



Universidad Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN TRABAJO DE
PARTO DE PRIMIGESTA SIN CONTROL PRENATAL EN HOSPITAL
CAYETANO HEREDIA”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOPROFILAXIS OBSTÈTRICA Y
ESTIMULACIÒN PRENATAL**

Presentado por:

FLOR DE MARÌA RUBIO PERALTA

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a la memoria de mis padres, quienes en vida siempre me impulsaron a seguir adelante en mis objetivos, inculcándome valores y principios positivos; hoy en día su recuerdo, que permanecerá siempre en mi corazón, son el impulso para continuar con esta enseñanza en pro de una superación íntegra basada en buenos principios.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi hermana, quien siempre está conmigo en todo momento y me brinda su apoyo, incentivándome a fortalecer mis competencias profesionales.

Así mismo extiendo mi agradecimiento a Dra. Sabrina Morales Alvarado, especialista asesora en trabajos de investigación en salud, de esta prestigiosa Universidad, quien me asesoró para la presentación del presente trabajo.

INDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÒN.....	3

CAPITULO I

1.1 DESCRIPCIÒN DEL CASO CLÌNICO.....	6
---------------------------------------	---

CAPITULO II

2.1 JUSTIFICACIÒN DE LA INVESTIGACIÒN.....	15
--	----

CAPITULO III

3.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÒN.....	16
3.1.1 ANTECEDENTES NACIONALES.....	16
3.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	21

CAPITULO IV

4.1 DISCUSIÒN DE CASO CLÌNICO.....	23
------------------------------------	----

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	29
5.1.1 CONCLUSIONES.....	29
5.1.2 RECOMENDACIONES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS.....	32
ANEXOS.....	34.

RESUMEN

La Psicoprofilaxis obstétrica (PPO) cumple un rol relevante en la atención Obstétrica, que consiste en la preparación integral, teórica, física y afectiva de la gestante; permitiéndole cambiar positivamente actitudes y comportamientos.

El presente caso clínico es la aplicación de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia (PPO – EM) en una gestante sin preparación de Psicoprofilaxis Obstétrica y sin control prenatal, siendo fundamental su aplicación para concluir con buenos resultados para la madre y su bebé, durante la labor de parto, el parto y el puerperio.

La intervención de la obstetra en la preparación de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia permitió el cambio de actitud y comportamiento favorable en la gestante, consiguiendo que este proceso se convierta en una experiencia agradable, saludable y sobre todo contribuyendo a disminuir las complicaciones; como el sufrimiento fetal por una mala técnica respiratoria, logrando mejorar el aporte de oxígeno adecuado al bebé, evitando el agotamiento materno; aplicando los conocimientos y técnicas apropiadas encaminadas a mejorar el estado físico y psicológico de la gestante en el periodo de dilatación, parto, alumbramiento y posteriormente a los cuidados en el puerperio. Así se logrará el objetivo de un parto sin complicaciones, con el bienestar de la madre y su recién nacido conjuntamente con el entorno familiar.

ABSTRACT

The obstetrical Psychoprophylaxis (PPO) plays a relevant role in the obstetric care, consisting of comprehensive, theoretical, physical and emotional preparation of the pregnant woman; allowing you to positively change attitudes and behaviors.

The present case is the application of the obstetrical Psychoprophylaxis of emergency (PPO - EM) in a pregnant woman without preparation of obstetrical Psychoprophylaxis and prenatal care, their application being fundamental to conclude with good results for the mother and her baby, during the labor, childbirth and the puerperium.

The intervention of the midwife in the preparation of emergency obstetrical Psychoprophylaxis allowed change of attitude and behavior favorable in the pregnant woman, getting this process will become a healthy, pleasant experience and above all contributing to decrease the complications; as fetal distress by a bad breathing technique, improve the supply of oxygen right baby, avoiding maternal depletion; applying the knowledge and appropriate techniques aimed at improving the physical and psychological state of the pregnant woman in the period of expansion, childbirth, childbirth and later in puerperium care. So will achieve the objective of a birth without complications, with the well-being of the mother and her newborn jointly with the family environment.

INTRODUCCIÓN

La Psicoprofilaxis Obstétrica brinda beneficios tanto para la madre como para el recién nacido, a través de técnicas de respiración y relajación que permitirán una buena oxigenación materno-fetal y una actitud emocional que favorezca su actitud durante todo el proceso del trabajo de parto y parto.

El bienestar materno fetal es una prioridad en la obstetricia, el dolor en el trabajo de parto provoca en la gestante que no tiene preparación de Psicoprofilaxis Obstétrica búsqueda de apoyo, mucho más cuando tiene una información no apropiada que incrementan su ansiedad y temor, por lo cual toda gestante tiene el derecho a ser informada correctamente sobre los síntomas y efectos que provocan las contracciones uterinas, dar alternativas y los métodos disponibles para aliviar el dolor que se da en el trabajo de parto.

El alivio del dolor durante el trabajo de parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante, por lo cual debe ocupar un lugar prioritario en los cuidados del obstetra. El dolor experimentado por las mujeres durante el trabajo de parto por las contracciones uterinas, es producto de una acumulación de estímulos anatomofisiológicos, psicológicos y socioculturales. La percepción y sensación de dolor es diferente de una mujer a otra en cada uno de sus partos. Se considera dolor a la experiencia sensorial y emocional desagradable, única, subjetiva y multidimensional, en relación con algunas alteraciones físicas y/o condicionantes afectivas, sociales y culturales.

La gran variedad de factores que intervienen en la vivencia del fenómeno doloroso explican las diferencias personales y socioculturales en su apreciación y manifestación, así como los modos de afrontarlo. La experiencia dolorosa abarca sensaciones, sentimientos y respuestas de comportamiento que no son nada

beneficiosos para la madre ni su bebé, en este sentido, la expresión del dolor por parte de cada gestante debe ser respetada, por tanto debe darse una personalización de los recursos disponibles para el manejo del dolor en el trabajo de parto.

