

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**“INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS
OBSTETRICA 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”**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

María Teresa Tafur Rodas

ASESOR

Zaida Zagaceta Guevara

Lima – Perú

2015

AGRADECIMIENTO

Durante estos meses son muchas las personas a quienes quiero expresar mi gratitud por el apoyo y la confianza que me han prestado de forma desinteresada.

Debo un especial reconocimiento a mi Asesora de Tesis Dra. Zaida Zagaceta Guevara, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar este trabajo con éxito.

Un sincero agradecimiento a la Obst. Luz Zambrano Ramos, Co-asesora de Tesis, por su gran experiencia en el área, consejos y su gran amistad.

También me complace agradecer a las Obstetras del Servicio Educativo del INMP, en especial a la Obst. Clara Buitrón Loli y Flor Valencia Crispín; por todo el tiempo brindado, por sus sugerencias y su respaldo.

Recuerdo con gratitud los meses pasados en el Servicio de Centro Obstétrico del INMP, debo un especial agradecimiento a las Obstetras de los diferentes turnos por su apoyo, palabras de aliento y la confianza que depositaron en mí para culminar con el presente estudio.

A Miguel Palomino, mil gracias por tu infinita paciencia, por tu tierna compañía e inagotable apoyo. Gracias por compartir mis logros y tu vida conmigo.

Todo esto nunca hubiera sido posible sin el amparo incondicional de mi familia, mis padres y mis hermanos, este logro también es suyo.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Muchas Gracias.

DEDICATORIA

A Dios, por fortalecer mi corazón día a día y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que son mi soporte y compañía.
A mis padres Julio y Judith, seres maravillosos y admirables, gracias por su apoyo incesante y el esfuerzo que hacen día a día por verme realizada, por guiar mi vida con amor, disciplina y perseverancia; mi logro es suyo y mi esfuerzo es inspirado en ustedes.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MATERIAL Y METODOS	18
2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	18
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	18
2.3 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	18
2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	19
2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	20
2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	22
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	24
3. RESULTADOS	25
4. DISCUSIONES	32
5. CONCLUSIONES	35
6. RECOMENDACIONES	36
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
8. ANEXOS	40

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. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio cuasi-experimental, de corte transversal, prospectivo, en el que se incluyó a 60 gestantes en trabajo de parto que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, las cuales fueron divididas en dos grupos: grupo de estudio (n=30), al que se le aplicó la guía de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia y grupo control (n=30), al que no se le aplicó la guía. Para el análisis descriptivo, en las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central (mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar) y en las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para el Análisis Inferencial, se utilizó la prueba Chi cuadrado, el cual fue significativo cuando tenía un valor $p < 0.05$. **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 ($p < 0.001$), expulsivo ($p < 0.001$) 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 periodo de marzo a mayo del 2015.

PALABRAS CLAVES: Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, actitud, trabajo de parto, primigestas.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the influence of Emergency Obstetric Psychoprophylaxis in the attitude toward the labor of primigravid attended in the Department of Obstetrics Centre National Maternal Perinatal Institute during the period from March to May 2015. **MATERIALS AND METHODS:** Quasi-experimental study, transverse court, prospective which included 60 pregnant women in labor who met the criteria for inclusion and exclusion, which were divided into two groups: study group (n=30) to which he applied the guide Psicoprofilaxis Emergency Obstetric and control group (n=30), which will not be applied the guide. For the descriptive analysis, quantitative variables measures of central tendency (median) and measures of dispersion (standard deviation) were estimated; for qualitative variables were estimated absolute and relative frequencies (percentages). For the inferential analysis, was used Chi square test, which was significant when I had a p value <0.05. **RESULTS:** The attitudes of pregnant women that received emergency obstetric Psicoprofilaxis front those who received no were statistically significant during the dilation (p <0.001), birth (p <0.001) and delivery (p <0.001). Also, they primigravid that received emergency Psychoprophylaxis had a positive attitude (56.6%) during labor compared with patients who did not receive the intervention because none had a positive attitude, being statistically significant difference (p <0.001). **CONCLUSIONS:** The emergency obstetrical psycho affect significantly (p <0.001) positive attitude toward labor of primigravid attended in Service Center Obstetric Maternal Perinatal National Institute during the period March to May 2015.

KEYWORDS: Emergency Obstetric Psicoprofilaxis, attitude, labor, primigestas.

1. INTRODUCCIÓN

El proceso de parto es una de las etapas fisiológicas y naturales de la mujer, que en algunas oportunidades se convierte en un período agobiante, con situaciones muchas veces nuevas para mujeres primigestas o con experiencias conocidas para mujeres con segunda gestación a más, pero con efectos traumáticos que pueden complicar el proceso de parto produciendo sufrimiento tanto para la madre como para el feto, generando un estado emocional negativo, producto del temor y aumentando la percepción del dolor¹. A lo largo de muchos años, el programa del parto psicoprofiláctico, ha permitido a muchas mujeres capacitarse y prepararse para este momento. En el año 1933 se da la primera propuesta para dar un curso formal a la mujer embarazada mediante técnicas de relajación para disminuir el estrés y el dolor durante el parto; posteriormente, en la década de 1940, en Rusia, se aplicaron técnicas a las parturientas para que las respuestas a los cambios del trabajo de parto fuesen positivas, siendo desde entonces estas técnicas psicoprofilácticas difundidas por Europa y América^{1,2}.

Diversas investigaciones acerca de este tema, han demostrado los beneficios de las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, así como de la Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia donde la mujer adquiere una mejor actitud durante el trabajo de parto, reflejado por la significativa disminución del dolor durante sus diferentes etapas y por la reducción del promedio del trabajo de parto (fase activa, expulsivo y alumbramiento), entre estas resaltan:

En un estudio realizado por Pico et al. (2008) en Colombia, que lleva por título “Efectos de la Implementación de un Protocolo Psicoprofiláctico durante el periodo pre, peri y postnatal en una muestra de usuarias de la Clínica Chicamocha S.A.”, demostraron que existe un importante grado de impacto sobre la ansiedad y el nivel de dolor durante el parto en las gestantes que participaron en la implementación del protocolo psicoprofiláctico³.

Astudillo et al. (2005) en Venezuela ejecutaron una investigación titulada “Preparación Psicoprofiláctica utilizada por las primigestas durante el trabajo de parto en el servicio de obstetricia del Hospital Universitario de Caracas durante el segundo semestre del 2005”, donde encontraron que existe deficiencia sobre las técnicas de respiración y la confianza durante el trabajo de parto en cuanto a la utilización de la preparación psicoprofiláctica por parte de las primigestas¹.

Campos (2010) llevó a cabo en Colombia un trabajo titulado “Manejo del dolor durante el trabajo de parto en gestantes de un Centro de Salud”, hallando que el grupo intervenido describió subjetivamente poca intensidad de dolor en la primera y segunda etapa del trabajo de parto, en cambio en el grupo control refirieron mucha intensidad del dolor⁴.

En España, Molina et al. (1995) publicaron un estudio titulado “Impacto de la educación maternal: Vivencia subjetiva materna y evolución del parto”, donde observaron que el grupo con educación maternal tuvo una menor percepción del dolor y una actitud activa en el parto que el grupo sin educación maternal⁵.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSa) aprobó el proyecto de una Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica, cuya finalidad es estandarizar los procesos de Psicoprofilaxis Obstétrica en los diferentes servicios de Obstetricia de los establecimientos de salud, para contribuir a la reducción de la morbilidad materna y perinatal⁶. Así mismo, dentro de sus bases, se encuentra la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, la cual se efectúa semanas antes o durante el trabajo de parto, puesto que muchas gestantes que no acuden a las sesiones de forma periódica y continua, necesitan durante el trabajo de parto, el aprendizaje sobre las técnicas de respiración y relajación, para garantizar su tranquilidad y seguridad en dicho momento, además de involucrarse de manera activa durante la labor de parto, pues de esta manera se obtendrán beneficios para la madre y el neonato. En el año 2008, el departamento con mayor porcentaje de gestantes preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica fue Tacna (39.8%) y Junín (18.8%) mientras que en Lima el porcentaje de gestantes preparadas solo alcanzó el 13.8%, por lo que es necesario, que en todos los establecimientos de salud de Lima se promueva a las gestantes su participación en el curso de Psicoprofilaxis Obstétrica⁷.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el año 2013, solo un 14.8% de las gestantes han sido preparadas para un parto sin temor, sin embargo, un mayor porcentaje de pacientes (16.4%, n=2789) han llegado al parto sin atenciones prenatales y sin preparación en Psicoprofilaxis Obstétrica⁸, por ello en la mayoría de los casos el estado emocional y de ansiedad de las gestantes ha ocasionado desesperación, angustia, incertidumbre y falta de control emocional durante el trabajo de parto y expulsivo, e inclusive han percibido mayor intensidad de dolor producto de la falta de conocimiento, más aún si son primigestas. No obstante,

algunas pacientes que han llevado sesiones de Psicoprofiláxis Obstétrica presentan conductas no acordes a la preparación que recibieron, llevando a una falta de colaboración con el personal de salud. Así mismo, la falta de un personal encargado exclusivamente de supervisar y enfatizar las técnicas de respiración y de relajación utilizadas durante el periodo de dilatación y expulsivo en la sala de partos, puede llevar a un comportamiento pasivo de las gestantes y aumento de la triada temor-tensión-dolor. Es así, que en el Instituto Nacional Materno Perinatal, no se aplica la Psicoprofiláxis Obstétrica de Emergencia de manera normativa y no cuenta con una guía que estandarice su aplicación; por lo que con esta investigación se busca determinar la influencia de la Psicoprofiláxis obstétrica de emergencia durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, de manera que se pueda evaluar el comportamiento o actitud de las gestantes frente al trabajo de parto (fase activa, expulsivo y alumbramiento), así como la intensidad del dolor y la duración promedio de estas fases, con la finalidad de conocer las ventajas que pueda brindar este tipo de Psicoprofiláxis en el parto, y reforzar en las gestantes conocimientos para una participación activa en esta etapa, además de eliminar sus temores sobre el proceso de parto, evitando de esta manera la falta de colaboración que puede desencadenar efectos adversos tanto para la madre como para el niño.

En los últimos años la medicina, la obstetricia y la neonatología en particular, vienen transitando un camino de evolución sostenido que da como resultado una gran profundización en los conocimientos y en la creación de mejores métodos de control y diagnóstico, esto ha contribuido a tener la posibilidad de prevenir y tratar muchas de las patologías que pueden surgir en el embarazo, disminuyéndose de manera significativa la morbimortalidad asociada al estado de gravidez y al nacimiento. Desde entonces surge la necesidad de brindarle a la paciente obstétrica una mayor atención, pues la mujer embarazada no es vista solo desde la perspectiva orgánica, sino también psíquica⁹.

De acuerdo a ello comienza a ganar su espacio la Psicoprofiláxis Obstétrica dentro de la rutina de atención a la mujer embarazada, pues no solo el cuerpo experimentará cambios durante el embarazo, sino que el psiquismo también se verá involucrado desde un principio¹⁰. La Psicoprofiláxis Obstétrica consiste en un conjunto de actividades de preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante que contribuirá para un embarazo, parto y puerperio sin temor, ni dolor y a la disminución de la morbilidad y mortalidad materno-perinatal¹¹.

Según el Ministerio de Salud (MINSA), en la Guía técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, define a la Psicoprofilaxis Obstétrica como un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido/a convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebe y su entorno familiar. Contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y pos natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor, así como a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto¹².

El método psicoprofiláctico consiste en la educación a la embarazada, enseñándole los procesos fisiológicos del embarazo y del parto, llegando a crear en ella un conjunto de circunstancias o factores positivos que estarán destinados a contraponerse uno a uno a los temores o factores negativos. Para llegar a ello es necesario suprimir el reflejo condicionado doloroso, convenciendo a la embarazada que el parto no es o no puede ser doloroso (nueva señalización), además de crear nuevos reflejos condicionados útiles, que asocien en forma general el parto con las perspectivas felices del nacimiento de un niño que enriquecerá la vida de la mujer, y, en forma más específica creando reflejos condicionados que vinculen la contracción uterina a acciones prácticas de la mujer. También se debe elevar el umbral de percepción del dolor mediante la eliminación del temor, con reducción al máximo de los factores emocionales negativos y estimulación de los positivos, con oxígeno-terapia de manera que actúe contra el surmenage de las células nerviosas y aumento de la actividad cortical durante la contracción (concentración cerebral creando una zona de freno o bloqueo que impide la acción de los estímulos negativos), convirtiendo a la madre en un elemento activo, consciente y colaborador en su parte¹³.

