

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“RAFAEL DONAYRE ROJAS”



TITULO

**INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA
PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES, DE
LOS PARTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, DE
ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

TESIS PARA OBTAR EL TITULO DE MÉDICO CIRUJANO

Presentado por el Bachiller de Medicina Humana

VIDAL GARCÍA PAREDES

ASESOR

Dr. BEDER CAMACHO FLORES

PUNCHANA – IQUITOS - PERÚ

2017



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"Rafael Donayre Rojas"
SECRETARÍA ACADÉMICA

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la ciudad de Iquitos, a los **cuatro** días del mes de **abril** del **dos mil diecisiete**, siendo las **12:00 horas**, el jurado de tesis designado según **Resolución Decanal N° 009-2017-FMH-UNAP**, con cargo a dar cuenta al consejo de facultad, integrado por los señores docentes que a continuación se menciona:

Mg. SP. Wilma Selva Casanova Rojas Presidenta
MC. José Wilfredo Sánchez Arenas Miembro
MC. Carlos Eduardo de la Puente Olórtegui Miembro

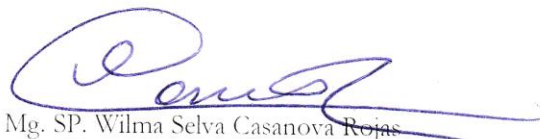
Se constituyeron en las instalaciones del salón de grados de la Facultad de Medicina Humana, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la tesis titulada: "**Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones maternas y neonatales de los partos, atendidos en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre del 2016**", del bachiller en medicina humana **Vidal García Paredes**, para optar el **título profesional de médico cirujano**, que otorga la **Universidad Nacional de la Amazonía Peruana**, de acuerdo a la ley universitaria N° 30220 y el estatuto de la UNAP.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma **SATISFACTORIA**.

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

1. La Tesis ha sido **APROBADO POR UNANIMIDAD**
2. Observaciones **NINGUNA**

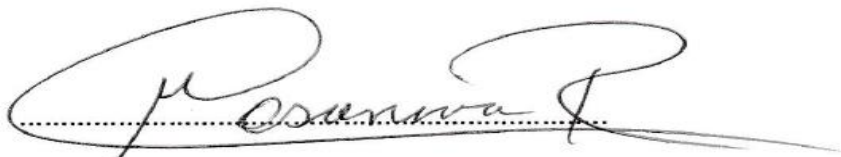
Siendo las **13:08 HORAS**... se dio por concluido el acto de sustentación pública de tesis, felicitándole al sustentante por su **EXPOSICIÓN**.


Mg. SP. Wilma Selva Casanova Rojas
Presidenta


MC. José Wilfredo Sánchez Arenas
Miembro


MC. Carlos Eduardo de la Puente Olórtegui
Miembro

JURADO CALIFICADOR Y DICTAMINADOR



.....

MG. SP. WILMA CASANOVA ROJAS

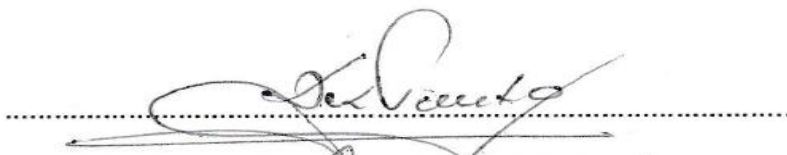
PRESIDENTA DEL JURADO



.....

MC. JOSÉ WILFREDO SÁNCHEZ ARENAS

MIEMBRO DE JURADO



.....

MC. CARLOS EDUARDO DE LA PUENTE OLÓRTEGUI

MIEMBRO DEL JURADO



.....

Dr. BEDER CAMACHO FLORES

ASESOR

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi mamá, que está en el cielo junto a Dios, porque ella me enseñó el sentido de ayudar a los demás, la perseverancia, la pasión de hacer lo que a uno le gusta y sobre todo estar alegre a pesar de todo. A mi papá, por ser lo que es un buen padre a quien adoro desde lo más profundo de mi corazón por ser participe en la culminación de mis estudios superiores quien con su consejo y ayuda me dio impulso para salir adelante. A mis hermanos, Tonio, Lilina, Nino, a quienes les debo muchas cosas, quienes han vivido de cerca los distintos procesos de mi vida tanto en los momentos felices y tristes que todo ser humano experimenta en el camino.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por salvaguardarme durante todo mi camino y darme fuerzas para vencer los obstáculos y adversidades a lo largo de toda mi vida.

A mi padre, que con su demostración de padre ejemplar me ha enseñado a no rendirme ante nada y siempre perseverar gracias a sus sabios consejos.

A mis hermanos Tonio, Nino y Lilina, quienes con su consejo y experiencia me permitieron alcanzar mis objetivos trazados desde el inicio de mi carrera.

A mi tía Martha, a mi tía Irene y a mi tío Mamerto, quienes con su apoyo incondicional me ayudaron a cumplir mis metas y por demostrarme que creyeron en mí.

A Gina Paola, por acompañarme durante este camino difícil y compartir conmigo alegrías y fracasos.

Al Dr. Beder Camacho, asesor de tesis, por su valiosa guía, experiencia y tiempo para la realización de la misma.

Gracias a todas las personas que apoyaron directa e indirectamente en la elaboración de este trabajo de investigación.

ÍNDICE.

Jurado calificador y dictaminador.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
I. INDICE DE CONTENIDOS.....	v
II. INDICE DE CUADROS.....	vi
III. INDICE DE GRÁFICOS.....	vi

ÍNDICE DE CONTENIDO.

CAPITULO I

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	2
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
3. JUSTIFICACIÓN.....	6
4. OBJETIVOS.....	7

CAPITULO II.

5. MARCO TEÓRICO.....	9
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	30
7. HIPÓTESIS.....	34

CAPITULO III.

8. METODOLOGÍA.....	36
---------------------	----

CAPITULO IV.

9. RESULTADOS.....	41
10. DISCUSIÓN.....	46
11. CONCLUSIONES.....	48
12. RECOMENDACIONES.....	49

MATERIAL DE REFERENCIA.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	50
14. ANEXOS:.....	53
1. Instrumento de recolección de datos.....	54

ÍNDICE DE CUADROS.

N°	NOMBRE DEL CUADRO	PÁGINA
1	Distribución de las pacientes en estudio según edad, en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre del 2016	41
2	Distribución de las pacientes en estudio según la severidad de la preeclampsia, en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre del 2016.	41
3	Distribución de las pacientes en estudio según complicaciones maternas y neonatales, en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre del 2016.	42
4	Influencia de la Psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones maternas, de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre del 2016.	44
5	Influencia de la Psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones neonatales, de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre del 2016.	45

ÍNDICE DE GRAFICOS

N°	NOMBRE DEL GRAFICO	PÁGINA
1	Distribución de las pacientes en estudio según clasificación de peso al nacer, de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de enero a diciembre del 2016.	43
2	Distribución de las pacientes en estudio según clasificación de prematuridad de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto.	43

CAPITULO 01

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

La Psicoprofilaxis Obstétrica, es definida 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 convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebe y su entorno familiar, con el objetivo de disminuir las complicaciones obstétricas pre y postnatales, al preparar a la madre física y psicológicamente, para así disminuir la morbimortalidad materna y perinatal; en este contexto en nuestro país el Ministerio de Salud en el año 2011, aprobó la 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.¹

Con respecto a la Psicoprofilaxis a nivel mundial, Holanda, es uno de los países con mejores índices perinatales del mundo: con un porcentaje de cesáreas debajo del 10 %, el 30 % de los partos ocurre en casas de parto, con matrona. En Alemania y Europa es normal la presencia de las Casas de Partos, con atenciones por matronas, obteniéndose excelentes resultados y una buena aceptación.²

En Latinoamérica se ha desarrollado un gran movimiento, en Brasil, destaca la partera empírica y las casas de parto también se utilizan con gran aceptación. En Perú, donde se realizaron investigaciones acerca de la puesta en práctica de la Psicoprofilaxis, evidenciando así que: las primigestas con preparación psicoprofiláctica tienen mayor asistencia a su control prenatal y puerperal, ingresan al hospital con el diagnóstico confirmado de trabajo de parto, presentan parto vaginal, en cuanto al recién nacido estos no presentan signos de sufrimiento fetal y no hay dificultades para una lactancia materna exclusiva. A pesar de todo ello en nuestro país, según datos estadísticos del ministerio de salud durante el período 2005 – 2008 las gestantes preparadas con Psicoprofilaxis han sido una constante del 10%; es decir que de las mujeres controladas en estos años solo el 10% han terminado el programa de Psicoprofilaxis.³ A esto se suma, que la prevalencia de complicaciones tanto para la madre como el neonato son las más altas de américa-latina; así lo demuestra Bendezú, G. (2015); en su estudio realizado en un hospital de Essalud en Ica, donde reportó: prematuridad con el

12%, bajo peso al nacer de 8 a 12%; sufrimiento fetal agudo con el 6 a 8%, Apgar bajo en 18%; presencia de desgarro perinatal tiene una prevalencia del 12 a 17%, problemas relacionados con el trabajo del parto 14 a 19%, mayor prevalencia de parto por cesárea; anemia (18,2%) e infecciones urinarias (14,1%), en tanto, las enfermedades hipertensivas (17,5%).⁴ Ante la presencia de estas altas tasas de complicaciones, es importante realizar un estudio para medir la influencia de la educación materna (Psicoprofilaxis obstétrica) en la prevención de complicaciones maternas y neonatales; al respecto, en España, Martínez Galiano, JM (2012); realizó un estudio prospectivo sobre el impacto de la educación materna en la prevención de complicaciones perinatales, donde concluyó que el porcentaje de mujeres que acudió al programa de educación maternal fue del 68.65%. El 55.58% de las mujeres acudieron a más de 3 sesiones de educación maternal; La realización de la educación maternal por parte de la madre mostró una asociación positiva con diferentes parámetros obstétricos, como con el establecimiento precoz piel con piel entre la madre y el recién nacido ($p = 0.013$), así como la participación activa de la madre en el proceso de parto ($p = 0.001$). Sin embargo, no observó una asociación estadísticamente significativa entre la realización de educación maternal ni el tipo de parto ($p = 0.829$), ni en la utilización de medidas analgésicas no farmacológicas durante el parto ($p = 0.962$), ni en el modo de inicio de parto ($p = 0.836$). Tampoco apreció asociación entre la educación maternal y requerimiento de medicación durante el proceso de dilatación (OR = 1.11, IC 95% = 0.70-1.74), ni en la presencia de lesión perineal asociada al parto ni con la aparición de complicaciones postparto (OR = 0.77, IC 95% = 0.42-1.45), ni con la finalización del parto por cesárea (OR = 0.88, IC 95% = 0.53-1.46). En cuanto, a la prevención de complicaciones neonatales hubo una asociación positiva con el nacimiento recién nacidos que no son de bajo peso al nacimiento (OR = 0.31, IC 95% = 0.12-0.78). Si se comprobó la asociación entre la educación maternal y la aparición de problemas de salud del recién nacido en los dos primeros meses de vida (OR = 1.86, IC 95% = 1.01-3.60); No demostró una asociación significativa entre la educación maternal y el nacimiento de recién nacidos pequeños para su edad gestacional (OR = 0.84, IC 95% = 0.53-1.35), ni sobre la necesidad de ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos (OR = 0.38, IC 95% = 0.09-1.52) o en la unidad neonatal (OR = 0.78, IC 95% = 0.47-1.32). La realización de la educación maternal por parte de la

madre no se asoció con el test de Apgar ni al minuto de vida ($p = 0.913$) ni a los cinco minutos de vida ($p = 0.120$).⁵

Como se ha visto anteriormente, nuestro país es uno de los pioneros en Latinoamérica en la investigación sobre las ventajas de la Psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones para el trinomio madre, neonato y personal de salud; a pesar de ello el MINSA no ha logrado implementar satisfactoriamente el protocolo de Psicoprofilaxis en los establecimientos de salud, ya que se tienen datos de porcentaje bajos de gestantes que culminan la totalidad de las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica; por lo que se hace difícil medir el impacto o la influencia de la Psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de las complicaciones mencionadas, a esto se suma la falta de estudios serios y poblacionales; aún más, no se encontró ningún estudio sobre este tema en el hospital Regional de Loreto.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿En qué medida influye la Psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones maternas y neonatales, de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de Enero a Diciembre del 2016?