La Psicoprofilaxis Obstétrica hace énfasis en una preparación enfocada en brindar la información necesaria y eliminar las creencias erróneas e ideas negativas acerca del parto, así como también un entrenamiento físico, que consiste en técnicas de relajación y respiraciones con el objetivo de establecer reflejos condicionados que la gestante debe realizar durante este proceso para favorecer un trabajo de parto natural, mejorar el desempeño y la colaboración con una preparación mental en la cual se desarrollará autoconfianza y mayor seguridad en ella, consiguiendo el mejor bienestar en la salud de la madre, el feto y el recién nacido mediante una evolución y culminación del trabajo de parto natural y sin complicaciones.

El dolor de las contracciones en el trabajo de parto puede ser aliviado con la aplicación de técnicas apropiadas, impartidas por el profesional obstetra a la gestante para contrarrestar el dolor y contribuir así a alcanzar el bienestar materno fetal. La felicidad ante la llegada de un hijo y la satisfacción de la madre de haber aplicado las técnicas impartidas, son sensaciones positivas que perduran para siempre.

La finalidad de la Psicoprofilaxis Obstétrica es la educación y preparación que realiza la Obstetra para dar solución y respuestas a necesidades expresadas y sentidas por la gestante su pareja y entorno; para lo cual brinda información sobre la reproducción humana, cuidados y recomendaciones en el proceso de embarazo parto, puerperio, atención y cuidados del recién nacido.

Desde el punto de vista psicológico, lo más importante es disminuir el grado de ansiedad de la gestante, pareja y entorno familiar; generar un proceso de

adaptación positiva con la aplicación de la información brindada, gimnasia, técnicas de respiración y relajación dada a la gestante.

Mediante la preparación de la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal en los establecimientos de salud, se contribuye a disminuir la morbilidad materna perinatal, mejorar la calidad de atención de la gestante y el recién nacido.¹

La Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia está dada por la preparación que se brinda a la gestante en la última semana a la fecha probable de parto, o en el mismo trabajo de parto. A diferencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica que se da durante el embarazo, conformada por un promedio de seis sesiones, donde se puede tener la participación de la pareja y el mayor tiempo para una preparación integral; en la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, el tiempo será limitado enfocados a brindar la información más relevante y precisa de acuerdo a la necesidad de la gestante.

La presencia y acompañamiento de la Obstetra durante el trabajo de parto y el nacimiento es de suma importancia, tal es así que en la medicina basada en evidencias ha puesto de manifiesto su valor y lo recomienda por los diversos beneficios, como reducir el uso de analgesia epidural, reducir el índice de cesáreas. El mejorar la actitud de la gestante ya sea en el embarazo, trabajo de parto o durante su parto y post parto, es valioso el compromiso del profesional Obstetra especialista en Psicoprofilaxis Obstétrica, contribuyendo a mejorar la calidad de atención en este periodo hermoso de la reproducción humana.²

CAPITULO I

Descripción del caso clínico

Gestante que acude al servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia, para la atención de su parto, sin control prenatal, ni Psicoprofilaxis Obstétrica, es considerada de alto riesgo por tener mayores posibilidades de desarrollar complicaciones que se hubiesen podido detectar durante el control prenatal.

A través del control prenatal se puede prevenir y manejar patologías recurrentes y propias de la gestación, motivando y derivando a PPO para preparación teórica, física y psicológica.

La falta de preparación de Psicoprofilaxis Obstétrica y sumado la información inadecuada y negativa del trabajo de parto, vienen hacer factores adversos que pueden ocasionar dificultades y convertir lo fisiológico en patológico; desconocer las técnicas de respiración relajación en el trabajo de parto y tener actitudes de ansiedad, temor y desesperación provocarán agotamiento materno y sufrimiento fetal, siendo por ello prioridad una preparación de Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia dado por obstetra cuando la gestante no cuente con esta preparación.

Cuando gestante ingresa a la emergencia para su atención presenta actitud poco colaborativa para su evaluación correspondiente, demostrando dolor, miedo y temor. Por su falta de serenidad los datos recabados para la anamnesis de la historia clínica no son completos y para el examen obstétrico y ginecológico presenta actitud reacia no permitiendo el examen correspondiente, por lo cual el profesional obstetra tiene una participación activa en el sentido de orientar, apoyar y educar a gestante, permitiendo así que gestante acceda a ser evaluada.

El día 05/01/2017 a las 11:15 horas.

Ingresa al hospital por emergencia, Gestante de 23 años sin control prenatal, acompañada por su madre.

Procedencia: Los Olivos

Estado Civil: Soltera

Grado de instrucción: Secundaria Completa

Ocupación: Ama de casa

Embarazo actual no planificado, si aceptado

Antecedentes patológicos: Niega

Antecedentes familiares: Niega

Alergia medicamentosa: Niega

Motivo de consulta: Ingresa gestante gritando y llorando muy nerviosa, refiriendo que hace 04 horas eliminó moco con sangre por sus genitales y dolor abdominal tipo contracción según manifiesta cada 2 minutos; niega perdida de líquido amniótico niega perdida de sangrado vaginal , refiere que percibe movimientos fetales.

FUR: 05/04/2016

FPP: 12/01/2017

EG: 39ss

G: 1 P: 0000

EXAMEN FÍSICO:

Aspecto general: Aparente Regular Estado General, no se evidencia patología en exploración física

Funciones Vitales:

PA 120/80 mmhg Pulso: 84x' Respiración: 20x' Temperatura: 37°C

Peso: 52 Kg Talla. 1.55 mt

EXAMEN GINECO OBSTERICO:

AU: 34 cm

Feto: LCI

LF 148x'

Movimientos Fetales: Presentes

Genitales externos: Normales

Tacto Vaginal: Dilatación 4cms

Borramiento: 90%

Membranas: Integras

Altura de presentación: -3

Variedad de Posición: Occipito Iliaca Derecha Transversa

Pelvis: Ginecoide

DIAGNOSTICO: Primigesta de 39ss por FUR

FALP

ARO sin Control Prenatal

PLAN DE TRABAJO

Hospitalización en sala de partos, para atención de parto con chance vaginal

Toma de examen ecográfico

Toma de exámenes de laboratorio auxiliares

INFORME ECOGRÁFICO: 05/01/2017

Conclusiones: 1. Gestación única activa de 38 ss 2 d. x BMF

2. Peso ponderado 3460 grs

3. PBF 8/8

EXÁMENES DE LABORATORIO: 05/01/2017

- EXÁMENES HEMATOLÓGICOS

Hemoglobina: 11.1 g/dL

Hematocrito: 33%

Grupo Sanguíneo: "O" Factor Rh: Positivo

Leucocitos: 9200

Blastos: 0

Mielocitos: 70

Metamielocitos: 1.8

Bastonados: 0.3

Segmentados: 8.2
Eosinòfilos: 19.2
Basòfilos: 0.4
Plaquetas (lámina):306
Tiempo de protrombina: 12.7
Tiempo parcial de tromboplastina: 34.5

