PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN GINECO OBSTETRICIA

LA PSICOPROFILAXIS DURANTE EL EMBARAZO PARA MEJORAR EL PROCESO Y LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE PARTO Y DE LAS CONDICIONES DEL RECIÉN NACIDO. ESTUDIO COMPARATIVO EN TRES CENTROS DE SALUD: AUGUSTO EGAS, LOS ROSALES, Y LA CONCORDIA, DE LA PROVINCIA DE SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS, DURANTE EL PERIODO 2015.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECO – OBSTETRICIA.

DRA JESSICA FABIOLA REGALADO SEGOVIA

Dra. GABRIELA ALARCON
Directora

Dr. Ph.D HUGO PEREIRA
Director metodológico

Quito 2017

TITULO:

LA PSICOPROFILAXIS DURANTE EL EMBARAZO PARA MEJORAR EL PROCESO Y LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE PARTO Y DE LAS CONDICIONES DEL RECIÉN NACIDO. ESTUDIO COMPARATIVO EN TRES CENTROS DE SALUD: AUGUSTO EGAS, LOS ROSALES, Y LA CONCORDIA, DE LA PROVINCIA DE SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS, DURANTE EL PERIODO 2015.

AGRADECIMIENTOS

A mi **Esposo**, por su apoyo incondicional, por darme ánimos para seguir y crecer cada día. Sin él no hubiera sido posible caminar este largo trayecto. Por estar presente siempre.

A mi **karly**, por existir en mi vida, darme alas para volar desde el momento que llegó a mí, por soportar mi ausencia y haber sido fuerte. Y en ausencia de mamá creció sin inconvenientes, siendo la mejor hija.

A mi **Bebé**, que se originó dentro de mí sin esperarla y me acompaño en este proceso, haciéndome aún más fuerte, siendo ella mismo una superviviente, dándome más energías de donde no existían.

A mi **Mamá**, que siempre ha estado conmigo, ayudándome, sin importarle el lugar siempre estuvo allí.

A mi **Papá**, por enseñarme a luchar y nunca desistir. Me enseño a confiar y creer en mí.

Un agradecimiento especial al **Dr. Hugo Pereira**, un buen tutor, profesor y amigo. Bajo su tutela ha sido posible este estudio.

A la **Dra Gabriela Alarcón,** mujer con conocimiento y mucha energía**,** un ejemplo a seguir como especialista y persona.

A los ginecólogas/os que conocí en el camino a la superación y que fueron fuentes de inspiración con sus enseñanzas y experiencias, dándome la oportunidad de crecer como ellos.

A la **PUCE**, por darme la oportunidad de ser su estudiante y especializarme.

TABLA DE CONTENIDOS

PORTADA ……..... I

TITULO …….....…. II

AGRADECIMIENTO…….....**.** III

TABLA DE CONTENIDO ……... IV

ÍNDICE DE TABLAS…….....**.....** V

RESUMEN ……..... VI

ABSTRACT…….....**.....** VI

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN…….**..** 1

Objetivos…….**....** 8

Objetivo general …….**.....** 8

Objetivos específicos……**..** 9

CAPÍTULO II 10

REVISION BIBLIOGRAFICA

Antecedentes o marco referencial……. 10

2.2. Marco teórico……**.** 11

2.2.1. Psicoprofilaxis……**.** 11

2.2.1.1. Definición…… 11

2.2.1.2. Ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la madre……**.** 12

2.2.1.3. Ejercicios profilácticos……... 13

2.2.1.4. Técnicas de respiración para el trabajo de parto**.**……**.** 16

2.2.1.5. Técnicas de Relajación para el parto ……**....** 17

2.2.2. El parto……. 19

2.2.2.1. Duración del trabajo de parto …… 20

2.2.2.2. Desgarros perineales…… 24

2.2.2.3. Intervenciones médicas……..... 25

2.2.2.4. Cesáreas……. 25

2.2.2.5. Estado de nacimiento del recién nacido ……... 26

2.2.3. Marco conceptual…….**.....** 28

2.2.4. Operacionalización de las variables. 34

CAPÍTULO III 41

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio…….**....** 41

3.2. Procedimientos para la recolección de datos…….**.....** 41

3.3. Plan de análisis de datos…….**.....** 41

3.4. Universo y muestra…….. 42

CAPÍTULO IV 44

4.1. RESULTADOS OBTENIDOS Y ANÁLISIS DE DATOS

CAPITULO V 51

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 51

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones…….. 57

Recomendaciones……... 54

Bibliografía 55

Anexos ……..……... 63

LISTA DE TABLAS

Tabla Nº 1: Operacionalización variable Independiente. 34
.

Tabla Nº 2: Operacionalización variable Dependiente……..... 35

Tabla Nº 3: Operacionalización de variable Interviniente……. . . . 38

Tabla Nº 4: Mujeres que recibieron psicoprofilaxis, de acuerdo al Centro de Salud. 43

Tabla 5: Comparación en promedio y desviación standard de mujeres que realizaron y las que no realizaron psicoprofilaxis de parto, con edad, tiempo de las fases de trabajo de parto, APGAR, Controles prenatales. 45

Tabla Nº 6: Comparación en número y porcentaje de mujeres que realizaron y las que no realizaron psicoprofilaxis de parto, con tiempo promedio menor al estándar, presentación de desgarros perineales, necesidad de inducción o conducción, APGAR, Condición Social y Antecedentes Obstétricos. 46

Tabla Nº 7: Asociación de los resultados durante el parto y la Psicoprofilaxis 48

RESUMEN

Problema: El parto y su proceso, es un acontecimiento natural de todas las mujeres gestantes del mundo. Sin embargo lo que lo hace distinto, es el entorno o ambiente cultural en cual se desarrolla la mujer embarazada. El dolor que acompaña al trabajo de parto de la gestante es una de las principales preocupaciones de la futura madre y llega en algunos casos a producir tensiones que se desarrollan a medida que se acerca el parto. Sólo a través de una adecuada preparación psicoprofiláctica se obtendrán resultados favorables mediante una oportuna educación, correcta respiración, ejercicios de relajación y el entrenamiento que contribuye al fortalecimiento de los músculos. Si los trabajos son realizados en forma correcta brindara a la mujer mayor seguridad, sabrá actuar, cómo respirar y además se evitará posibles traumatismos maternos y complicaciones que convierten al parto en un proceso patológico o traumático.

Objetivo: Analizar los efectos de la psicoprofilaxis en el proceso y resultado de trabajo de parto y su influencia en el estado general del recién nacido en tres centros de salud.

Metodología: se aplicó un estudio de cohorte retrospectivo o histórico, de corte transversal donde se seleccionaron dos grupos de mujeres embarazadas expuestas y no expuestas. Las variables que se investigaron fueron: práctica de psicoprofilaxis y duración del trabajo de parto, fase latente y activa, periodo expulsivo del parto, desgarro perineales, intervenciones médicas, número de cesáreas y estado de nacimiento del recién nacido, donde se recogieron los datos de interés a la investigación, a través de las historias clínicas de las gestantes que tuvieron parto en los Centros de Salud: Augusto Egas, Los Rosales y la Concordia. Para el análisis de los cuadros estadísticos se utilizaron las medidas de frecuencias como: media, moda, desviación estándar. Se calculó el riesgo relativo, intervalo de confianza y Chi cuadrado al cruzar variables cualitativas, mientras que se realizó un Análisis de Anovas en las cuantitativas.

Resultados: Los resultados demostraron que las mujeres que asistieron completamente a las prácticas de la psicoprofilaxis en los diferentes centros de salud donde se llevó a cabo la investigación, no tuvieron ningún inconveniente durante el proceso del trabajo de parto, disminuyendo el riesgo de tener una fase latente y activa prolongada, así como un periodo de expulsión retardado, puesto que la exposición, en todos los casos resultó ser de protección. También demostró disminución en el riesgo de desgarros perineales.

Conclusiones: La psicoprofilaxis en el embarazo, ofrece muchos beneficios a la gestante durante el trabajo de parto, puesto que aquellas que asistieron completamente a la práctica Psicoprofilactica en los Centros de Salud Augusto Egas y Los Rosales, no tuvieron ningún tipo de complicación durante el parto.

ABSTRACT

Problem: Labor and its process is a natural event for all pregnant women in the world. However what makes it different, is the environment or cultural environment in which the pregnant woman develops. The pain that accompanies the labor of the pregnant woman is one of the main preoccupations of the future mother and in some cases can produce tensions that develop as the delivery approaches. Only through proper psychoprophylactic preparation will you get favorable results through timely education, proper breathing, relaxation exercises and gymnastics that helps strengthen muscles. If the work is done correctly, it will give the woman greater security, she will know how to act, how to breathe, and also avoid possible maternal trauma and complications that make childbirth a pathological or traumatic process.

Objective: To analyze the effects of psychoprophylaxis on the process and outcome of labor and its influence on the general state of the newborn in three health centers.

Methodology: A cross-sectional retrospective or historical cohort study was applied, where two groups of exposed and unexposed pregnant women were selected. The variables that were investigated were: psychoprophylaxis and duration of labor, expulsive period of delivery, perineal tear, number of medical interventions, number of cesarean sections and birth state of the newborn, where the data of interest were collected. Research, through the clinical records of pregnant women who gave birth at the Health Centers: Augusto Egas, Los Rosales and Concordia. For the analysis of the statistical tables, the frequency measurements were used as: average, fashion, standard deviation, while the measures of association were used: Relative Risk, Confidence Interval. The relative risk, confidence interval and Chi square were calculated by crossing qualitative variables, while Anovas Analysis was performed in the quantitative

Results: The results showed that women who fully attended the practices of psychoprophylaxis in the different health centers where the research was carried out had no inconvenience during the labor process, reducing the risk of having a stage Latent and active delay, as well as a period of delayed expulsion, since the exposure in all cases proved to be protective. It also showed a decreased risk of perineal tears.

Conclusions: Psychoprophylaxis in pregnancy offers many benefits to the pregnant woman during labor, since those who fully attended Psychoprophylactic practice at the Augusto Egas and Los Rosales Health Centers had no complications during labor.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La Psicoprofilaxis obstétrica es un conjunto de actividades de preparación integral teórica, física y psicoafectiva, que permite favorecer un embarazo y parto sin temor, ni dolor y disminuir la morbilidad y la mortalidad materna perinatal.

El embarazo es considerado como un proceso biológico, psicológico y socialmente normal, donde las condiciones del contexto familiar y social de las mujeres embarazadas contribuyen de una u otra manera a su evolución, por lo que se hace necesario que la gestante acuda a un centro de salud para llevar un control prenatal.

