



Universidad Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS BENEFICIOS MATERNOS Y
PERINATALES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO DE PACIENTES
QUE ACUDIERON Y NO ACUDIERON AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE, JULIO-DICIEMBRE, LIMA;2017”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN OBSTETRICIA

Presentado por:

Bachiller:

SAAVEDRA ESPINOZA, WENDY YESENIA; YAURIS OCROSPOMA, CAROL REYNA

LIMA – PERÚ

2018

Dedicatoria

Dedicamos nuestro trabajo de investigación a Dios por habernos dado la vida y permitirnos llegar hasta este momento muy importante para nuestra formación académica. A nuestros padres por el apoyo incondicional que nos brindan, por sus buenos consejos, su motivación constante que nos permitió seguir adelante y sobre todo por su amor.

Asesora de tesis

Mg. Leticia Gloria Marín Guevara

Jurado

Presidente: Dra. Sabrina Ynés Morales Alvarado

Secretario: Lic. Vanessa Valdivieso Oliva

Vocal: Mg. Celia María Lazo León

ÍNDICE

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1.1. Planteamiento del problema | 01 |
| 1.2. Formulación del problema | 03 |
| 1.3. Justificación..... | 03 |
| 1.4. Objetivo | |
| 1.4.1. General..... | 04 |
| 1.4.2. Específicos | 05 |

2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

| | |
|------------------------------------|----|
| 2.1. Antecedentes | 06 |
| 2.2. Base teórica | 12 |
| 2.3. Terminología básica | 25 |
| 2.4. Hipótesis..... | 26 |
| 2.5. Variables e indicadores | 26 |

3. CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

| | |
|---|----|
| 3.1. Tipo y nivel de Investigación..... | 29 |
| 3.2. Población y muestra | 30 |
| 3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 30 |
| 3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico..... | 31 |
| 3.5. Aspectos éticos | 31 |

4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

| | |
|-----------------------|----|
| 4.1. Resultados | 32 |
| 4.2. Discusión..... | 42 |

5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|---------------------------|----|
| 5.1. Conclusiones..... | 50 |
| 5.3. Recomendaciones..... | 51 |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla N° 1: “Factores sociodemográficos de la población de estudio” | 32 |
| Tabla N°2: “Características obstétricas de la población de estudio” | 34 |
| Tabla N°3: “Beneficios maternos de la Psicoprofilaxis Obstétrica de la población de estudio” | 36 |
| Tabla N°4: “Beneficios perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica de la población de estudio” | 40 |

ÍNDICE DE GRAFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico N°1 Edad de la población de estudio | 33 |
| Gráfico N°2: Edad gestacional al momento del parto de la población de estudio | 35 |
| Gráfico N°3: Duración del primer periodo del trabajo de parto de la población de estudio | 38 |
| Gráfico N°4: Duración del segundo periodo del trabajo de parto de la población de estudio | 38 |
| Gráfico N°5: Duración del tercer periodo del trabajo de parto de la población de estudio | 39 |
| Gráfico N°6: Lesión perineal, vaginal o de cérvix de la población de estudio | 39 |
| Gráfico N°7: Tipo de lesión perineal, vaginal o de cérvix de la población de estudio | 39 |
| Gráfico N° 8: Puntuación Apgar al minuto del recién nacido de la población de estudio | 41 |

RESUMEN

OBJETIVO: Comparar los beneficios maternos y perinatales durante el trabajo de parto de pacientes que acudieron y no acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Julio-diciembre, Lima, 2017.