- EXÀMENES DE ORINA

Densidad: 1010
Reacción a Ph: 6.5
Acetona: Negativo
Pigmentos BIL: Negativo
Urobilinògeno: ++
Hemoglobina: Negativo
Hematíes: negativo
Células epiteliales: Escasas
Leucocitos: 0.2 x campo
Nitritos: Negativo

- BIOQUÌMICA DE LA SANGRE

Glucosa: 75 mg/dL
Urea: 7.3
Creatinina: 0.4
Bilirrubina total: 0.4
Directa: 0.3
Indirecta: 0.1
Trans G.O A.:12
Trans G.p:15
DHL: 482

05/01/2016 a las 12:30 horas

Gestante ingresa a sala de dilatación, gritando llorando, manifiesta que no se controló el embarazo y que no realizó ningún curso de Psicoprofilaxis Obstétrica, sólo cuenta con el relato de las experiencias de su madre respecto a los 04 partos que tuvo donde tiene la información que el parto es muy doloroso.

Evaluación al ingreso a sala de dilatación:

FV: PA 120/80 mmhg P: 88x' R: 20x' T: 37°C

AU: 34 cm LCI LF 152x'

Movimientos Fetales: Presentes

Genitales externos: Normales

Tacto Vaginal: Dilatación 4cms

Borramiento: 90%

Membranas: Integras

Altura de presentación: -3

Pelvis: Ginecoide

Dinámica Uterina: Frecuencia 3/10 Duración 30" Intensidad++

Movimientos fetales: presentes.

Durante las contracciones gestante grita y llora, expresando "no doy más" "no aguanto" "sáquenmelo ya"

05/01/2016 a las 13.30 horas

FV: PA 120/80 mmhg P 88x' R 20x' T 37.2

Dinámica Uterina: Frecuencia 3/10 Duración 35" Intensidad++/+++

Movimientos fetales: presentes.

LF: 138x'

Gestante continúa gritando, esta sudorosa y nauseosa

05/01/2016 a las 14:30 horas

FV: PA 120/80 mmhg P 92x' R 20x' T 37°C

Dinámica Uterina: Frecuencia 3/10 Duración 35" Intensidad+++

Movimientos fetales: presentes.

LF: 138x', inicia con desaceleraciones en el acmé de cada contracción, luego recupera

Gestante continúa gritando, está acostada, en decúbito dorsal. Se queja mucho del dolor durante las contracciones, llora da golpes a la cama durante las contracciones, experimenta mayor temor pierde el control de sí misma se jala los cabellos y se vuelve irritable.

Su respiración es rápida (hiperventila), se siente desvanecer, presenta cefalea, náuseas más vómitos.

Se presenta rotura espontánea de membranas: Líquido meconial intermedio

Tacto Vaginal: Dilatación 5cms

Borramiento: 90%

Membranas: Rotas (líquido meconial intermedio)

Altura de presentación: -2

05/01/2016 a las 15:30 horas

FV: PA 120/80 mmhg P 92x' R 20x' T 37.2°C

Dinámica Uterina: Frecuencia 3/10 Duración 35" Intensidad+++

Movimientos fetales: presentes.

LF: 130x'

Acude profesional obstetra con especialidad, e inicia preparación de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia con gestante mencionada.

Se brinda apoyo emocional y las técnicas respectivas de relajación, respiración posiciones adecuadas para el periodo de trabajo de parto en el que se encuentra, aplicando las técnicas de masaje para lograr una mayor relajación.

Impartiendo conceptos básicos según Ministerio de Salud, Resolución ministerial, 2011, Guía técnica para la Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, aplicando tipos y postura de parto, posición vertical y sus variedades, tipos de relajación y respiración.

Relajación: activo, pasiva, con imaginación visualización

Respiración: superficial, profunda, jadeo, tanto para el periodo de dilatación y el expulsivo.

Masoterapia: Mediante el masaje con la aplicación de la influencia física efectuada con las manos sobre la piel de gestante, para brindar una experiencia relajante consiguiendo un equilibrio emocional, tranquilidad, y autoconfianza.

05/01/2016 a las 16:30 horas

FV: PA 120/80 mmhg P 88x' R 20x' T 37.2

Dinámica Uterina: Frecuencia 3/10 Duración 35'' Intensidad+++

Movimientos fetales: presentes.

LF: 136x'

Se observa gestante más tranquila que realiza las técnicas de relajación y respiración ya no hiperventila realizando una respiración adecuada ya no se evidencia la presencia de desaceleraciones durante las contracciones, manifiesta que desea la permanencia de profesional obstetra especialista.

Obstetra especialista continua reforzando los conceptos y aplicación de técnicas mencionadas en la preparación con la gestante.

05/01/2016 a las 17:30 horas

FV: PA 120/80 mmhg P 88x' R 20x' T 37°C

Dinámica Uterina: Frecuencia 3/10 Duración 35'' Intensidad+++

Movimientos fetales: presentes.

LF: 140x'

Gestante colaborativa, está serena realizando técnicas de relajación y respiración, Obstetra especialista continua aplicando las técnicas de relajación y respiración.

05/01/2016 a las 18:15 horas

FV: PA 120/70 mmhg P 84x' R 20x' T 37°C

Dinámica Uterina: Frecuencia 3/10 Duración 35'' Intensidad+++

Movimiento fetal: presentes.