3. JUSTIFICACIÓN

La maternidad y el nacimiento en nuestro país han significado la formación de una serie de concepciones y practicas alrededor del miedo y el “rechazo al sufrimiento en el proceso del parto”. A través de generaciones se asocia el dolor al proceso del parto, condicionando en forma inadecuada a la gestante y a la pareja. Si bien es cierto el parto es un acontecimiento natural, lo que lo hace distinto es el entorno o ambiente cultural. El dolor que acompaña al trabajo de parto constituye una de las principales preocupaciones de la embarazada y llega en algunos casos a producir tensiones que se acrecientan a medida que se acerca el parto.

Para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna – perinatal es fundamental una adecuada educación prenatal en temas tales como: alimentación materna, asistencia periódica a la consulta prenatal e importancia de los controles prenatales, una participación activa en el momento del parto y cuidados especiales para el recién nacido. Es por todo esto que consideramos que la Psicoprofilaxis obstétrica debe tener una mayor difusión por el personal de salud del Hospital Regional de Loreto, ya que la educación de la madre durante la gestación, respecto a los fenómenos fisiológicos, situaciones clínicas y procedimientos a los cuales sería sometida durante embarazo y parto, constituye una forma positiva de ayudar a la madre a enfrentar estos eventos fisiológicos y a disminuir el dolor que lo acompaña, pudiendo de esta manera reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materno – neonatal de Nuestro Hospital. La importancia del desarrollo de esta investigación también demuestra los beneficios obtenidos en diferentes países de Latinoamérica donde se ha realizado la práctica de la Psicoprofilaxis con más realce, lo que ha permitido a nuestro país acoger este conjunto de actividades encaminadas a la elaboración, preparación, desarrollo en la labor de Psicoprofilaxis obstétrica para un parto sin temor. Además se busca obtener una mejor actitud de la gestante en esta etapa tan importante de su vida reproductiva. Además se evitarán posibles traumatismos maternos como los desgarros y complicaciones que convierten al parto en un proceso patológico, facilitando la recuperación biopsicosocial y disminuyendo el stress.

Con los resultados de este estudio se podrá realizar estrategias para mejorar la adherencia o el porcentaje de participación en la Psicoprofilaxis, para así mejorar el

impacto de la Psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones maternas y neonatales en la población de Iquitos.

4. OBJETIVOS:

4.1. Objetivo general:

- Determinar la influencia de la Psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones maternas y neonatales, de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto, de Enero a Diciembre del 2016.

4.2. Objetivos específicos:

- Determinar el porcentaje de gestantes que culminaron la Psicoprofilaxis obstétrica en el Hospital Regional de Loreto en el año 2016.
- Evaluar la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la prevención de complicaciones maternas como: rotura uterina, hemorragia post parto, desgarro perineal, tipo de parto, enfermedad hipertensiva del embarazo, muerte materna; de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto, de Enero a Diciembre del 2016.
- Evaluar la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la prevención de complicaciones neonatales como: bajo peso al nacer, apgar bajo, Prematuridad y muerte neonatal; de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto, de Enero a Diciembre del 2016.

CAPITULO 02

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Psicoprofilaxis obstétrica

Es un conjunto de actividades, métodos y técnicas, ligadas a brindar preparación a la gestante durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio, con participación del padre y la familia. La Psicoprofilaxis Obstétrica, se considera mucho más que una simple prevención psíquica de los dolores del parto, como fue al inicio. Con el tiempo se ha ido transformando en una profilaxis global para evitar los factores de riesgo del embarazo, el parto y puerperio; así como evitar riesgos en el feto y recién nacido.⁶

El ministerio de salud (MINSA), lo define como un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permite desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido/a, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebé 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. Contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto. Para el año 2011, el MINSA publicó la guía de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, con el Objetivo de estandarizar la práctica de esta técnicas aplicándola por intermedio de 6 sesiones educativas teóricas - prácticas, con enfoque de género e interculturalidad, para contribuir en la atención de calidad del parto en la búsqueda incesante de prevenir las complicaciones para la madre y el neonato.⁷

A pesar de los intentos de MINSA de fortalecer la Psicoprofilaxis Obstétrica como un técnica obligatoria en los establecimiento de salud, la tasa de asistencia a las sesiones son aún muy bajas, llegando a concluir solo al 10% a nivel nacional, estando Lima en el décimo puesto a nivel nacional con un 12.16% de gestantes que culminan el curso. A la escasa cobertura de la preparación en Psicoprofilaxis obstétrica, se suma la situación problemática de la deserción o la no utilización del servicio por parte de las gestantes, es decir, del 18.6% de mujeres que iniciaron la preparación en el año 2004, solamente culminó el 10.2%; para el año 2005, la

cobertura de Psicoprofilaxis a nivel país alcanzó el 21.6%; sin embargo, sólo culminaron el 11.26%.⁸

5.2. Fundamentos Científicos De La Psicoprofilaxis Obstétrica

En sus inicios en el siglo pasado la Psicoprofilaxis Obstétrica ha surgido como una técnica para aplacar el dolor del parto, sin embargo al pasar el tiempo con las múltiples teorías de las diferentes escuelas se ha llegado a la conclusión que la atención del parto requiere un enfoque multidisciplinario e integral. Solo el enfoque integral del embarazo y del parto, les permitió extraer conclusiones sumamente provechosas y prácticas. Actualmente se acepta los beneficios de una adecuada preparación Psicoprofiláctica. Las técnicas modernas empleadas para la práctica de la preparación para el parto se basan en las Escuelas Tradicionales⁹:

- Escuela Inglesa: Grantly Dick Read
- Escuela Soviética: Platonov, Velvovsky, Nicolaiev
- Escuela Francesa: Fernand Lamaze

Desde sus orígenes, la psicoprofilaxis Obstétrica fue utilizada para eliminar los dolores del parto, cuyo método encierra un precursor: la hipnosis. Ésta se utilizó en diferentes épocas, durante las cuales la forma de aplicación ha ido modificándose a través del tiempo, hasta que se utilizó en forma científica para la analgesia del parto.

Las técnicas empleadas para la práctica de la preparación para el parto corresponden al método de Read, con mérito de iniciador; al método ruso, con bases científicas y al método de Lamaze, basado en el anterior.

En el Método de Read-Escuela Inglesa (“Parto natural” o “Parto sin dolor”), Grantly Dick Read, publicó en 1933 sus observaciones sobre el parto natural que después denominó parto sin dolor, basado en sus observaciones en aborígenes de África. Sus trabajos, donde niega los fundamentos físicos del dolor, despertaron gran interés, iniciando una etapa importante para la preparación psicofísica del parto.

Postulado: el temor es el principal agente del dolor en el parto.

Bases teóricas: Considera los aspectos educativos fundamentales en la preparación de la gestante, complementa su teoría con tipos de respiración que contribuyen a la relajación del cuello del útero, considera importante el ambiente armónico y apoyo emocional en el momento del parto, existe una secuencia que crea un círculo vicioso, en el cual el temor es el factor desencadenante, estableciéndose un síndrome de temor, tensión, dolor.

Metodología: El método de Read o del parto natural tiene por objetivo superar el temor y eliminar la tensión mediante la relajación física y mental. La conducta a seguir se basa en la preparación psicológica para destruir el temor mediante la enseñanza de aspectos de la reproducción y del embarazo, causa del dolor en el parto, y a la abolición de éste por medio de la anunciación del temor. Otorga gran importancia a la preparación física, en ciertos aspectos estableciendo como base el método de relajación progresiva y los ejercicios respiratorios mediante la respiración superficial o jadeante y la apnea prolongada. Durante el parto el éxito se consigue rodeando a la parturienta del ambiente favorable para que pueda desarrollar la relajación necesaria, el control de la respiración indolorizante y el apoyo necesario que libre del temor y la tensión.

En el Método Ruso - Escuela Soviética (“Psicoprofilaxis de los dolores del parto”), desde 1923, utilizaron la analgesia hipnosugestiva para los dolores del parto, sobre la base de postulados enunciados desde antes por autores soviéticos, considerando que los dolores del parto no son congénitos y que por lo tanto se les puede hacer desaparecer. El método perfectamente reglado y demostrado sobre las bases científicas fue dado a conocer en 1951.

Postulado: considera al parto como un proceso fisiológico y al dolor como un fenómeno de masas, no de tipo congénito, utilizando la palabra como estímulo condicionante.

Bases teóricas: La palabra es un estímulo condicionante y por tanto puede utilizarse como un medio fisiológico y terapéutico ya que actúa sobre la gestante desacondicionando sus temores sobre el parto y condicionándolas para que respondan a las contracciones del parto, como estímulos útiles y no dolorosos; recomienda la participación activa de la mujer en el trabajo de parto, priorizando

los ejercicios de respiración, masajes superficiales y puntos analgésicos; considera importante los controles obstétricos como parte del método; el ambiente de las instituciones obstétricas y la conducta del personal no debe provocar excitaciones, temores, ni intranquilidades, por lo tanto no deben alterar las correlaciones normales de los procesos córticos, subcorticales e intracorticales

Metodología: El método usado en la Unión Soviética se denominó *Psicoprofilaxis*, entendiéndose por psicoprofilaxis de los dolores del parto el sistema de medidas preventivas contra la aparición y desarrollo de aquellos, lo que se consigue mediante acciones, para descondicionar la idea del dolor, actuando sobre los sectores superiores del sistema nervioso central. La forma de conseguirlo es mediante la educación y el aprendizaje, luchando contra la pasividad de la mujer e invitándola a una actividad razonable, para que al conocer el proceso, ella misma dirija y se conduzca adecuadamente en el curso del mismo. Enseña que los dolores del parto no son obligatorios, no son congénitos y por lo tanto se les puede hacer desaparecer, asociando el trabajo de parto a una idea feliz en el cual la mujer es la creadora del éxito. La práctica del método incluye fundamentalmente la enseñanza de la respiración rítmica, masaje superficial del abdomen y algunas maniobras de presión en las espinas ilíacas anteriores.

En el Método de Lamaze-Escuela Francesa (“Parto indoloro”), Fernando Lamaze introdujo el método soviético en Francia, como técnica del parto indoloro, haciendo gran divulgación de él con modificaciones sobre todo en la metodología respiratoria. Lo enseñó en su clínica particular con gran éxito. El desarrollo del curso se hace en 8 sesiones, enseñando la formación de los reflejos condicionados negativos. El método enseña ejercicios de respiración y relajación, estableciendo la respiración jadeante para aliviar el periodo expulsivo.