Los primeros cursos de psicoprofilaxis se dictaron en Francia en el año de 1777, dirigidos a las mujeres gestantes sobre la mejor manera de prepararse para el parto. A mediados del siglo XIX, J. Simpson pretendió emplear la anestesia clorofórmica al parto, al mismo tiempo que en Paris, la escuela de Charcot llevan a cabo las primeras investigaciones sobre hipnosis clínica

Fue a principios del siglo XX con los estudios de Jacobson donde se sientan las bases de la Educación Maternal, cuya finalidad es la de conseguir tranquilidad mental mediante la reducción progresiva de las tensiones musculares directamente relacionadas con la ansiedad. La relajación progresiva de Jacobson es adecuada para personas con ansiedad, con estrés, con depresión, incluso para personas con problemas de hipertensión.

Las técnicas probadas por Jacobson en distintos grupos de pacientes obtuvieron unos excelentes resultados y en 1938 publicó sus estudios en la obra ‘‘Relajación

Progresiva*”* donde se puntualizan los ejercicios a seguir y la forma de ponerla en práctica

La metodología de Jacobson incluía tensiones y relajaciones que podían llegar a durar hasta seis horas en total, sin embargo posteriores estudios han conseguido ir reduciendo la duración de estos ejercicios.

Con el perfeccionamiento de los procesos de la tecnología de la relajación progresiva de Jacobson y la lucha contra el miedo al parto de Dick-Read como principios facilitadores del parto se instituyeron los puntos de partida para el desarrollo de nuevos métodos, que son la base de los actuales métodos de capacitación para el parto. Granthy Dick Read, publicó en 1933 sus observaciones sobre el parto natural, que después denominó Parto sin Temor, cuyo postulado es “El temor es el principal agente productor del dolor en un parto normal.”.

Dick Read describió, de esta manera, su síndrome temor-tensión-dolor. El temor origina tensión muscular y psíquica, la tensión produce disminución del umbral de percepción del dolor haciendo que los estímulos no dolorígenos se identifiquen como dolorosos y que estos estímulos se hagan más evidentes. De esta manera la sensación dolorosa se magnifica, el dolor magnificado causa mayor temor y consecuentemente mayor tensión, cerrándose así una espiral o círculo vicioso, con intensidad dolorosa cada vez mayor

Velvosky y cols (1944) desarrollaron el método de la Psicoprofilaxis Obstétrica con asombrosos resultado en Rusia. Velvovski en 1950 publicó los resultados de su trabajo en Rusia, donde a mediados de este decenio, se observó que la Psicoprofilaxis obstétrica era un sustituto útil de la anestesia no bien administrada o manejada en

forma inadecuada durante el trabajo de parto. Este método conocido también con el nombre de "parto sin dolor", nació en la Unión Soviética y se basa en los principios de la fisiología de Pavlov y en la teoría de los Reflejos temor - dolor -tensión. En 1947, el neuropsiquiatra ruso Velvoski y el obstetra Nicolaiev emplearon por primera vez una técnica de atención del parto a la que denominaron "Método psicoterapéutico de analgesia en el parto".

Lamaze y Vellay (1952) adoptaron y difundieron el método en Francia., quienes conservaron la idea de la comprensión racional del proceso de parto y la necesidad de la colaboración activa de las gestantes durante proceso, además del alcance del factor educativo. Lamaze observó el concepto de Psicoprofilaxis una combinación de respiración profunda para estimular la relajación, el tacto para reducir la percepción del dolor y la educación para resolver el miedo debido a la ignorancia del proceso.

En 1951 se conoce el método psicoprofiláctico perfectamente arreglado y demostrado sobre bases científicas, mejorándose así la actitud de la gestante en el trabajo de parto. La educación que se brinde para el parto permitirá que la gestante haga frente a la tensión provocada, disminuyendo así el dolor. Lamaze añade un ambiente especial de cordialidad y la presencia del compañero.

En Rusia nace la escuela soviética de Psicoprofilaxis Obstétrica, que enlaza las ideas de Pavlov sobre los reflejos condicionados con las de Reads. El método ruso difiere del de Reads en que en lugar de crear un sistema de inhibición frente al miedo, lo crea de excitación (respuesta) ante una sensación (contracción). Se basa en varios puntos: Relajación muscular (técnica de Shultz), Técnica de pujo, recuerdo de las clases y creación de reflejo.

Los países tecnológicamente desarrollados rápidamente pusieron en práctica la preparación psicofísica del parto ya sea siguiendo, los planteamientos de la Escuela Francesa o Rusia, o inspirándose en los trabajos de Read. Es así que en 1951, Thoms y Kanlovsky, estudiaron 2000 partos de primíparas que recibieron preparación para el parto en la base de la Escuela de Granthery Dick-Read, en el hospital Comunitario "Grace New-Heaven", como resultados se encontró un número reducido de recién nacidos deprimidos, trabajos de partos breves, menos partos quirúrgicos, menores pérdida de sangre, una convalecencia ligera y por último, madres más felices.

Entre las nuevas corrientes en las que se basa en la actualidad la educación maternal, el doctor Leboyer en 1974 intenta completar el método psicoprofiláctico, humanizando el parto, donde la educación que se brinde para el parto permitirá que la gestante haga frente a la tensión provocada, disminuyendo así de manera significativa el dolor

Las técnicas modernas empleadas para la práctica de la preparación para el parto se basan en las Escuelas Tradicionales y los pensamientos de sus máximos representantes: Escuela Inglesa, Grantly Dick Read; Escuela Soviética, Platonov, Velvovsky, Nicolaiev; Escuela Francesa: Fernand Lamaze; Escuela Ecléctica, Frederick Levoyer, Gavensky y otros.

La psicoprofilaxis es impartida en algunos centros de asistencia al parto, pero con un costo que no es accesible a toda la población gestante además no se le da el seguimiento necesario por diversas razones como: el tiempo, la educación, la falta de personal capacitado y sobre todo el desconocimiento de las mujeres y todo el personal de salud acerca del tema

Reyes (2009), en su investigación realizada en el Instituto Especializado, Materno Perinatal en Lima, Perú, sobre la Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno perinatales en primigestas, concluyó que las primigestas con preparación Psicoprofiláctica tienen mayor asistencia a su control prenatal y puerperal a lo que presentaron menos complicaciones durante el parto.

García (2005), en un trabajo investigativo realizado en el municipio de Cantel en Quetzaltenango, sobre la Preparación Psicoprofiláctica y su influencia en la estabilidad emocional de mujeres gestantes, llego a la conclusión que mediante los conocimientos y la preparación que el curso psicoprofiláctico le brinda a las madres, ellas se sienten más estables emocionalmente y muestran una actitud más segura ya que se sienten preparadas, para enfrentar el momento del parto.

Aguayo y Carrasco (2008), en su tesis titulada "Técnicas Psicoprofiláctica de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del Hospital Paillaco, Chile, entre septiembre del 2007 y febrero del 2008", concluyó que la percepción en torno al parto de las mujeres es positiva y creen que es importante que ellas se eduquen respecto a este tema y que el recibir estos talleres les da el valor para enfrentar el trabajo de parto.

López (2010), en su tesis titulada "Aplicación del método psicoprofiláctico para disminuir la ansiedad en el parto", afirma que el método psicoprofiláctico redujo significativamente los niveles de ansiedad en las primigestas durante el trabajo de parto y que las mujeres que tenían pareja, a diferencia de las madres solteras también se mostraban menos ansiosas.

En el año 2014, el Ministerio de Salud Pública de nuestro país expide mediante Acuerdo Ministerial la Norma Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, documento normativo, basado en las Escuelas doctrinarias (Inglesa, Soviética y Francesa), con el fin de es disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal

La organización del Ministerio de Salud Pública, de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, se halla estructurada con base en el hospital general "Dr. Gustavo Domínguez", con las 4 especialidades básicas y algunas sub especialidades, con una dotación normal de 141 camas. Un hospital básico con 60 camas. Todo esto conformados en tres Distritos de Salud: D2301, D2302, D2303,

Distrito de Salud N° 23-01, Augusto Egas, integrada por 11 unidades operativas de diferente nivel de complejidad. La Jefatura tiene como sede el Centro de Salud "Augusto Egas" y comprende 10 Subcentros de salud (Cooperativa 30 de Julio, Santa Martha, Rumiñahui, Asistencia Municipal, San Vicente del Nila, Alluriquin, El Paraíso, Las Mercedes, Libertad del Toachi y Luz de América).

El centro de salud Augusto Egas, se encuentra en la Avenida Quito y Latacunga, Centro de la ciudad de Santo Domingo, se encuentra en la misma dirección del distrito. En octubre del 2014 inauguro su sala de partos para dar cobertura a las unidades operativas que conforman el distrito y la parte céntrica de la ciudad. La atención real de partos empezó en enero del 2015.

Las instalaciones cuentan con toda la implementación necesaria para partos. Ubicada en la segunda planta de la unidad. Posee una sola cama ginecológica para la atención del parto. 5 camillas para recuperación.

El programa de Psicoprofilaxis es llevada a cabo por la Obstetriz encargada de la consulta externa, quien capta a las pacientes en la primera consulta, a cualquier edad gestacional. Realizándolo una vez por semana, en el auditorio de la institución, los días lunes, por dos o más horas, en seis sesiones, según la norma del ministerio de salud pública. O las sesiones a la que alcance la paciente según su edad gestacional, ya que algunas pacientes acuden a su primer control en el segundo o tercer trimestre. Dichas sesiones son en compañía de la pareja cuando es posible.

El Distrito de Salud N° 23-02, Los Rosales, integrada por 11 unidades de salud. La jefatura del área está ubicada en el Centro de Salud de "Los Rosales" y comprende además 10 Subcentros de salud (Ciudad Nueva, Nueva Aurora, El Esfuerzo, Juan Eulogio Paz y Miño, La Modelo, Las Delicias, Nuevo Israel, Puerto Limón, San Jacinto del Búa y Montoneros de Alfaro.

El Centro de Salud Los Rosales se encuentra se encuentra en la avenida Calazacon Urbanización los Rosales, parte periférica de la ciudad de Santo Domingo.

Desde enero del 2015 cuenta con atención de partos, su sala de partos fue remodelada en el 2016, con todos los equipos necesarios. Posee una sola cama ginecológica para la atención de partos. 5 camas de recuperación.

El programa de psicoprofilaxis, es llevada a cabo por los cuatros Obstetrices que laboran en esta casa de salud. La paciente es captada en su primera consulta, en consulta externa, a cualquier edad gestacional, aunque en ocasiones su primera captación es en la labor de parto, ya que las pacientes no acuden tempranamente a la consulta. Cada obstetriz forma sus grupos de trabajos según sus pacientes.