METODOLOGÍA: Estudio de tipo descriptivo, comparativo, retrospectivo y de corte transversal, en el cual se revisaron 60 historias clínicas entre ellas 30 pacientes que acudieron y 30 pacientes que no acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

RESULTADOS: El 100% de las pacientes con Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) tuvieron > de 6 controles, mientras que el 53% de las pacientes sin PPO tuvieron < 6 controles; el 83% y 43% de las pacientes con PPO y sin PPO respectivamente tuvieron una edad gestacional de 39 semanas; la frecuencia de contracciones al momento del ingreso al hospital fue el de 3 contracciones en 10 minutos con un 97% en pacientes con PPO, en cambio el 7% de pacientes sin PPO presentaron 3 contracciones en 10 minutos; el tipo de parto fue vaginal para ambas poblaciones; la duración del primer periodo del trabajo de parto fue de 8 -14 horas con 97% en pacientes con PPO, en cambio el 43% de las pacientes sin PPO tuvieron una duración de >15 horas, la duración del segundo periodo de trabajo de parto fue de 15 – 30 minutos con 97% en pacientes con PPO, en cambio el 50% de las pacientes sin PPO tuvieron una duración > 30 minutos, la duración del tercer periodo de trabajo de parto el 97% de las pacientes con PPO tuvieron <15 minutos, mientras que el 33% de las pacientes sin PPO tuvieron 15 - 30 minutos.

CONCLUSION: Existen beneficios maternos y perinatales en las pacientes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica en relación con las pacientes que no recibieron preparación.

PALABRAS CLAVES: **Psicoprofilaxis Obstétrica, beneficios, perinatales, obstétricos.**

SUMMARY

OBJECTIVE: To compare the maternal and perinatal benefits during labor of patients who attended and did not attend the Obstetric Psychoprophylaxis program of the Hipólito Unanue National Hospital, July-December, Lima, 2017.

METHODOLOGY: A descriptive, comparative, retrospective and cross-sectional study in which 60 clinical histories were reviewed, among them 30 patients who attended and 30 patients who did not attend the Obstetric Psychoprophylaxis program.

RESULTS: 100% of the patients with Obstetric Psychoprophylaxis (PPO) had > 6 controls, while 53% of the patients without PPO had <6 controls; 83% and 43% of the patients with PPO and without PPO respectively had a gestational age of 39 weeks; the frequency of contractions at the time of admission to hospital was 3 contractions in 10 minutes with 97% in patients with PPO, whereas 7% of patients without PPO had 3 contractions in 10 minutes; the type of delivery was vaginal for both populations; the duration of the first period of labor was 8 -14 hours with 97% in patients with PPO, while 43% of the patients without PPO had a duration of > 15 hours, the duration of the second period of labor it was 15-30 minutes with 97% in patients with PPO, whereas 50% of the patients without PPO had a duration > 30 minutes, the duration of the third labor period 97% of the patients with PPO had < 15 minutes, while 33% of the patients without PPO had 15 - 30 minutes.

CONCLUSION: There are maternal and perinatal benefits in patients who received Obstetric Psychoprophylaxis in relation to patients who did not receive preparation.

KEY WORDS: Psycho-prophylaxis Obstetric, benefits, perinatal, obstetric.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.

1.1. Planteamiento del problema

La Psicoprofilaxis Obstétrica según el Ministerio de Salud (MINSA) es definida como un proceso educativo para la preparación integral de la gestante que le permite desarrollar comportamientos saludables para optar por una actitud positiva frente a la gestación, parto y puerperio, convirtiendo estos procesos en una experiencia feliz y saludable, ya que contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y post natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor.⁽¹⁾

En este sentido hay muchas mujeres que sienten algún tipo de temor, en mayor o menor medida al ver que se acerca el momento del parto. Uno de los mayores temores es el no saber a qué se enfrentan, el desconocimiento de una experiencia que nunca ha vivido.⁽²⁾

El miedo y dolor al parto, las mujeres lo llevan inculcado porque está dentro de nuestra cultura. Ese ancestral mandato bíblico de “parirás con dolor”, puede generar un auténtico terror a lo que se pueda sufrir en el momento del parto, por ello es importante conocer que todos estos miedos y temores pueden ser trabajados antes del parto para así poder controlarlos.⁽²⁾