La metodología mencionada por el MINSA, es el método fisiológico en el que los agentes son *la palabra y la educación*. Se considera a la gestante en su complejidad psicofisicosocial, brindando medidas de carácter obstétrico e higiene mental, con normalización de la actividad nerviosa superior. El método psicoprofiláctico enseña a utilizar correctamente los centros nerviosos superiores en la cual la gestante debe conocer: autocontrol, identificar las contracciones del trabajo de parto, efectuar la

relajación físico-mental, respirar en las diversas fases del trabajo de parto, cómo y cuándo realizar el relajamiento muscular, cómo administrar sus energías, cómo utilizar racionalmente sus fuerzas, cómo evitar la fatiga, cómo participar activamente durante el parto y cómo relajarse para un adecuado alumbramiento.¹⁰

5.3.Las ventajas de la Psicoprofilaxis obstétrica

las ventajas fueron puestas en debates y controversias en todos estos años; sin embargo, muchos autores empezaron a realizar investigaciones para comprobar su eficacia, como por ejemplo James Scott, que en el año 1974 realizó un estudio para saber los efectos de la psicoprofilaxis en el trabajo de parto de primíparas del cual obtuvo resultados poco concluyentes con respecto al beneficio en la disminución del tiempo en el periodo expulsivo, pero si obtuvo resultados positivos en relacionados al hecho que las mujeres que recibieron las sesiones de psicoprofilaxis manejaron mucho mejor el dolor en el trabajo de parto y no necesitaron ser anestesiadas a diferencia de las que no llevaron estas sesiones. Otros autores investigaron también al respecto, pero fue en el mes de octubre del año 1979 que el médico obstetra Roberto Caldeyro Barcia dejó establecida las diversas ventajas materno-fetales de la atención del parto en madres preparadas con psicoprofilaxis obstétrica, quedando de esta manera comprobado científicamente todos sus beneficios a tal punto que la OMS la recomendó por sus efectos positivos y provechosos, dentro de los cuales se menciona los siguientes¹¹:

Ventajas de la PPO en la madre

El menor grado de ansiedad en la madre, le permite adquirir y manifestar una actitud positiva y de tranquilidad, una adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando apropiadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás métodos de autoayuda, una mayor posibilidad de ingresar al centro de atención, en franco trabajo de parto, con una dilatación más avanzada, evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto, una menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal, una menor duración de la fase expulsiva, una menor duración del tiempo total del trabajo de parto, un esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención en el objetivo y significado de su labor, un menor uso de fármacos en general, un menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas. También permite 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, teniendo amplias posibilidades de éxito en la evaluación final del mismo, aprendiendo a disfrutar mejor de su gestación y de su parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto a todo el proceso, ampliando las posibilidades de gozar de la jornada con participación de su pareja incluso durante todo el trabajo de parto, mejorando el vínculo afectivo con el bebe, pudiendo disfrutar de manera natural y positiva, con criterios reales y efectivos, sin perjuicio de la criatura, ni especulando en el uso de técnicas no probadas o no convenientes, disminuyendo la posibilidad de un parto por cesárea, reduciendo el riesgo de un parto instrumentado, posibilitando una recuperación más rápida y cómoda, favoreciendo una aptitud en pro de una lactancia natural, y teniendo menor riesgo a padecer depresión postparto.¹²

Ventajas perinatales de la PPO en la prevención prenatal de discapacidades:

Los principales trastornos del neurodesarrollo, sus nefastas secuelas en el desarrollo psicomotor de los niños que los padecen y que posteriormente determinarán sus necesidades educativas especiales (NEE); son principalmente de origen pre y perinatal.

Crece así la necesidad de educar para la salud y en búsqueda de mejorar la calidad de vida. Preparar física y psicológicamente a la embarazada para que forme parte activa y consciente de la necesidad de estimular a su hijo cuando todavía permanece en su útero, entrenarla durante el embarazo para que afronte el parto como un fenómeno fisiológico; sin complicaciones que engrosen la lista de daños perinatales; instruir a la pareja, convencerlos de que la salud de su hijo no dependerá de ellos únicamente cuando lo tengan entre sus brazos, sino que viene instaurándose desde que lo concibieron y en todo el proceso de su desarrollo.

Por lo anterior se concluyó que la PPO tiene las siguientes ventajas perinatales: mejor curva de crecimiento intrauterino, mejor vínculo prenatal (EPN), enfoque adecuado sobre la estimulación intrauterina (lo inocuo vs lo dudoso), menor índice de sufrimiento fetal, menor índice de complicaciones perinatales, menor índice de prematuridad, mejor peso al nacer, mejor estado (Apgar), mayor éxito con la lactancia materna, mejor crecimiento y desarrollo.

5.4. CONTENIDO TEÓRICO DE LAS CLASES DE PSICOPROFILAXIS PARA EL PARTO

5.4.1. PRIMERA SESIÓN:

- Breve Concepto de la Preparación Psicoprofiláctica para el Parto.
- Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino y Masculino.
- Menstruación.
- Ovulación.
- Fecundación.

4.4.2. SEGUNDA SESIÓN:

- El Embarazo: Desarrollo Fetal Intrauterino.
- Cambios Anatómo-Funcionales en el Embarazo.
- Cuidados del Embarazo.

4.4.3. TERCERA SESIÓN:

- Factores del Parto.
 1. Pelvis o Canal del Parto.
 2. Contracciones Uterinas o Motor.
 3. Feto o Móvil.
- Pre Parto.
- Bolsa de las Aguas.

4.4.4. CUARTA SESIÓN:

- El Parto: Primer Periodo: Periodo de Dilatación.
 1. Fase Latente.
 2. Fase Activa.
- La conducta de la gestante.
- La conducta de la Obstetrix
- Ingreso al Hospital de la Gestante en Trabajo de Parto.
- Tacto Vaginal.

4.4.5. QUINTA SESIÓN:

- El Parto: Segundo Periodo: Periodo Expulsivo.
- Conducto del Parto y su Proporcionalidad.

- La Contracción Uterina.
- El Parto: Tercer Periodo: Periodo de Alumbramiento.
- La importancia del parto institucional.

4.6. SEXTA SESIÓN:

- Puerperio.
- Cuidados en el Puerperio.
 1. Signos de Alarma.
 2. Alimentación.
- Lactancia Materna.
- Planificación Familiar

Métodos Naturales:

- M. de Billings o del moco cervical.
- M. de la lactancia materna.
- M. del Ritmo.

Métodos artificiales:

- Condón.
- T de cobre.
- Píldora anticonceptiva.
- Inyección anticonceptiva.

Métodos Quirúrgicos

- Ligadura de Trompas.
- Vasectomía.

5.5.Trabajo de parto

El nacimiento corresponde al periodo comprendido entre el inicio de las contracciones uterinas regulares y la expulsión de la placenta. El proceso por el cual ocurre esto con normalidad se denomina trabajo de parto.¹³

Características del trabajo de parto:

El mayor impedimento para la comprensión del trabajo de parto normal consiste en reconocer su inicio. La definición estricta de trabajo de parto, presencia de contracciones uterinas que producen borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino.

Un método que define el inicio de trabajo de parto según el *NATIONAL MATERNITY HOSPITAL* de Dublin es:

Presencia de contracciones uterinas dolorosas y frecuentes, acompañado de expulsión de tapón mucoso, borramiento del cuello uterino.

Periodos del trabajo de parto¹⁴

Primer periodo: Abarca desde el inicio del trabajo de parto hasta la dilatación completa.

- Fase latente: El inicio de la fase latente definido por Friedman corresponde al momento en que la madre percibe contracciones regulares. En la mayoría de mujeres esta fase termina entre los 3-5 cm de dilatación, por lo general este periodo es mucho más prolongado.
- Fase activa: Empieza luego de la fase latente y termina con la dilatación máxima. Es la fase de rápida progresión de la dilatación. Durante la fase activa existen tres componentes identificables, incluidas una fase de aceleración, una fase de máxima pendiente y una fase de desaceleración.

Segundo periodo: Es el periodo expulsivo, comienza cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto.

Tercer periodo: También llamado periodo de alumbramiento, abarca desde el nacimiento del producto hasta la expulsión de membranas ovulares.

Patrones normales de evolución del trabajo de parto

		Nulíparas	Múltiparas
Velocidad de:	La dilatación	1.2cm/h	1.5cm/h
	El descenso	1cm/h	2cm/h
Duración del periodo:	De dilatación	8-12 h	6-8 h
	Expulsivo	50 min	20 min
	Alumbramiento	30min	

5.6. Complicaciones del parto

SCOTT; et al. (2005), definen el término distocia como “parto difícil” y en él están incluidas todas las anomalías que pueden ocurrir durante el trabajo de parto.¹⁵

También llamadas distocias. CUNNINGHAM (2010), explica que éstas se dan a consecuencia de cuatro factores que se pueden dar de manera simultánea o por separado las cuales son:

- Anomalías al momento de la expulsión ya sea porque la frecuencia e intensidad de las contracciones es insuficiente o incorrecta por lo tanto no se da el borramiento y dilatación del cuello uterino.
- Anomalías en la presentación, posición o desarrollo anormal del feto.
- Anomalías del hueso de la pelvis, puede que sea estrecha.
- Anomalías en los tejidos blandos del aparato reproductor que constituyen un obstáculo para el descenso del feto.

OMS (2000)¹⁶, explica que las complicaciones dentro del trabajo de parto no pueden anticiparse ni retrasarse, y que esto es poco probable que se presente sin un aviso previo, sin embargo cuando esto ocurre puede presentar serios problemas para la madre y el bebé durante el proceso del parto. Entre las complicaciones presentadas durante este proceso según estos autores se encuentran:

1. *Desprendimiento de la placenta*, es la separación temprana de la placenta, la cual sirve de soporte al bebé de la pared uterina en el embarazo, ya que esto normalmente ocurre luego del nacimiento del bebé. Si el desprendimiento es ligero y se utilizan los medicamentos necesarios no hay mayor peligro, pero si esta se desprendiera por completo si es de bastante riesgo ya que sin la placenta el bebé no recibirá oxígeno ni alimentos.
2. *Ruptura prematura de las membranas*, es la ruptura de la bolsa de agua antes de las 37 semanas, el mayor riesgo es que el bebé nazca prematuro, así como también puede surgir en algún momento alguna infección o prolapso del cordón umbilical. Al ocurrir esto es recomendable que la madre haga reposo y algunas veces se le administran medicamentos según las indicaciones del médico. Según Scott, Gibbs, et al (2005), la incidencia de este tipo de complicación va de 5 a 10% de los partos y en 1% ocurre en la etapa pretérmino. Casi 70% de los casos se presenta en embarazos a término. No existe una causa clínicamente evidente pero se cree que una de las causas es el decremento generalizado de la tensión de las membranas o defectos locales en ellas.
3. *Preeclampsia, o más conocida como hipertensión inducida por el embarazo o toxemia*, lo cual causa una elevación repentina de la presión sanguínea que si no se trata con tiempo se convierte en eclampsia y la mujer puede llegar a convulsionar. Esta puede ser causada por un defecto en los vasos sanguíneos, por un factor genético o la respuesta inmunológica a un cuerpo extraño, El agente que causa la preclamsia aún se desconoce pero el síndrome se caracteriza por vaso espasmo, hemoconcentración y cambios isquémicos en la placenta, los riñones, el hígado y el cerebro.
4. *Distocia de hombro*, esta complicación se da cuando al momento del parto y el alumbramiento el hombro del bebé se atasca detrás de uno de los huesos pélvicos, esto puede ser causado por el descuido en la alimentación debido a que el bebé es muy grande, o a la diabetes gestacional de reactividad emocional aumentada por la mitad de las mujeres en el transcurso de la primera semana después del parto.