Las bases neurofisiológicas que fundamentan esta teoría son las bases científicas y las bases doctrinarias:

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 concurran 3 circunstancias: Terminaciones nerviosas libres

y específicas (corpúsculos de Pacini y Vaten), Estímulo suficiente (físicos y psíquicos: reflejo condicionado) y Umbral de percepción del dolor adecuado⁶.

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".

Eliminar la triada: Temor-Tensión-Dolor

La escuela inglesa considera que la preparación de la gestante consta de cuatro elementos: Educación – Correcta respiración – Relajación – Gimnasia⁶.

Escuela rusa, representada por: Platonov, Velvovsky, 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".

Nace en la Unión Soviética y se basa en los principios de la fisiología de Pavlov y en la teoría de los reflejos condicionados. Establece que el dolor del parto es un reflejo condicionado y por tanto puede desacondicionarse. El lenguaje es un instrumento que se puede utilizar como medio fisiológico y terapéutico.

La palabra, de acuerdo a Pávlov es un estímulo condicionante que permite modificar la actividad neuronal, bloquea a nivel de la corteza cerebral el dolor de origen periférico y visceral, permitiendo crear en las mujeres un reflejo condicionado positivo independiente de la experiencia personal¹⁴.

La comprensión de esta técnica nos hará posible transformar ese reflejo condicionado desagradable en otro de reacción positiva, agradable: "la asociación parto feliz - niño saludable"¹⁵.

Escuela francesa, representada por: Dr. Fernand Lamaze

Postulado: "Parto indoloro"

Los principios son los mismos que los de la escuela rusa. Crear un foco cortical potente, capaz de inhibir los estímulos originados en la contracción uterina.

En lugar de la respiración profunda rápida, se utiliza la respiración acelerada o jadeante. Se integra al esposo de una manera muy importante¹⁵.

Escuela ecléctica, representada por: Dr. Laboyer. 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 nacido⁶.

Entre los elementos del método psicoprofiláctico se encuentran: la instrucción general, las técnicas de relajación y masaje, los ejercicios de respiración y la gimnasia obstétrica. En lo que respecta al presente estudio, mencionaremos a los elementos considerados en la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia¹⁶.

Instrucción General: La mujer recibe información teórica sobre el parto y el postparto, lo que constituye parte del elemento informativo. De igual manera se le brinda la oportunidad de exteriorizar sus dudas, sus fantasías, sus experiencias con respecto al parto y a sus nuevas sensaciones corporales, lo que ayuda a transformar el pensamiento que produce temor, en algo positivo que se aprende a manejar, rompiendo de esta forma los condicionamientos o aprendizajes negativos.

Técnicas de relajación y masaje: Mediante estas prácticas la mujer aprende a contraer algunas partes del cuerpo, mientras mantiene relajada otras. Por ejemplo, aprende a mantener relajados los músculos del periné, mientras mantiene contraídos los músculos rectos abdominales, los cuales intervienen en el momento de la expulsión. Es importante mantener un nivel adecuado de tranquilidad y buena preparación para el parto, para evitar en lo posible la anestesia, los medicamentos y los tranquilizantes. La relajación se convierte en un elemento importante de conocer, como medio que permite disminuir la fantasía, la ansiedad y el temor.

Ejercicios de respiración: Estos ejercicios permiten que la embarazada y su hijo por nacer, tengan una mejor oxigenación ya que la demanda de oxígeno aumenta por parte del organismo de la madre y del niño. Además se utiliza la respiración como un medio que contribuye a lograr un mejor grado de relación durante la labor del parto.

La psicoprofilaxis obstétrica de emergencia es la preparación de la gestante, durante el trabajo de parto o faltando pocos días para la fecha probable de parto, sea en su fase de dilatación o periodo expulsivo¹².

Ha quedado comprobado científicamente que esta atención integral (Psicoprofilaxis obstétrica) interviene en una prevención global de todas las contingencias desfavorables que pueden ser factores de riesgo en el embarazo, parto y post parto, y que es ideal para la madre, el niño y equipo de salud, al punto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la Psicoprofilaxis Obstétrica

por sus efectos positivos y beneficiosos en la madre, en el neonato y en el equipo de salud¹⁷.

En general, la Psicoprofilaxis obstétrica ofrece muchas ventajas a la madre, así como la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia, por lo que para efectos del presente estudio, se describirán las ventajas de la Psicoprofilaxis de emergencia: Menor grado de ansiedad en la madre, permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva y de tranquilidad durante el trabajo de parto; adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando apropiadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás técnicas de autoayuda; menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal; menor duración de la fase expulsiva; menor duración del tiempo total del trabajo de parto; esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención en el objetivo y significado de su labor de parto; menor uso de fármacos; menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas; manifestará menor incomodidad y/o dolor durante el trabajo de parto, bajo el fundamento de saber aplicar toda su fuerza física, equilibrio mental y capacidad de concentración, con miras a controlar las molestias; mejor vínculo afectivo con el bebé; menor posibilidad de un parto por cesárea; menor riesgo de un parto instrumentado; recuperación más rápida y cómoda; aptitud total para una lactancia natural; menor riesgo a tener depresión postparto^{17, 18, 19}.

Además, brinda significativos beneficios al niño desde su gestación, ya que se ha demostrado que antes de nacer, en el útero, el feto es un ser profundamente sensible que establece una relación intensa con su macro y matro entorno gestacional y su desarrollo depende de los cuidados maternos y de la calidad de vida que le proyecte las mejores oportunidades de crecer, desarrollarse y ser un individuo potencial en todas sus capacidades físicas, intelectuales y psico-afectivas¹⁷. Entre las ventajas perinatales se encuentran: Mejor curva de crecimiento intrauterino; mejor Vínculo madre-hijo; enfoque adecuado sobre la estimulación intrauterina (lo inocuo vs lo dudoso); menor índice de sufrimiento fetal; menor índice de complicaciones perinatales; mejor estado (Apgar); mayor éxito con la lactancia materna; mejor crecimiento y desarrollo.

También ofrece ventajas al equipo de salud como: Trabajo en un clima con mayor armonía, mayor confianza, comprensión y colaboración de la pareja gestante, mejor distribución del trabajo, ahorro de recursos materiales, ahorro de tiempo,

disminución de riesgos maternos y perinatales, mejor actitud y aptitud de todos, ahorro de presupuesto¹⁷.

Tal como se ha mencionado, la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia ofrece numerosas ventajas, una de ellas, es que la paciente manifieste menor incomodidad y/o dolor durante el trabajo de parto, bajo el fundamento de saber aplicar toda su fuerza física, equilibrio mental y capacidad de concentración, con miras a controlar las molestias, por lo que es importante conocer el dolor y su comportamiento durante el trabajo de parto.

El dolor, según la International Association for the Study of Pain (IASP), se define como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño. Es subjetivo y exige siempre que un paciente diga que algo le duele²⁰. Según su fisiopatología: dolor somático, es aquel que afecta a la piel, músculos, articulaciones, ligamentos o huesos, bien localizado, circunscrito a la zona dañada y caracterizado por sensaciones claras y precisas, y el dolor visceral que está producido por lesiones que afectan a órganos internos, por lo que es la forma de dolor que aparece más frecuentemente como consecuencia de enfermedades y es síntoma habitual en la mayor parte de síndromes dolorosos agudos y crónicos de interés clínico^{20, 21}.

El dolor durante el parto es una experiencia única que cada mujer lo desarrolla de una manera diferente, incluso puede haber diferencias en cada parto en la misma mujer. El grado de dolor sufrido durante el parto, depende de factores como el nivel de tolerancia al mismo, la posición del bebé, la fuerza de las contracciones uterinas y las experiencias previas de otros partos. Generalmente se caracteriza por ser un dolor agudo, de inicio y final bien definido y de una gran variabilidad individual. En el primer periodo de trabajo de parto, el dolor posee dos componentes: uno visceral generado por el útero debido a la compresión que efectúa la presentación fetal y la isquemia de las fibras miométriales y otro somático originado en vagina y periné debido a la activación de las fibras simpáticas involucradas en la inervación de estas estructuras. Por lo tanto, la aparición de dolor va asociada a la distensión de las estructuras pelvianas junto con la aparición de las contracciones uterinas. Sin embargo, aunque las contracciones uterinas continúan durante la segunda etapa del trabajo de parto, el dolor en este caso se origina en el tracto genital inferior²².

Muchas gestantes que no reciben psicoprofilaxis obstétrica, llegan a sala de partos sin los conocimientos y prácticas sobre su desenvolvimiento durante el trabajo de parto, por lo que es necesario que la gestante reciba una psicoprofilaxis obstétrica de emergencia para una adecuada relajación y participación activa, reduciendo los temores y el dolor. Así mismo, se ha visto que la pareja bien preparada facilita que el obstetra lleve una práctica eficiente y con mayor armonía, ya que son capaces de entender con serenidad y confianza los argumentos que por diversas razones llevarían a tomar decisiones durante el proceso del parto.

Todo el equipo de salud tiene la responsabilidad de atender con celeridad y dedicación a la gestante que acude a los servicios de maternidad, trabajando como una unidad para el bienestar de la madre y del niño por nacer, procurando dar a la madre un trabajo de parto y un alumbramiento seguros y dignos. Este trabajo se facilita cuando quienes acuden por una atención es una gestante adecuadamente preparada, pues durante su preparación ha recibido información sobre los signos de alarma y los cambios que ocurren al inicio del trabajo de parto, sabiendo en qué momento acudir al establecimiento de salud¹⁷.

El Instituto Nacional Materno Perinatal es la institución de mayor complejidad médica quirúrgica para la atención materno perinatal en el país, el cual está encargado de brindar atención especializada a la mujer en salud sexual y reproductiva y al neonato de alto riesgo²³. Dentro del nosocomio se cuenta con diversos servicios preventivo promocionales que brindan a la gestante información sobre el parto o las preparan para este momento de gran importancia, uno de ellos es el Servicio Educativo, donde se brinda el curso de Psicoprofilaxis Obstétrica. En esta área se imparten una serie de sesiones educativas teórico-prácticas orientadas a que la gestante adquiera conocimientos sobre el embarazo, parto y posparto, además de aprender las técnicas correctas de respiración y relajación, así como la gimnasia obstétrica para tonificar los músculos que participaran en el parto²⁴, sin embargo hay gestantes que no reciben el curso de psicoprofilaxis obstétrica, llegando al parto sin preparación, con temor e incertidumbre, por ello al evaluar la intervención de la psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto, conocida también como Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, se conocerá si existe influencia de esta actividad sobre el parto, es decir se conocerá si las gestantes durante la fase activa, expulsivo, alumbramiento y puerperio inmediato al parto, mejoran sus actitudes respecto al parto, asimismo se determinará si la aplicación de diversas técnicas como respiración y relajación influyen en el temor y la angustia al momento del expulsivo, disminuyéndolo y reflejándose en la intensidad del dolor,

evaluando a la par la participación activa de ellas con el personal de salud, y si hubo un efecto positivo en las pacientes en la duración del trabajo de parto.

A nivel profesional, el estudio ayudará a que el personal obstetra, quien establece un vínculo con las pacientes que acuden a sala de partos, conozca la importancia de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia, mediante la educación teórico-práctico de los síntomas y signos del trabajo de parto y las técnicas correctas de respiración y relajación, la mujer tendrá mayor seguridad y podrá expresar plenamente sus sentimientos y ansiedades frente a ese momento, en la que se espera mejorar los resultados obstétricos.

Por otra parte, este trabajo servirá como sustento científico para dicha Institución y diversas investigaciones, pues no existen estudios similares al formulado, en donde se haya evaluado la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en el parto, asimismo servirá como base para la implementación de una guía de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en la institución.

Por lo referido, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es 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?