Por esa razón la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que toda gestante debe participar en los cursos talleres de Psicoprofilaxis Obstétrica por los beneficios positivos que tiene y porque disminuye la morbilidad materno- perinatal.⁽³⁾

Al nivel mundial los países tecnológicamente desarrollados rápidamente pusieron en práctica la preparación psicofísica del parto ya sea siguiendo, los planteamientos de la Escuela Francesa, Soviética o la Escuela Inglesa. Es así que, en 1951, los Drs. Thoms y Kanlovsky, realizaron un estudio de 2000 partos de primíparas que recibieron preparación psicofísica bajo la influencia de la Escuela Inglesa, en el hospital Comunitario “Grace New-Heaven”, como resultados se encontró un número reducido de recién nacidos deprimidos, trabajos de partos breves, menos partos quirúrgicos, menores pérdida de sangre y, por último, madres más felices.⁽⁴⁾

En 1956 Aguirre de Cárcer introduce el concepto de Psicoprofilaxis Obstétrica en España, sistematizando la educación maternal, siendo su principal objetivo el que la

mujer llegue psicológicamente preparada al parto, en 1957 el porcentaje de mujeres gestantes que utilizaban este tipo de prácticas era superior al 6-7%. ⁽⁵⁾

A nivel de Latinoamérica En Ecuador, la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, ya cuenta con algunas experiencias exitosas, como en el Hospital Cayambe (Quito), donde desde el 2011, se brinda talleres de preparación prenatal integral, lo que nace de la necesidad de ofertar un servicio con calidad, además de reducir el temor de las madres con respecto al proceso de parto, entre otros beneficios; donde la meta es que haya un incremento hasta el 2020 del 65% de gestantes que asistan a las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica. ⁽⁶⁾

Uno de los países precursores en estudios sobre la Psicoprofilaxis Obstétrica en gestante es el Perú, ya que se realizaron distintas investigaciones en Hospitales conocidos como el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Hospital de Apoyo José Alfredo Mendoza Olavarria de Tumbes, Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, etc. Donde se pudo determinar la importancia que tiene la Psicoprofilaxis Obstétrica, ya que favorece la seguridad, confianza, autonomía materna durante el proceso de gestación y parto, donde se evidenció las técnicas aprendidas durante las clases de Psicoprofilaxis Obstétrica como la respiración. ^(5,21)

El programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Hospital Hipólito Unanue lleva funcionando desde hace 13 años de manera gratuita para las madres gestantes. En el 2017 al fin de contribuir a mejorar la salud emocional de la gestante al momento del parto, el Hospital Nacional Hipólito Unanue se sumó a la modalidad de Parto Humanizado con el servicio de Parto con Acompañante, ya que, al promover la participación activa de la pareja durante la labor de parto, las gestantes adquieren mayor seguridad y confianza. Para lo cual la gestante con su acompañante tiene que acudir a las seis sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, para que empiecen una adecuada preparación. ⁽⁸⁾

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2017 hubo una atención de 1710 pacientes que recibieron al menos una sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica. ⁽⁹⁾

Por lo expuesto en párrafos arriba consideramos importante realizar la investigación titulada: “Estudio comparativo de los beneficios maternos y perinatales durante el trabajo de parto de pacientes que acudieron y no acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Julio-Diciembre, Lima; 2017”

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los beneficios maternos y perinatales durante el trabajo de parto de pacientes que acudieron y no acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue?