5. *Desgarro perineal*, Los desgarros son pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina). El desgarro puede ser central o lateral. La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud, ya que más del 91% de las mujeres reportan un síntoma persistente al menos por ocho semanas después del parto.¹⁷ Las mujeres que recibieron Psicoprofilaxis según estudios descritos hicieron menos desgarro perineal, esto porque operan el triángulo, dolor, temor, tensión, por lo tanto el expulsivo es manejado de acuerdo a prácticas de respiración que garantizan una mayor participación de las gestantes para controlar la sensación de pujo, evitando partos precipitados o prolongados, en las clases de Psicoprofilaxis muchas veces se incluyen los ejercicios de kegel que ayudan a la preparación del periné.¹⁸

6. *Mortalidad materna*

Los fallecimientos derivados del embarazo, parto, puerperio y sus procesos de atención se consideran, en su mayoría, evitables con los recursos de la medicina actual. Sin embargo, cada año fallecen más de medio millón de mujeres en todo el mundo por causas relacionadas con el embarazo, 99% en países en vías de desarrollo.¹⁹

En América Latina y El Caribe, la tasa de mortalidad materna se redujo a 28% desde 1990 hasta el 2010. En Perú, la mortalidad materna, según el Ministerio de Salud, fue 92.7 por 100 mil nacidos vivos para el año 2011, teniendo en total 445 muertes maternas en todo el país, y específicamente en Loreto un total de 36.²⁰

5.7. Complicaciones perinatales

Apgar bajo: Calificación Apgar²¹

El Score de Apgar es una escala de puntuación utilizado por los neonatólogos para comprobar el estado de salud del recién nacido. Consiste en un examen físico breve, que evalúa algunos parámetros que muestran la vitalidad del Recién Nacido y la necesidad o no de algunas maniobras de reanimación en los primeros minutos de vida, es un examen rápido: Se realiza al primero y quinto minuto inmediatamente

después del nacimiento del bebé para determinar su condición física, la proporción se basa en la escala de 1 a 10.

Al primer minuto: Examen físico rápido, evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento, y refleja la necesidad de reanimación inmediata.

Al minuto cinco: Evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente, tiene importancia para el pronóstico de supervivencia neonatal durante los primeros 28 días de vida.

Interpretación

- normal de 8 a 10,
- depresión leve 7
- depresión moderada de 4 a 6,
- depresión severa menor de 3.

Los recién nacidos a término con una adaptación cardiopulmonar normal deberían obtener un puntaje de 8-10 al 1er minuto y los 5 minutos. Puntajes de 4 - 7 requieren una atención y observación cercana para determinar si el status del bebé mejorará y para determinar si alguna condición patológica resultante del parto o intrínseca del infante con la que haya nacido, están contribuyendo para el bajo puntaje de Apgar. Por definición un puntaje de 0 - 3 requiere resucitación inmediata.

Bajo peso al nacer:

Por lo general, los niños prematuros presentan bajo peso al nacer, sin embargo, hay niños que nacen a término, pero con bajo peso por problemas con su crecimiento intrauterino. En las Américas, el BPN representa alrededor del 9% de los nacimientos y también es conocido que se asocia en un 75% a la mortalidad perinatal, así como a varias complicaciones, como la asfixia al nacer, dificultades respiratorias en los neonatos, hemorragias cerebrales y dificultades del desarrollo psíquico y adaptación al medio del futuro individuo.²²

El peso del recién nacido se clasifica en:

- Extremadamente bajo peso: menor a 1000gr.
- Recién nacido muy bajo peso: menor a 1500gr,

- Recién nacido de peso moderadamente bajo: menor a 2500gr.
- Recién nacido de peso adecuado: 2500 - 3999gr.
- Recién nacido sobre peso: mayor 4000gr.

Prematuridad

Se considera prematuro o pretérmino a un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:²³

De acuerdo a la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

- Recién nacido inmaduro:
Mayor a 22 semanas y menor a 28 semanas.
Mayor a 500gr. y menor a 1000gr.
- Recién nacido pretérmino o prematuro:
Mayor a 28 semanas y menor a 37 semanas.
De 1000gr. y menor a 2500gr.
- Recién nacido a término:
Mayor a 37 semanas y menor a 42 semanas.
Equivalente a un producto de 2500gr. y menor a 4000gr.
- Recién nacido post termino:
Mayor a 42 semanas.

Mortalidad perinatal

La OMS informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil; en el Perú representa el 56%. El período perinatal, a pesar de su relativo corto tiempo de duración, tiene una influencia decisiva en la calidad de vida del individuo, en el desarrollo físico, neurológico y mental, condicionando fuertemente su futuro. Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4.3 millones de niños y 3.3 millones mueren en la primera semana de vida, de estas 7.6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurre en países en vías de desarrollo, como el nuestro. La mortalidad perinatal se ha mantenido sin cambios en las últimas décadas y ocupa el primer lugar como causa

de muerte infantil, por lo que es considerada como problema prioritario de salud pública.²⁴

ENDES 2013 encontró que el valor estimado para mortalidad neonatal a nivel nacional para el periodo 2012-2013 fue de 12 por cada 1000 nacidos vivos, ocupando Loreto el primer lugar en mortalidad neonatal por departamentos, con 19 por cada 1000 nacidos vivos. Cusco y Puno ocuparon el segundo y tercer lugar, con 18 y 17 por cada 1000 nacidos vivos respectivamente.²⁵

5.8. Antecedentes

CORONEL, E. (1997). Realizó un estudio titulado El trabajo de parto en gestantes con preparación Psicoprofiláctica en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna. Con el objetivo de conocer las características y beneficios de gestantes de recibieron Psicoprofilaxis obstétrica. El estudio fue de tipo observacional y descriptivo; en el cual concluye que las edades predominantes fueron entre 20 a 24 años, el estado civil de casadas, el grado de instrucción secundaria completa y superior, lo cual facilitó la captación y comprensión teórico y práctica. Así mismo que el tiempo de duración del parto se acortó significativamente en sus diferentes períodos y que el comportamiento materno fue en su mayoría bueno.²⁶

DÍAZ, V. (Cuba, 2005); realizó un estudio titulada Repercusión Perinatología del trabajo de parto con apoyo familiar. El estudio fue de tipo Caso – Control, basado en 524 gestantes a las cuales se les brindó apoyo familiar durante el trabajo de parto y parto, seleccionadas de forma aleatoria y en una proporción de 1:1 con respecto a otras tantas grávidas que no contaron con dicho apoyo durante esos periodos. Este estudio reportó como resultados: Durante el periodo analizado parieron 1684 gestantes, de las cuales 524 recibieron apoyo familiar durante el trabajo de parto. Por grupos de edad, tanto en el grupo de estudio como en el control predominaron las gestantes de 20 a 34 años (76,7 y 80,9%); en cuanto a la paridad 43,0% de ambos grupos eran nulíparas, mientras la procedencia urbana prevaleció igualmente en uno 58,4% y otro 61,3%. En relación con la edad gestacional 98,0% de los embarazos fueron a término en las integrantes del grupo de estudio y en 95,6% de las tomadas como control. En el primer grupo, 83,0 %

tuvo un parto espontáneo; y un 60,0% del segundo, dado que en las restantes grávidas de este último prevaleció el uso de oxitocina para la inducción o conducción del parto. Si bien la eutocia primó en el parto de ambos grupos (83,0 y 60,0 % en orden de mención), la distocia preponderó considerablemente en los controles. En las gestantes que recibieron apoyo familiar, el tiempo del trabajo de parto se redujo a 12 horas en 98,5 %; pero esa disminución solo se produjo en 94,7 % de las que no contaron con esa ventaja.²⁷

CCONOUCHILLCA, D. (2012); en su trabajo titulado. Características maternas y neonatales de las pacientes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Julio – Diciembre del 2011. El estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. Con el objetivo de determinar las características maternas y neonatales de las pacientes con Psicoprofilaxis Obstétrica atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Se evaluaron 84 historias clínicas de gestantes que cursaron el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. Se realizó una evaluación cualitativa y cuantitativa de las variables. Este estudio tuvo como resultado: El 90,5 por ciento de pacientes tenía una edad mayor a 20 años. El 14,3 por ciento iniciaron las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica con una edad gestacional de 22 semanas con una media de $28,27 \pm 4,8$ semanas, siendo la sesión 111 que obtuvo una total cobertura (100 por ciento). El 69 por ciento eran nulíparas. El 86,9 por ciento había ya iniciado una labor de parto espontánea, 9,5 por ciento fueron inducidas, 3,6 por ciento fueron acentuadas. El 88,1 por ciento tuvieron parto vaginal, siendo la duración media de la dilatación en nulíparas 8 horas 27 minutos; y en multíparas 5 horas 17 minutos; el 66,7 por ciento no sufrieron complicación obstétrica alguna y 11,9 por ciento tuvieron indicación de cesárea por motivos que se complicaron en el transcurso normal del trabajo de parto. En el 90,5 por ciento de los recién nacidos el APGAR a los 5 minutos fue nueve, 8,3 por ciento con ocho y 1,2 por ciento con 10 de APGAR. En el 92,9 por ciento de recién nacidos el peso al nacer estuvo comprendido entre 2500 a <4000 gramos. El 88,9 por ciento de recién nacidos no necesitaron de reanimación y los que si necesitaron fueron 11,9 por ciento. El 78,6 por ciento de los recién nacidos no presentaron algún trauma obstétrico y los traumas obstétricos que presentaron algunos recién nacidos fueron caput

sucedaneum 16,7 por ciento, fractura de clavícula 3,6 por ciento y cefalohematoma 1,2 por ciento.²⁸

AGUILAR, M. et al; (2012); en su trabajo titulado. Resultados perinatales en el momento del parto de las mujeres que recibieron el programa de estimulación prenatal en el hospital clínico San Cecilio-España 2012, este estudio fue de tipo experimental en cinco áreas de salud del municipio de Cienfuegos la metodología efectuada con una muestra intencional de la totalidad del universo, correspondiente a una n = 200 embarazadas, entre las 20 y las 28 semanas de gestación. Las variables estudiadas fueron la duración del trabajo del parto, el peso del recién nacido, el apgar al nacimiento, el tipo de parto y la opinión que las mujeres estudiadas tenían sobre el programa. El Objetivo de este estudio fue determinar los resultados perinatales en el momento del parto de las mujeres que recibieron el programa de estimulación prenatal. Este estudio tuvo como resultado: el 36% de la población estudiada su trabajo de parto fue menor de 6 horas, el 67,5%, de los recién nacidos tuvo un peso entre los 2.500 y 3.000 gramos y el 96,5% de los hijos de las madres estimuladas el APGAR al nacer fue evaluado entre 8 y 9, el 68,5% de las mujeres que recibieron el programa de estimulación, su parto fue eutócico y el 96% está satisfecha con el programa recibido. Este estudio llegó a la conclusión de que se ha demostrado que estos nuevos programas de estimulación prenatal son bien aceptadas por la embarazada.²⁹

OYUELA, J. (2010); en su trabajo titulado. Psicoprofilaxis e índice de cesáreas en el Hospital de Gineco – Obstetricia de Monterrey- México 2010. Con el objetivo de evaluar la eficacia de un programa PPP y su impacto en los resultados perinatales y en la reducción del índice de cesáreas. La metodología del estudio fue: Se aplicaron sesiones teóricas y recorridos por las áreas de labor, parto y recuperación. Se incluyeron 300 mujeres embarazadas de bajo riesgo, 100 al grupo de PPP y 200 al control. Se excluyeron embarazos de alto riesgo. Se aplicó χ^2 , t de Student y razón de momios (RM). Este estudio tuvo como resultado que: en los grupos de PPP y control, respectivamente, 35 y 49.5 % culminaron en cesárea ($p < 0.02$, RM = 1.8, IC = 1.1-2.9); 13 y 21 % tuvieron complicaciones en el embarazo ($p = 0.09$, RM = 0.56); 9 y 23 % presentaron complicaciones en los recién nacidos ($p < 0.02$, RM = 0.33). El apego al programa de PPP con tres o más sesiones fue

de 70 %. Las madres y recién nacidos internados del grupo control tuvieron 17 y 171 días más de estancia hospitalaria, respectivamente.³⁰