LF: 138x'

Gestante con sensación de pujo

Tacto Vaginal: Dilatación 10cms

Borramiento: 100%

Membranas: Rotas (líquido meconial intermedio)

Altura de presentación: +1

Obstetra especialista, orienta las técnicas de pujo a gestante, correspondientes al periodo expulsivo, seguidamente gestante es trasladada a sala de partos para el tercer periodo de su trabajo de parto, donde gestante insiste en contar con la presencia de obstetra especialista.

05/01/2016 a las 18:18 horas.

Ingresa a sala de parto el equipo correspondiente para la atención de parto, gestante y obstetra especialista quien brinda apoyo emocional a gestante en este periodo y contacto táctil, cogiéndole de la mano, así mismo orientando para la aplicación del pujo correspondiente en esta etapa de expulsivo.

05/01/2016 a las 18:22 horas.

Parto Eutócico con Recién nacido vivo femenino

Apagar 9 al minuto – 10 a los 5 minutos.

Madre identificada con su recién nacido, donde sus temores, miedos y ansiedad quedaron postergadas y agradecida por el apoyo brindado por obstetra especialista.

Alumbramiento Normal, Completo.

No se realizó episiotomía ni hubo laceración

Recién Nacido: Capurro 39 semanas Peso: 3230 grs.

Puérpera inmediata pasa a sala de puerperio inmediato con Recién Nacido Vivo.

Previamente identificados madre y recién nacido aplicándose la técnica de contacto precoz e inicio de lactancia materna exclusiva.

FV: PA 120/70 mmhg P 84x' R 20x' T 37°C

Útero contraído sangrado vaginal normal

05/01/2016 a las 18:55 horas.

Puérpera inmediata de parto eutócico ingresa a sala de puerperio inmediato con recién nacido vivo acompañada de obstetra especialista quien le orienta sobre las técnicas de amamantamiento y lactancia materna.

06/01/2016 a las 08:30 horas

Puérpera es evaluada por el equipo de visita médica concluyendo con una evolución favorable, obstetra especialista, orienta sobre cuidados signos y síntomas de alarma durante el periodo puerperal y reforzando las técnicas de lactancia materna.

07/01/2016 a las 08:30 horas

Puérpera es evaluada por el equipo de visita médica concluyendo con una evolución favorable y dándole de alta.

Obstetra especialista, orienta sobre planificación familiar, refuerza orientación sobre cuidados signos y síntomas de alarma durante el periodo puerperal y técnicas de lactancia materna.

CAPITULO II

Justificación de la Investigación

La Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, en gestante no preparadas sin control prenatal, permite evitar riesgos a la madre y su bebe, con la disminución de la ansiedad, el temor y aumento de la colaboración durante el trabajo parto, parto y puerperio, fortaleciendo el vínculo afectivo y experimentar la sensación agradable de su parto.

El control prenatal durante la gestación es completo cuando cumple con el número determinado de controles y así mismo con la preparación de Psicoprofilaxis Obstétrica pero sin embargo por diversos motivos no se realiza, acudiendo gestantes para su atención de parto sin control prenatal ni PPO, pero ello no es limitación a que se le pueda impartir Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia con una preparación personalizada y focalizada en su atención.

El Hospital Cayetano Heredia cuenta con el programa de Psicoprofilaxis obstétrica pero cuando gestantes acuden para atención de parto sin contar con esta preparación, el profesional obstetra se encarga de brindar PPO – EM.

La PPO –EM se imparte desde su ingreso a la emergencia, durante su hospitalización y en sus tres periodos de parto, continuando en el post parto. El caso clínico presentado evidencia lo valioso e importante que es que gestante reciba Psicoprofilaxis de Emergencia cuando lo necesita, logrando un cambio de actitud y mejor estado físico y psicológico, consiguiendo el objetivo del bienestar materno fetal y por ende familiar.

CAPITULO III

Antecedentes de Investigación

ANTECEDENTES NACIONALES

MORALES ALVARADO SY. ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES QUE RECIBIERON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN EL SECTOR PRIVADO COMO UNA ALTERNATIVA EN SU ATENCIÓN INTEGRAL, PERÚ. 2014. Resume que El objetivo de este estudio fue conocer las características de un grupo de gestantes del sub sector privado que recibieron Psicoprofilaxis obstétrica de Emergencia (PPO-EM) entre Julio 2012 y junio 2014, asimismo, conocer las razones por las que no realizaron su preparación prenatal integral oportunamente, es decir, entre el quinto y séptimo mes, de acuerdo a las recomendaciones técnicas generales. Se revisaron y evaluaron 168 historias clínicas. Los rangos de edad fueron de 15 a 45 años (promedio: 30), el grado de instrucción se distribuyó en: secundaria incompleta 0.6%, secundaria completa 6%, superior incompleta 15.4% y superior completa 78%. El 69% se encontraba trabajando durante su gestación. No recibieron PPO por falta de: información el 17.3%, tiempo 46.4%, recursos económicos 28.6% y por falta de apoyo de la pareja 7.7%. El 100% manifestó satisfacción sobre su PPO-EM, por sentirse más tranquilas y seguras de cómo llegar y colaborar en su parto. Finalmente, 94.6% recibió PPO-EM en la última semana de gestación y 5.4% durante su trabajo de parto; 64% tuvo parto vaginal y el resto cesárea. Se concluye que la PPO-EM es una oportunidad beneficiosa para las gestantes que no pudieron realizar PPO a tiempo, por lo que se afirma que nunca es tarde para recibir una buena preparación y apoyo integral, los que se asociaron a un buen resultado materno y perinatal.⁴

TAFUR RODAS M. TESIS TITULADA “INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA DE EMERGENCIA EN LA ACTITUD FRENTE AL TRABAJO DE PARTO DE LAS PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE MARZO A MAYO DEL 2015”,PERÚ. Concluye que la

Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia influye de manera significativa ($p < 0.001$) en la actitud positiva frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de marzo a mayo del 2015.