Realizando las preparaciones en el área de espera de la consulta, o donde sea posible, se hacen 6 sesiones, por una o dos horas, en un mes y medio aproximadamente**,** según la norma del ministerio de salud pública.

Distrito de Salud 23-03, La Concordia que cuenta con un centro de Salud La Concordia que es la sede y Subcentros de Salud en Las Villegas, Monterrey, Alianza, Nueva Concordia y Plan Piloto.

El centro de Salud la Concordia se encuentra en la calle J. Montalvo y Vargas torres. En la cabecera cantonal de la Concordia. Cantón de Santo Domingo.

Cuenta con sala de partos equipada con una sola camilla ginecológica. Atiende partos desde hace muchos años.

El programa de psicoprofilaxis es llevado a cabo recién desde el año 2017, por las cuatro Obstetrices que laboran en esta casa de salud. Las pacientes son captadas en la primera visita en consulta externa, a cualquier edad gestacional. Realizan 6 sesiones, de dos horas, según la norma del ministerio de salud pública. Formando grupos según la edad gestacional a la que logren captar a la paciente.

Objetivos

Objetivo general.

Analizar los efectos de la psicoprofilaxis en el proceso y resultado de trabajo de parto y su influencia en el estado general del recién nacido en tres centros de salud.

Objetivos específicos

- Describir los beneficios de la psicoprofilaxis durante el embarazo, en términos de: la duración del trabajo de parto, el periodo expulsivo del parto, desgarro perineal, intervenciones médicas y número de cesáreas.
- Comparar los resultados de la psicoprofilaxis para el trabajo de parto y sus efectos en el estado general del recién nacido en tres centros de salud.
- Elaborar una guía educativa de psicoprofilaxis a las mujeres embarazadas, que buscan atención médica en los en los Centros de Salud: Augusto Egas, Los Rosales, y la Concordia, de la Provincia de Santo Domingo de los Tsachilas.

CAPÍTULO II

REVISION BIBLIOGRÁFICA

2.1. Antecedentes o marco referencial.

Aguilar, M (2012) en su trabajo titulado "Resultados perinatales en el momento del parto de las mujeres que recibieron el programa de estimulación prenatal en el hospital clínico San Cecilio-España (2012), donde las variables estudiadas fueron la duración del trabajo del parto, el peso del recién nacido, el apgar al nacimiento, el tipo de parto y la opinión que las mujeres estudiadas tenían sobre el programa demostró que las mujeres sometidas a la psicoprofilaxis disminuyeron el trabajo de parto y que estos nuevos programas de estimulación prenatal son bien aceptadas por la embarazada. P.27

Aguayo, C. (2009) en su trabajo realizado en el 2009. Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la Maternidad del Hospital Paillaco- Chile, demostró en su estudio que durante el proceso de gestación y parto las mujeres que usaron alguna técnica profiláctica tuvieron un mayor avance de la dilatación cervical, indicando que la atención natural del parto fue positiva, y que el entorno social más cercano influye en la percepción de la atención del parto.p.12

Yábar, M. (2014) en su trabajo titulado, "La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes" Lima, (2014), demostró que Las gestantes adolescentes que reciben practica de psicoprofilaxis mostraron mayor interés y responsabilidad respecto de asistir a su control prenatal, concluyendo en su investigación que este mecanismo es

una preparación integral que beneficia a la madre y el bebé y debería recomendarse como parte de la atención prenatal. Pág. 39-44

En Octubre del 2011 en el Cantón Ventanas el personal de salud de Obstetricia realiza una investigación para conocer la incidencia de la aplicación de la Psicoprofilaxis obstétrica en las tasas de cesáreas en las pacientes atendidas en el área gíneco-obstétrica del Hospital Jaime Roldos Aguilera del Cantón Ventanas en el periodo Octubre , dando como resultado que las mujeres que practicaron la psicoprofilaxis, existió un alto porcentaje de buenas experiencias de parto, por ello se considera necesario la terapia de psicoprofilaxis como un apoyo para disminuir la sintomatología del embarazo. Pag.33

2.2. Marco teórico

2.2.1. Psicoprofilaxis

2.2.1.1. Definición

La psicoprofilaxis obstétrica según el MINSA (2012) es definido como:

"Un proceso educativo para la preparación integral de la gestante que le permite desarrollar comportamientos saludables para optar por una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, y recién nacido convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable" pág. 12

Lo que significa que este proceso permite la disminución de complicaciones obstétricas que puedan suceder durante el parto, al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor, contribuyendo de esta manera a la disminución

de complicaciones perinatales al acortar el proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto.

2.2.1.2. Ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la madre

Solis H, y Morales S.(2012 destacan las ventajas de la psicoprofilaxis y señalan la siguiente: pag 47-50

- Menor grado de ansiedad en la madre, adquiere una actitud positiva y de tranquilidad.
- Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando apropiadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás técnicas de autoayuda.
- Evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto, ingresa al centro de atención, en franco trabajo de parto, con una dilatación más avanzada.
- Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal, del tiempo total del trabajo de parto. y menor duración de la fase expulsiva.
- Esfuerzo eficaz, sin perder atención en el objetivo y significado de su labor.
- Menor uso de fármacos analgésicos, anestésicos y menos riesgos de presentar complicaciones obstétricas.
- Menor incomodidad y/o dolor durante el trabajo de parto, saber aplicar su fuerza física, equilibrio mental y capacidad de concentración, con miras a controlar las molestias.
- Disfruta mejor de su gestación y parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto a todo el proceso.

- Mejor vínculo afectivo con su pareja y el bebé, pudiéndolo disfrutar de manera natural y positiva, con criterios reales y positivos, sin perjuicio del bebé, ni especulaciones ni uso de técnicas no probadas o no convenientes.
- Menor posibilidad de partos distócicos y riesgo de un parto instrumentado.
- Recuperación más rápida y cómoda con aptitud para una lactancia natural.
- Menor riesgo a tener depresión postparto.

2.2.1.3. Ejercicios profilácticos

Rotación de la columna.

Posición: Tendida boca arriba, con las piernas estiradas

Caderas: Relajarse. Girar y levantar la cadera de un lado al otro, lo más posible. Mantener la rotación. Regresar a la posición original. Realizar con la cadera del otro lado.

Hombros: Relajarse. Sin mover las piernas, girar el busto levantando el hombro de un lado. Mientras, que el otro hombro permanece apoyado en el suelo.

Frecuencia: Al realizar el movimiento, contar hasta 3 y luego volver a la posición original y repetir. Realizar el movimiento 5 veces a cada lado.

Finalidad: Elasticidad en la torsión de las articulaciones de la columna con la pelvis. Aumentar la elasticidad de las articulaciones de la columna vertebral y activar algunos músculos del pecho y vientre.

Encogimiento

Posición: Tendida boca arriba, con las piernas

Encoger las piernas sobre el tronco. Sujetar las rodillas con las manos, y doblar lo más posible la columna y el cuello. De forma que la cabeza quede entre las rodillas. Volver a la posición inicial.

Frecuencia: Permanecer en la posición hasta contar hasta 2. Luego volver a la posición inicial y repetir. Realizar el movimiento 3 veces.

Finalidad: Mayor elasticidad a las articulaciones útiles para el parto.

Recostada en la posición de parto común

Posición: Acostada, con las piernas dobladas cobre el tronco, sujetadas por las manos. Cabeza apoyada sobre dos almohadas. También, sentada en una silla, con los pies apoyados. Manteniendo los muslos doblados y tocando el vientre.

Relajarse.

Respirar, tomando una inspiración completa y rápida.

Mantener la respiración, sin dejar escapar el aire, realizar el esfuerzo de evacuar el intestino (acción de pujar).

Descansar expulsando el aire.

Realizar respiraciones normales y repetir

Frecuencia: Al realizar la acción de puje, mantener el esfuerzo hasta contar 5. Repetir 10 veces cada sesión.

Finalidad: Fortalecer los músculos que intervienen en los esfuerzos para expulsar el niño, en el parto. Facilita y abrevia el parto.

Cuclillas

Posición: En cuclillas, los pies han de estar completamente planos sobre el suelo, no en puntillas, lo más juntos posibles.

Frecuencia: Se sugiere de 5 a 10 minutos.

Finalidad: Uno de los ejercicios más importante para el método del parto natural. Aumenta la elasticidad de la pelvis y la flexibilidad de la columna vertebral.

Posición de sastre

Posición: Sentada en el suelo, piernas abiertas y pies unidos por las plantas.

En esta posición apoyar los codos sobre las rodillas y con ellos, llevarlas poco a poco hacia abajo, hasta tocar el suelo, al mismo tiempo, con las manos sujetando los tobillos, acercarlos progresivamente al cuerpo lo más posible. Al fatigarse volver a la posición inicial.

Frecuencia: De 6 a 8 veces.

Finalidad: Aumentar la elasticidad de las articulaciones que intervienen en el parto. Dilatar el fondo del vientre. Favorece el relajamiento.

Circunferencias

Posición: Tendida boca arriba, con las piernas estiradas

Elevar una pierna y describir con ella una circunferencia en el aire. Al fatigarse, bajar la pierna y hacer lo mismo con la pierna contraria. Se sugiere comenzar a realizar el ejercicio con la pierna lo más vertical que se pueda, e irla bajando conforme se adquiera mayor fuerza.

Frecuencia: Consideraciones personales. Al fatigarse.

Finalidad: Fortalecer la musculatura del vientre. Evitar la caída del vientre y las hernias de los partos difíciles.

2.2.1.4. Técnicas de respiración para el trabajo de parto.

Los ejercicios respiratorios reportan numerosos beneficios para la mujer durante el proceso del parto:

a. Ayudan a aumentar su umbral del dolor.

b. Mejoran la capacidad para afrontar las contracciones uterinas.

c. Permiten que el útero funcione de manera más eficiente.

d. Proporcionan una adecuada oxigenación tanto materna como fetal.

e. Aprovechamiento al máximo de la energía.

f. Proporcionan relajación

Existen tres tipos de respiraciones básicas:

A. Respiración superficial o torácica: Se puede utilizar en la fase de dilatación y consiste en tomar y expulsar poca cantidad de aire cada vez. Aunque el aporte de oxígeno puede ser adecuado, existe el riesgo de hiperventilar si el ritmo de inspiración-espiración es demasiado rápido.

B. Respiración lenta y profunda: También se utiliza durante el periodo de dilatación, generalmente en las primeras fases. Permite un buen aporte de oxígeno a la madre y al feto durante la contracción y evita la hiperventilación. La mujer inspira

lentamente a través de la nariz, llevando el abdomen hacia afuera y espira a través de los labios fruncidos, dirigiendo el abdomen hacia abajo. La frecuencia respiratoria es lenta, de 6-9 respiraciones por minuto.