SAMAR, D. (2010); realizó una tesis titulado. Apoyo del acompañante en el trabajo de parto asociado a beneficios maternos-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010; con el objetivo de Identificar la asociación entre el Apoyo del Acompañante en el Trabajo de Parto y los Beneficios Maternos-Perinatales de las Primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. El estudio fue de tipo transversal, retrospectivo, analítico de casos y controles. Este estudio obtuvo como resultado: Entre los beneficios maternos asociados significativamente al Apoyo del Acompañante durante el embarazo presentaron una actitud positiva frente al embarazo y una mayor tendencia de presentar: 8 a más controles prenatales (OR=2.48) durante el Trabajo de Parto ingresos a emergencia de una manera contributoria (OR=8.83), inicio del trabajo de parto de una forma espontánea (OR=3.51), parto por vía vaginal (OR=5.12) y una estadía máxima de dos días en el hospital (OR=6.01), comparadas con el grupo control; a su vez obtuvieron OR significativos demostrándose su relación con el acompañamiento durante el parto. Con respecto a los beneficios perinatales asociados significativamente con el Apoyo del Acompañante encontramos una mayor tendencia de presentar: una frecuencia cardíaca normal (OR=6.51), líquido amniótico claro (OR=3.05) y contacto precoz piel a piel (OR=4.67), estas cifras superaron significativamente a los valores del grupo control, obteniéndose además OR significativos, por ende se demostró una asociación significativa y de relación entre estos beneficios perinatales y el apoyo del acompañante. Asimismo cabe resaltar que los acompañantes brindaron a las primigestas del grupo casos un apoyo informativo, físico, emocional y representativo durante el trabajo de parto; mientras que a los recién nacidos del grupo casos le brindaron un apoyo netamente físico y emocional; comparadas con las primigestas del grupo control quienes recibieron apoyo informativo y representativo por parte de los profesionales de salud que las atendieron y sus recién nacidos recibieron un apoyo emocional y físico de parte de la madre.³¹

ZURITA MUÑOZ, M. (2015); realizó un tesis titulada: Beneficios de la Psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido en el hospital vitarte, 2015; con el objetivo de determinar los

beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido en el Hospital Vitarte. El estudio fue de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo. Este estudio obtuvo como resultado: el 63.4% eran multíparas, el 36.5% nulíparas, del 100% de gestantes nulíparas el 66.7% tuvo una duración del periodo de dilatación entre 8-12 horas, seguida de un 23.3% con una duración menor a 8 horas, del 100% de gestantes multíparas el 50.0% tuvo una duración del periodo de dilatación entre 6-8 horas, seguida de un 5.8% con una duración menor a 6 horas; en el 100% de las gestantes no se usó medicación analgésica ni anestésica; en cuanto a la duración del periodo expulsivo el 100% de gestantes nulíparas tuvo una duración del periodo expulsivo menor a 50 minutos, del 100% de gestantes multíparas el 96.15% tuvo una duración del periodo expulsivo menor a 20 minutos; el 73.2% de gestantes tuvo un tipo de parto eutócico; con respecto a las membranas y color del líquido amniótico el 62.20% presentaron membranas intactas hasta el periodo expulsivo, el 31.71% presentó membranas rotas y color del líquido amniótico claro; con respecto al recién nacido el Apgar al primer minuto de vida el 96.1% presentó un Apgar de 8-10 lo que simboliza normalidad, y en cuanto Apgar a los cinco minutos se evidenció que el 98.78% presentó un Apgar de 8 a 10; el 98.78% presentaron un peso entre 2500 gr. Y <4000 gr., lo que indica normalidad y en el 62.2% de recién nacidos se realizó el contacto precoz piel a piel.³²

YÁBAR PEÑA, M. (Lima, 2014); realizó un estudio titulado La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales; con el objetivo de conocer las características y beneficios que ofrece la Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) en gestantes adolescentes. Asimismo, conocer en qué medida asisten al control prenatal, a las sesiones de PPO, qué tipo de parto tuvieron y su actitud respecto de la llegada del bebé y la lactancia materna entre otras variables. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y transversal en 38 gestantes adolescentes de la consulta privada en la ciudad de Lima. Obteniendo como resultado que: Las gestantes adolescentes que reciben PPO mostraron mayor interés y responsabilidad respecto de asistir a su control PPO, es así que el 97.37% de ellas recibieron más de 7 controles de PPO, el 100% recibió al menos 6 de un total de 8 sesiones de PPO, 86.84% ingresaron en fase activa para su parto, el mismo porcentaje 86.84% tuvo parto vaginal, mientras que el 13.16% lo tuvo por

cesárea. Asimismo, el 7.89% utilizó la epidural, el 92.11% optó por la lactancia materna exclusiva, el 39.47% tenía una actitud positiva ante la llegada del bebé al inicio de las sesiones de PPO, mientras que el esta cifra se invirtió al final de las sesiones de PPO, lográndose una actitud positiva ante la llegada del bebé en el 100% de las gestantes adolescentes.³³

CUBAS PÉREZ, M. Et al. (2012); realizaron un estudio titulada 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. Con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto, demostrando que la preparación psicoprofiláctica contribuye a disminuir los niveles de ansiedad de la gestante durante el mismo. Este estudio fue de tipo analítico, retro prospectivo, de corte transversal. Y obtuvieron como resultado: Que de las 36 gestantes del grupo de estudio predominan las edades de 19 a 34 años (75%); estado civil, conviviente (50%); grado de instrucción, estudios secundarios incompletos (36,11%); procedencia, urbana (77,78%); paridad, primípara (50%), multíparas (50%). Los niveles de ansiedad del grupo de estudio nos arrojó que el (88,89%) no presentaron ansiedad, y el (11,11%) presentaron ansiedad moderada. De las 24 gestantes que conformaron el grupo control, predominan, las edades de 19 a 34 años (54,17%); estado civil, conviviente (83,33%); grado de instrucción, estudios secundarios incompletos (41,67%); procedencia, urbanas (62,50%); paridad, multíparas (87,50%). Los niveles de ansiedad de las gestantes del grupo control nos arrojó que el (20,83%) no presentaron ansiedad, el (75%) presentaron ansiedad moderada y el (4,17%) presentaron ansiedad severa.³⁴

REYES MENDEZ, A. (2015); realizó una tesis titulada Factores asociados a la deserción de las Sesiones Educativas de Psicoprofilaxis Obstétrica en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Año 2014. Con el objetivo de determinar los factores asociados a la deserción de las sesiones educativas de Psicoprofilaxis Obstétrica en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de junio a octubre del 2014. El estudio fue de tipo observacional, analítico, prospectivo de corte transversal, en el cual participaron 107 puérperas que desertaron del programa de psicoprofilaxis (menos

de 6 sesiones) y 208 puérperas que culminaron sus 6 sesiones de psicoprofilaxis (6 sesiones). Este estudio obtuvo como resultado que la frecuencia de pacientes que desertaron de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica fue de 34%. El 8.4% de las primigestas del grupo casos tenía menos de 19 años a diferencia del 2.9% de las primigestas del grupo control, siendo estas frecuencias estadísticamente significativas ($p=0.029$), por lo que existe 3.092 veces más riesgo de deserción a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica en las primigestas menores de 19 años ($OR=3.092$ (1.070-8.931)). Asimismo, durante el embarazo el maltrato psicológico por la pareja se asoció con la deserción de las sesiones educativas ($p=0.032$), pues el 7.5% de las pacientes del grupo casos y el 2.4% de las pacientes del grupo control presentaron maltrato psicológico por la pareja, es decir, existe 3.281 veces más riesgo de deserción a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica en aquellas pacientes con maltrato psicológico por la pareja ($OR=3.281$ (1.046-10.288)). Por otro lado, el embarazo planificado ($p=0.03$; [$OR=0.571$ (0.343 - 0.950)]), vivir con la pareja ($p=0.038$; [$OR=0.493$ (0.250 - 0.970)]), adquirir conocimientos en los talleres de psicoprofilaxis ($p=0.002$; [$OR=0.329$ (0.281 - 0.386)]), asistir sin inconvenientes a todas las citas ($p=0.014$; [$OR=0.268$ (0.088 - 0.822)]) y el horario adecuado ($p<0.001$; [$OR=0.197$ (0.074 - 0.530)]) se asociaron como factores protectores para la no deserción a sesiones educativas de psicoprofilaxis obstétrica. En cuanto a los factores institucionales, el contar con un ambiente adecuado en el servicio ($p=0.04$; [$OR=0.395$ (0.158 - 0.984)]) y la ubicación adecuada del servicio de psicoprofilaxis obstétrica ($p=0.048$; [$OR=0.335$ (0.287 - 0.392)]) se relacionan como factores protectores para la no deserción de la psicoprofilaxis obstétrica. El tiempo adecuado de la sesión educativa para las teorías ($p=0.035$; [$OR= 0.400$ (0.167 - 0.958)]), el uso de un equipo multimedia adecuado ($p=0.028$; [$OR=0.124$ (0.014 - 1.127)]) y el dominio del profesional de salud que dictó las clases ($p=0.001$; [$OR=0.195$ (0.067 - 0.569)]) se relacionaron como factores protectores para la no deserción de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.³⁵

5.9.Operacionalización De Variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Psicoprofilaxis obstétrica	Proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permite desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido/a, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebé y su entorno familiar	Se definirá por lo referido en la historia clínica o fichas de Psicoprofilaxis obstétricas: Solo si ha culminado las 6 sesiones educativas según la guía clínica de Psicoprofilaxis Obstétrica del MINSA.	Nominal	Si () No ()
Variable interviniente				
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nace.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio. Se medirá en años.	Ordinal	18 a 24 () 25 a 29 () 30 a 34 () 35 a mas ()
VARIABLES DEPENDIENTES				
COMPLICACIONES MATERNAS				
Rotura uterina	Pérdida de la solución de continuidad de la pared uterina, existiendo	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No () ; Si ()

	comunicación de la cavidad uterina con la cavidad peritoneal.			
Hemorragia postparto	Sangrado vaginal de 500 ml o más en las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o de 1000 ml o más después del parto por Cesárea, documentado en la historia clínica.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No (); Si ()
Desgarro perineal	Pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina).	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: Grado I; grado II, grado III y grado IV.	Ordinal	Grado I () Grado II (), Grado III (), Grado IV (); Ninguno () .
Vía de terminación de la gestación	Eutócico (Parto espontáneo transpelviano, Fisiológico. Cesárea (parto Quirúrgico transabdominal)	Se definirá por lo referido en la historia clínica	Nominal	Vaginal () Cesárea ()
Preeclamsia	Preeclampsia (leve-severa)-eclampsia: HTA diagnosticada después de las 20 semanas de gestación, con proteinuria o compromiso de algún órgano blanco. Eclampsia, si se presentan	Se definirá por lo referido en la historia clínica: Preeclampsia leve, severa, eclampsia y sind. Hellp	Nominal	Preeclampsia leve () Preeclampsia severa () Eclampsia () Sind. Hellp () Ninguno ()

	convulsiones.			
Muerte materna	la muerte de una mujer mientras está en embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por, el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No (); Si()
COMPLICACIONES NEONATALES				
Bajo peso al nacer	todo recién nacido que en el momento de su nacimiento tenga un peso inferior a 2 500 g.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: peso menor de 2500 g y se clasificará de la siguiente manera: Bajo peso de 2499g a 1500g. Muy bajo peso de 1000g a 1499g. Extremadamente bajo peso < 1000 g.	Nominal	No (); Si() Bajo peso () Muy bajo peso () Extremadamente muy bajo peso ()
Apgar bajo	El Score de Apgar es una escala de puntuación utilizado por los neonatólogos para comprobar el estado de salud del recién nacido.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: depresión leve, moderada severa	Nominal	Normal > 7 (); depresión moderada de 4 a 6 (); depresión severa menor de 3 ().
Prematuridad	Los recién nacidos son prematuros cuando el parto tiene lugar antes de que se hayan	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: Si (); No () clasificación: Prematuros	Ordinal	Si (); No () Clasificación: Prematuros extremos

	completado las 37 semanas de gestación	extremos (<28 semanas); muy prematuros (28 a <32 semanas); prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas).		() muy prematuros () prematuros moderados a tardíos ()
Muerte neonatal	Es la muerte del producto de la concepción entre la semana 22 de gestación ó 500 gramos o más de peso hasta los siete días de nacido.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No (); Si()

6. HIPOTESIS

H₁: La Psicoprofilaxis obstétrica influye positivamente en la prevención de complicaciones maternas y neonatales, de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto, de Enero a Diciembre del 2016.