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

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

No hubo diferencia significativa ($p = 0.787$) entre las actitudes durante el periodo de alumbramiento en las primigestas que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, debido a que la mayoría de las que recibieron (66.7%) y no recibieron (63.3%) esta preparación tuvieron una actitud positiva. Hubo una diferencia significativa ($p < 0.001$) entre las actitudes durante el periodo de puerperio inmediato en las primigestas que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, observando que la mayoría de las que recibieron esta preparación (83.3%) tuvieron una actitud positiva, mientras que la mayoría (76.7%) de las que no recibieron esta preparación asumieron una actitud negativa.³

GARIBAY GARIBAY MS. ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN BENEFICIOS DE LA PSICOPROFILAXIS EN LA DURACIÓN DEL PARTO Y CONDICIONES DEL RECIÉN NACIDO EN EMERGENCIA, PERÚ. 2015. Resume que El presente estudio fue llevado a cabo con el objetivo de determinar los beneficios que posee la psicoprofilaxis en la duración de trabajo de parto y condiciones del recién nacido en

pacientes primigestas en el período de Enero a Diciembre 2015 en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Materiales y métodos: El estudio fue de tipo retrospectivo, descriptivo y de corte transversal. Se realizó en primigestas del Servicio de Emergencia Obstétrica en el Hospital Nacional Dos de Mayo. El número total de historias revisadas fue de 210 pertenecientes al período Enero – Diciembre 2015. La recolección de datos se llevó a cabo a través de una ficha elaborada conteniendo datos sociodemográficos de la paciente además de datos de la gestación como es la duración del trabajo de parto y resultados neonatales como la valoración Apgar y peso del recién nacido. Resultados: Respecto a los beneficios de la psicoprofilaxis en la madre se obtuvo que el 57.2% de la muestra ingresó al servicio de Emergencia Obstétrica con una dilatación de 4cm y el 42.8% restante ingresó con una dilatación menor a 4cm. El tiempo de dilatación duró entre 9-12 horas en un 46.7%, seguidamente de un 27.6% que tuvo una duración entre 13-16 horas, un 16.2% tuvo una duración entre 6-8 horas y finalmente un 9.5% con una duración entre 16-20 horas. El período de expulsivo mostró que un 70.9% de todas las primigestas tuvieron una duración entre 20-50 min, un 17.2% tuvo duración de 50 min y por último un 11.9% tuvo una duración de 20 min. Respecto al uso de medicación, el 100% de las primigestas no recibió medicamento analgésico o anestésico. Los beneficios de la psicoprofilaxis en el recién nacido tuvo como resultado que el 98% presentó un APGAR al minuto entre 7-10 (normal) y el 4% restante obtuvo una escala entre 4-6 (depresión moderada) y el Apgar a los cinco minutos fue adecuado entre 7-10 puntos en el 100% de la muestra.. En cuanto al peso al nacer hubo 0% de recién nacidos con extremadamente, muy bajo y moderadamente bajo peso, un 95.2% nacieron con peso normal y un 4.8% resultó macrosómico. El contacto piel a piel sí se llevó a cabo en un 91.4% del total y solo un 8.6% no tuvo contacto piel a piel. Conclusiones: La preparación psicoprofiláctica ayuda a las gestantes a tener adherencia a los controles prenatales como a realizar un trabajo de parto más tolerable, debido a que el tiempo de dilatación se aminora y los resultados neonatales expresan que el recién nacido nace en buenas condiciones.⁵

HUAMANI PAQUIYAURI S, VENTURA CÉPIDA R. "FACTORES DE RIESGO Y PERCEPCIONES QUE LIMITAN EL ACCESO Y CONTINUIDAD DE LAS GESTANTES AL PROGRAMA DE PSICOPROFILÁXIS OBSTÉTRICA. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA", AYACUCHO - PERÚ.2015. Conclusiones: De los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación y considerando los objetivos planteados se llegaron a las siguientes conclusiones: 1. El 75,1% (199) de gestantes atendidas en la atención prenatal no accedió y no continuo en el programa de Psicoprofiláxis Obstétrica y el 24.9% (66) accedió y continuo en el Programa. 2. Se cumple con el 53.1% (17 pts.) de requerimientos básicos para la atención del programa de Psicoprofiláxis Obstétrica. 3. Los factores personales que limitan el acceso y continuidad de las gestantes al programa de Psicoprofiláxis Obstétrica fue el nivel de instrucción (sin instrucción) ($p=0,009$; $RR=1,367$), el cruce de horarios ($p=0,000$; $RR=1,699$) y el nivel de conocimientos sobre Psicoprofiláxis Obstétrica ($p = 0,019$; $RR=1,196$); el factor que no limita el acceso y continuidad en el programa es la paridad ($RR=0.815$); en tanto la edad se asocia significativamente con el acceso y continuidad al servicio. 4. Entre los aspectos más relevantes encontrados en la percepción de las gestantes que no continuaron con el programa de Psicoprofiláxis Obstétrica fue el descontento con la actitud negativa del personal que brinda el programa y problemas relacionados al servicio, destacando la poca amabilidad, lenguaje no verbal autoritario; horarios que no se ajustan a los tiempos de las gestantes, espacio reducido e inadecuado y materiales insuficientes.⁶

SANTIAGO ALVARADO A, VIDAL POLO P. "FACTORES ASOCIADOS A LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN SALA DE PARTOS DE LA PARTURIENTA CON PSICOPROFILAXIS OBSTÈTRICA, LIMA - PERÚ. 2004. Conclusiones. Las parturientas con Psicoprofilaxis Obstétrica participan activamente en sala de partos , en mayor porcentaje, a comparación de aquellas que no recibieron el curso de Psicoprofilaxis Obstétrica.

Existe asociación entre la preparación en Psicoprofilaxis y la participación activa de la parturienta en la sala de partos, esta relación indica que la participación activa de la parturienta depende de la preparación en psicoprofilaxis.

El grado de participación depende de la preparación en psicoprofilaxis, es decir, tienen mayor grado de participación aquellas pacientes que han sido preparadas respecto a aquellas que no.

No existe asociación entre la edad y la participación activa de la parturienta

Existe asociación entre el estado civil y la participación activa de las parturientas en sala de partos.

Existe asociación significativamente estadística entre la ocupación y la participación activa

Existe asociación entre el riesgo social y la participación activa.