Objetivos:**Objetivo general:**

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.

Objetivos específicos.

Evaluar la actitud durante el periodo de dilatación de las primigestas que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia.

Evaluar la actitud durante el periodo expulsivo de las primigestas que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia.

Evaluar la actitud durante el periodo de alumbramiento de las primigestas que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia.

Evaluar la actitud durante el puerperio inmediato de las primigestas que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia.

Hipótesis:

La Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia influye de manera significativa 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.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio cuasi-experimental, de corte transversal, prospectivo.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Primigestas en trabajo de parto que ingresan al Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal de marzo a mayo del 2015.

2.3. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

Unidad de Análisis: Primigesta en trabajo de parto que no haya recibido el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y que ingresa al Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal de marzo a mayo del 2015.

Tamaño Muestral: El tamaño de la muestra estuvo constituido por 60 gestantes que se encontraban en trabajo de parto, divididas en dos grupos:

- Grupo de estudio o intervención (Grupo A): Conformado por 30 gestantes, a las que se aplicó la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia.
- Grupo control (Grupo B): Conformado por 30 gestantes, quienes no fueron intervenidas.

Para obtener dicha muestra se tomó a cada gestante que cumplía con los criterios de selección tanto del grupo de estudio como del grupo control en cada turno diurno del servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal, ya que el estudio originó estar con cada paciente durante el trabajo de parto, por lo que con el tiempo establecido para el presente estudio (3 meses) y de acuerdo al tipo de muestreo se pudo recolectar a 60 gestantes.

Tipo de muestreo: El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, puesto que se eligieron a las pacientes debido a la accesibilidad y proximidad que podían tener para el investigador y que cumplían con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

Primigesta que ingrese a Centro Obstétrico en fase activa, con dilatación entre 4 cm a 6 cm y se le brinde Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia. (Grupo de estudio)

Primigesta que ingrese a centro obstétrico en fase activa (4-6 cm de dilatación) y no se le brinde Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia. (Grupo control)

Primigesta mayor de 18 años.

Primigesta con edad gestacional de 37 a 40 semanas.

Primigesta que no haya recibido preparación psicoprofiláctica previa, dentro o fuera de la institución.

Primigesta que no presente complicaciones durante el trabajo de parto.

Primigesta que culmine su embarazo mediante parto vaginal.

Participación voluntaria en el estudio.

Primigesta sin analgesia.

Criterios de exclusión

Primigesta que ingrese a centro obstétrico en fase latente (< 3 cm de dilatación) o de 7 a 10 cm de dilatación.

Primigesta con edad gestacional menor a 37 semanas y mayor o igual a 41 semanas.

Gestante con más de 1 embarazo.

Primigesta que haya recibido preparación psicoprofiláctica previa.

Primigesta que presente complicaciones durante el trabajo de parto o sea programada para cesárea.

Primigesta menor de 18 años.

Primigesta que no desee participar de forma voluntaria en el estudio.

Primigesta con analgesia de parto.

2.4. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable independiente:

- Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia.

Variable dependiente:

- Actitud de las primigestas durante el trabajo de parto.

Variables intervinientes:

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

La técnica que se utilizó fue la observación, ya que se indagó la actitud de las gestantes durante las diversas fases del trabajo de parto y el instrumento utilizado fue la lista de cotejo, asimismo se realizó un análisis documental, puesto que se recopilaron los datos de la historia clínica para describir las características personales y los datos del trabajo de parto.

Lista de Cotejo: La lista de cotejo fue elaborada con la intención de evaluar la actitud o comportamiento de las gestantes, que ingresan a Centro Obstétrico centrándose principalmente en los periodos de dilatación (fase activa) en el período de expulsivo, el periodo de alumbramiento y el periodo del puerperio inmediato al parto.

Esta lista de cotejo fue adaptada a partir del estudio de Ailemac Astudillo¹, en el cual se empleó una lista de cotejo que contempló 20 ítems mediante una “*Guía de Observación de Preparación Psicoprofiláctica utilizada para primíparas durante el trabajo de parto*” y tuvo una confiabilidad de 85%. (Ver Anexo N° 4)

Para el presente estudio, la Lista de Cotejo quedó compuesta por 18 ítems, los cuales tienen una respuesta Dicotómica (SI, NO). Para las preguntas (1,2,3,4,5,6,8,9,10,11, 13,14,17 y 18) la respuestas “Si” y “No” tendrá puntajes de 1 y 0, respectivamente; mientras que para las preguntas (7,12,15,16) la respuesta “Si” y “No” tendrán puntajes 0 y 1, respectivamente. El tipo de actitud de las gestantes durante el trabajo de parto, se determinó tomando como un *punto de corte* la suma de la *Media* más la *Desviación estándar* de los puntajes obtenidos, a través de la lista de cotejo. De dicho punto de corte hacia arriba fue considerado una “Actitud Positiva”, y del punto de corte hacia abajo, fue considerado “Actitud Negativa”.

$$\text{Punto de Corte} = \bar{X} + S^2$$

\bar{X} : Media

s^2 : Desviación estándar

Actitud Positiva: Mayor o igual al *Punto de corte*

Actitud Negativa: Menor al *Punto de corte*

Tomando como referencia lo mencionado, al reemplazar obtenemos:

Actitud global durante el trabajo de parto:

$$\text{Punto de Corte} = 11.45 + 4.35 = 15.8 = 16$$

- Actitud Positiva: mayor o igual a 16
- Actitud Negativa: menor a 16

Actitud durante el periodo de dilatación:

Punto de Corte = $3.88 + 2.20 = 6.08 = 6$

- Actitud Positiva: mayor o igual a 6
- Actitud Negativa: menor a 6

Actitud durante el periodo expulsivo:

Punto de Corte = $3.58 + 1.37 = 4.95 = 5$

- Actitud Positiva: mayor o igual a 6
- Actitud Negativa: menor a 6

Actitud durante el periodo de alumbramiento:

Punto de Corte = $3.30 + 1.12 = 4.42 = 4$

- Actitud Positiva: mayor o igual a 4
- Actitud Negativa: menor a 4

Actitud durante el periodo del puerperio:

Punto de Corte = $0.68 + 0.73 = 1.41 = 1$

- Actitud Positiva: mayor o igual a 1
- Actitud Negativa: menor a 1

Ficha de recolección de datos: Para la recolección de las características sociodemográficas se hizo uso de una ficha de recolección de datos, esta ficha estuvo conformada por un total de 16 premisas, dividida en 5 partes. La primera parte abarca el perfil sociodemográfico que incluye datos como edad, estado civil, grado de instrucción y ocupación; la segunda parte abarca las características obstétricas que incluye datos de paridad, control prenatal y complicaciones del embarazo; la tercera abarca las características del parto como duración de los periodos del trabajo de parto, episiotomía, datos del recién nacido, si se realizó contacto piel a piel y si la parturienta estuvo acompañada de un familiar; la cuarta parte abarca la evaluación de la percepción del dolor mediante una Escala Visual Análoga (EVA), tomada del estudio de Pico y Rivero³, y la quinta parte incluye algunas observaciones que pueden ser útiles para el estudio; estos datos fueron obtenidos mediante la revisión de la historia clínica (Ver Anexo N° 5). Cabe resaltar que la percepción del dolor según la Escala Visual Análoga fue categorizada en

Leve cuando la puntuación es de 1 a 3, Moderado cuando la puntuación es de 4 a 7 y Severo cuando la puntuación es de 8 a 10.

Este instrumento fue sometido a Juicio de Expertos, obteniendo a través de la prueba binomial que el instrumento es válido para su aplicación (Ver Anexo N° 6).

Para la realización del presente estudio se elaboró una Guía Práctica de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia la cual fue aplicada o ejecutada en primigestas durante el trabajo de parto (fase activa). Esta guía contribuye a la educación de las gestantes, en especial en pacientes que no llevaron una preparación en Psicoprofilaxis Obstétrica, con la finalidad de mejorar su actitud durante los diferentes periodos (período de dilatación, expulsivo, alumbramiento y puerperio inmediato). La realización de la guía metodológica se basó en el modelo conductista, es decir, se definió al aprendizaje como la adquisición de nuevas conductas o comportamientos. (Ver Anexo N° 7)

2.6. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la realización del presente trabajo se tuvo en cuenta lo siguiente:

Culminado el protocolo de investigación se presentó al Comité de Investigación de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, para su aprobación, previa conformidad dada por el asesor.

Posteriormente la Escuela Académico Profesional de Obstetricia procedió a tramitar la Resolución con la aprobación del título del estudio, emitida por la Facultad de Medicina San Fernando, lo cual nos permitió gestionar el permiso en el Instituto Nacional Materno Perinatal, para llevar a cabo el estudio.

Una vez provista la autorización, se seleccionó a las pacientes en Centro Obstétrico según los criterios de inclusión y exclusión y se les explicó sobre los objetivos y los beneficios del estudio mediante el consentimiento informado, por lo que se trabajó con cada gestante desde que ingresó a Centro Obstétrico en fase activa (4-6 cm) hasta la etapa de puerperio inmediato al parto. Cabe resaltar que por cada turno diurno, se tomó a una gestante tanto del grupo de estudio como del grupo control.

Para el **grupo de estudio o grupo intervención**, al que se le aplicó la Guía de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, se realizó lo siguiente:

Primero se le explicó sobre las técnicas de respiración, relajación, posiciones antálgicas y masajes durante el periodo de dilatación, expulsivo y puerperio con la ayuda de material didáctico, de tal manera que puedan

lograr el control del dolor durante el trabajo de parto y tener actitudes positivas frente a este periodo. Tras ello, de manera práctica se les hizo la demostración de cómo debían respirar y relajarse y las posiciones antálgicas que debían adoptar en cada periodo del trabajo de parto, además de la aplicación de masajes realizada por la investigadora o por el acompañante, a quién se le explicó cómo debía realizarlo.

Después de la aplicación de la guía de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, se procedió a la aplicación de la lista de cotejo previa validación por Juicio de expertos, la cual consistió en observar las actitudes de las gestantes en cada periodo del trabajo de parto y evaluar su desenvolvimiento y si cumplían con cada una de ellas.

Finalmente, una vez culminado el proceso de parto, se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos con la ayuda de la historia clínica, así como de la paciente, ya que se le preguntó sobre la percepción del dolor mediante la escala visual análoga en cada una de las fases del trabajo de parto.

Para el **grupo control**, al que no se le aplicó la Guía de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, se siguieron las mismas pautas (aplicación de la lista de cotejo y llenado de ficha de recolección de datos y escala visual análoga) que para el grupo de estudio.

Los datos se registraron en una base elaborada en la hoja de cálculo del programa IBM Statistics SPSS 21 tomando en cuenta todas las variables e indicadores, realizando el análisis descriptivo y analítico con el mismo paquete estadístico.

Para el análisis descriptivo o univariado, en las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central (mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar) y en las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y frecuencias relativas (porcentajes).

Para el Análisis Inferencial de la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia se evaluaron las actitudes, la intensidad del dolor y duración del trabajo de parto mediante la prueba de independencia Chi cuadrado con un nivel de confianza del 95%, el cual fue significativo cuando tenía un valor $p < 0.05$.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Al ser un estudio cuasi-experimental, es importante contar con la aceptación de la gestante para aplicar las técnicas de Psicoprofiláxis y su receptividad ante estas técnicas. Asimismo, garantizando la confiabilidad de las técnicas utilizadas, se hizo extensivo los beneficios de la aplicación de esta guía, mediante el consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento del presente estudio (Ver Anexo N° 2). Este documento nos garantizó la aceptación de la usuaria, la cual estuvo informada de los objetivos del trabajo.

Por ello se tuvo en cuenta los principios de beneficencia y no maleficencia de la bioética médica:

- Principio de beneficencia: Estuvo orientado a prevenir o aliviar el daño, hacer el bien u otorgar beneficios al paciente. Luego de obtener el respaldo científico de los beneficios que otorga la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia; con la presente guía, se buscó que las pacientes mejoren sus actitudes durante el trabajo de parto, para la obtención de buenos resultados.
- Principio de no maleficencia: Estuvo orientado a no hacer daño al paciente y promover el bien. Con la presente guía no se hizo daño a la paciente, puesto que no incluyó procedimientos invasivos donde se ponga en riesgo la salud de la gestante, sino la aplicación de técnicas de relajación y respiración, posiciones antálgicas y masajes que permitan el control del dolor y actitudes positivas durante el trabajo de parto.