C. Respiración soplante rápida o de soplido- jadeo: Suele utilizarse en la fase activa del parto cuando empiezan a sentirse los primeros pujos y no existen condiciones adecuadas para realizarlos. Cuando sobreviene la contracción la mujer puede tener la necesidad de respirar más rápidamente; para evitar la hiperventilación, puede utilizar el patrón respiratorio de jadeo-jadeo-soplido.

2.2.1.5. Técnicas de Relajación para el parto

Salas F, (2013) señala que la "Psicoprofilaxis "consiste en la preparación integral de los futuros padres desde el punto de vista teórico, físico, emocional, mental, espiritual y social con la finalidad de tener un embarazo, parto y post parto sin dolor y temor" pág. 43.

La relajación a través de ejercicios permite lograr el equilibrio mental y el autodominio de la mujer ante una situación estresante como es el parto. El conocimiento y dominio de técnicas de relajación es eficaz para reducir síntomas de cansancio, estrés y angustia durante el parto, pudiendo controlar de manera más adecuada el dolor.

Técnica de tensión-relajación: En esta esta técnica la mujer debe adoptar una postura cómoda (preferiblemente acostada sobre el lado izquierdo).

Salas (2013) explica que "la técnica consiste en contraer algunos grupos musculares por un lapso de 5 a 7 segundo, con una relajación consecutiva de 20 a 30 segundos,

dejando el resto del cuerpo relajado, lo que permite tomar conciencia de las sensaciones que se van produciendo". Pág.42-48

Para iniciar la relajación se debe comenzar por los grupos musculares de pies y piernas, luego los brazos, a continuación, el vientre y la vagina, el pecho, los hombros, la espalda, y por último los músculos faciales. Estos ejercicios deben repetirse una o dos veces hasta que se consiga realizarlos, y son más eficaces si la mujer los practica con regularidad, sola o con una persona de apoyo.

Relajación por el tacto: Según Salas (2013):

"Esta técnica se la debe hacer entre dos personas, uno de ello deberá colocar sus manos sobre los distintos grupos musculares del cuerpo de la mujer para que ésta vaya relajándolos con el contacto. A través de masaje en forma lenta y suavizante sobre la parte del cuerpo que está tensa, permitirá a la mujer a reaccionar mejor ante las manipulaciones por parte del médico. Esta relajación incluye el rozamiento abdominal, que consiste en dar un golpeteo ligero sobre el abdomen con la yema de los dedos, comenzando desde la sínfisis del pubis y desplazando los dedos hacia arriba con un movimiento circular, o bien haciendo la figura de un 8 sobre el abdomen". pág.42-48

Visualización (imaginación) - Concentración: Salas (2013) continúa afirmando que: **"**el hecho de visualizar imágenes mentalmente durante el parto puede ayudar a la mujer a sentir alivio del dolor. Concentrándose en imágenes que le resulten relajantes puede llegar a evadirse y sentir que las sensaciones dolorosas disminuyen". Pág. 42-48

Por consiguiente, instruir a la mujer a usar la mente, puede influir efectivamente sobre su cuerpo. La recreación de imágenes que establezcan una familiaridad entre lo que sucede dentro de su cuerpo y lo que imagina la mujer puede ser de gran ayuda.

Musicoterapia: Los efectos beneficiosos de la música, a nivel mental y emocional son de sobra conocidos. Como método de evasión-distracción o como inductora de determinados estados anímicos (euforia, serenidad, goce), la música puede ayudar a la mujer embarazada a conseguir relajación y una actitud mental positiva.

Hidroterapia: Salas (2013) explica que:

"El agua constituye un medio excelente para relajar y tonificar el cuerpo de la mujer embarazada. Masajea y reconforta los músculos y la piel, vigoriza y estimula la circulación sanguínea. Baños, duchas, zambullirse en una piscina, los jacuzzis, aplicación de compresas y envolturas húmedas, son algunas de las prácticas que proporcionan a la mujer embarazada sensaciones muy agradables y la llevan fácilmente a un estado de relax". Pág. 42-48

Aromaterapia: Consiste en respirar olores agradables que ayuden a la mujer a sentirse bien. Estos olores originan la liberación de neurotransmisores y endorfinas, y estimulan determinadas zonas cerebrales produciendo sensaciones placenteras y bienestar.

2.2.2. El parto

El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer

inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino (Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer 2007).

Según la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA) (2010):

El parto y el nacimiento son procesos fisiológicos. El garantizar los mejores resultados en la atención del parto debe observar la importancia que este proceso tiene en la vida de la mujer, en su bienestar emocional y en la adaptación a la maternidad, así como en el establecimiento del vínculo con su hijo o hija, en el éxito de la lactancia, en el estilo de crianza y en el desarrollo posterior de los niños y niñas.

El manejo del parto desde la perspectiva científica busca que el control a la madre y al feto se enfoque de la mejor manera posible, teniendo a ambos bien vigilados, a fin de que no exista ninguna probabilidad de que surja una sorpresa desagradable, que pueda provocar graves repercusiones en la salud de la madre o de su hijo. (Revista científica, 2007)

2.2.2.1. Duración del trabajo de parto

Según la Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto. (2014) define al trabajo de parto como: “contracciones uterinas suficientes en frecuencia, intensidad y duración que producen borramiento y dilatación del cérvix”.

Es muy relativo definir cuánto dura un parto, pues el tiempo que transcurre desde la primera contracción hasta el nacimiento del bebé varía mucho de una mujer a otra.

Intervienen diversos factores en la duración de un parto, como la nuliparidad o no, la posición del bebé y el estado emocional, entre otros tantos.

Cada parto es distinto, porque cada mujer es distinta. Hay mujeres que pueden estar varios días con trabajo de parto mientras que otras dan a luz en pocas horas.

Los periodos del parto son: **periodo de dilatación, periodo expulsivo y alumbramiento**:

Según el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal (2010), la Primera etapa de trabajo de parto o período de dilatación "Es la que comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa. A su vez, esta primera etapa, tanto en la práctica clínica como en la literatura, se ha subdividido en dos fases: la fase latente y la fase activa".

Fase latente del trabajo de parto: Para American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG (2013) La fase latente comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación hasta 4 cm. La duración es de aproximadamente 6,4 horas en la nulípara y 4,8 horas en las multíparas.

Fase activa de trabajo de parto: se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación; comienza con una dilatación de más de 4 cm y termina cuando la paciente tiene dilatación completa: 10 cm.

Para Bix E, Reiner LM, Klovning A, Oian P. (2012). La duración de la fase activa del parto es variable entre las embarazadas y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. Pag.604

La duración de la fase activa del parto puede establecerse de la siguiente manera:

- En las primíparas:

1. El promedio de duración es de 8 horas.

2. Es poco probable que dure más de 18 horas.

- En las multíparas:

1. El promedio de duración es de 5 horas.

2. Es poco probable que dure más de 12 horas.

Para mejor control recordar que está determinado que en la fase activa el progreso es de 1,1 cm/hora en las mujeres nulíparas y de 1,3 cm/hora en las multíparas. Bix E, Reiner LM, Klovning A, Oian P. (2012).

Segunda etapa de trabajo de parto o período expulsivo: Para el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto, el periodo expulsivo "es la que comienza con la dilatación cervical completa y finaliza con el nacimiento del feto. Alternativamente, también es considerada desde el comienzo del pujo materno con dilatación completa hasta el nacimiento. Normal"

Allen VM, Baskett TF, O'Connell CM, McKeen D, Allen AC.(2009) explican que:

La duración normal del expulsivo depende de cada embarazada, y puede ser:

1. Hasta tres horas para nulíparas sin analgesia epidural, promedio 54 minutos.

2. Hasta cuatro horas para nulíparas con analgesia epidural.

3. Para multíparas sin analgesia epidural, hasta un máximo de dos horas, promedio 18 minutos.

4. Para multíparas con analgesia epidural, hasta tres horas. Pág. 58

En promedio según la Guía Española de Obstetricia señala que pueden ser 54 minutos en las nulíparas y 18 minutos en las multíparas.

Los riesgos de resultados adversos maternos y perinatales aumentan con una mayor duración de la segunda etapa del parto, en especial de más de tres horas en las mujeres nulíparas y más de dos horas en las multíparas.

Tercera etapa de trabajo de parto o alumbramiento: Para el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto el alumbramiento es:

La que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. Se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato, con manejo activo (comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta)".

Combs CA, Laros RK Jr. (1991), manifiestan que “A partir de los 10 minutos de duración del alumbramiento, con manejo activo, el riesgo de hemorragia posparto aumenta progresivamente con la duración del mismo”. Pág. 7

2.2.2.2. Desgarro perineales.

Cuando el producto pase por el canal vaginal para nacer, puede ocasionar un desgarro. Por lo regular, el desgarro ocurre en el perineo o periné, que es el área entre la vagina y el ano.

Los desgarros son más comunes entre las mujeres que tienen su primer parto vaginal. Estos pueden ser desde pequeños cortes y abrasiones hasta laceraciones profundas, que pueden afectar diferentes músculos del suelo pélvico. Es posible tener un desgarro incluso, con presencia de episiotomía. De hecho, una episiotomía eleva el riesgo de tener desgarros serios.

Según la Guía de Práctica Clínica del MSP (2015), existen cuatro tipo de desgarro perineal:

Desgarro perineal grado I: desgarro que afecta a la horquilla perineal, la piel perineal y la mucosa vaginal.

Desgarro perineal grado II: afecta, además de lo descrito anteriormente, a la piel y la mucosa, la aponeurosis y los músculos del periné, sin llegar al esfínter anal.

Desgarro perineal grado III: se extiende a todo lo anterior y al esfínter rectal.

Desgarro perineal grado IV: incluye extensión a mucosa rectal, y llega a dejar descubierta la luz del recto.

2.2.2.3. Intervenciones médicas

Inducción

Para American College of Obstetricians and Gynecologists (2005), el parto inducido es "cuando se logra un trabajo de parto mediante el inicio artificial de las contracciones uterinas para producir borramiento y dilatación cervical mediante el uso externo de medicamentos o maniobras con capacidad contráctil".pág.60

La inducción se realiza cuando existe una causa materna o fetal que indique que el embarazo debe terminar antes del inicio espontaneo del trabajo de parto. Estas causas son múltiples, como restricción de crecimiento dentro del útero, presión alta materna, embarazos prolongados, en que hay riesgo que la placenta deje de oxigenar bien al feto, y muchas otras.

El medicamento utilizado es el misoprostol.

Conducción

Estimulación del útero durante el trabajo de parto para aumentar la frecuencia, la duración y la intensidad de las contracciones hasta obtener un trabajo de parto adecuado.