H₀: La Psicoprofilaxis obstétrica no influye positivamente en la prevención de complicaciones maternas y neonatales, de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto, de Enero a Diciembre del 2016.

CAPITULO 03

7. METODOLOGÍA

7.1. Tipo de Investigación

El presente trabajo de investigación es del tipo Caso Control y Retrospectivo, porque el propósito es Comparar y Determinar la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la prevención de complicaciones maternas y neonatales de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto en el año 2016; y es Retrospectivo, porque se va a utilizar la información captada en las historias clínicas, y sistema perinatal del Hospital Regional de Loreto, con anterioridad a la ejecución de la presente investigación.

Grupo de casos: 60 mujeres que culminar las 6 sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica y serán estratificados según grupo etéreo propuesto por la investigación y que su parto fue atendido en el hospital Regional de Loreto.

Grupo de control: 120 mujeres que no realizaron Psicoprofilaxis obstétrica y serán estratificados según grupo etéreo propuesto por la investigación para el pareo con los casos y que su parto fue atendido en el hospital Regional de Loreto.

7.2. Diseño de Investigación

El diseño empleado es el no experimental, observacional porque la recolección de datos se realizará de las Historias Clínicas y sistema perinatal del Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto año 2016; además no se podrá tener el control de las variables independientes.

7.3. Población y Muestra

Población

El universo poblacional estará constituido por todos los partos, atendidos en el Hospital Regional de Loreto en el año 2016, que hacen un número de 3088 partos.

Tamaño de la Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra de estudio, se utilizara la fórmula de cálculo de tamaño de muestras para casos y controles:

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{p_1 - p_2} \right)^2$$

Dónde:

En donde: n = tamaño de la muestra.

$Z\alpha = 1.96$ que equivale a una probabilidad de error tipo alfa de 5%

$Z\beta = 1.28$ que equivale a una probabilidad de error beta de 10%

$p_1 = p_0 R \div [1 + p_0 (R-1)]$ $q_1 = 1 - p_1 = 8\%$: es la frecuencia de la exposición entre los casos; para calcularlo siguiente fórmula:

$$P_1 = \frac{w P_2}{(1 - P_2) + w P_2}$$

P_2 = Frecuencia relativa esperada (o proporción esperada) de la exposición de interés en los controles= 23%

OR (w)= Razón de momios esperada de la asociación= 0.5.

Entonces aplicando la fórmula:

n= 60 casos.

Los controles serán el doble de los casos.

Muestra: según la fórmula de tamaño muestral, la muestra estaría conformado por 180 pacientes.

Muestreo: la muestra estará conformada por 180 pacientes, de las cuales 60 serán los caso y los otros 120 serán los controles; haciendo una proporción del 2/1; ósea dos controles para cada caso. El muestreo será por técnica de muestreo estratificado (la estratificación de la muestra será según el grupo étnico propuesto para la investigación, para disminuir los sesgos y la intervención de factores intervinientes); sin embargo los controles serán tomados del mismo día de parto de cada caso, y según grupo étnico, para disminuir el sesgo.

7.4. Criterios de Inclusión

- Gestantes de 18 a más años.
- Gestante a la cual se le atendió el parto en el Hospital regional de Loreto en el periodo de estudio
- Historia clínica accesible y con información requerida completa.

7.5. Criterios de Exclusión

- Gestantes adolescentes.
- Diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas.

- Parto gemelar
- Mujeres con factores de riesgo obstétrico (anemia, antecedente de preeclampsia en partos anteriores, antecedente de aborto, desnutrición materna, diabetes gestacional, infección VIH, Sífilis, hemorragia durante la gestación.
- Historia clínica no disponible y/o con información requerida incompleta

7.6. Técnicas, Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos

7.6.1. Técnica de Recolección de Datos

Análisis documental a través de la revisión de historias clínicas.

7.6.2. Instrumento de Recolección de Datos

Se aplicará la ficha de recolección de datos que se ha confeccionado para la presente investigación, la cual será sometida al proceso de validación. La ficha de recolección de datos estará conformada por dos partes, la primera destinada a recolectar información de la variable dependiente y la segunda parte destinada a recolectar datos de las variables independientes.

7.6.3. Procedimientos de Recolección de Datos:

- Gestionar el permiso para tener acceso a la información mediante solicitud al Director del Hospital Regional de Loreto.
- Disponer de la información de las Historias Clínicas y los datos estadísticos del Departamento de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, entre Enero del 2016 a Diciembre del 2016.
- Recolectar información de las pacientes, las cuales, sus partos fueron atendidas en nuestro establecimiento.

7.7. Protección de los Derechos Humanos y ética

Para el desarrollo de esta investigación se gestionó la aprobación del proyecto por parte del comité de investigación del HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, pues al ser Retrospectivo, no incluye la participación directa de pacientes que realizaron sus sesiones de Psicoprofilaxis, además de que la información sería confidencial.

Debido a que se trató de un estudio no experimental, no existieron riesgos físicos y/o psicológicos, riesgo de muerte y/o de alteración de la calidad de vida ni daños a terceros. Es más, el estudio permitirá conocer la influencia de la Psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones. La información recolectada fue bajo responsabilidad del investigador y garantiza el resguardo de la información.

Por la naturaleza y característica del estudio, este no transgrede de ninguna manera los derechos humanos de los pacientes cuyas historias clínicas serán revisadas e incluidas en el estudio, y cuya identificación permanecerá en absoluta reserva.

7.8. Procesamiento de Información

Para calcular la fuerza de asociación se realizará a través del cálculo de Chi cuadrado con una significancia estadística del 95% ($p < 0.05$).

Para el análisis bivariado se hará a través del cálculo de Odds ratio (OR), con su respectivo intervalo de confianza.

El procesamiento de la información se realizará utilizando el software estadístico SPSS ver. 21 para Windows.

CAPITULO 04

8. RESULTADOS

- De un total de 3088 partos atendidos durante el estudio, solo 244 pacientes realizaron Psicoprofilaxis Obstétrica, haciendo una prevalencia de 7.9%.

A. Descripción de Variables en Estudio

Tabla 01: Distribución de las pacientes en estudio según edad, en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre del 2016.

Grupo etáreo	Psicoprofilaxis		Total
	SI	NO	
18 a 24 años	33	66	99
	55%	55%	55%
25 a 29 años	16	34	50
	26.7%	28.3%	27.8%
30 a 34 años	8	16	24
	13.3%	13.3%	13.3%
de 35 a más años	3	4	7
	5%	3.3%	3.9%
Total	60	120	180
	100%	100%	100.0%

En la tabla 01, se muestra la distribución de los pacientes en estudio, según el grupo etáreo, donde se puede apreciar que la gran mayoría de pacientes tenían edades de entre 18 a 24 años, con un promedio de edad de 24.7 años; de 99 (55%) mujeres entre 18 a 24 años 33 realizaron Psicoprofilaxis obstétrica, de 50 (27.8%) mujeres de edades entre 25 a 29 años, 16 realizaron Psicoprofilaxis.

Tabla 02: Distribución de las pacientes en estudio según la severidad de la preeclampsia, en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre del 2016.

Severidad de la Preeclampsia	Psicoprofilaxis		Total
	SI	NO	
LEVE	0	5	5
	0.0%	100.0%	100.0%
SEVERA	2	13	15
	13.3%	86.7%	100.0%
	2	18	20
	10.0%	90.0%	100.0%

En la tabla 02: se muestra la distribución de las pacientes en estudio, según la severidad de la Preeclampsia presentado durante su gestación, donde podemos apreciar que hubo un total de 20 casos de preeclampsia, de las cuales 15 fueron severas y solo 2 de ellas

hicieron Psicoprofilaxis, de 5 casos de preeclampsia leve, ninguno hizo Psicoprofilaxis obstétrica.

Tabla 03: Distribución de las pacientes en estudio según complicaciones maternas y neonatales, en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre del 2016.

Desgarro perineal	Frecuencia	Porcentaje
Grado I	16	8.9
Grado II	9	5.0
Grado III	1	.6
Ninguno	154	85.6
Total	180	100.0
Peso al nacer		
bajo peso	16	8.9
muy bajo peso	3	1.7
extremadamente bajo	1	.6
peso Adecuado	160	88.9
Total	180	100.0
Apgar		
3 o menor	1	.6
4 a 6	15	8.3
7 a mas	164	91.1
Total	180	100.0
Edad gestacional		
28 a 31 semanas	4	2.2
32 a 36 semanas	21	11.6
Edad adecuada	155	86.1
Total	180	100.0

En la tabla 03 y gráficos 01 y 02; se muestran la distribución de las pacientes en estudio según las complicaciones maternas y neonatales de los partos atendidos en el hospital regional de Loreto; donde podemos apreciar que se presentó un total de 26 (14.4%) casos de desgarro perineal, de las cuales, solo se tuvo un solo caso de desgarro grado III, ningún caso de grado IV, 9 casos de desgarro de grado II y 16 casos de grado I; en cuanto al peso al nacer, se tuvo un total de 20 casos de bajo peso al nacer, de las cuales 16 presentaron solo bajo peso, 3 casos de muy bajo peso de nacer y solo 1 caso de extremadamente bajo peso al nacer (ver gráfico 01). En cuanto al Apgar, se tuvo 16 casos de Apgar bajo, de los cuales 15 presentaron Apgar de 4 a 6 en el primer minuto; y solo un caso de Apgar de 3 en el primer minuto. Con respecto a la edad gestacional durante el parto, se presentó un total de 25 casos de prematuridad, de las cuales 21

tenían edades de entre 32 a 36 semanas, y solo 4 casos de 28 a 31 semanas (ver gráfico 02).

Gráfico 01: Distribución de las pacientes en estudio según clasificación de peso al nacer, de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de enero a diciembre del 2016.

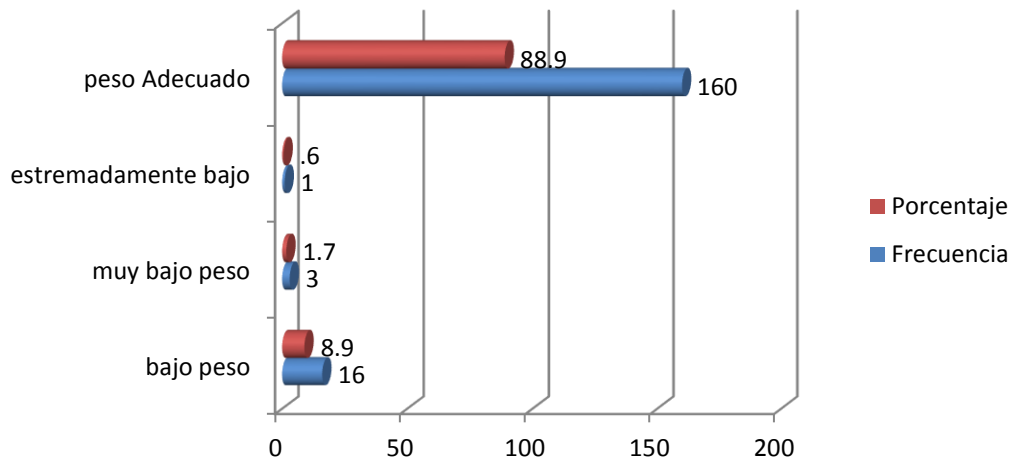
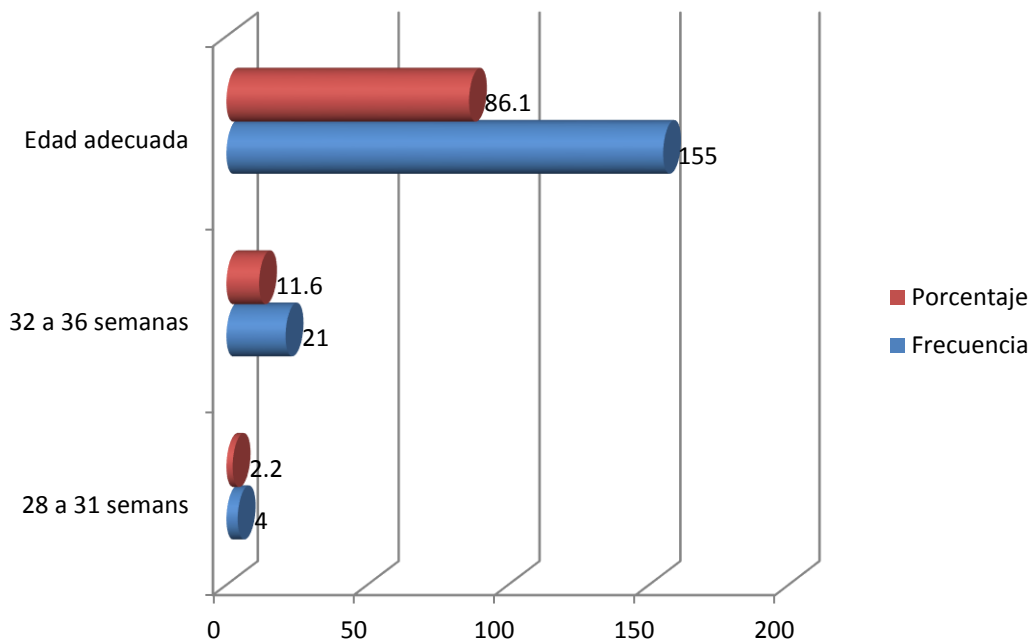