El embarazo planificado y la participación activa tienen asociación estadísticamente significativa.⁷

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

SALAS MORA F. TESIS TITULADA “APLICAR PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA EN PRIMIGESTAS AÑOSAS, PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE MANEJO, HOSPITAL DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL, DE SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013”, ECUADOR. Resume que sólo a través de una adecuada preparación Psicoprofiláctica se obtendrán músculos. Si es realizado en forma

correcta brindara a la mujer mayor seguridad, sabrá actuar, cómo respirar y además se evitará posibles traumatismos maternos y complicaciones que convierten al parto en un proceso patológico o traumático. Determinar la importancia que conlleva la realización de la Psicoprofilaxis Obstétrica del embarazo, en relación a la edad materna avanzada en su primera gestación. Sólo a través de una adecuada preparación Psicoprofiláctica se obtendrán resultados favorables mediante una oportuna educación, correcta respiración, ejercicios de relajación y la gimnasia que contribuye al fortalecimiento de los músculos. Si es realizado en forma correcta brindara a la mujer mayor seguridad, sabrá actuar, cómo respirar y además se evitará posibles traumatismos maternos y complicaciones que convierten al parto en un proceso patológico o traumático. Entre los beneficios maternos perinatales las primigestas con preparación Psicoprofiláctica tendrán una mayor asistencia a sus controles prenatales. Ingresarán a la institución de salud con un diagnóstico de trabajo de parto confirmado, presentaran parto vaginal. En cuanto al recién nacido estos no presentarán signos de sufrimiento fetal, tendrán contacto precoz piel a piel.⁸

MARTINEZ GALIANO JM TESIS TITULADA “IMPACTO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MATERNAL SOBRE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO” ESPAÑA.2012. Concluye que la valoración de la utilidad y beneficios de la educación maternal es mayor en las mujeres que participaron en el programa. Las mujeres manifestaron que durante las clases de educación maternal había que tratar temas referentes al cuidado del recién nacido, a la analgesia en el parto, a la lactancia materna, a los cuidados en el puerperio, a la legislación en materia de maternidad y a la alimentación durante el embarazo. Las mujeres estaban bastantes satisfechas con el programa de educación maternal.

La matrona es el profesional más adecuado e idóneo para llevar a cabo el programa de educación maternal por la optimización de resultados, por la valoración sobre la utilidad y beneficios que concedieron las mujeres a la educación maternal y por el alto grado de satisfacción que mostraron las mujeres con este programa.⁹

VÁSQUEZ JIMÉNEZ DF. TESIS TITULADA “FACTORES

RELACIONADOS CON LA FALTA DE CONTROL PRENATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA-LOJA” ECUADOR. 2015. Conclusión:

Los principales factores relacionados con la falta de control prenatal son: el lugar de residencia, embarazos no deseados, embarazo a temprana edad, nivel bajo de instrucción ya que la mayoría solo poseen educación primaria.

De todas las gestantes que no controlan periódicamente su embarazo, el 54% se realizan solamente de 3 a 5 controles y un 46% se realizan menos de 2 controles, así mismo la mayor parte de las pacientes estudiadas son gestantes adolescentes entre 14 y 17 años y las gestantes que se encuentran en unión libre representan un mayor porcentaje de inasistencia a los controles prenatales en relación con las gestantes solteras y casadas.

Las gestantes multíparas en conjunto representan una mayor tasa de inasistencia a los controles prenatales en relación con las primigestas, aunque ordenadas en intervalos iguales según la cantidad de gestas los resultados son directamente proporcionales (a mayor número de gestas mayor cantidad de controles), de tal manera que las pacientes primigestas siendo la mayor parte adolescentes representan un factor relacionado con la falta de control prenatal.

Dentro de los factores personales los principales motivos por los cuales no asistieron al control prenatal son: la falta de interés, por ocultar el embarazo de la sociedad en el caso de las gestantes adolescentes, y por la falta de permiso en el trabajo o centro de estudio.¹⁰

CAPITULO IV

Discusión de caso clínico

En el presente caso clínico se dio la alternativa de controlar el dolor y la actitud de la gestante a través de la aplicación de Psicoprofilaxis de Emergencia impartida por obstetra.

Dándole apoyo emocional e indicarle las técnicas de respiración que es un método muy utilizado para el control del dolor, controla el flujo de oxígeno que entra en el cuerpo y envía el aire a los músculos que están tensos ayudando a relajarlos.

Además, contribuye a que el feto reciba gran cantidad de oxígeno durante las contracciones en el trabajo de parto y sobrellevar mejor el tercer periodo del trabajo de parto.

Psicoprofilaxis de emergencia (PPO-EM).- Preparación aplicada a la gestante próximo a la fecha probable de parto, o durante el parto. Su finalidad es lograr la tranquilidad, colaboración, control emocional y participación de la gestante.

Psicoprofilaxis Obstétrica en situaciones especiales (PPO-SE): Es la preparación prenatal integral que se brinda a las gestantes cuando su gestación no cuenta con las condiciones ideales, por lo cual su preparación estará acorde a las necesidades específicas de cada madre. ¹¹

En el útero, el feto recibe oxígeno de la madre a través de la placenta y el cordón umbilical. La sangre oxigenada de la madre fluye dentro y fuera del feto a través de las venas en el cordón umbilical. En los casos en los que este flujo es impedido, el feto no recibe suficiente oxígeno para desarrollarse correctamente.

Al producirse la reducción de los intercambios entre el feto y la madre, se reduce también el aporte de oxígeno al feto y la eliminación de productos de metabolismo fetal. La retención de CO₂ (hipercapnia) produce acidosis gaseosa. Al disminuirse el aporte de oxígeno se da una disminución de la presión parcial del gas en la sangre fetal (hipoxemia fetal), entonces se presenta una hipoxia fetal cuando las células no reciben el oxígeno suficiente para mantener su metabolismo normal. Al haber hipoxia los requerimientos energéticos de las células son satisfechos por medio de un aumento del consumo de hidratos de carbonos y otras sustancias que se degradan por metabolismo anaerobio. La consecuencia de todo esto es que disminuye el consumo de oxígeno por las células y aumentan los hidrogeniones (acidosis metabólicas), produciéndose también alteraciones en la relación lactato-piruvato, a predominio del lactato. La caída del pH interfiere en el funcionamiento de las enzimas, lo que junto con el agotamiento de las reservas de glucógeno y la hipoxia van a producir alteraciones celulares que pueden hacerse irreversibles. El agotamiento del glucógeno se asocia a modificaciones del metabolismo del potasio por alteraciones

del funcionamiento enzimático, la hipoxia producirá una falla miocárdica. Posteriormente le sigue el shock que agrava las alteraciones celulares y ambos pueden causar la muerte del feto, la acidosis y la hipoxemia fetales producirán un aumento prolongado del tono simpático, traduciéndose por un aumento de la frecuencia cardíaca. Cuando la PO₂ disminuye por debajo del nivel crítico, aumenta el tono vagal y se reduce la FCF.