El medicamento utilizado es la oxitocina, con diferentes esquemas de uso.

2.2.2.4. Cesáreas

Berghella V y Landon (2012). Manifiestan que la cesárea "Es el parto de un bebé a través de una abertura quirúrgica en la zona baja del vientre de la madre. También se denomina parto por cesárea". Pág. 20

Un parto por cesárea se realiza cuando no es posible o seguro para la madre dar a luz al bebé por vía vaginal.

El procedimiento generalmente se hace mientras la mujer está despierta. El cuerpo está anestesiado del abdomen hacia abajo, usando anestesia epidural o raquídea.

1. El cirujano hace una incisión a través del abdomen justo por encima del área púbica.

2. Se incide en el útero y en el saco amniótico.

3. Se extrae al bebé a través de esta abertura.

El equipo médico aspira los fluidos de la nariz y de la boca del bebé. Se corta el cordón umbilical. Se verificará que la respiración del bebé sea normal y que otros signos vitales estén estables.

La madre está despierta durante el procedimiento, pudiendo escuchar y ver a su bebé. En muchos casos, la mujer puede tener una persona de apoyo acompañándola durante el procedimiento. La cirugía demora aproximadamente una hora.

Heffer señala que "La edad gestacional menor a 38 semanas de gestación o mayor a 40 semanas aumentan la probabilidad de tener un nacimiento por cesárea". Pág. 287

2.2.2.5. Estado de nacimiento del recién nacido

La puntuación de Apgar, es la primera prueba para evaluar a un recién nacido, se lleva a cabo en la sala de parto, inmediatamente después del nacimiento del bebé. Esta prueba fue desarrollada por la anestesista Virginia Apgar en 1952 para saber lo más rápidamente posible el estado físico de un recién nacido y para determinar cualquier necesidad inmediata de cuidados médicos adicionales o tratamientos de emergencia.

La prueba Apgar

Por lo general, la prueba se realiza al bebé en dos ocasiones: la primera vez, un minuto después del nacimiento y la segunda vez, cinco minutos después del nacimiento. A veces, si el estado físico del bebé resulta preocupante o y si el resultado de la segunda prueba es bajo, se puede evaluar al bebé por tercera vez 10 minutos después del nacimiento.

Se utilizan cinco factores para evaluar el estado físico del bebé y cada factor se evalúa siguiendo una escala del 0 al 2, siendo 2 la máxima puntuación posible. Los factores son los siguientes:

1. aspecto (color de la piel)
2. pulso (frecuencia cardíaca)
3. irritabilidad (respuesta refleja)
4. actividad y tono muscular
5. respiración (ritmo y esfuerzo respiratorio)

El recién nacido se califica en una escala de 0, 1 o 2 puntos para cada medida, hasta una puntuación máxima de 10.

Una puntuación de 7 a 10, indica que el bebé está en una condición de buena a excelente. Una puntuación de 4 a 6, significa asfixia moderada, el bebé necesita ayuda para comenzar a respirar. Una puntuación inferior a 4, quizás refleja problemas con los sistemas cardiaco o respiratorio.

Una puntuación de 0 a 3, es asfixia severa y se asocia con la parálisis cerebral u otros problemas neurológicos.

Para Finster M, Wood M.(2005). Actualmente la prueba Apgar, sigue usándose como un test rápido, sencillo y preciso para evaluar la vitalidad del recién nacido. Tiene también cierta capacidad de predicción del pronóstico y la supervivencia, y su uso es práctica habitual hoy en día en todos los centros sanitarios que atienden partos". pág. 855-857

En general las puntuaciones Apgar pronostican confiablemente la supervivencia durante el primer mes de vida; sin embargo, el nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, traumatismo, infección, defectos de nacimiento, medicamentos administrados a la madre y otros padecimientos pueden afectar las puntuaciones.

2.2.3. Marco Conceptual.

Cesárea. La cesárea es la intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal.

Contracciones uterinas. Es la actividad contráctil del musculo uterino durante el parto, para producir acortamiento rítmico, del segmento superior del útero. Al principio del proceso las contracciones son suaves, pero progresivamente se vuelven más intensas y más frecuentes hasta finalizar con la expulsión del feto y de la placenta de la cavidad uterina.

Hidroterapia. Es el uso del agua con fines terapéuticos, ya sea de forma térmica, mecánica (ejerciendo presión) o química. Es una forma de fisioterapia y sirve para los tratamientos de varias enfermedades, lesiones y trastornos.

Musicoterapia. Es la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un Musicoterapeuta calificado, con un paciente o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas.

Desgarro perineal grado I: Desgarro que afecta a la horquilla perineal, la piel perineal y la mucosa vaginal.

Desgarro perineal grado II: Afecta, además de lo descrito anteriormente, a la piel y la mucosa, la aponeurosis y los músculos del periné, sin llegar al esfínter anal.

Desgarro perineal grado III: Se extiende a todo lo anterior y al esfínter rectal.

Desgarro perineal grado IV: Incluye extensión a mucosa rectal, y llega a dejar descubierta la luz del recto.

Distocia: Parto o alumbramiento que procede de manera anormal o difícil.

Distrés respiratorio: Situación de inestabilidad respiratoria que ocasione necesidad de vigilancia especial, monitorización, oxigenoterapia o ingreso para observación o tratamiento.

Parto. Proceso por el que la mujer o la hembra de una especie vivípara expulsa el feto y la placenta al final de la gestación; consta de tres fases: la fase de dilatación, la de expulsión y la placentaria o de alumbramiento.

Parto Humano. El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero

Parto espontáneo/normal/eutócico: Es aquel de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o la niña nacen espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas.

Parto inducido: Cuando se logra un trabajo de parto mediante el inicio artificial de las contracciones uterinas para producir borramiento y dilatación cervical mediante el uso externo de medicamentos o maniobras con capacidad contráctil.

Parto inmaduro: Es el que se presenta entre las 20 y las 28 semanas de gestación.

Parto pretérmino o prematuro: Es el que se presenta entre las 28 y las 36 semanas de gestación.

Parto a término: Es el que se presenta entre las 37 y 42 semanas.

Parto postérmino: El que se presenta luego de las 42 semanas de gestación o más de 294 días, calculados a partir de la fecha de la última menstruación confiable.

Pujo: Se refiere a la contracción de los músculos de la prensa abdominal desencadenado por la presión de la presentación sobre la ampolla rectal y se suma a la que realiza el músculo uterino al contraerse para que esta sea más efectiva.

Pujos dirigidos: Dirigir la intensidad y el tiempo del pujo desde la aparición espontánea de la contracción; es una práctica que no se recomienda de forma habitual.

Pujos espontáneos: Instintivos de forma fisiológica y son los que se presentan en el expulsivo.

Psicoprofilaxis. Conjunto de actividades orientadas a brindar una preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para lograr un embarazo, parto y postparto sin temor y disminuir sus complicaciones y así contribuir a la disminución de la morbimortalidad materno perinatal"

Hipótesis

La práctica de la psicoprofilaxis de las mujeres embarazadas permite disminuir: la duración del trabajo de parto, el periodo expulsivo del parto, desgarros perineales, intervenciones médicas, el número de cesáreas y mejor estado de nacimiento del recién nacido.

Las condiciones de cada centro de salud para la realización de la psicoprofilaxis en embarazadas, influye en los resultados en respecto del proceso y resultado del trabajo de parto y sus efectos en el recién nacido.

Variables

Variable Independiente

Práctica de la psicoprofilaxis

Variables Dependientes

- Duración del trabajo de parto
- Periodo expulsivo del parto,
- Desgarros perineales
- Intervenciones médicas
- Número de cesáreas,
- Estado de nacimiento del recién nacido
- Servicios de salud

Variables intervinientes

- Edad
- Condición social
- Antecedentes Gineco-obstétricos
- Controles prenatales

Operacionalización de las variables:

Variable Independiente	Dimensión	Definición	Tipo de variable	Escala	Indicador	Técnica de investigación	Instrumento recolección de la información	Fuente de la información
Preparación Psicoprofilactica	Asistencia al curso	Curso que se dicta a embarazadas, durante seis sesiones de trabajo, una por cada semana, con una duración de dos horas por sesión, con el fin de obtener un embarazo de buena calidad y un parto sin dolor, a través de un adecuado conocimiento de los fenómenos fisiológicos del embarazo y el parto, el entrenamiento en ejercicios prácticos, de tipo obstétrico y entrenamiento psicológico (relajación, autocontrol emocional, reducción de la ansiedad, el miedo, de los pensamientos en torno al embarazo y habilidades para encarar situaciones de estrés en el ámbito hospitalario).	Cualitativa nominal	Si No	Distribución porcentual	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes
	Clasificación de Asistencia al curso	Presencia a una o varias, todas las charlas que se dicta a las embarazadas, para ayudarlas en el control de las emociones, actitudes y comportamientos, durante el embarazo y el parto	Cualitativa nominal	Completa Parcial	Distribución porcentual	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes

Variables dependientes

Variable	**Dimensión**	**Definición**	**Tipo de variable**	**Escala**	**Indicador**	**Técnica de investigación**	**Instrumento de recolección de la información**	**Fuente de la información**
Duración del trabajo del parto	Fase latente	Tiempo que transcurre entre el inicio de las contracciones uterinas irregulares con modificación cervical hasta los 4 cm de dilatación	Mixta • Cualitativa Ordinal • Cuantitativa continua	Cualitativa: Tiempo menor al promedio: Primíparas <384 min = SI, ≥385 min =NO Multíparas <288 min = SI ≥289 min =NO Cuantitativa: Tiempo en minutos	Distribución proporcional Media, mediana, moda, rango, desviación estándar.	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes
	Fase activa	Tiempo que transcurre entre los 4 cm y los 10 cm de dilatación y se acompaña de dinámica regular.	Mixta • Cualitativa Ordinal • Cuantitativa discreta	Cualitativa: Tiempo menor al promedio: Primíparas <480 min = SI, ≥481 min =NO Multíparas <300 min = SI ≥301 min =NO Cuantitativa: Tiempo en minutos	Distribución proporcional Media, mediana, moda, rango, desviación estándar.	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes
Periodo	N/A	Etapa	Mixta		Distribución	Revisión	Matriz de	Historia clínica

expulsivo del parto.		comprendida desde la dilatación completa (10 cm) hasta la salida del producto. Se acompaña de pujos maternos.	• Cualitativa Ordinal • Cuantitativa continua	Cualitativa: Tiempo menor al promedio: Primíparas <54 min = SI, ≥55 min =NO Multíparas <18 min = SI ≥19 min =NO Cuantitativa: Tiempo en minutos	porcentual para la cualitativa Media, mediana, moda, rango y desviación estándar para la cuantitativa	documental	registro de datos	de las pacientes
Tipo de parto	N/A	Manera en que se termina el embarazo.	Cualitativa nominal	Cesárea Vaginal	Distribución porcentual	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes
Intervenciones medicas	Inducción	Tratamiento utilizado para iniciar el trabajo de parto a un ritmo más rápido. El objetivo es provocar las contracciones	Cualitativa nominal	SI NO	Distribución porcentual	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes
	Conducción	Estimulación del útero durante el trabajo de parto para aumentar la frecuencia, la duración y la	Cualitativa nominal	SI NO	Distribución porcentual	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes

		intensidad de las contracciones hasta obtener un trabajo de parto adecuado						
Desgarros perineales	N/A	Constituyen la lesión más frecuente ocasionada por el parto, en realidad comprometen la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa.	Cualitativa nominal	SI NO	Distribución porcentual	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes
Clasificación de Desgarros Perineales	N/A	Dependiendo de la extensión del daño	Cualitativa nominal	Desgarro de primer grado Desgarro de segundo grado Desgarro de tercer grado Desgarro de cuarto grado	Distribución porcentual	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes

Estado de nacimiento del recién nacido	Clasificación de Asfixia por Escala de APGAR	Estado de nacimiento del bebe. Puntuación menor a 7 en la Escala de APGAR	MIXTA • Cualitativa Ordinal	Asfixia Moderada Puntuación de 4 a 6 Asfixia severa Puntuación de 0 a 3 En los minutos 1 y 5	Distribución porcentual.	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes
			• Cuantitativa Discreta	Puntuación en la Escala de Apgar del 1 al 10 al 1 minuto y a los 5 minutos	Media, mediana, moda, rango, desviación standard	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes
Servicios de salud donde realizan Psicoprofilaxis	N/A	Número y porcentajes de pacientes embarazadas que realizan psicoprofilaxis en los centros de salud	• Cuantitativa discreta	Centros de salud donde las pacientes realizan psicoprofilaxis: Augusto Egas Los Rosales La Concordia	Medidas de Tendencia central y dispersión	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes

Variables intervinientes

Variables	**Dimensión**	**Definición**	**Tipo de variable según su naturaleza**	**Escala**	**Indicador**	**Técnica de investigación**	**Instrumento para la recolección de la información**	**Fuente de la información**
Edad	N/A	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativa discreta	Edad en años cumplidos	Media, mediana, moda, rango, desviación standard	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes
Condición social	N/A	Forma en que el ser humano es visto en la sociedad	Cualitativa nominal	Alto Medio Bajo Paupérrimo	Distribución porcentual	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes
Paridad	N/A	Es el número de veces que una mujer ha parido	Cualitativa nominal	Nulípara Multípara	Distribución porcentual	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes
Controles prenatales	N/A	Cuidado médico que recibe la mujer de forma periódica durante su embarazo.	Cuantitativa discreta	Número de controles	Media, mediana, moda, rango, desviación estándar.	Revisión documental	Matriz de registro de datos	Historia clínica de las pacientes

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio.

Se aplicó un estudio de cohorte retrospectivo o histórico, donde las mediciones basales y el seguimiento han ocurrido en el pasado. En este tipo de estudio tanto la exposición como la enfermedad ya han ocurrido cuando se llevó a cabo el estudio.

Se seleccionaron dos grupos de mujeres embarazadas expuestas y no expuestas y se reconstruyó la historia a través de los registros en las historias clínicas existentes en los diferentes Centro de salud donde se llevó a cabo la investigación.

El grupo de mujeres expuestas fueron aquellas que asistieron totalmente y parcialmente a las prácticas de la psicoprofilaxis en los diferentes Centro de Salud donde se llevó a cabo el estudio; mientras que el grupo de mujeres no expuestas fueron aquellas que no se sometieron al tratamiento y quedan expuestos al riesgo.

3.2. Procedimientos de recolección de información:

La información fue recolectada, una vez que se establecieron la población y muestra, así como las variables que se investigaron: práctica de psicoprofilaxis (Variable independiente) y duración del trabajo de parto, periodo expulsivo del parto, desgarro perineales, intervenciones médicas, número de cesáreas y estado de nacimiento del recién nacido. (Variables dependiente) donde se recogieron los datos de interés a la investigación, a través de las historias clínicas, principalmente del formulario 051, de las mujeres embarazadas, que fueron atendidas en los Centros de Salud:

Augusto Egas, Los Rosales, y la Concordia, de la Provincia de Santo Domingo de los Tsachilas.

3.3. Análisis de datos

Para el procesamiento de la información se utilizó el programa estadístico EPI Info 7.0 en español, donde se registraron los datos o resultados obtenidos de la investigación.

Utilizando el programa EPI INFO y con ayuda del programa Microsoft Excel XP se procedió a elaborar los cuadros con sus respectivos gráficos de acuerdo a los objetivos planteados.

Para el análisis de los cuadros estadísticos se utilizaron las medidas de frecuencias en variables cualitativas, como: Prevalencia de enfermedad en expuestos y no expuesto y Prevalencia de exposición en enfermos y no enfermos. Pero también análisis de medias para las variables cuantitativas.

Entre las Medidas de asociación se utilizaron:

- Riesgo Relativo de expuestos y no expuestos con relación a la enfermedad e intervalo de confianza, con variables cualitativas.
- Análisis de ANOVAS entre expuestos y no expuestos en relación a la enfermedad en variables cuantitativas

3.4. Universo y muestra

Para el universo fueron consideradas todas las gestantes, cuyos partos fueron atendidos en los Centros de salud Augusto Egas (Distrito 23D01), Los Rosales (Distrito 23D02)

Y la Concordia (Distrito 23D03), de la Provincia de Santo Domingo de los Tsachilas, durante el año 2015.

Muestra. Para la muestra fueron consideradas todas las mujeres embrazadas que realizaron la práctica de la psicoprofilaxis en los tres Centros de Salud, durante el año 2015.

CAPITULO IV

RESULTADOS OBTENIDOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Se evaluaron 995 mujeres que acudieron a dar a luz en los Centros de Salud seleccionados para el trabajo de investigación, tenían un rango de edad de 13 a 43 años, en promedio 22.7, mediana 20, moda 19, desviación estándar 6.29. El mayor número de atenciones fue en el Centro de Salud de La Concordia (57%), luego Augusto Egas con el 25,8% y finalmente Los Rosales con 17.1%. La mayoría de ellas corresponden al nivel socio económico bajo (54.4%), y fueron multíparas (57%). La psicoprofilaxis se realizó en 91 mujeres (9.15%), y de ellas 28 (30.77%) tuvieron las sesiones completas, en el Centro de Salud de La Concordia no hubo programa de preparación del parto, como se ve en la distribución de la tabla 1.

TABLA 1: Mujeres que recibieron psicoprofilaxis, de acuerdo al Centro de Salud

	CENTRO DE SALUD			
PSICOPROFILAXIS	**AUGUSTO EGAS**	**LA CONCORDIA**	**LOS ROSALES**	**Total**
SI	51 (19.8%)	0	40 (23.5%)	91 (9,15%)
NO	206 (80.16%)	568 (100%)	130 (76.5%)	904 (90.85%)
TOTAL	257 (25.8%)	568 (57%)	170 (17.1%)	995 (100%)

Fuente: Historias Clínicas de los Centros de Salud. Elaborado por Regalado, J. 2017.

Durante el trabajo de parto, el tiempo de la fase latente en promedio fue de 5 horas (Entre 1 y 8 horas) para las que recibieron psicoprofilaxis y 6 horas (Entre 1 y 26 horas) para las que no la recibieron.

Para efectos del estudio, se tomó el tiempo promedio standard de la fase latente según la literatura, 6,4 horas en las nulíparas y 4,8 horas en las multíparas y se dicotomizó a esta variable en tiempo menor al promedio (si/no).

Solo 28 (30.8%) mujeres recibieron preparación completa de psicoprofilaxis, se hicieron otros análisis excluyendo a las que tuvieron preparación parcial (63 mujeres, 69.2%).

El mismo proceso se cumplió con la fase activa del trabajo de parto encontrándose que quienes recibieron psicoprofilaxis tardaron en promedio 4 horas (Entre 1 y 11 horas), mientras que las que no, en promedio demoraron 5 horas (Entre 20 minutos y 20 horas). El 81.32% de mujeres que realizaron psicoprofilaxis, tuvieron además un tiempo menor al promedio durante esta fase, comparado con 64.16% de las que no tuvieron psicoprofilaxis. La dicotomización de esta variable se realizó considerando la literatura: 5 horas para las multíparas y 8 horas para las nulíparas. Excluyendo a las mujeres que tuvieron preparación incompleta se vio que un 82.14% de mujeres que hicieron psicoprofilaxis tuvieron un tiempo menor al promedio.

En cuanto al período expulsivo, las que realizaron psicoprofilaxis tardaron en promedio 23.9 minutos y las que no lo hicieron 30.1 minutos. Disminuyendo aún más el promedio de tiempo al excluir a las que hicieron una preparación incompleta 19.8 minutos.

Los resultados de las variables cuantitativas y cualitativas los podemos ver en las siguientes tablas:

TABLA 2: Comparación en promedio y desviación standard de mujeres que realizaron y las que no realizaron psicoprofilaxis de parto, con edad, tiempo de las fases de trabajo de parto, APGAR, Controles prenatales

Variable	Con Psicoprofilaxis			Sin Psicoprofilaxis		
	N	Media	SD	n	Media	SD
Promedios de edad	91	23.48	6.68	904	22.65	6.26
Promedio de tiempo en la fase latente	91	347.36 min	211.85	904	386.69 min	235.11
Promedio de tiempo en la fase Activa del parto	91	240.85 min	122.67	904	294.14	153.28
Promedio de tiempo en la fase de expulsión	91	23.96 min	14.75	904	30.19	19.13
Promedio de tiempo en la fase de expulsión, excluyendo a las que hicieron preparación incompleta	28	19.79 min	14.61	904	30.19 min	19.13
Promedio de Apgar en 1 minuto	91	7.58	1.27	904	7.57	1.54
Promedio de Apgar en 5 minutos	91	8.96	0.73	904	9.02	1.12
Controles prenatales	91	6.32	2.25	904	4.16	1.87

Fuente: Historias Clínicas de los Centros de Salud. Elaborado por Regalado, J. 2017.

TABLA 3: Comparación en número y porcentaje de mujeres que realizaron y las que no realizaron psicoprofilaxis de parto, con tiempo promedio menor al estándar, presentación de desgarros perineales, necesidad de inducción o conducción, APGAR, Condición Social y Antecedentes Obstétricos.