Gráfico 02: Distribución de las pacientes en estudio según clasificación de prematuridad al nacer, de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de enero a diciembre del 2016.



B. Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la prevención de complicaciones durante el parto

Tabla 04: Influencia de la Psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones maternas, de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre del 2016.

VARIABLES		Caso	Control	TOTAL	Chi 2	p	OR	IC	
Vía de parto	Vaginal	39	83	122 (67.8%)	0.318	0.344	0.82	0.42	1.59
	Cesárea	21	37	58 (32.2%)					
Hemorragia postparto	SI	2	18	20 (11.1%)	5.513	0.013	0.19	0.04	0.87
	NO	58	102	160 (88.9%)					
Rotura uterina	SI	1	4	5 (2.8%)	0.411	0.45	0.49	0.05	4.49
	NO	59	116	175 (97.2%)					
Preeclampsia	SI	2	17	19 (10.6%)	4.972	0.018	0.20	0.04	0.93
	NO	58	103	161 (89.4%)					
Eclampsia/Sind. Hellp	SI	0	0	0 (0%)	No aplica				
	NO	60	120	180 (100%)					
Desgarro perineal	SI	7	19	26 (14.4 %)	0.562	0.3	0.70	0.27	1.77
	NO	53	101	154 (85.6%)					
Muerte materna	SI	0	0	0 (0%)	No aplica				
	NO	60	120	180 (100%)					

En la tabla 04: se resume la influencia de la Psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones maternas, durante el parto, donde podemos apreciar que la Psicoprofilaxis obstétrica no está relacionada o asociada a la elección de la vía del parto, a pesar que 58 pacientes terminaron en cesárea, de los cuales 21 si realizaron Psicoprofilaxis; tampoco se demostró que la Psicoprofilaxis obstétrica influya en la prevención de rotura uterina, desgarro perineal, eclampsia y muerte materna; debido quizás a estas dos últimas, porque no se tuvo ninguna caso de ellas. Sin embargo, si se pudo demostrar que la Psicoprofilaxis obstétrica adecuada, es un factor protector para hemorragia postparto, ya que disminuye en un 81% la ocurrencia de este si la comparamos a las pacientes que no asistieron a la Psicoprofilaxis obstétrica (Chi^2 : 5.51; p: 0.013; OR: 0.19; IC: 0.04 – 0.87). También se pudo demostrar que la Psicoprofilaxis obstétrica es un factor protector para Preeclampsia, ya que disminuye su ocurrencia en un 80% (Chi^2 : 4.97; p: 0.018; OR: 0.20; IC: 0.04 – 0.93).

Tabla 05: Influencia de la Psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones neonatales, de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre del 2016.

VARIABLES		Casos	Control	TOTAL	Chi 2	P	OR	IC	
Bajo peso al nacer	SI	2	18	20 (11.1%)	5.513	0.019	0.19	0.04	0.88
	NO	58	102	160 (88.9%)					
Apgar bajo	SI	6	10	16 (8.9%)	0.13	0.453	1.22	0.42	3.53
	NO	54	110	164 (91.1%)					
Prematuridad	SI	3	22	25 (13.9%)	5.946	0.01	0.23	0.06	0.81
	NO	57	98	155 (86.1%)					
Muerte neonatal	SI	0	2	2 (1.1%)	1.011	0.44	No aplica		
	NO	60	118	178 (98.9%)					

En la tabla 05, se resume la influencia de la Psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones neonatales, durante el parto, donde se puede apreciar que la Psicoprofilaxis Obstétrica no influye en la prevención de Apgar bajo y de muerte neonatal, debido a que solo se tuvo 2 casos de muerte neonatal y ninguno realizó Psicoprofilaxis; sin embargo la Psicoprofilaxis obstétrica si demostró ser un factor protector de bajo peso al nacer, ya que disminuyó en 81% la ocurrencia de bajo peso al nacer, si la comparamos a las pacientes que no asistieron a la Psicoprofilaxis obstétrica (Chi²: 5.51; p: 0.019; OR: 0.19; IC: 0.04 – 0.88). También, demostró ser factor protector para prematuridad, ya que demostró disminuir la frecuencia de esta en un 77% (Chi²: 5.94; p: 0.01; OR: 0.23; IC: 0.06 – 0.81).

9. DISCUSIONES.

En el Hospital regional de Loreto se produjo un total de 3088 partos durante el año 2016; y de ellas 244 realizaron Psicoprofilaxis Obstétrica, haciendo un porcentaje del 7.9%; bajo si lo comparamos con el promedio nacional, que es del 10% según lo reportado por el MINSA en el año 2010. España sin embargo muestra una tasa aún mayor, llegando al 68% (Martínez Galiano, JM; 2012).

En cuanto a la edad materna, se evidenció que la mayoría tenían edades de entre 18 a 24 años de edad (55%); similar a lo reportado por CORONEL, E. (1997); y DÍAZ, V. (Cuba, 2005); quien reporto una frecuencia de 76%, un poco por encima de lo demostrado por nuestro estudio.

En lo concerniente a la vía del parto, se encontró que la mayoría termino en parto vaginal (67.8%) y un 32.2% de cesáreas. un porcentaje bajo de partos vaginales, si lo comparamos con lo demostrado por varios estudio como la de CCONOCHUILLCA, D. (2012), en el Instituto Nacional Materno Perinatal de la ciudad de Lima, quien demostró que el 88,1 por ciento tuvieron parto vaginal. YÁBAR PEÑA, M. (Lima, 2014); también encontró un porcentaje de 86.84% tuvo parto vaginal, mientras que el 13.16% lo tuvo por cesárea. Sin embargo OYUELA, J. (2010); demostró prevalencias de cesáreas similares a lo demostrado en este estudio con 39.5 % que culminaron en cesárea ($p < 0.02$, RM = 1.8, IC = 1.1-2.9).

Bendezú, G. (2015); en su estudio realizado en un hospital de Essalud en Ica, reportó: prematuridad con el 12%, bajo peso al nacer de 8 a 12%; sufrimiento fetal agudo con el 6 a 8%, Apgar bajo en 18%; presencia de desgarro perinatal tiene una prevalencia del 12 a 17%, problemas relacionados con el trabajo del parto 14 a 19%, mayor prevalencia de parto por cesárea; anemia (18,2%) e infecciones urinarias (14,1%), en tanto, las enfermedades hipertensivas (17,5%). Estos resultados concuerdan por lo encontrado en este estudio ya que se tuvo un total de 19 (10.6%) casos de Preeclampsia, 20 (11.1%) casos de hemorragia postparto, 26 (14.4%) casos de desgarro perineal, 20 (11.1%) casos de bajo peso al nacer, 16 (8.9%) casos de Apgar bajo y 25 (13.9%) casos de prematuridad. AGUILAR, M. et al; (2012); demostró que el 67,5%, de los recién nacidos tuvo

un peso entre los 2.500 y 3.000 gramos y el 96,5% de los hijos de las madres estimuladas el APGAR al nacer fue evaluado entre 8 y 9, el 68,5% de las mujeres que recibieron el programa de estimulación, su parto fue eutócico; estos resultados también coinciden con nuestros resultados.

En cuanto a la influencia de la Psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones maternas, se pudo demostrar que la Psicoprofilaxis obstétrica adecuada, es un factor protector para hemorragia postparto, ya que disminuye en un 81% la ocurrencia de este si la comparamos a las pacientes que no asistieron a la Psicoprofilaxis obstétrica (Chi^2 : 5.51; p: 0.013; OR: 0.19; IC: 0.04 – 0.87). También se pudo demostrar que la Psicoprofilaxis obstétrica es un factor protector para Preeclampsia, ya que disminuye su ocurrencia en un 80% (Chi^2 : 4.97; p: 0.018; OR: 0.20; IC: 0.04 – 0.93). Sin embargo no demostró estar asociado a vía del parto, rotura uterina, desgarro perineal ni a muerte materna. Este estudio concuerda con lo demostrado por Martínez Galiano, JM (2012); en su estudio de impacto de la educación materna en la prevención de complicaciones perinatales.

En lo referente a la influencia de la Psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones neonatales, se pudo demostrar que la Psicoprofilaxis obstétrica adecuada, es un factor protector de bajo peso al nacer, ya que disminuyó en 81% la ocurrencia de bajo peso al nacer, si la comparamos a las pacientes que no asistieron a la Psicoprofilaxis obstétrica (Chi^2 : 5.51; p: 0.019; OR: 0.19; IC: 0.04 – 0.88). También, demostró ser factor protector para prematuridad, ya que demostró disminuir la frecuencia de esta en un 77% (Chi^2 : 5.94; p: 0.01; OR: 0.23; IC: 0.06 – 0.81). Sin embargo a diferencia de las complicaciones maternas, Martínez Galiano, JM (2012); concluyó que la Psicoprofilaxis obstétrica no estaba relacionada o asociada a bajo peso al nacer; pero si coincidió que la Psicoprofilaxis no está relacionada al Apgar bajo. ZURITA MUÑOZ, M. (2015); también reporto resultados similares.