Se mantuvo la confidencialidad de la usuaria, ya que las fichas de recolección y listas de cotejo eran anónimas. La identidad de los informantes no fue revelada a fuentes externas por fines académicos.

3. RESULTADOS

Tabla N°1 Características Sociodemográficas de las gestantes que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia.

Características sociodemográficas		Tipo de grupo de la gestante			
		Grupo intervención		Grupo Control	
Edad de la paciente		23.77±25.32 (19-28)		21.30±2.80 (19-39)	
		N	%	N	%
Estado civil	Soltera	3	10.0%	4	13.3%
	Conviviente	23	76.7%	22	73.3%
	Casada	4	13.3%	4	13.3%
Grado de instrucción	Sin instrucción	0	0.0%	1	3.3%
	Primaria	0	0.0%	2	6.7%
	Secundaria	19	63.3%	20	66.7%
	Superior	11	36.7%	7	23.3%
Ocupación de la gestante	Ama de casa	22	73.3%	23	76.7%
	Dependiente	1	3.3%	2	6.7%
	Independiente	4	13.3%	4	13.3%
	Estudiante	3	10.0%	1	3.3%
Total		30	100.0%	30	100.0%

En la tabla N°1 En el grupo de intervención, la edad promedio es 23.77 años y en el grupo control es 21.3 años. Respecto al estado civil, la mayoría tiene como estado civil la convivencia tanto en el grupo que recibió Psicoprofilaxis de emergencia (76.7% y 13.3% respectivamente) como en el grupo que no recibió dicha intervención (73.3% y 13.3% respectivamente). El grado de instrucción del primer grupo es secundaria (63.3%) y superior (36.7%), al igual que el grupo control (Secundaria: 66.7%; Superior: 23.3%). La ocupación del grupo intervención (73.3%) y del grupo control (76.7%) es Ama de Casa.

Tabla N°2 Actitudes durante el trabajo de parto de las gestantes que recibieron y no recibieron Psicoprofiláxis Obstétrica de Emergencia.

Actitud durante el trabajo de parto		Tipo de grupo de la gestante				P
		Grupo intervención		Grupo Control		
		N	%	N	%	
Actitud durante el periodo de dilatación	Negativa	7	23.3%	30	100.0%	<0.001
	Positiva	23	76.7%	0	0.0%	
Actitud durante el periodo expulsivo	Negativa	10	33.3%	28	93.3%	<0.001
	Positiva	20	66.7%	2	6.7%	
Actitud durante el alumbramiento	Negativa	10	33.3%	11	36.7%	0.787
	Positiva	20	66.7%	19	63.3%	
Actitud durante el puerperio	Negativa	5	16.7%	23	76.7%	<0.001
	Positiva	25	83.3%	7	23.3%	
Total		30	100.0%	30	100.0%	

En la tabla N° 2 se muestra las actitudes de las gestantes durante los diferentes periodos del trabajo de parto según si recibieron o no la Psicoprofiláxis de emergencia, observándose en el periodo de dilatación una actitud positiva en un 76.7% de las gestantes que recibieron la intervención, comparado con el grupo control donde ninguna tenía actitud positiva, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.001$). Durante el periodo expulsivo, el 66.7% del grupo que recibió Psicoprofiláxis de emergencia tuvo una actitud positiva, en comparación con el 6.7% de las que no recibieron Psicoprofiláxis de emergencia, siendo esta diferencia significativa ($p=0.001$). En el grupo intervención, el 66.7% tiene una actitud positiva durante el alumbramiento, al igual que el 63.3% del grupo control ($p=0.787$). Durante el puerperio, en el grupo de intervención (83.3%) hubo una mayor frecuencia de pacientes que mostraron una actitud positiva que en grupo control (23.3%), por lo que estos porcentajes son estadísticamente significativos ($p=0.001$).

Tabla N°3 Actitud Global en el Trabajo de parto de las gestantes que recibieron y no recibieron Psicoprofiláxis Obstétrica de Emergencia.

Actitud Global en el Trabajo de Parto		Tipo de grupo de la gestante				p
		Grupo intervención		Grupo Control		
		N	%	N	%	
Actitud global	Negativa	13	43.3%	30	100.0%	<0.001
	Positiva	17	56.7%	0	0.0%	
Total		30	100.0%	30	100.0%	

En la tabla N° 3 se observa que las primigestas que recibieron Psicoprofiláxis de emergencia tuvieron una actitud positiva durante el trabajo de parto en un 56.6%, lo cual fue superior al grupo sin intervención, pues ninguna presentó una actitud positiva, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

Tabla N°4 Intensidad del Dolor en el Trabajo de parto de las gestantes que recibieron y no recibieron Psicoprofiláxis Obstétrica de Emergencia.

Dolor durante el trabajo de parto		Tipo de grupo de la gestante			
		Grupo intervención		Grupo Control	
		N	%	N	%
Dolor durante la dilatación	Leve	0	0.0%	0	0.0%
	Moderado	7	23.3%	2	6.7%
	Severo	23	76.7%	28	93.3%
Dolor durante el expulsivo	Leve	1	3.3%	0	0.0%
	Moderado	3	10.0%	4	13.3%
	Severo	26	86.7%	26	86.7%
Dolor en el alumbramiento	Leve	15	50.0%	15	50.0%
	Moderado	13	43.3%	12	40.0%
	Severo	2	6.7%	3	10.0%
Dolor global en el trabajo de parto	Leve	1	3.3%	0	0.0%
	Moderado	20	66.7%	16	53.3%
	Severo	9	30.0%	14	46.7%
Total		30	100.0%	30	100.0%

La Tabla N°4 muestra que el dolor durante el periodo de dilatación en el grupo con intervención es Severo en el 76.7%, mientras que en el grupo control, el 93.3% tiene dolor severo. Durante el expulsivo, el dolor fue de severo a moderado en el grupo recibió Psicoprofiláxis de emergencia (86.7% y 10.0% respectivamente) y en el grupo que no recibió Psicoprofilaxis de emergencia (86.7% y 13.3% respectivamente). Durante el alumbramiento, el grupo de intervención presenta dolor de Leve (50.0%) a Moderado (43.3%), al igual que el grupo control (Dolor Leve: 50.0%; Dolor Moderado: 40.0%). El dolor global en el trabajo de parto fue

severo en el 30% del grupo con intervención, comparado con el grupo control que fue en el 46.7%.

Tabla N°5 Intensidad del Dolor Global en el Trabajo de parto de las gestantes que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia.

Dolor global		Tipo de grupo de la gestante			
		Grupo intervención		Grupo Control	
		N	%	N	%
Dolor global en el trabajo de parto	Leve	1	3.3%	0	0.0%
	Moderado	20	66.7%	16	53.3%
	Severo	9	30.0%	14	46.7%
Total		30	100.0%	30	100.0%

En la tabla N° 5 se observa que el dolor global del trabajo de parto es de moderado (66.7%) a Severo (30%) en el grupo intervención, similar al grupo control donde el 53.3% y 46.7% tienen dolor de moderado a severo, respectivamente.

Tabla N°6 Tiempo de Duración del Trabajo de parto de las gestantes que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia.

Duración del trabajo de parto	Tipo de grupo de la gestante	
	Grupo intervención	Grupo Control
	Promedio ± DS (Mín. - Máx.)	Promedio ± DS (Mín. - Máx.)
Duración del periodo de dilatación	10.08± 12.16 (4.33 – 73.75)	9.55 ± 3.06 (3.75 – 18.00)
Duración del periodo expulsivo	14.77 ± 12.7 (5 - 74)	15.00 ± 14.9 (6 - 82)
Duración del periodo de alumbramiento	6.37± 1.81(5 - 74)	5.97± 1.73 (6 - 82)
Duración total del trabajo de parto	10.47 ± 12.13 (4.57 – 74.00)	9.90 ± 3.02 (3.97 – 18.33)

En cuanto a la duración del trabajo de parto en el grupo con y sin intervención de Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia: La duración promedio del periodo de dilatación fue mayor en el primer grupo (10.08 horas) que en el segundo grupo (9.55 horas); la duración promedio del periodo expulsivo fue ligeramente menor en el grupo con intervención que en el grupo control (Grupo 1: 14.77 min; Grupo 2: 15 min). El grupo con Psicoprofilaxis de emergencia tuvo una duración promedio de alumbramiento de 6.37 min, mientras que el grupo control tuvo 5.97 min. La duración promedio del trabajo de parto fue de 10.47 horas en el grupo de intervención y en el grupo control fue de 9.90 horas.

Tabla N°7: Respuestas sobre las actitudes durante el periodo de dilatación del trabajo de parto de las gestantes que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia.

Actitud durante el Periodo de Dilatación		Tipo de grupo de la gestante			
		Grupo intervención		Grupo Control	
		N	%	N	%
Realiza 2 respiraciones profundas al inicio y al finalizar la contracción uterina.	No	1	3.3%	28	93.3%
	Si	29	96.7%	2	6.7%
Realiza respiraciones espontaneas durante las contracciones uterinas	No	20	66.7%	29	96.7%
	Si	10	33.3%	1	3.3%
Inspira y exhala de forma sucesiva o rápida como soplo durante las contracciones intensas para evitar el pujo.	No	5	16.7%	26	86.7%
	Si	25	83.3%	4	13.3%
Después de la realización del masaje, la paciente se siente tranquila emocional y físicamente	No	5	16.7%	29	96.7%
	Si	25	83.3%	1	3.3%
Durante la fase activa se acostó decúbito lateral izquierdo o posición sentada.	No	2	6.7%	14	46.7%
	Si	28	93.3%	16	53.3%
Colaboró con el personal de salud durante el periodo de dilatación	No	0	0.0%	4	13.3%
	Si	30	100.0%	26	86.7%
Al experimentar una contracción uterina en el periodo de dilatación se desespera, grita, etc. hasta que esta termine.	Si	2	6.7%	22	73.3%
	No	28	93.3%	8	26.7%
Total		30	100.0%	30	100.0%
				Total	

En la tabla N°7 se describen las actitudes de las primigestas con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en el periodo de dilatación. Respecto a si realizaban 2 respiraciones profundas al inicio y al finalizar la contracción uterina, 96.7% del grupo intervención sí lo hacía, frente a un 6.7% del grupo control. El 33.3% del grupo intervención sí realiza respiraciones espontáneas durante las contracciones uterinas, comparado con solo el 3.3% del grupo control. El 93.3% de las primigestas que tuvieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia adoptaron posición decúbito lateral izquierdo o posición sentada durante la fase activa, frente a un 53.3% del grupo que no recibió la intervención. El 6.7% de las primigestas del grupo intervención se desesperaron y gritaron durante las contracciones uterinas en el periodo de dilatación, lo cual fue inferior al grupo sin intervención (73.3%).

Tabla N°8: Respuestas sobre las actitudes durante el periodo expulsivo del trabajo de parto de las gestantes que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia.

Respuestas sobre las actitudes durante el periodo expulsivo		Tipo de grupo de la gestante			
		Grupo intervención		Grupo Control	
		N	%	N	%
Usa la respiración de bloqueo para el momento del pujo	No	4	13.3%	21	70.0%
	Si	26	86.7%	9	30.0%
Pega el mentón al pecho mientras coge con las manos las manijas de la camilla ginecológica, durante la contracción.	No	2	6.7%	28	93.3%
	Si	28	93.3%	2	6.7%
Realizó el pujo en el momento correcto del periodo expulsivo.	No	4	13.3%	6	20.0%
	Si	26	86.7%	24	80.0%
Colaboró con el personal de salud durante el periodo expulsivo	No	2	6.7%	4	13.3%
	Si	28	93.3%	26	86.7%
Durante el expulsivo, la paciente se desesperó, gritó, etc.*	Si	3	10.0%	11	36.7%
	No	27	90.0%	19	63.3%
Total		30	100.0%	30	100.0%

Durante el periodo expulsivo, el 86.7% de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis de emergencia usa la respiración de bloqueo para el momento del pujo, frente a un 30% del grupo control. La acción de pegar el mentón al pecho mientras se coge con las manos las manijas de la camilla ginecológica, durante la contracción la realizaron el 93.3% de las primigestas del grupo con intervención, comparado con el 6.7% del grupo control. En el grupo con intervención, el 90% de las gestantes no se desesperó ni gritó durante el expulsivo, a diferencia del grupo control, pues el 63.3% no se desesperó ni gritó durante el expulsivo. (Ver tabla N°8)

Tabla N°9: Respuestas sobre las actitudes durante el Periodo de alumbramiento en el Trabajo de parto de las gestantes que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia.