Variable	Con Psicoprofilaxis			Sin Psicoprofilaxis		
	N	Nro.	%	n	Nro.	%
Tiempo menor al promedio en la fase latente del trabajo de parto	91	45	49.45%	904	355	39.27%
Tiempo menor al promedio en la fase latente del trabajo de parto, excluyendo a las que no tuvieron preparación completa	28	18	64.29%	904	355	39.27%
Tiempo menor al promedio en la fase activa del trabajo de parto	91	74	81.32%	904	580	64.16%
Tiempo menor al promedio en la fase latente del trabajo de parto, excluyendo a las que no tuvieron preparación completa	28	23	82.14%	904	580	64.16%
Presentación de desgarros perineales	91	5	5.49%	904	143	15.82%
Necesidad de Inducción o Conducción	91	6	6.59%	904	96	10.62%
Apgar normal en 1 minuto	91	75	82.42%	904	714	78.98%
Apgar normal en 5 minutos	91	88	96.7%	904	854	94.47%
Condición Social Baja	91	29	31.87%	904	512	56.64%
Condición Social Media	91	62	68.13%	904	392	43.36%
Antecedentes Gíneco Obstétricos	91	39	42.86%	904	389	43.03%

Nulípara						
Antecedentes Gíneco Obstétricos	91	52	57.14%	904	515	56.97%
Multípara						

Fuente: Historias Clínicas de los Centros de Salud. Elaborado por Regalado, J. 2017.

Los desgarros perineales descritos con más frecuencia fueron de grado 1 (72.97%), seguidos de los de grado 2 (27.03%), no hubieron de grado 3. Se vio mayor porcentaje de desgarros perineales en las mujeres que no realizaron psicoprofilaxis (15,82%), que en las que sí lo hicieron (5.49%). La necesidad de realizar intervenciones también es mayor en el grupo que no hicieron psicoprofilaxis (10,62%), que en las que sí lo hicieron (6,59%).

No se pudo realizar el análisis del tipo de parto, pues en aquellas que hicieron la psicoprofilaxis no se encontró datos de referencia para cesárea. En ninguno de estos 3 centros se realiza esta cirugía.

Para determinar si la psicoprofilaxis tiene acción beneficiosa en los niños, se determinó el APGAR al minuto 1 y al 5 luego de nacido, el promedio en los niños cuyas madres recibieron psicoprofilaxis fue similar (7,58, De 1 a 9), a aquellos cuyas madres no recibieron (7,57, de 2 a 10). En el primer minuto, 20.7% tuvieron asfixia en el primer minuto y 5.23% en el quinto minuto. Después de 5 minutos se recuperaron el 15.47% de los niños que nacieron con APGAR bajo. El grado de asfixia más frecuente fue el moderado, tanto en el minuto 1 (73.3%), como en el minuto 5 (84.62%).

Se calculó el riesgo relativo, intérvalo de confianza y Chi cuadrado al cruzar variables cualitativas, mientras que se realizó un Análisis de Anovas en las cuantitativas. En el análisis bivariado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que hicieron psicoprofilaxis, con relación al tiempo promedio del trabajo de parto en su fase latente, activa y período expulsivo, así como en la presentación de desgarros perineales ($p < 0.05$).

Entre las variables de confusión, no se encontró diferencia significativa entre las mujeres que hicieron psicoprofilaxis y las que no hicieron con respecto a la edad y a los antecedentes gíneco obstétricos, pero si se observó que la mayoría de mujeres que hicieron psicoprofilaxis corresponden a nivel socioeconómico medio, e hicieron más controles prenatales en promedio.

Todos estos resultados se pueden observar en la siguiente tabla:

Tabla 4. Asociación de los resultados durante el parto y la Psicoprofilaxis

Variables Dependientes	RR	Intervalo de Confianza al 95%		Valor de p
		Inferior	Superior	
Tiempo menor al promedio en la fase latente.	1,2592	1.0076	1,5738	0,059
Tiempo menor al promedio en la fase latente, seleccionando a las que tuvieron preparación completa y las que no tuvieron psicoprofilaxis.	1,6370	1,2277	2,1828	0,007
Tiempo menor al promedio en la fase activa.	1,2674	1,1356	1,4146	0,001
Tiempo menor al promedio en la fase	1,2803	1,0700	1,5319	0,049

activa, seleccionando a las que tuvieron preparación completa y las que no tuvieron psicoprofilaxis.				
Presentación de desgarros perineales	0,3473	0,1462	0,8252	0,008
Necesidad de Inducción o Conducción	0,6209	0,2801	1,3765	0,227
Apgar normal en 1 minuto	1,0435	0,9435	1,1540	0,440
Apgar normal en 5 minutos	1.023	0,9824	1,0666	0,366

Fuente: Historias Clínicas de los Centros de Salud. Elaborado por Regalado, J. 2017.

Finalmente, podemos afirmar que en este estudio la psicoprofilaxis durante el embarazo, influyó en disminuir el tiempo de duración de las fases latente y activa del trabajo de parto, así como en el periodo expulsivo del parto, sobre todo en las mujeres que realizaron la preparación completa. Además se vio disminución en el riesgo de desgarros perineales. No se demostró influencia en el número de intervenciones médicas como inducción o conducción y no se pudo estudiar el riesgo de terminar el parto en cesárea.

Con respecto a la influencia de la psicoprofilaxis en el estado general del recién nacido se encontró que no hay influencia en la escala de APGAR en los minutos uno y cinco.

CAPITULO V

DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

- La presente investigación tuvo como objetivo, analizar los efectos de la psicoprofilaxis en el proceso y resultado de trabajo de parto y su influencia en el estado general del recién nacido en tres centros de salud. Augusto Egas, Los Rosales, y la Concordia, de la provincia de Santo Domingo de los Tsachilas, durante el periodo 2015.
- Fueron 955 las mujeres estudiadas, que corresponden al total de mujeres que realizaron su parto en los centros de salud en estudio, de las cuales la mayor atención corresponde a la concordia (57%) debido a que el centro de salud se encuentra en la cabecera cantonal con una población de 29 003 habitantes en la zona urbana y 42 924 en todo el cantón, siendo este centro de salud el que se encarga de toda la población. Sin embargo el programa de psicoprofilaxis recién se puso en marcha en el año 2017, a pesar de que es un centro de salud con muchos años en función y atención del parto.
- Los centros de salud Augusto Egas y Los Rosales se encuentra en parroquias urbanas del cantón santo domingo, siendo menor la afluencias de pacientes que realizan parto en estas casas de salud, ya que buena parte de ellas acuden directamente al hospital general Gustavo Domínguez, realizándose en el año

2015, 331 partos normales en este hospital, a pesar de ser lugar de referencia para complicaciones y no partos normales. Augusto Egas presento 257 partos (25.8%), la cantidad de usuarias que realizan psicoprofilaxis es bastante mayor que la presentada en el estudio, 51 (19.8%), la totalidad de las pacientes no fueron incluidas en el estudio por que realizaron parto en el hospital Gustavo Domínguez. Usuarias del centro de salud los Rosales también realizan el curso de preparación en el Augusto Egas, terminan realizando su parto en el centro de salud que le corresponde por su ubicación geográfica.

- Para el estudio de los periodos del parto: fase de dilatación latente, activa y periodo expulsivo, se tomó el tiempo promedio que nos dice la literatura, se dicotomizaron estas variables en tiempo menor al promedio. En la fase latente el promedio fue de 5 horas (entre 1h – 8h) en quienes realizaron el curso de psicoprofilaxis, y de 6 horas (entre 1 y 26 h) en quienes no realizaron la preparación. La variabilidad en la amplitud de las horas se debe a que en la historia clínica los datos de la fase pasiva no son bien registrados por quienes toman los datos, ya que esta fase no siempre se grafica en el formulario 051.

- En la fase latente en el grupo de psicoprofilaxis el tiempo disminuido se presenta en un 49,45 %, pero excluyendo a quienes hicieron la preparación solo parcialmente 63 (69,2%), el porcentaje aumenta en el grupo de preparación completa en un 64,29%.

- En la fase activa se realizó el mismo procedimiento, que en la variable anterior, encontrándose un porcentaje de 81, 32% de disminución de tiempo en esta fase, en quienes realizaron la preparación psicoprofiláctica, que aumente a 82.14% cuando se excluyen a las que realizaron preparación parcial. En un estudio similar en un país latinoamericano el porcentaje de pacientes con disminución del tiempo promedio, es de 82,4%, equivalente al presente estudio.

- El periodo expulsivo, dio un resultado de 23,9 minutos en esta fase, para el grupo de psicoprofilaxis, frente a 30,1 minutos para el que no se preparó, excluyendo al grupo parcialmente preparado, el tiempo disminuye en 19, 8 minutos. Esta fase es la que mejor fue reportada en todas las historias clínicas, con mejor detalle y tiempo exacto.

- Con esto se demuestra que la práctica Psicoprofilactica disminuye la labor de parto en todas sus fases, disminuyendo el riesgo de tener fases prolongadas, beneficiando todo el proceso, obteniendo resultados comparables con otros estudios similares.

- En la actualidad el desgarro perineal sigue siendo un problema para las mujeres que se someten al parto, su temor a ello y a sus posibles consecuencias ponen en riesgo la salud de las mismas, estas consecuencias que tienen un efecto negativo en el área psicológica de la mujer, se ha comprobado que un desgarro o una episiotomía mal reparada puede tener consecuencias a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal,

prolapso, etc. La resultados obtenidos en este estudio nos muestran que el porcentaje de desgarros en el grupo que realizaron psicoprofilaxis es de 5,49 %, comparado para el 25, 82% en las que no realizaron psicoprofilaxis, aunque otros estudios nos muestran que no existen relación con la preparación psicoprofiláctica, sin embargo los factores predisponentes para el desgarro son muchos, tanto obstétricos como fetales y dependiente de quien da la atención del parto, entre ellos un expulsivo precipitado, productos aumentados de tamaño, edades extremas, es así que teniendo una preparación psicoprofiláctica sumados al ejercicio de la musculatura perineal, la paciente tendrá más conocimientos para una mejor actitud y toma de decisiones, evitando partos precipitados o expulsivos prolongados, que pueden ayudar indirectamente en la disminución de los desgarros perineales.