Los signos de sufrimiento fetal se evidencian por la auscultación del corazón fetal y la observación de la presencia de meconio en el líquido amniótico. La respiración adecuada de la madre administrando oxígeno al feto coadyuvará en producir un aumento de la presión parcial del gas en los tejidos del feto.

La gestante al realizar ejercicios respiratorios controlados asegura un buen intercambio de gases y así eliminar la acidosis que provoca dolor muscular a la madre y disminución del aporte de oxígeno al feto. Los ejercicios respiratorios aumentan la capacidad pulmonar, centran la atención durante el parto y consiguen que la madre se relaje durante las contracciones para poder focalizar mejor la actitud durante las contracciones, los ejercicios respiratorios también consiguen aumentar la segregación de endorfinas, lo que permite conseguir un bienestar para la madre y un descenso de la ansiedad.

Los beneficios de la realización de los ejercicios respiratorios son:

1. El aumento de la ventilación alveolar para mantener un intercambio de gases adecuado
2. La restitución del diafragma a su función normal como principal músculo respiratorio.
3. El restablecimiento de la respiración bien coordinada y eficiente para disminuir el esfuerzo respiratorio.¹²

En este presente caso clínico se logró a través de las técnicas de respiración evitar la hiperventilación durante las contracciones ya que esto puede determinar

hiperventilación entre las contracciones con el descenso de PO₂ materno y consiguiente daño fetal.

Las técnicas de relajación permitieron disminuir la tensión muscular y le proporciono tranquilidad a la gestante, ya que existe una percepción subjetiva de mayor control por parte de la gestante y una disminución de la ansiedad, una mayor distracción de la atención al dolor y una reducción de su percepción.

La aplicación de masaje que se utilizó permitió ayudar a relajar los músculos tensos suavizar y calmar a la gestante, se logró mejorar la relajación y reducir el dolor porque al conseguir la relajación se mejoró el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos.

Las técnicas de masaje mejoran los resultados del trabajo de parto, preparando los músculos de la pelvis, reduciendo los niveles de estrés y aumentando la confianza de la madre.

Se coordinó con la gestante para un cambio de postura para mejorar la oxigenación fetal debiendo estar la gestante en decúbito lateral izquierdo o posición Semi-Fowler, para impedir la hipoxemia fetal relacionada con la postura.

Aplicación de preparación de Psicoprofilaxis de emergencia

En el parto influyen factores psicológicos sobre el dolor; dudas, incertidumbres y temores por lo cual es importante dar información sobre ejercicios respiratorios, técnicas de relajación, posiciones adecuadas que permitirán disminuir la tensión muscular y mental.

Técnicas de respiración para una mejor oxigenación de madre y feto, punto de atención donde centrar la mente, conseguir cambiar reflejo: contracción-dolor por contracción respiración. Masajes y contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor, el efecto relajante estimula la producción de endorfinas y disminuye las hormonas del estrés, transmite interés y comprensión.

Conseguir un entorno cálido, disminuir estímulos externos que causen incomodidad a la gestante como ruido molesto, tratar de aumentar las endorfinas, la oxitocina endógena, dar seguridad, tranquilidad, privacidad, confort.

Con la Psicoprofilaxis de emergencia también se impartió educación pos parto, en cuanto a gimnasia, cuidados maternos y del Recién nacido, dando aporte de información y educación al contacto precoz y lactancia materna.

Los beneficios fisiológicos y psicológicos que brinda el contacto precoz piel a piel para la madre y el recién nacido en el postparto inmediato, entre los beneficios fisiológicos para el RN ,favorece la estabilidad respiratoria, cardiaca, la glicemia y temperatura corporal; y entre los psicológicos se favorece el periodo de reconocimiento, la autorregulación y fortalece la interacción positiva con la madre a corto y largo plazo; en relación a la madre se da beneficios fisiológicos que estimula la secreción de oxitocina con efecto sobre contracción uterina para prevenir hemorragias post parto y entre los beneficios psicológico favorece la confianza y seguridad materna para el cuidado del recién nacido.

El contacto precoz piel a piel madre-recién nacido en el postparto inmediato es un método de bajo costo y beneficioso para la madre y su recién nacido, con gran impacto positivo en la salud, favorece la confianza y seguridad materna para el cuidado del RN, produce satisfacción materna, expresión de sentimientos positivos de reciprocidad y disminución de niveles de depresión posparto.¹³

La lactancia materna exclusiva sus técnicas y beneficios que brinda, fue tema dedicado a paciente en el presentado caso clínico donde se abordó lo siguiente.

Según el MINSA, La leche materna es el alimento más favorable para el bebé, lo protege de enfermedades infecciosas, asegura su desarrollo de manera principal del sistema nervioso y del cerebro evidenciándose en un crecimiento óptimo, entre otros beneficios. También a largo plazo, potencia su capacidad de aprendizaje y rendimiento escolar.

Por lo tanto, el Ministerio de Salud considera la lactancia materna como una práctica fundamental en la nutrición infantil. Con la finalidad de contribuir al desarrollo

integral de las niñas y niños, dando énfasis a la presencia del Comité Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna, destaca la importancia de la lactancia materna exclusiva desde la primera hora de vida hasta los 6 meses, para favorecer el crecimiento y desarrollo en esta etapa de vida, es imprescindible que en adelante se acompañe la leche materna con alimentación complementaria hasta los 24 meses de edad.