10. CONCLUSIONES.

- De un total de 3088 partos atendidos durante el estudio, solo 244 pacientes realizaron Psicoprofilaxis Obstétrica, haciendo una prevalencia de 7.9%.
- El promedio de edad fue de 24.7 años, y la población de gestantes con mayor frecuencia fue del grupo etáreo de 18 a 24 años con más del 50% de los casos.
- Se tuvo un total de 19 (10.6%) casos de Preeclampsia, de las cuales 15 fueron severas y 5 leves.
- Se presentó un total de 20 (11.1%) casos de hemorragia postparto y solo 2 de ellas realizaron Psicoprofilaxis Obstétrica.
- De los 180 partos, 58 fueron por cesárea, con una prevalencia del 32.2%; de los cuales 21 realizó Psicoprofilaxis obstétrica; solo hubo 5 casos de rotura uterina, de los cuales solo 1 realizó Psicoprofilaxis; cabe señalar que no tuvimos ningún caso de Eclampsia ni de muerte materna.
- Se observó un total de 26 (14.4%), casos de desgarro perineal, de los cuales solo un caso fue de grado III, 16 fueron de grado I y el resto grado II, no hubo casos de desgarro de grado IV.
- Se tuvo 20 (11.1%) casos de bajo peso al nacer, solo 1 caso de extremadamente bajo peso, 3 con muy bajo peso y 16 con bajo peso al nacer.
- Solo encontramos 16 (8.9%) casos de Apgar bajo al minuto, solo 1 caso de puntaje 3 de Apgar.
- Hubo 25 (13.9%) casos de prematuridad, y 2 casos de muerte neonatal, del cual ninguno realizó Psicoprofilaxis Obstétrica.
- La Psicoprofilaxis obstétrica demostró disminuir el riesgo de presentar hemorragia postparto en un 81% de los casos (Chi^2 : 5.51; p: 0.013; OR: 0.19; IC: 0.04 – 0.87) y de Preeclampsia en un 80% (Chi^2 : 4.97; p: 0.018; OR: 0.20; IC: 0.04 – 0.93).
- La Psicoprofilaxis obstétrica demostró disminuir el riesgo de presentar de bajo peso al nacer en un 81% obstétrica (Chi^2 : 5.51; p: 0.019; OR: 0.19; IC: 0.04 – 0.88); y prematuridad en un 77% (Chi^2 : 5.94; p: 0.01; OR: 0.23; IC: 0.06 – 0.81).

11. RECOMENDACIONES.

- Elaborar estrategias de trabajo para que la Psicoprofilaxis obstétrica se implemente con obstetras especializados en la preparación integral de la gestante y así extender la cobertura de la atención y que las usuarias de dicho programa puedan llegar a concluir con las seis sesiones que ofrece el servicio de Psicoprofilaxis ya que es muy beneficioso para la gestante durante el embarazo, proceso de trabajo de parto, para el recién nacido y en este caso la prevención de complicaciones maternas y neonatales durante el parto.
- Difundir la Psicoprofilaxis obstétrica en los hospitales y centros de salud y así se pueda concientizar y sensibilizar a los profesionales obstetras.
- Plantear nuevas investigaciones destinadas al análisis del cumplimiento o adherencia a la Psicoprofilaxis obstétrica, pues representa en nuestro país una herramienta fundamental en a la prevención de complicaciones maternas y neonatales durante el parto.
- Difundir los resultados de este estudio y anexarlos a los ya expuestos en nuestro país, de esta manera se contribuye a disminuir la prevalencia de complicaciones del parto a través del conocimiento de la Psicoprofilaxis Obstétrica.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ 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.
- ² Cabero, L., Saldivar, D. Y Cabrillo, E. (2007). Obstetricia Y Medicina Materno Fetal. Madrid: Médica Panamericana.
- ³ Ministerio De Salud (MINSa). Oficina General De Estadística E Informática. (2010). Atención De La Salud Sexual Y Reproductiva En Los Servicios De Salud. (1era. Ed.). Perú: Sinco Editores S.A.C.
- ⁴ Guido Bendezú, Daisy Espinoza, Guido Bendezú-Quispe, Junior Smith Torres-Román, Roberto M. Huamán-Gutiérrez. (2015). Características y riesgos de gestantes adolescentes en hospitales de Essalud. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 12(2):227-236; 2015.
- ⁵ Martínez Galiano, JM. (2012); Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido. Tesis Para Acceder Al Grado De Doctor. Universidad De Granada. 2012.
- ⁶ Asppo (Soc. Peruana De Psicoprofilaxis Obstetrica). Manual De Psicoprofilaxis Obstetrica, 3ra Ed. Lima: Asppo. 2010.
- ⁷ Ministerio De Salud (MINSa). Guía Técnica Para La Psicoprofilaxis Obstétrica Y Estimulación Prenatal. Perú: Minsa; 2011.
- ⁸ Ministerio De Salud. Atención De La Salud Sexual Y Reproductiva En Los Servicios De Salud 2005 – 2007. Perú: Minsa; 2009. Oficina General De Estadística E Informática.
- ⁹ Schwarcz, Ricardo. Obstetricia. Quinta Edición. Buenos Aires Argentina. Editorial El Ateneo. 2002.621p
- ¹⁰ Ministerio De Salud (Minsa). Atención De La Salud Sexual Y Reproductiva En Los Servicios De Salud 2005-2008. Perú: Minsa, 2008.
- ¹¹ OMS. Recomendaciones Generales Sobre Los Derechos De La Mujer Embarazada Y El Bebe. Publicaciones Y Reconocidas Por La Oms. En La Conferencia Internacional De Fortaleza (Brasil) 2004.
- ¹² Solís Linares, H, Morales Alvarado, S. Impacto De La Psicoprofilaxis Obstétrica En La Reducción De La Morbilidad Y Mortalidad Materna Y Perinatal. Rev Horiz Med Volumen 12(2), Abril - Junio 2012.
- ¹³ Cuningham G, Kenneth J, Leveno M, Bloom L. Trabajo De Parto Y Parto Normales. In Diane M, D. G, Editors. Williams Obstetricia. Mcgrawhill; 2010. P. 374-397.

-
- ¹⁴ Oc Cit. Cuningham G, Kenneth J, Leveno M, Bloom L. Trabajo De Parto Y Parto Normales. In Diane M, D. G, Editors. Williams Obstetricia. Mcgrawhill; 2010. P. 374-397.
- ¹⁵ Scott, J, Gibbs, R, Karlan, B, Haney, A. (2005). Danforth, Tratado De Obstetricia Y Ginecología. (9 Ed.). México: Mcgraw Hill Interamericana.
- ¹⁶ CLAP – OPS/OMS. Guías Para El Continuo De Atención De La Mujer Y El Recién Nacido. Publicación Científica N° 1577. Cap. 3, 2011.298.Clap – Ops/Oms. Boletín De Salud Perinatal 2000; 18: 1-44.
- ¹⁷ Mcguinness M, Norr K, Nacion K. Comparison Between Different Perineal Outcomes On Tissue Healing. J Nurse Midwifery 1991; 36(3):192-8.
- ¹⁸ Morales, S. La Psicoprofilaxis Obstétrica Como Eje De La Prevención Prenatal, 1ra. Ed. Lima: Sabrina Morales. 2004.
- ¹⁹ Organización De Las Naciones Unidas (ONU). The Millennium Development Goals Report 2009. New York, Usa: United Nations Department Of Economic And Social Affairs; 2009. Isbn 978-0-8213-8985.
- ²⁰ Direccion General De Estadistica (DGE). La Mortalidad Materna En El Perú 2002-2012. Lima, Perú: MINSA, Mayo 2013. Isbn: 978-9972-820-94-6.
- ²¹ Cuningham G, Kenneth J, Leveno M, Bloom L. El Recien Nacido. In Diane M,D,G, Editors. Williams Obstetricia. Mexico,Caracas,Guatemala,Madrid: Mcgrawhill; 2010. P. 594.
- ²² UNICEF, OMS. Low Birthweight: Country, Regional And Global Estimates. Nueva York Y Ginebra: Unicef, Oms; 2004.
- ²³ Villamonte W., Lam N., Ojeda E. Factores De Riesgo Del Parto Pretérmino En El Instituto Nacional Materno Perinatal. *Ginecol Obstet.* Perú, 47(2) : 112-116; 2001.
- ²⁴ Ticona M., Huanco, D. Factores De Riesgo De La Mortalidad Perinatal En El Perú. *Rev Per Ginecol Obstet.* Perú, 49(4):227-236; 2003.
- ²⁵ Instituto Nacional De Estadística E Informática. Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar (INEI): “Perú: Indicadores De Resultados De Los Programas Estratégicos, Primer Semestre 2014”. Lima, Perú: Minsa, Agosto 2014.
- ²⁶ Coronel, E. (1997). “El Trabajo De Parto En Gestantes Con Preparación Psicoprofiláctica”. Hospital De Apoyo Hipólito Unanue De Tacna. Trabajo De Investigación Para Obtener Grado Académico De Obstetra. Universidad Nacional Jorge Basadre G. Tacna.

-
- ²⁷ Díaz, V. Repercusión Perinatología Del Trabajo De Parto Con Apoyo Familiar. Tesis Para El Optar El Grado De Doctor En Medicina. Cuba: Universidad Materno Norte Tamara Bunke; 2005.
- ²⁸ Cconocchuilca, D. Características Maternas Y Neonatales De Las Pacientes Con Psicoprofilaxis Obstétrica Atendidas En El Instituto Nacional Materno Perinatal. Julio – Diciembre Del 2011.. Rev.Per. Inv. Mat. Per. 2012 Julio-Diciembre; 3(2).
- ²⁹ Aguilar M, Vieite M, Padilla C, Mur N, Riso M. La Estimulación Prenatal: Resultados Relevantes En El Periparto. Rev Nutr Hosp. 2012 Nov-Dic; 27(6).
- ³⁰ Oyuela J. Psicoprofilaxis E Índice De Cesáreas En El Hospital De Gineco – Obstetricia De Monterrey- Mexico 2010.. Rev Med Inst Mex Seg Soc. 2010 Julio; 4(48): P.439-442.
- ³¹ Samar D. Apoyo Del Acompañante En El Trabajo De Parto Asociados A Beneficios Materno Perinatales En Primigestas Atendidas En El Instito Materno Perinatal 2010. Rev.Per.Inv.Mat. Per 2011 Enero-Agosto; 3(2).
- ³² Zurita Muñoz, Ms. Beneficios De La Psicoprofilaxis Obstétrica En La Gestante Durante El Proceso De Trabajo De Parto Y El Recién Nacido En El Hospital Vitarte, 2015. Tesis Para Optar El Grado De Licenciada En Obstetricia. Facultad De Medicina Humana Y Ciencias De La Salud. Universidad Alas Peruanas. 2015.
- ³³ Yábar Peña, M. La Psicoprofilaxis Obstétrica En Gestantes Adolescentes: Características Y Beneficios Integrales; Horiz Med 2014; 14(2): 39-44.
- ³⁴ Cubas Pérez, M. Vásquez Daza, Jk. 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 Para Optar El Título De Obstetra. Facultad De Ciencias De La Salud. Universidad Nacional De San Martín 2012.
- ³⁵ Reyes Mendez, A. Factores Asociados A La Deserción De Las Sesiones Educativas De Psicoprofilaxis Obstétrica En Primigestas Atendidas En El Instituto Nacional Materno Perinatal, Año 2014. Tesis Para Optar El Grado De Licenciado En Obstetricia; Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2015.

10. ANEXOS

Ficha de recolección de datos

Influencia De La Psicoprofilaxis Obstétrica En La Prevención De Complicaciones Maternas Y Neonatales, De Los Partos Atendidos En El Hospital Regional de Loreto, 2016.

1. Psicoprofilaxis obstétrica: Asistieron a 6 sesiones: SI (), NO ().

2. **Edad:.....años**

18 a 24 ()

25 a 29 ()

30 a 34 ()

35 a mas ()

3. **Complicaciones Maternas:**

Vía de terminación del parto: Vaginal (); Cesárea ().

Hemorragia postparto SI (), NO ();

Rotura uterina SI (), No ();

Desgarro perineal SI (), NO (); si es "SI": Grado I (), Grado II ()
Grado III (), Grado IV (),
Ninguna ().

Preeclampsia SI (), NO (); si es "SI" Leve () Severa ().

Eclampsia/sind. Hellp SI (), NO ();

Muerte Materna SI (), NO ();

4. **Complicaciones Neonatales**

Bajo peso al nacer SI (), NO (); si es "SI" Bajo peso ()
Muy bajo peso ()
Extremadamente muy bajo peso ()

Apgar bajo SI (), NO (); si es "SI": < 3 (); 4 a 6 () y > 7 ()

Prematuridad SI (): NO ().
Si es "SI":
Prematuros extremos: < 28 semanas ()
Muy prematuros: 28 a < 32 semanas ()
Prematuros moderados a tardíos: 32 a < 37 semanas ()

Muerte neonatal SI (). NO ().