- La intervención médica en el trabajo de parto ya sea iniciándolo o intensificándolo es el proceso por el que se estimula el útero para iniciar las contracciones o aumentar la frecuencia, duración e intensidad de ellas, luego del inicio espontáneo del trabajo de parto. Estas intervenciones se utilizan frecuentemente a veces de modo indiscriminado, la literatura reporta un porcentaje del 11, 4 % de uso, pero muchas ocasiones no es reportado, por lo que las estadísticas no son reales. En el curso de las últimas décadas, los esfuerzos por evitar el trabajo de parto prolongado en los partos institucionales han llevado al uso de una serie de prácticas, ya sea para acelerar un trabajo de parto lento o para dirigir el proceso fisiológico de un trabajo de parto que avanza normalmente. Si bien las intervenciones dentro del contexto del trabajo de parto pueden ser beneficiosas, su uso inapropiado puede ser muy dañino. En nuestro

estudios las intervenciones médicas están disminuidas en el grupo que realizo psicoprofilaxis (6,59%), debido probablemente a que el avance natural de las fases del parto tuvieron un menor promedio de tiempo, e indirectamente el conocimiento trae beneficios a la mujer, para no permitir una intervención innecesaria. En las medidas de asociación no se encontró influencia significativa de la psicoprofilaxis en las intervenciones médicas.

- Con respecto al tipo de parto no fue posible realizar la investigación de esta variable, debido a que no existen datos de referencias de las pacientes que realizaron psicoprofilaxis y terminaron en cesárea, ya que estas tres casas de salud no cuentan con quirófano, por ser atención nivel I. Por lo que se recolecto la información de todas las pacientes que realizaron parto normal en estas casas de salud, no teniendo datos de aquellas que también realizaron psicoprofilaxis y finalmente por diversas causas concluyeron su parto por vía alta.
- Las condiciones del bebe, se mide con la puntuación de Apgar, es la primera prueba para evaluar a un recién nacido, se lleva a cabo en la sala de parto inmediatamente después del nacimiento del bebé. Por lo general, se realiza en dos ocasiones: la primera, un minuto después del nacimiento y la segunda vez, cinco minutos después del nacimiento. Los resultados fueron similares en ambos grupos, no habiendo diferencias significativas en este estudio. Los centros de salud de nivel I, atienden partos normales, siempre asegurándose de las buenas condiciones de la madre y el producto por lo que las atenciones de mayor complejidad son referidas al hospital Gustavo Domínguez, donde existe quirófanos y especialistas en ginecología y pediatría. Por lo que no esperamos productos en malas condiciones en ninguno de los dos grupos.

- Los resultados de la investigación demostraron que la mayoría de las mujeres que hicieron psicoprofilaxis corresponden a nivel socioeconómico medio, (68,13%) e hicieron más controles prenatales en promedio (6,32), similar a otros estudios en que concluyen que la preparación lleva el beneficio que las madres se hagan más controles. No hay diferencia significativa en cuanto a la edad.
- En conclusión, la práctica de la psicoprofilaxis ayuda a disminuir el riesgo de tener una fase latente y activa prolongada, durante el trabajo de parto, así como el periodo expulsivo del parto, con diferencia estadísticamente significativas en este estudio, actuando como un factor de protección en las mujeres que asistieron completamente a la preparación, corrobando los mismos resultados en estudios equivalentes.

CAPITULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Conclusiones

- La psicoprofilaxis en el embarazo, ofrece muchos beneficios a la gestante durante el trabajo de parto, disminuyendo el riego de tener una fase latente y activa prolongada, así como un periodo expulsivo lento o precipitado, puesto que aquellas mujeres que asistieron a la preparación Psicoprofiláctica, no tuvieron mayores complicaciones durante el trabajo de parto, con un promedio de tiempo significativamente menor.
- Además se vio disminución en el riesgo de desgarros perineales. Con un valor de p de 0,008. Los desgarros perineales se dieron con mayor frecuencia en las mujeres que no asistieron a la preparación psicoprofiláctica (15,82%), puesto que en las mujeres que asistieron, el porcentaje fue de (5.49%). Los principales desgarros que se presentaron fueron de grado 1 (72.97%), seguidos de los de grado 2 (27.03%), sin encontrarse ningún caso de grado 3 y 4.

- No se demostró influencia en el número de intervenciones médicas como inducción o conducción y no se pudo estudiar el riesgo de terminar el parto en cesárea.
- Con respecto a la influencia de la psicoprofilaxis en el estado general del recién nacido se encontró que no hay influencia en la escala de APGAR en los minutos uno y cinco.
- La mayoría de las mujeres que se sometieron al programa de la psicoprofilaxis provienen de un nivel socioeconómico medio, quienes realizaron más controles prenatales, que aquellas que no asistieron al curso.

Recomendaciones

- Es necesario sensibilizar a los profesionales de la salud que ofrecen atención a las mujeres embarazadas, para que impulsen en las gestantes el interés para que asistan a los programas psicoprofilácticos que brindan los Centro de Salud del país, para que obtengan un trabajo de parto sin complicaciones y un producto saludable.
- Mejorar la forma en que se lleva el programa de psicoprofilaxis y tener mejores registros de quienes lo realizan, ya que está demostrado los beneficios que proporciona a la mujer gestante.

- Incentivar, tanto a la gestante como a su pareja a la participación activa durante las sesiones de trabajo, lo que permitirá que ambos sean responsable del nacimiento de un bebe sano, motivando para que realicen completamente la preparación Psicoprofiláctica

- Difundir en los Centros de salud acerca del curso de psicoprofilaxis obstétrica y sus beneficios, con la ayuda de los profesionales que trabajen en la institución, lo

que permitirá lograr una captación mayor de gestantes para su preparación, especialmente en las mujeres gestantes de bajas condiciones económicas.

- Las autoridades de salud, conociendo que la psicoprofilaxis disminuye el riesgo de morbi-mortalidad materna y perinatal, deben darle mayor interés a estos programas, e implementar los centros de salud de salas adecuadas y materiales propicios, para que puedan realizar preparación Psicoprofiláctica de forma correcta.

- Actualmente el programa de psicoprofilaxis, se lleva de forma parcial, sin equipamiento adecuado y subregistros, lo que debe mejorar en pro del bienestar y salud de nuestras mujeres y niños.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar M, Vieite M, Padilla C, Mur N, Riso M.(2012) La estimulacion prenatal: Resultados relevantes en el periparto. Rev Nutr Hosp. nov-dic; pag.27

Aguayo C. Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la Maternidad del Hospital Paillaco- Chile. Rev Med Chil. 2009 Setiembre- Febrero; pág 12

Allen VM, Baskett TF, O'Connell CM, McKeen D, Allen AC (2009). Maternal and perinatal outcomes with increasing duration of the second stage of labor. Obstet Gynecol. 2009 Jun; 113 (6): 1248-58.

American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG. Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Ginecologist. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. Agosto 2010 reaffirmed 2013; No. 115

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 70, December 2005 (Replaces Practice Bulletin Number 62, May 2005). Intrapartum fetal heart rate monitoring. Obstet Gynecol. 2005 Dec; 106 (6): 1453-60.

ASPPO. (2010) (Soc. Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica). Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica, 3ra Ed. Lima: ASPPO.

Berghella V, Landon MB.(2012) Cesarean delivery. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al, eds.Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; :pag20.

Bix E, Reiner LM, Klovning A, Oian P (2012). Prognostic value of the labour admission test and its effectiveness compared with auscultation only: a systematic review. BJOG. 2005 Dec;112 (12): 1595-604.

Cabrero, L;col, Buenos Aires; Madrid (2007), Medica Panamericana, Obstetricia y medicina materno fetal 4. Cleary-Goldman, J., et al. Impact of Maternal Age on Obstetric Outcome. Obstetrics and Gynecology, volumen 105, número 5.

Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer 2007). Citado por National Institutes of Health.

Finster M, Wood M.(2005). The Apgar Score Has Survived the Test of Time. » Anesthesiology; 102(4):855-857

Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto (2014). México: Secretaría de Salud.

Combs CA, Laros RK Jr. Prolonged third stage of labor: morbidity and risk factors. Obstet Gynecol. 1991 Jun; 77 (6): 863-7.

Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. (2010) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). País Vasco.

Heffner LJ.(2003) Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rates. American college of obstetricians and gynecologists. ; 102: 287-93.

Lothian J, DeVries C.(2010) La Guía Oficial Lamaze: dar a luz con confianza, Meadowbrook Press, Minneapolis 2010.

Ladewig, P. L Ladewig. (2008) P. London, M. Moberly, S. Olds, S. Enfermería maternal y del recién nacido. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 5ª edición

Leighton BL, Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002 ;186(5): S69-77.

Ministerio de Salud. Guia Tecnica de Psicoprofilaxis Obstetrica y Estimulacion Prenatal. Peru: MINSA; 2012.

Organización Panamericana de la Salud (2002). Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. En: Guía para obstetrices y médicos. Washington, DC:OPS..

Reyes L. Psicoprofilaxis obstetrica asociado a beneficios materno perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Materno Perinatal. Enero-Diciembre 2009. Rev.Per.Inv. Mat. Per. 2009

Salas F. Aplicar la psicoprofilaxis obstetrica a primigestas añosas. Universiadad de Guayaquil, Obstetricia; 2012-2013.

Solis H, Morales S.(2012). Impacto de la psicoprofilaxis obstetrica en la reduccion de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal. Rev Horiz Med. 12(2): p. 47-50.

Verena Schmid, (2012), fisiología y función del dolor. El dolor del parto. Editorial OB STARE 2da edición.

Yabar M.(2014) La psicoprofilaxis obstetrica en gestantes adolescentes: Caracteristicas y beneficios integrales. Rev Horiz Med. 14(2): p. 39-44.

Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol 2002;1874:824-8 NE3.

ANEXOS

Materiales

Recursos	**Unidades**	**Cantidad**	**Costo unitario**	**Valor Total**
Rema de papel	2	1000	**4,00**	**8,00**
Materiales de oficina	_	_	**–**	**100,00**
Historia clínica	_	_	**–**	**–**
Empastado	4	4	**15**	**60,00**
Viáticos	10	10	**30**	**300,00**
Transcripción del informe	1	1	**200**	**200,00**
Imprevisto 10%	_	_	**–**	**66,80**
Total				**734,80**

Cronograma de trabajo:

N°	**Actividades**	**MAYO**	**JUNIO**	**JULIO**	**AGOST**	**SEPTI**	**NOVIE**	**OCTUB**	**NOVIE**	**DIECI**	**ENERO**	**FEBRE**	**MARZO**	**ABRIL**	**MAYO**	**JUNIO**

					O	**E M**	**M**	**R E**	**M B**	**E M**		**R O**				
1	Selección del tema															
2	Aprobación del tema y designación del tutor															
3	Revisión del Tutor															
4	Entrega el proyecto															
5	Recolección de Datos															
6	Procesamiento y análisis de datos															
7	Elaboración de la tesis															
8	Redacción del informe final															
8	Presentación del informe															