Todas las mujeres pueden amamantar, que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. Por eso, la campaña Comunicacional “Somos Lecheros”, tiene el propósito de promover la lactancia materna, dirigida a la población de las zonas urbanas del país.¹⁴

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida;
- Que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua;
- Que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche;
- Que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.¹⁵

En el presente caso clínico que inicio con gestante sin control prenatal sin preparación de Psicoprofilaxis obstétrica y a quien el profesional obstetra especialista en Psicoprofilaxis le impartió apoyo emocional e información, permitió que gestante revierta lo negativo que estaba presentando en el trabajo de parto antes de la preparación de Psicoprofilaxis de emergencia y así mismo se logró alcanzar beneficios fisiológicos y psicológicos en el trabajo de parto, parto y post parto, consiguiendo los objetivos y propuestas de la aplicación de la Psicoprofilaxis obstétrica logrando el bienestar de los padres su recién nacido y el entorno familiar.

CAPITULO V

Conclusiones y Recomendaciones

CONCLUSIONES

1. Los efectos del apoyo continuo en la permanencia de una persona en este caso la obstetra especialista con la gestante durante el trabajo de parto favorece a fortalecer la seguridad en la gestante.

2. Implementar en los establecimientos de salud donde se atienden partos la programación de profesional Obstetra especialista para brindar Psicoprofilaxis Obstétrica, ya sea de emergencia o fortalecer la Psicoprofilaxis Obstétrica.
3. Contribuir a reducir la morbilidad materna y perinatal, mejorando la calidad de atención de la gestante y el recién nacido a través de la Psicoprofilaxis obstétrica.
4. El alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante como también el bienestar fetal por lo cual debe ocupar un lugar prioritario en los cuidados de la obstetra.
5. La Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia influye de manera significativa en la actitud positiva frente al trabajo de parto de las gestantes que no cuentan con su preparación.
6. Para la madre: Menor sensación dolorosa en el trabajo de parto y el parto, la adecuada respiración y relajación oxigena mejor a sus tejidos y por ende al feto.
7. Para el bebé: Disminuye la morbilidad del recién nacido, la calificación del estado de nacimiento es mejor, menos asfixia neonatal.
8. Mejor integración socio familiar.
9. Mejor respuesta de la gestante durante las contracciones uterinas, aplicando adecuadamente las técnicas de respiración relajación, y dando buena respuesta a los masajes y técnica de apoyo emocional.

RECOMENDACIONES

1. Difundir que toda gestante debe contar con su control prenatal y su preparación de Psicoprofilaxis Obstétrica respectiva, señalando los beneficios que proporciona.

2. Contar con personal obstetra para brindar atención de psicoprofilaxis obstétrica en la sala de partos, con fortalecimiento permanente de la gestante en su preparación.
3. Involucrar a todo el equipo multidisciplinario de sala de partos en las medidas adecuadas para apoyar a gestante en trabajo de parto a que perciba el interés que se merece.
4. Eliminar creencias e historias negativas de otras personas acerca del trabajo de parto y parto, buscar información correcta del profesional obstetra especializado para lograr un embarazo y parto satisfactorio conjuntamente con la armonía familiar y social.
5. La prevención debe ser prioridad así se debe visualizar el control prenatal, como la oportunidad para prevenir patologías o complicaciones durante el embarazo, además sirve como preparación para el momento del parto.
Los exámenes auxiliares realizados durante el control prenatal van ligados a detectar posibles riesgos y patologías; por lo tanto el control prenatal es considerado importante para el cuidado de la salud de la madre y del bebé.¹⁶
6. Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en el trabajo de parto; se impartirá en la misma sala de partos, La obstetra debe tener un actuar con criterio y calidad, teniendo en cuenta que esta frente a una gestante con ansiedad, temor ante el proceso que está experimentando; para lo cual debe brindar información clara y resumida sobre lo que son las contracciones uterinas el periodo de dilatación, el valor de la monitorización fetal. Se brindará opciones de diferentes posiciones antálgicas, técnicas de relajación y respiración; enseñar las técnicas de pujo, la fuerza abdominal, orientar a la gestante a mantener la concentración dirigida a este periodo. Lograr el apego del contacto precoz de la madre y el recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS

1. MINSA, Resolución Ministerial, Guía Técnica para la Psicoproflaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, Perú, 2011.dsponible en <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/rm361-2011-minsa.pdf>

2. ASPPO (Soc. Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica). Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica, 3ra Ed. Lima: ASPPO. Perú.2010. Págs. 195, 196,197
3. Tafur Rodas M. tesis titulada “Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia en la actitud frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas en el instituto nacional materno perinatal de marzo a mayo del 2015”,Perú.2015
4. Morales Alvarado SY. Estudio de investigación características de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia en el sector privado como una alternativa en su atención integral. Horiz Med 2015; 15 (1) 61-66. Perú
5. Garibay Garibay M.. Estudio de investigación beneficios de la Psicoprofilaxis en la duración del parto y condiciones del recién nacido en emergencia, Perú.2015
6. Huamani Paquiyauri S, Ventura Cépida R. "Factores de riesgo y percepciones que limitan el acceso y continuidad de las gestantes al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. Centro de Salud San Juan Bautista", Ayacucho – Perú.2015
7. Santiago Alvarado A, Vidal Polo P. "Factores asociados a la participación activa en sala de partos de la parturienta con Psicoprofilaxis Obstétrica, Lima - Perú.2004.
8. Salas Mora F. tesis titulada “Aplicar Psicoprofilaxis Obstétrica en primigestas añosas, propuesta de un protocolo de manejo, hospital Dra. Matilde hidalgo, de septiembre 2012 a febrero 2013”, Ecuador. 2013
9. Martínez Galiano JM. Tesis titulada “Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido” España. 2012.
- 10.Vásquez Jiménez D. tesis titulada “Factores relacionados con la falta de control prenatal en pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia del hospital Isidro Ayora-Loja” Ecuador.2015.

11. Morales Alvarado SI, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Horizonte Médico. Vol.14 N°.4 Perú.2014
12. https://med.unne.edu.ar/revista/revista112/suf_fet_agu.htm
13. <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/viewFile/1435/1171>
14. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/lactancia/index.as>
15. http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
16. Aguirre Espinoza, Carmen .Bases Científicas de la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Perú. 2012. págs. 10-19

ANEXOS

Psicoprofilaxis post parto