Respuestas sobre las actitudes durante el periodo alumbramiento		Tipo de grupo de la gestante			
		Grupo intervención		Grupo Control	
		N	%	N	%
Usa la respiración jadeante o normal y se mantiene relajada, durante las contracciones uterinas al extraer la placenta	No	5	16.7%	10	33.3%
	Si	25	83.3%	20	66.7%
Colaboró con el personal de salud durante el periodo de alumbramiento	No	4	13.3%	4	13.3%
	Si	26	86.7%	26	86.7%
La paciente pujo durante la extracción de la placenta*	Si	1	3.3%	6	20.0%
	No	29	96.7%	24	80.0%
Se desesperó, gritó, etc. en el periodo de alumbramiento.*	Si	6	20.0%	6	20.0%
	No	24	80.0%	24	80.0%
Total		30	100.0%	30	100.0%

En el periodo de Alumbramiento, un 83.3% del grupo con intervención usa la respiración jadeante o normal y se mantiene relajada, durante las contracciones uterinas al extraer la placenta, comparado con el 66.7% del grupo control. Se observó que el 3.3% de las gestantes con Psicoprofiláxis de emergencia, pujo durante la extracción de la placenta, frente a un 20% del grupo sin dicha intervención. (Ver tabla N°9)

Tabla N°10: Respuestas sobre las actitudes durante el Puerperio de las primigestas que recibieron y no recibieron Psicoprofiláxis Obstétrica de Emergencia.

Respuestas sobre las actitudes las actitudes durante el Puerperio		Tipo de grupo de la gestante			
		Grupo intervención		Grupo Control	
		N	%	N	%
Realiza el masaje uterino, de forma intermitente con la punta de los dedos.	No	5	16.7%	23	76.7%
	Si	25	83.3%	7	23.3%
Vigila las contracciones uterinas sostenidas después del alumbramiento y comunica al personal de Salud	No	22	73.3%	29	96.7%
	Si	8	26.7%	1	3.3%
Total		30	100.0%	30	100.0%

En el Puerperio, un 83.3% del grupo que recibió la intervención realiza el masaje uterino de forma intermitente con la punta de los dedos, mientras que en el grupo sin intervención, el 23.3% lo realiza. Un 26.7% de las gestantes con Psicoprofiláxis de emergencia vigilan las contracciones uterinas sostenidas después del alumbramiento y comunica al personal de Salud, en cambio en el grupo control, solo el 3.3% vigila las contracciones uterinas y comunica al personal. (Ver tabla N°10)

4. DISCUSIONES

La Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia es una preparación que debería de realizarse, con o sin preparación psicoprofiláctica obstétrica previa, para dar una alternativa a que las gestantes conozcan o refuercen sus conocimientos sobre el trabajo de parto y sientan un apoyo emocional que permita disminuir el miedo ante esta situación. En el presente estudio se ha evidenciado que existe una influencia significativa ($p < 0.001$) de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia (POE) 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 periodo de marzo a mayo del 2015, además se observó que la realización de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia influye en las actitudes de las primigestas durante el periodo de dilatación, expulsivo y puerperio, mas no en el periodo de alumbramiento (recibieron POE: 66.7% y no recibieron POE: 63.3%), lo cual se pueda deber a que en esta etapa hay una participación activa del profesional que atiende el alumbramiento, guiando y manteniendo una comunicación fluida durante todo su desarrollo, por tanto la actitud de las pacientes fue positiva en ambos grupos. El estudio titulado “Efectos de la implementación de un protocolo psicoprofiláctico durante el periodo pre, peri y postnatal en una muestra de usuarias de la Clínica Chicamocha S.A.” realizado por *Pico y Rivero* concluyeron que las pacientes que recibieron apoyo psicoprofiláctico durante el trabajo de parto, disminuyeron sus niveles de ansiedad y que existe un importante grado de impacto en las gestantes que participaron en la implementación del protocolo psicoprofiláctico, lo cual coincide con los resultados del presente estudio.

Al evaluar las actitudes, en el periodo expulsivo, para el presente estudio se evidencia que la mayor parte de las pacientes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia realiza la respiración de bloqueo, realiza el pujo correctamente, colabora con el personal de salud durante el periodo expulsivo y no se desespera durante el expulsivo, Astudillo en cambio, refiere en su estudio que la mayoría de las pacientes respira de manera acelerada y no realiza el pujo de forma adecuada, sin embargo se muestra con confianza y no se desespera durante la segunda etapa.

Respecto a la duración del trabajo de parto, a pesar de que en el estudio de Molina, la educación maternal ha sido previa al parto, los resultados mostraron que el grupo con educación maternal (2.89 horas) tuvo una duración de la fase activa menor que el grupo sin educación maternal (3.45 horas), lo cual se contrasta de lo hallado en

el presente estudio, pues se observó que la duración de la fase activa fue mayor en el grupo que recibió Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia (10.08 horas) que en el grupo que no recibió Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia (9.55 horas), lo cual pudo deberse a que las pacientes durante el periodo de dilatación fueron poco intervenidas por el personal de Centro obstétrico para ayudar al progreso de la dilatación, es decir que este periodo se produjo de manera fisiológica, además es importante tener en cuenta la variedad de presentación del feto como la occipito iliaca derecha posterior, que muchas veces condiciona a una mayor duración del periodo de dilatación, todos estos factores han podido condicionar a un mayor tiempo de trabajo de parto en las pacientes que recibieron la Psicoprofilaxis de Emergencia.

En lo referente al dolor durante el trabajo de parto evaluado según la Escala Análoga del Dolor, en el presente estudio se identificó que durante el primer periodo, el umbral del dolor de las pacientes que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia fue “severo” (76.7% y 93.3% respectivamente), esta valoración es diferente a lo encontrado por Campos quien al evaluar el manejo del dolor durante el trabajo del parto mediante una preparación psicoprofiláctica encuentra que el 55.5% de las mujeres intervenidas manifestaron “poco” dolor, sin embargo un 77.78% de mujeres que no reciben preparación refirieron “mucho” dolor durante esta fase. Al respecto de la segunda etapa, se identificó que en la mayoría de primigestas evaluadas en ambos grupos (G. intervención: 86.7%, G. control: 86.7%), el umbral del dolor fue el mismo: “Severo”, diferentes resultados durante esta fase fueron encontrados por Campos, puesto que en su estudio se evidenció que la intensidad del dolor durante esta segunda etapa fue “leve” (77.78%) en el grupo de intervención y en el grupo control fue “severo” (55.55%). Por último, en el periodo del alumbramiento para la presente investigación en ambos grupos (G. intervención: 50.0%, G. control: 50.0%) se observó que el umbral fue mínimo, es decir no manifestaron dolor o fue leve para ambos grupos de estudio, pese a ello Campos observa que durante la tercera etapa (periodo alumbramiento), el nivel del dolor en el grupo de intervención fue poco (88.89%) y en el grupo control varía de “bastante” (55.56%) a “mucho” (33.3%). De acuerdo a lo estipulado en la literatura, la percepción del dolor durante el parto tiene una gran variabilidad individual que depende del nivel de tolerancia frente a este, la posición del bebé y la fuerza de las contracciones, además requiere de una intervención con un tiempo considerable para poder lograr una percepción mínima del mismo, por lo que según lo encontrado en el presente estudio, la percepción del

dolor de las pacientes estuvo entre Severo a Moderado, debido a que con el corto tiempo que es aplicada la Psicoprofilaxis de Emergencia, no se pudo disminuir el dolor, sino más bien ayudar a controlarlo para lograr una actitud positiva durante el trabajo de parto, objetivo esencial del estudio.

5. CONCLUSIONES

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 periodo de marzo a mayo del 2015.

La evolución del trabajo de parto en las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia tuvo una duración mayor (10.47 horas) en comparación de aquellas que no recibieron esta preparación (9.90 horas); y en cuanto al umbral de dolor se observó que en ambos grupos de primigestas fue de moderado a severo (G. intervención: 96.7%, G. control: 100%).

Hubo una diferencia significativa ($p < 0.001$) entre las actitudes durante el periodo de dilatación en las primigestas que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, observando que la mayoría de las que recibieron esta preparación (76%) tuvieron una actitud positiva, mientras que el 100% de las que no recibieron esta preparación asumieron una actitud negativa.

Hubo una diferencia significativa ($p < 0.001$) entre las actitudes durante el periodo de expulsivo en las primigestas que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, observando que la mayoría de las que recibieron esta preparación (66.7%) tuvieron una actitud positiva, mientras que la mayoría (93.3%) de las que no recibieron esta preparación asumieron una actitud negativa.

No hubo diferencia significativa ($p = 0.787$) entre las actitudes durante el periodo de alumbramiento en las primigestas que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, debido a que la mayoría de las que recibieron (66.7%) y no recibieron (63.3%) esta preparación tuvieron una actitud positiva.

Hubo una diferencia significativa ($p < 0.001$) entre las actitudes durante el periodo de puerperio inmediato en las primigestas que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, observando que la mayoría de las que recibieron esta preparación (83.3%) tuvieron una actitud positiva, mientras que la mayoría (76.7%) de las que no recibieron esta preparación asumieron una actitud negativa.

6. RECOMENDACIONES

- El programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal, consideren los resultados de la presente investigación para normatizar la realización de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia durante la estancia de las gestantes en centro obstétrico, mediante la elaboración de una guía que permita a los profesionales tener en cuenta todos los aspectos necesarios para lograr con los objetivos de esta preparación de emergencia.
- Los profesionales de obstetricia se sensibilicen en cuanto a la importancia del desarrollo de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en el cambio de actitud y predisposición de las gestantes frente al desarrollo del trabajo de parto, y se comprometan a brindar esta preparación durante todo este proceso e inclusive en el puerperio inmediato.
- Capacitar a los obstetras que atienden en el Centro Obstétrico, en cuanto a aspectos psicológicos y técnicas psicoprofilácticas para abordar de manera más apropiada y brindar un servicio diferenciado a las gestantes durante el desarrollo del trabajo de parto de acuerdo a sus necesidades y características, dándoles la oportunidad de llevar una mejor experiencia de este momento tan importante en su vida.
- Incluir en los contenidos del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, una clase teórico práctica, con fundamentos científicos, tal como los resultados del presente este estudio, de manera tal que los estudiantes lleguen al internado con las competencias necesarias que les permitan involucrarse efectivamente en la atención de las gestantes que no hayan recibido esta preparación antes del parto.
- Realizar un curso de inducción para los internos de Obstetricia, con clases teórico prácticas, con fundamento científico referente a Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia y así puedan brindar soporte físico y emocional de manera apropiada a las gestantes en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Astudillo A, Benítez M. Preparación psicoprofiláctica utilizada por las primigestas durante el trabajo de parto en el servicio de obstetricia del Hospital Universitario de Caracas durante el segundo semestre del 2005 [Tesis]. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina; 2005.
2. Oyuela J, Hernández R. Psicoprofilaxis e índice de cesáreas. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2010; 48(4):439-442.
3. Pico N, Rivero P. Efectos de la implementación de un protocolo psicoprofiláctico durante el periodo pre, peri y postnatal en una muestra de usuarias de la Clínica Chicamocha S.A. [Tesis]. Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana. Facultad de Psicología; 2008.
4. Campos M. Manejo del dolor durante el trabajo de parto en gestantes de un Centro de Salud. Revista de Investigación Programa de Enfermería UDES 2010; pp: 35-43.
5. Molina M, Martínez A, Martínez F, Gutiérrez E, Sáez R, Escribano P. Impacto de la educación maternal: Vivencia subjetiva materna y evolución del parto. 1995.
6. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. 2011. Lima: Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. 2011.
7. Ministerio de Salud (MINSa). Oficina General de Estadística e Informática. Atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de salud. Lima: Ministerio de Salud. Oficina General de Estadística e Informática; 2010.
8. Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín estadístico Año 2013. Perú: INMP. Oficina de Estadística e Informática; 2013.
9. Instituto Médico de Obstetricia. El curso de psicoprofilaxis obstétrica. Argentina: IMO. [Consultado el 13 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.imoobstetricia.com.ar/el-curso-de-psicoprofilaxis.php>
10. Gazca J. Parto indoloro psicoprofiláctico: 20 observaciones personales. Ginecol Obstet Mex 1959; 14:3-6.
11. Ministerio de Salud. Atención de la Salud sexual y reproductiva en servicios de salud 2005-2008. Perú: Minsa; 2010.

12. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. 2013. Lima: Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. 2013.
13. Farai E. Método Psicoprofiláctico del parto sin dolor. Rev. Med Hond. 1958; 26(3):69-81.
14. Cubas M, Vásquez J. Influencia de la preparación psicoprofiláctica en los niveles de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto. Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Mayo a Diciembre 2010 [Tesis]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud; 2012.
15. Aguirre C. Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Chimbote: Universidad Católica Los Angeles. Facultad Ciencias de la Salud; 2012.
16. Díaz M. El curso del parto psicoprofiláctico como factor protector al momento del parto, Policlínica Presidente Remon, C.S.S., 1995 [Tesis]. Panamá: Universidad de Panamá. Facultad de Medicina, 2001.
17. Solís H, Morales S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Rev. Horiz Med 2012; 12(2):49-52.
18. Reyes L. Psicoprofilaxis Obstétrica asociado a beneficios materno-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Enero-Diciembre 2002. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2004.
19. Mora K, Rivadeneira F. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre consejería psicoprofiláctica a embarazadas, al cliente interno y externo del Subcentro de Salud del Tejar, Provincia de Imbabura en el período junio - octubre del 2013 [Tesis]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte. Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.
20. López A, Iturralde F, Clerencia M, Ortiz J. Capítulo 71: Dolor. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para residentes; 2006.
21. Mesas A. Dolor agudo y crónico. España: Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Área de Traumatología; 2012.
22. Fernández I. Alternativas analgésicas al dolor de parto. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería 2014; 13(33): 400-406.
23. Ministerio de Salud. Instituto Nacional Materno Perinatal: Información General. Perú: Ministerio de Salud. Instituto Nacional Materno Perinatal. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/>.

24. Hugar S, Valencia F, Zambrano L, Buitrón C. Propuesta: Guía Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal. Área Educativa de Psicoprofilaxis Obstétrica; 2012.
25. González J, Vicens JM, Fabre E, Gonzáles E. Obstetricia. 5ta ed. España: Bosquet editorial; 2006.
26. Mongrut A. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. 5a ed. Lima-PERÚ; 2011.
27. Zarilla J. Laencina T. Impacto e Influencia. España: Escuela de administración pública de la Región de Murcia; s.f.
28. Psicología Social. Actitudes. [Consultado 15 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://www.psicocode.com/resumenes/TEMA5SOCIAL.pdf>

8. ANEXOS

INDICE

I. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	41
II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
III. CONSENTIMIENTO INFORMADO	44
IV. LISTA DE COTEJO	45
V. INSTRUMENTO DE REFERENCIA.....	47
VI. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
VII. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	49
VIII. GUÍA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA.....	51

I. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia:** Según la Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal del MINSA, la define como la preparación psicoprofiláctica de la gestante, durante el trabajo de parto o faltando pocos días para la fecha probable de parto⁶. Para el presente estudio se consideró la preparación psicoprofiláctica de emergencia en pacientes desde la fase activa del trabajo de parto.
- **Trabajo de parto:** Conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural (o canal del parto en la mujer) ²⁵. Iniciado el trabajo del parto, desde el punto de vista clínico se consideraron cuatro periodos en el curso de la labor: Periodo de dilatación, Periodo Expulsivo, Periodo de alumbramiento y Puerperio inmediato²⁶.
- **Primer periodo o de dilatación:** Desde que hay contracciones útiles, hasta que se completa la dilatación. Este periodo se subdivide en 2 fases: Fase latente (<4cm de dilatación) y Fase Activa a partir de los 4cm hasta los 10cm de dilatación ²⁶. Para fines de la investigación se procedió a la intervención desde la fase activa del trabajo de parto.
- **Segundo Periodo o expulsivo:** Comprende desde la culminación de la dilatación, hasta el nacimiento del feto. En este proceso se cumplen los mecanismos del parto. Dura hasta 2 horas en primigestas y 30 minutos en las multíparas ²⁶.
- **Tercer Periodo o alumbramiento:** Se extiende desde el nacimiento del feto, hasta la expulsión de la placenta, cordón umbilical y membranas. Comprende el despegamiento de la placenta y su expulsión²⁶. Este periodo puede durar un máximo de 30 minutos en nulíparas y multíparas. En nuestro país está normado el manejo activo del tercer periodo del parto con el uso de oxitócicos.

- **Cuarto periodo o de puerperio inmediato:** Dura dos horas y comprende la vigilancia y control de la madre, después del nacimiento y de expulsada la placenta.

- **Influencia:** Deseo e intención de persuadir, convencer o influir a los demás, con el fin de lograr que sigan un plan o una línea de acción, para que contribuyan a alcanzar sus objetivos, cambio genuino y espontáneo en las preferencias y actitudes de una persona para situarlas acordes a una persona o grupo ²⁷.

- **Actitud:** Es la forma de actuar de una persona para hacer las cosas. Tendencia psicológica expresada, en la evaluación de un ente determinado con cierto grado de favorabilidad o des favorabilidad. estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones. Las actitudes se basan en 3 tipos de componentes: Cognitivo (creencias y conocimientos), afectivo (sentimientos y emociones) y conductual²⁸. Para la investigación se trabajó con el componente conductual.

- **Escala Visual Análoga:** Es una medida unidimensional del dolor que permite hacer una valoración subjetiva de la intensidad de dolor referido por el paciente en el momento actual. Consta de una escala donde el paciente escoge una puntuación de 0 a 10; 0, indica ausencia de dolor y 10 el peor dolor que le es posible experimentar o imaginar³.
Se considera:
 - Leve: Si puntúa entre 1 y 3.
 - Moderado: Si puntúa entre 4 y 7.
 - Severo: Si puntúa entre 8 y 10.

II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CODIFICACIÓN	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Variable Dependiente							
ACTITUD EN PRIMIGESTAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.	Es la forma de actuar de una persona para hacer las cosas. Tendencia psicológica expresada, en la evaluación de un ente determinado con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad.	ACTITUDES	Actitudes durante la dilatación	Cualitativa	Nominal	Positivas = 1 Negativas = 0	Lista de Cotejo
			Actitudes durante el expulsivo				
			Actitudes durante el alumbramiento				
			Actitudes durante el puerperio inmediato al parto				
		EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	Percepción del dolor	Cualitativa	Ordinal	Leve = 0 Moderado = 1 Severo = 2	Escala visual análoga del dolor
			Periodo de Dilatación: En horas	Cuantitativa	Razón	En número	Ficha de Recolección de datos de Historia Clínica
Periodo expulsivo: En minutos							
Periodo de alumbramiento: En minutos							
Variable Independiente							
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA	Son aquellas pautas de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia que serán aplicadas a gestantes en trabajo de parto.						Guía Práctica de Aplicación de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia

III. CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN LA ACTITUD FRENTE AL TRABAJO DE PARTO EN LAS PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE MARZO A MAYO DEL 2015.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción:

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia en la actitud frente al trabajo de parto. Esta investigación es realizada por la bachiller de Obstetricia María Teresa Tafur Rodas.

El propósito de esta investigación es determinar la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia durante el trabajo de parto en primigestas atendidas en el INMP. Usted ha sido seleccionada para participar en esta investigación, ya que se le aplicará una guía de Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia y deberá contestar una serie de preguntas de manera clara, precisa y veraz.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitara su colaboración y permiso para usar sus datos de forma anónima para el llenado de una la ficha de recolección, así mismo, se evaluará los efectos de la implementación de la Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia. El participar en este estudio le tomará desde la firma del consentimiento informado hasta culminado el trabajo de parto.

Riesgos y beneficios:

Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no afectará la integridad física de los participantes, mas puede causar incomodidad por indagar en la vida íntima de la paciente, por ende, para dar seguridad a nuestras pacientes no se consignaran los nombres y apellidos de las mismas. El desarrollo de este estudio beneficiará a la comunidad científica puesto que obtendremos información sobre la implementación de la Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia y su efecto durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el INMP.

Confidencialidad:

Se guardará absoluta confidencialidad de los datos de los participantes y en la publicación se mantendrá el anonimato de los participantes incluidos.

Incentivos:

Los participantes de este estudio no recibirán incentivos monetarios algunos

Derechos:

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con la bachiller de obstetricia María Teresa Tafur Rodas al teléfono 948148779 (investigador responsable).

Si firma este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante

Firma

Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

IV. LISTA DE COTEJO

LISTA DE COTEJO ADAPTADA A PARTIR DEL ESTUDIO DE AILEMAC ASTUDILLO

LISTA DE COTEJO	SI	NO
PERÍODO DE DILATACIÓN: FASE ACTIVA		
1. Realiza 2 respiraciones profundas al inicio y al finalizar la contracción uterina.		
2. Realiza respiraciones espontáneas durante las contracciones uterinas (entre las respiraciones profundas).		
3. Inspira y exhala de forma sucesiva o rápida como soplo durante las contracciones intensas para evitar el pujo.		
4. Después de la realización del masaje, la paciente se siente tranquila emocional y físicamente. (considerando que todas las pacientes pudieron estar sometidas a algún tipo de masaje)		
5. Durante la fase activa se acostó decúbito lateral izquierdo o posición sentada.		
6. Colaboró con el personal de salud durante el periodo de dilatación (Permite que se le coloque la vía, monitor, evaluación obstétrica, etc.)		
7. Al experimentar una contracción uterina en el periodo de dilatación se desespera, grita, etc. hasta que esta termine. (* Invertir el puntaje para esta respuesta.		
PERÍODO EXPULSIVO		
8. Usa la respiración de bloqueo para el momento del pujo.		
9. Pega el mentón al pecho y jala con las manos las manijas de la camilla ginecológica, mientras puja durante la contracción uterina.		
10. Realizó el pujo en el momento correcto del periodo expulsivo.		
11. Colaboró con el personal de salud durante el periodo expulsivo (Siguió las instrucciones del personal a cargo de la atención)		
12. Durante el expulsivo, la paciente se desesperó, gritó, etc. (* Invertir el puntaje para esta respuesta.		
PERIODO DE ALUMBRAMIENTO		
13. Usa la respiración jadeante o normal y se mantiene relajada, durante las contracciones		

uterinas al extraer la placenta.		
14. Colaboró con el personal de salud durante el periodo de alumbramiento (Permitió el manejo activo del alumbramiento, masaje uterino, etc.)		
15. La paciente pujo durante la extracción de la placenta. <i>(*) Invertir el puntaje para esta respuesta.</i>		
16. Se desesperó, gritó, etc. en el periodo de alumbramiento. <i>(*) Invertir el puntaje para esta respuesta.</i>		
PERIODO DEL PUERPERIO		
17. Realiza el masaje uterino, de forma intermitente con la mano en todo el útero.		
18. Vigila las contracciones uterinas sostenidas después del alumbramiento y comunica al personal de Salud cuando el útero está blando o presenta sensación de pérdida sanguínea o coágulos.		

V. INSTRUMENTO DE REFERENCIA

“Guía de Observación de Preparación Psicoprofiláctica utilizada para primíparas durante el trabajo de parto” *

Elaborada por Astudillo A, Benítez M.

