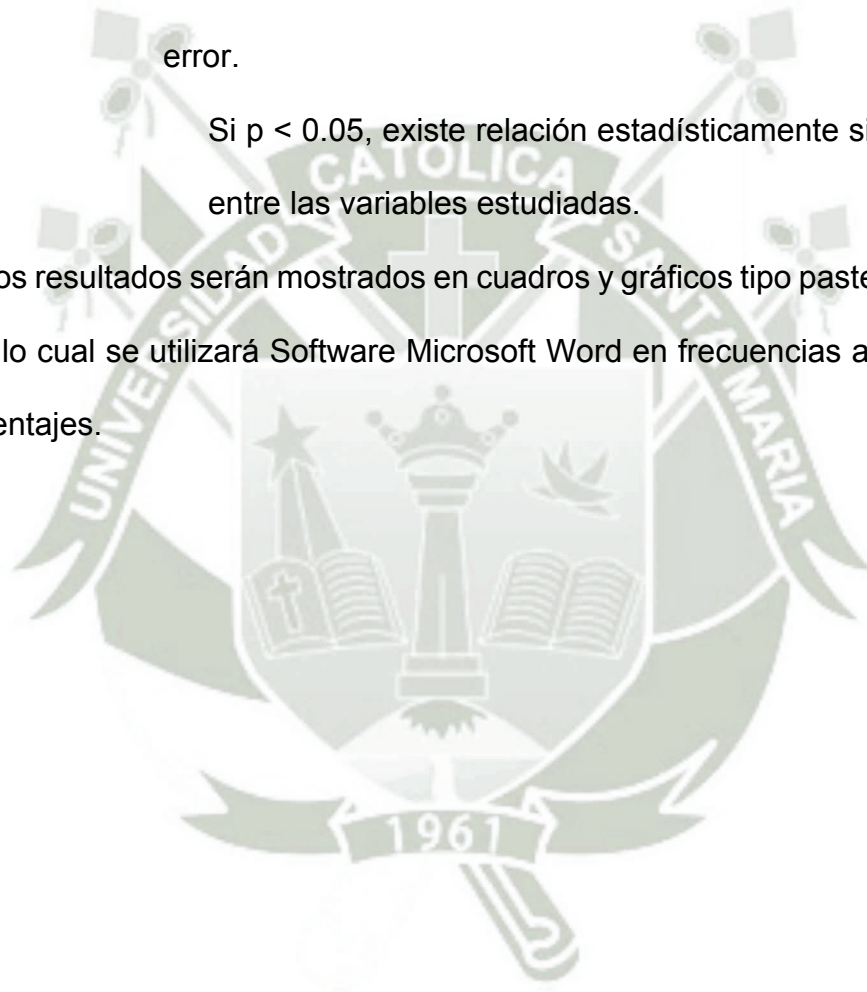
Kolmogórov-Smirnov, caso contrario se empleará la prueba no paramétrica de Mann-Whitney.

Este análisis estadístico se formula porque el programa estadístico nos da el “valor de p”.

p = simboliza el nivel de significación o probabilidad de error.

Si $p < 0.05$, existe relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas.

Los resultados serán mostrados en cuadros y gráficos tipo pastel y barras, para lo cual se utilizará Software Microsoft Word en frecuencias absolutas y porcentajes.



7. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	Diciembre	Enero	Febrero
1. Elección del tema			
2. Revisión bibliográfica			
3. Aprobación del Proyecto			
4. Ejecución			
5. Análisis e Interpretación			
6. Informe final			

Fecha de inicio: 01 de Diciembre de 2015

Fecha probable de término: 29 de Febrero de 2016

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONU: Organización de las Naciones Unidas. 2016 (citado 17 En 2016). Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>
2. Calderón, Jorge, Bravo, José, Albinagorta Roberto, Rafael Patricia, Laura Antonio, Flores Carlos. Parto vertical: Retornando a una costumbre ancestral. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia (Internet). 2008 (citado 21 En 2016). 54 (1): 49- 57. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428187011.pdf>
3. Norma Técnica N° 033 “MINSA /DG S P-V-01 “Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural”
4. Guía técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Lima, 6 de Mayo de 2011
5. Cunningham F. Gary, Leveno Kenneth J., Bloom Steven L., Hauth Jhon C., Gilstrap Larry III, Wenstrom Katharine D. Obstetricia de Williams. Vol 1. 22da ed. México. Mc Graw Hill Interamericana; 2006.

6. Schwarcz Ricardo L., Fescina Ricardo H., Duverges Carlos A. Obstetricia. 6ta ed. Argentina. El Ateneo; 2009.
7. Zuñiga Cynthia. Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el trabajo de parto valorado por el partograma y Apgar del recién nacido en primigestas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa – 2006. Arequipa. Universidad Católica de Santa María; 2007.
8. Mayorga Nelly, Navia Cynthia. Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el trabajo de parto en gestantes nulíparas que acuden a Centro de Salud Ampliación Paucarpata, Arequipa Mayo – Agosto 2005. Arequipa. Universidad Católica de Santa María; 2006.
9. Tello Pinto, Roxana Amparo. Relación entre Primigestas que recibieron Psicoprofilaxis, con el partograma y el Apgar del Recién Nacido. Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín; 2003.
10. Tufar Rodas, María Teresa. Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en la actitud frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas en el Instituto Nacional

Materno Perinatal de Marzo a Mayo del 2015. Lima.
Universidad Nacional de San Marcos; 2015.

11. Munares – García, Oscar. características biosociales, reproductivas y obstétricas asociadas al resultado adecuado del parto en Ica, Perú, 2013. MÉD UIS. 2015; 28 (3): 291-299.
12. Sapién Lopez, José Salvador, Córdoba Basulto, Diana Isela Psicoprofilaxis Perinatal: Preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. Psicología y Salud. 2007. 17 (002): 219 – 229
13. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn and American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. The Apgar Score. Pediatrics (Internet). 2015 (citado 23 En 2016); Volumen 136, Issue 4. Disponible en: pediatrics.aappublications.org/content/117/4/1444