INSTRUCCIONES PARA LA GUÍA DE OBSERVACIÓN

- Se observa detenidamente y de manera objetivo la situación a registrar.
- Las observaciones se hacen en el tiempo necesario para ello.
- Se registra la situación requerida en este instrumento de observación.
- Se marca con una (x) la alternativa que refleja lo observado
- Cada observación se registra basado por criterios SI – NO

La primípara durante el trabajo de parto realiza las siguientes acciones de la preparación psicoprofiláctica		SI	NO
1	Respira lenta y profundamente al comenzar una contracción.		
2	Respira lenta y profundamente al terminar una contracción.		
3	Respira rápidamente hasta llegar a respirar por la boca cuando avanza el trabajo de parto y las contracciones uterinas son moderadas.		
4	Respira rápida y superficialmente de 40 seg. a 1 min durante las contracciones de mediana intensidad.		
5	Respira aceleradamente expulsando todo el aire por la boca en forma de soplo cuando dilató completamente y sintió deseos de pujar.		
6	Al momento de la contracción fuerte comenzó una respiración lenta que progresivamente fue acelerando hasta que la retuvo durante aproximadamente 6 seg. para luego expulsar todo el aire de un soplido.		
7	Contrajo los músculos abdominales durante mayor tiempo posible al retener el aire.		
8	Al presentarse las primeras contracciones realizó un ejercicio de relajación voluntaria y profunda de los músculos		
9	Una vez realizado este ejercicio de relajación muestra expresiones de confianza.		
10	Durante las contracciones uterinas muestra confianza al realizar los ejercicios de respiración		
11	Durante las contracciones uterinas muestra empeño en la ejecución de los ejercicios de respiración.		
12	Emplea algún tipo de masaje y/o caricias en zonas donde siente molestias.		
13	Realiza masajes circulares en la espalda cuando siente las contracciones uterinas.		
14	Al inicio del trabajo de parto camina de un lado a otro para aliviar la tensión.		
15	Al experimentar una contracción uterina se mantenía de pie en un solo sitio hasta que esta terminara.		
16	Realiza cambios de posición para lograr bienestar durante el trabajo de parto.		
17	En la posición semi sentada usa accesorios como almohada y/o cojines para aliviar la tensión en la zona de las caderas.		
18	Estando semi sentada durante las contracciones uterinas se muestra cómoda.		
19	Durante el trabajo de parto activo se acostó decúbito lateral izquierdo.		
20	En la posición decúbito lateral izquierdo usa accesorios como almohadas y/o cojines para aliviar la tensión en la zona de las caderas.		

Fuente: Astudillo A, Benítez M. (2005: 64)

* Cabe resaltar que este instrumento se ha tomado como referencia para la realización de la lista de cotejo del presente estudio.

VI. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Perfil sociodemográfico:

- Edad: _____ años.
- Estado Civil: Soltera () Conviviente () Casada () Divorciada ()
- Grado de Instrucción: Sin Instrucción () Primaria () Secundaria () Superior ()
- Ocupación: _____
- Procedencia: _____

Características Obstétricas:

- G__ P_____
- Número de Atenciones prenatales: _____
- Complicaciones durante el embarazo: No () Si () Especifique: _____

Características del Parto:

- Duración del periodo de dilatación : _____
- Duración del periodo expulsivo : _____
- Duración del periodo de alumbramiento: _____
- Episiotomía: No () Si ()
- Desgarro: No () Si ()
- Recién nacido: Peso: Talla: Apgar: 1': 5': Sexo: F () o M ()
- Contacto piel a piel: SI () NO ()
- Acompañante en el parto: SI () NO () Quién acompaña:

Percepción del dolor según Escala Visual Análoga.

A través de la siguiente escala, colocar en cada periodo del trabajo de parto, el puntaje calificado por cada gestante, respecto a la intensidad de dolor que percibe.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor	—————→								Dolor muy intenso	

- Durante el periodo de dilatación: _____
- Durante el periodo expulsivo: _____
- Durante el periodo de alumbramiento: _____

Observaciones:

.....
.....

VII. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	N° de jueces				Prob.
	1	2	3	4	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	4
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	4
3. La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	1	4
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas (claros y entendibles).	1	1	1	1	4
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la operacionalización de variables	1	1	1	1	4
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	4
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes	1	1	1	1	4
8. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	4
TOTAL	8	8	8	8	32

Se ha considerado:

- De acuerdo = 1 (Si)
- En Desacuerdo = 0 (No)

Entre los resultados se tomó en cuenta:

Aceptable: 0.70

Bueno: 0.70-0.89

Excelente: por encima de 0.90

Prueba de concordancia entre los jueces:

$$b = \frac{T_a \times 100\%}{T_a + T_d}$$

Entonces:

$$b = \frac{32 \times 100\%}{32+0} = 100\% = (1.00)$$

Al analizar la validez del instrumento, mediante el juicio de expertos y la prueba binomial, conforme a los valores asignados por cada juez; se obtuvo que el grado de concordancia entre las opiniones de los expertos fue significativo (1.00), lo cual refiere una validez "Excelente".

VIII. GUÍA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN EL INMP

PERIODOS DEL PARTO	TÉCNICAS Y/O ACTIVIDADES	OBJETIVOS	MÉTODOS DIDÁCTICOS Y RECURSOS
<p>1. PERIODO DE DILATACIÓN: Inicia con las contracciones uterinas y se manifiesta mediante la apertura del cuello del útero, se divide en dos fases:</p> <p>a) <u>Fase latente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Características: Contracciones uterinas poco intensas y no siguen un patrón regular. • Inicia: percepción de contracciones uterinas. • Culmina: al llegar a 	<p>1. <u>TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN-RELAJACIÓN</u> Conjunto de procedimientos que permiten una adecuada oxigenación para el binomio madre-feto; además de proporcionar relajación muscular y sensación de bienestar y control.</p> <p>a. RESPIRACIÓN LIMPIADORA Ésta es una respiración exagerada y profunda, que se realiza al inicio y al final de cada contracción uterina. Generalmente se inhala por la nariz, y exhala por la boca. Se recomienda inhalar y exhalar por la nariz (respiración yóguica) ya que es el único órgano adecuado para filtrar el aire de impurezas y templar la temperatura.</p> <p>b. PROFUNDA O ABDOMINAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo: Se toma una respiración limpiadora al inicio de la contracción uterina, seguido a ésta se da una inspiración profunda por la nariz seguida de una exhalación lenta por la 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener adecuada oxigenación del binomio madre niño. • Brinda relajación por medio de la liberación de endorfinas. • El oxígeno proporciona energía, lo que significa que se incrementa el nivel energético. • Le permite liberar cualquier tensión persistente después de que termina una contracción. • Le brinda a su bebé un incremento de oxígeno al final de la contracción <ul style="list-style-type: none"> • Mayor capacidad respiratoria por los pulmones. • Liberación de endorfinas por el organismo. • Ayuda a eliminar las toxinas de los órganos y a promover un 	<p>- Láminas del Periodo de Dilatación.</p> <p>- Demostración de respiración y relajación.</p> <p>- Demostración de técnicas de respiración y relajación.</p>

<p>una dilatación de 4 cm;</p> <p>• Duración: en condiciones normales, menor a 20 horas en nulíparas y menor a 14 horas en multíparas.</p> <p>b) Fase Activa:</p> <p>• Características: Contracciones uterinas rítmicas y frecuentes; se produce la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal.</p> <p>• Inicia: Según la OMS, inicia desde los 4 cm de dilatación.</p>	<p>boca o nariz. Se recomienda que la respiración sea nariz-nariz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se realiza? Se realiza 2 respiraciones profundas antes de cada contracción uterina y al finalizar esta. Durante la contracción uterina la gestante debe respirar de manera espontánea y tratando de relajar los músculos de su cuerpo (relajación) • Momento de uso: Se recomienda el uso de este tipo de respiraciones el mayor tiempo del proceso del parto. <p>c. JADEANTE O SUPERFICIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo: Inspiración y exhalación de forma sucesiva o rápida como soplo, durante la contracción uterina. Se recomienda colocar la lengua detrás de los dientes del maxilar superior para evitar sequedad mucosa bucal. • ¿Cómo se realiza? Al comenzar la contracción uterina, se realiza una respiración limpiadora, luego se inicia con pequeñas inhalaciones y exhalaciones a un ritmo acelerado, durante la contracción uterina; al finalizar la contracción, 	<p>mejor flujo sanguíneo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxigenar al niño por nacer. • Oxigenar los músculos de la madre. • Evitar la fatiga muscular (calambres). • Reduce los niveles de sustancias químicas del estrés como el cortisol y la noradrenalina <ul style="list-style-type: none"> • Controlar los deseos de pujar. • Evita que las contracciones del fondo del útero y del fondo del diafragma entren en contacto 	<p>- Demostración de técnicas de respiración y relajación.</p>
---	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Culmina: a los 10 cm de dilatación del cérvix. • Duración: en condiciones normales, en multíparas tiene una duración de 4 horas y en nulíparas tiene una duración de 6 horas. 	<p>termina con dos respiraciones profundas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Momento de uso: Se aplica cuando las contracciones uterinas son muy intensas y hay sensación de pujo, pero aún no se ha completado la dilatación del cuello uterino. Sólo cuando sea necesario para evitar una hiperventilación en la gestante. <p>2. POSICIONES ANTÁLGICAS Son posiciones que ayudan a aliviar el dolor y la tensión producto de las contracciones uterinas y el paso del feto por el canal de parto. Es un apoyo para la paciente a afrontar mejor la sensación dolorosa.</p> <p>Se cuenta con un sinnúmero de posiciones, para que la práctica sea factible se desarrollará las 2 posiciones siguientes:</p> <p>a. Decúbito lateral izquierdo La posición de decúbito lateral es la posición óptima si la mujer tiene fuertes contracciones uterinas y desea descansar. Además que mejora la circulación útero-placentaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alivian el dolor y mejora la circulación materno-fetal. • Mejora la circulación feto-placentaria al evitar la compresión de grandes vasos como la aorta y vena cava. 	<p>- Láminas de posiciones durante la dilatación.</p>
--	---	---	---



b. Sentada:

La posición sentada es una variante de la posición vertical, se hará uso de la camilla ginecológica y se apoyará con sus brazos en la barra de soporte de la camilla ginecológica.



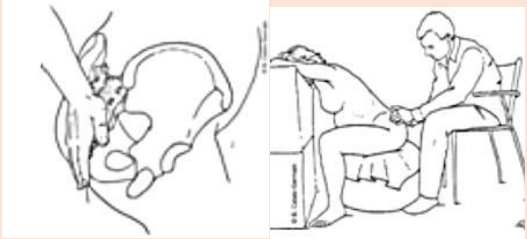
3. MASAJES O CONTRAPRESIÓN

Presión mecánica de las manos sobre tejidos blandos del cuerpo de la paciente, que permita brindar una experiencia relajante y terapéutica ya que es una fuente de contra-estimulación.

- Acorta el tiempo de la primera fase del parto.


- Estimula la circulación sanguínea para mejorar el suministro de oxígeno y nutrientes a los tejidos.
- Ayuda al sistema linfático a


- Demostración de masajes.

	<p>Masajes en la espalda</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo: Apoyar la palma, talón de la mano o las manos en forma de puños sobre la espalda, para luego efectuar ligeros movimientos circulares. El masaje se realiza en la zona lumbar y en la zona sacra.  <ul style="list-style-type: none"> • Momento de uso: Se puede usar durante las contracciones uterinas. La presión se puede aplicar mientras la paciente este sentada o decúbito lateral. <p>4. <u>MASAJES BLOQUEADORES DEL DOLOR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ÁREASUPRA PÚBICA Tecleo Masajes a presión con la palma de la mano 	<p>eliminar los productos de desecho.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alivia la tensión muscular y rigidez en las articulaciones, mejorando la movilidad y la flexibilidad. • La contrapresión en la región lumbar y sacra ayuda a contrarrestar la sensación de presión durante las expansiones de trabajo de parto <ul style="list-style-type: none"> • El masaje afecta su sistema nervioso a través de las terminaciones nerviosas en la piel, estimulando la liberación de 	
--	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • ÁREA DE LA SÍNFISIS PÚBICA Masajes a presión con las yemas de los dedos • ÁREA DE LAS INGLES: DERECHA Y/O IZQUIERDA Masajes con el borde de las manos • ÁREA DEL SACRO: Masajes a puño cerrado Martilleos suaves 	endorfinas.	
<p>2. PERIODO EXPULSIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicia: Cuando se ha llegado a la dilatación completa del cérvix (10cm) • Culmina: Con el nacimiento del feto. • Duración: en condiciones normales, Nulíparas: en promedio 50 minutos y máximo 2 horas, Multípara: en promedio 30 minutos y 	<p>1. TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN: La respiración busca ayudar al útero a empujar y a participar activamente en el nacimiento.</p> <p>Respiración de bloqueo: Llamada así porque en un momento dado del proceso de la respiración, será bloqueada para dar paso al pujo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo Al comenzar la contracción uterina, se debe hacer 2 respiraciones profundas y cortas (respiración limpiadora) A continuación, se inhala por la nariz, reteniendo la mayor cantidad de aire posible mientras opta la posición de pujo y mientras dure la contracción uterina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con la expulsión del feto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Láminas del Periodo Expulsivo. - Demostración de técnicas de respiración.

<p>máximo 1 hora.</p>	<p>Finalizada la contracción, hay que soltar el aire y hacer una respiración completa. Si no se puede retener la respiración durante toda la contracción, se exhala y nuevamente se inhala profundamente para continuar con el pujo hasta que termine la contracción.</p> <p><i>(*) La explicación de esta técnica se realizará antes de este periodo</i></p> <p>2. TÉCNICA DE PUJO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo: Mediante dos o tres respiraciones profundas y cortas para luego efectuar una inspiración profunda, mantener la respiración y realizar el pujo. • Posición: El tronco de la madre debe estar en forma de arco, piernas separadas y pegar el mentón al pecho, mientras se cogen con las manos, las manijas de la camilla ginecológica. • Momento de uso: Durante la contracción uterina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la salida del feto 	<ul style="list-style-type: none"> - Demostración de técnicas de respiración. - Demostración del pujo adecuado.
-----------------------	---	--	---

	 <p>(*) La explicación de esta posición se realizará antes de este periodo.</p>		
<p>3. ALUMBRAMIENTO:</p> <p>Ocurre entre el nacimiento del recién nacido y la expulsión de la placenta. Puede durar un máximo de 30 minutos en nulíparas y multíparas.</p> <p>Actualmente se realiza el manejo activo de este periodo con uso de oxitócicos.</p>	<p>1. TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN:</p> <p>Respiración espontánea: Se puede usar una respiración promedio y calmada.</p> <p>Respiración jadeante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo: Inspiración y exhalación de forma sucesiva o rápida como soplo, durante la contracción uterina. • Momentos de uso: Se aplica en la reaparición de las contracciones uterinas, aunque estas son suaves y escasamente dolorosas. Se ejecutará durante la extracción de la placenta y sus anexos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar el pujo. 	<p>- Expositiva-explicativa.</p>

<p>4. PUERPERIO INMEDIATO AL PARTO</p> <p>Comprende las primeras 2 horas posteriores al parto y transcurre habitualmente en Centro Obstétrico para la vigilancia de signos vitales, contracción uterina y sangrado vaginal.</p>	<p>1. TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN: Espontánea y calmada.</p> <p>2. MASAJE UTERINO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo: El masaje a través del abdomen incluye la colocación de una mano en el borde superior del pubis fijando al útero, y con la otra mano se sostiene el fondo uterino para la estimulación mediante masajes repetitivos o movimientos de opresión de manera que se contraiga.  <ul style="list-style-type: none"> • Momentos de realización: Repetir durante las primeras 2 horas, si es posible cada 15 minutos, asegurando que el útero se mantenga contraído (no se relaje) después del masaje uterino. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se estimula la liberación de oxitocina, por tanto la contracción del útero. • Evitar las hemorragias. 	<p>- Demostración de los masajes uterinos.</p>
--	---	--	--

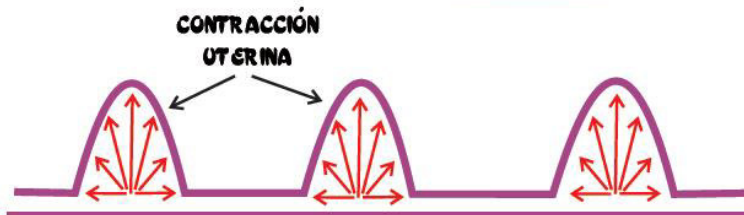
	<p>3. <u>VIGILANCIA DURANTE EL PUERPERIO:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Si a pesar de los masajes el útero se relaja (blando) después del masaje uterino, dar aviso al personal de obstetricia inmediatamente.• Vigilar las contracciones uterinas posteriores al parto y los loquios.		
--	--	--	--

MATERIAL DIDÁCTICO PARA EL DESARROLLO DE LA GUÍA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

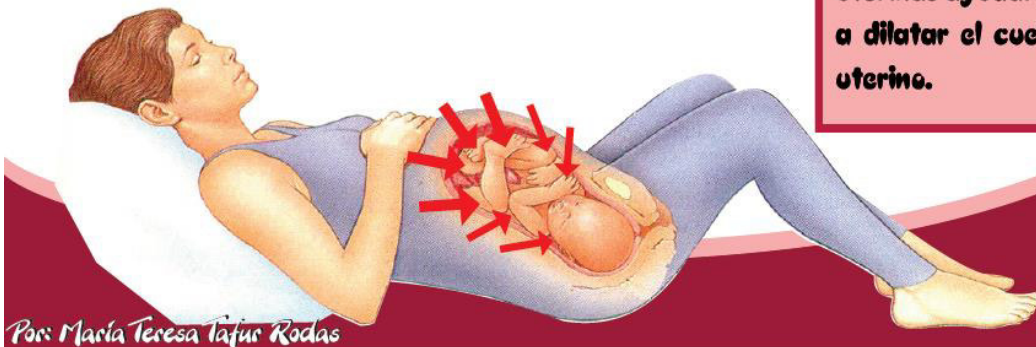
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

Por: María Teresa Tafur Rodas

CONTRACCIONES UTERINAS

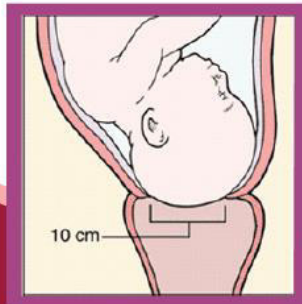


Las contracciones uterinas ayudarán a dilatar el cuello uterino.

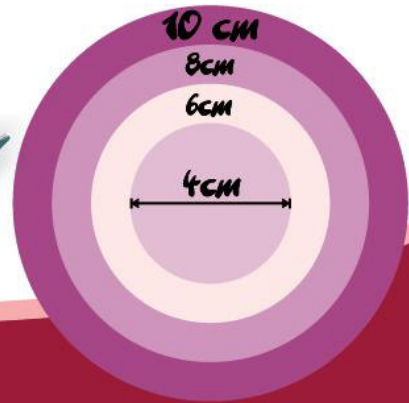


Por: María Teresa Tafur Rodas

DILATACIÓN DEL CUELLO UTERINO



Necesitas respirar adecuadamente y estar calmada para que tu cuello uterino dilate hasta los 10cm.



Por: María Teresa Tafur Rodas

POSICIONES ANTÁLGICAS

DECÚBITO LATERAL IZQUIERDO



- Mejora la oxigenación de tu bebé.
- Puedo ayudarte dándote masajes en tu espalda.

SENTADA



- Te sentirás más cómoda.
- Tu cuello uterino dilatará más rápido.



Por: María Teresa Tafur Rodas

¿CÓMO PUJAR?



- Toma aire profunda_mente y reténlo.
- Inclina tu cabeza hacia tu pecho.
- Jala de las manillas y comienza a pujar.
- Repite mientras dura la contracción uterina.

¡Solo tú podrás ayudar a nacer a tu bebé!

Por: María Teresa Tafur Rodas



PERIODO EXPULSIVO

1. Dilatación del cuello uterino de 10cm.



2. Expulsión de la cabeza fetal



3. Rotación externa y expulsión de hombros.

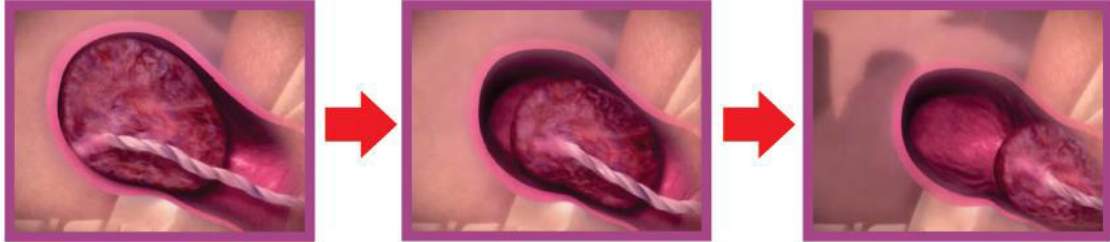


3. Salida total del cuerpo fetal.

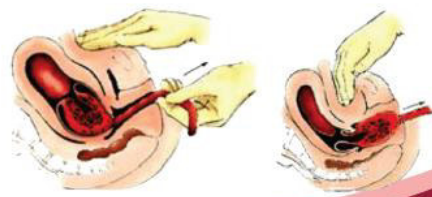


Por: María Teresa Tafur Rodas

ALUMBRAMIENTO



Es la expulsión de la placenta, cordón umbilical y membranas amnióticas.
La Obstetra a cargo, extraerá la placenta por medio del alumbramiento activo.



Por: María Teresa Tafur Rodas

BIENVENIDO BEBÉ



Por: María Teresa Tafur Rodas

BIBLIOGRAFÍA DE LA GUÍA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

1. Naveiro M, Aguilar T. Fase activa del parto: Conducta y manejo. Granada: Servicio de Obstetricia y Ginecología; 2010.
2. Hospital Santa Rosa. Departamento de Gineco-obstetricia. Guía de Práctica Clínica Médicos Quirúrgicos.
3. Melchor J. El parto en presentación normal de occipucio. Diagnóstico, pronóstico y duración del parto. En: Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E, editores. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Madrid: Medica Panamericana; 2007.
4. Vergara G. Anomalías del trabajo. Cartagena: E.S.E. Clínica de Maternidad Rafael Calvo [Consulta 14 de Noviembre del 2014]. Disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_ANOMALIAS_DEL_PARTO.pdf
5. Castillo W. Distocia [PDF]. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal. [Acceso 14 de Noviembre del 2014]. Disponible en: [http://www.inmp.gob.pe/images/archivos/SICAP/Parto%20Disfuncional%20\(Distocico\).pdf](http://www.inmp.gob.pe/images/archivos/SICAP/Parto%20Disfuncional%20(Distocico).pdf)
6. Centro de Formación y Orientación Creciendo Juntos. Posiciones antálgicas. Centro Creciendo Juntos [Internet]. Venezuela: 2012 oct. [Consulta 15 de setiembre 2014]. Disponible en: <http://centrocreciendojuntos.blogspot.com/p/posiciones-antalgicas-muchas-mujeres.html>.
7. Todo Papás. Cómo hacer las respiraciones en el parto [Internet]. Madrid: Todo Papás [Consulta 15 de setiembre 2014]. Disponible en: <http://www.todopapas.com/embarazo/parto/como-hacer-las-respiraciones-en-el-parto-5336>
8. Dirección Seccional de Salud de Antioquía. Guía para el manejo integral del tercer y cuarto periodo del parto para mejorar la salud materna, neonatal e infantil. Colombia, 2007.
9. Ministerio de salud de la Nación. Atención del puerperio y prevención de las secuelas invalidantes del posparto. Buenos Aires; 1997.
10. La contrapresión en el Trabajo de Parto [Internet]. [Consulta 20 de Noviembre 2014]. Disponible en <http://www.placentera.com/nuestros-memes/la-contrapresin-en-el-parto>

11. Guía de parto normal. Servicio de Ginecología y Obstetricia. [Internet]. [Consulta 20 de Noviembre 2014]. Disponible en http://paritoriosonline.com/wp-content/uploads/2014/04/guia_parto-normal_baja.pdf
12. Iniciativa Parto Normal. Federación de Asociaciones de Matronas de España. [Internet]. [Consulta 20 de Noviembre 2014]. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/iniciativa-parto-normal>