1.3. Justificación.

Considerando que la preparación de Psicoprofilaxis Obstétrica brinda a la gestante conocimientos teóricos sobre los cambios propios de la gestación, parto y puerperio, así como brinda pautas en la preparación física mediante las técnicas de relajación, respiración y una gimnasia adecuada que fortalece los músculos que intervienen en el canal del parto; proporcionando cambios de actitud y hábitos saludables en la madre; disminuye durante la gestación el proceso del trabajo de parto con la vigilancia y evaluación integral, con la finalidad de conseguir un recién nacido sano sin deterioro de la salud de la madre, y a pesar de que los beneficios del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica están confirmados, no todas las gestantes lo contemplan como una necesidad prioritaria debido a que existen una serie de factores relacionados con la asistencia o no a dicho programa lo cual influye de gran manera en la percepción de la gestación, proceso del parto y puerperio.^(2,6)

Razón por la cual pretendemos comparar los beneficios de pacientes que acudieron y no acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, para educar a nuestras gestantes durante la gestación, trabajo de parto, puerperio y el recién nacido.

Cabe resaltar que nosotras como profesionales de la carrera de Obstetricia estamos capacitadas para brindar, educar e instruir a nuestras gestantes sobre los beneficios maternos y perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica ya que es una herramienta de atención integral y tiene impacto en las madres gestante y sus bebés, para que así ellas conozcan y entienda aspectos relacionados con su jornada obstétrica, lo cual la ayuda a tener tranquilidad y seguridad, empoderándola sobre los cuidados de salud y generando en ella una cultura de prevención.⁽⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud recomienda la Psicoprofilaxis Obstétrica por sus efectos positivos y beneficiosos, en el campo toco-fisio-psicoterapéutico, que incluye una preparación integral con ejercicios gestacionales encaminados a mejorar el estado corporal y mental; ya que constituye una de las líneas más trascendentes de servicio integral a las madres gestantes, que permite la gran alternativa de mejorar las

condiciones en su calidad de atención; esto permitirá la implementación de un personal capacitado, acreditado e identificado con el método, permitiendo objetivar mejor estas ventajas y descubrir nuevas, tal como ha sucedido en diferentes países. ⁽⁷⁾

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue actualmente existe el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica, a cargo de una profesional Obstetra, es un área exclusiva e implementada adecuadamente que brinda atención gratuita a gestantes que se atienden en el Hospital Hipólito Unanue y alrededores. Actualmente se ha implementado el parto con acompañante y el único requisito es una adecuada preparación desde la gestación a través de seis sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica. Finalmente, la pareja, o cualquier familiar que ella elija, será certificado y podrá estar presente y capacitado al momento del nacimiento, brindándole el soporte emocional y el aliento que ella necesita. ⁽⁸⁾

A pesar que el servicio es gratuito, no es aprovechado por la población; se debería promover más la publicidad del programa, brindando información sobre los beneficios del mismo en cada consulta Obstétrica e incentivar a su asistencia.

Así tendríamos a gestantes preparadas e informadas, para evitar revisiones innecesarias, ahorrar en los recursos hospitalarios, una mejor actitud y aptitud de todos, confianza en ellas mismas, ahorro de tiempo y priorizar atenciones. ⁽⁷⁾

Por todo lo expuesto es que se brinda la preparación psicoprofiláctica como prevención en el área de salud, porque mediante esta preparación podremos hacer que las gestantes durante el parto puedan deshacerse de sus temores y actitudes nocivas frente al parto.

1.4. Objetivos.

1.4.1. General.

Comparar los beneficios maternos y perinatales durante el trabajo de parto de pacientes que acudieron y no acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Julio- Diciembre, Lima, 2017.

1.4.2. Específicos

1. Identificar los factores sociodemográficos de pacientes que acudieron y no acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
2. Identificar las características obstétricas de pacientes que acudieron y no acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
3. Identificar los beneficios maternos de pacientes que acudieron y no acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
4. Identificar los beneficios perinatales de pacientes que acudieron y no acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacional

Regalado, J., (Ecuador 2017) en su investigación “La psicoprofilaxis durante la gestación para mejorar el proceso y los resultados del trabajo de parto y de las condiciones del recién nacido: Estudio comparativo en tres centros de salud: Augusto Egas, Los Rosales, y La Concordia, de la provincia de Santo Domingo de Llos Tsachilas, durante el periodo 2015”. Objetivo: Analizar los efectos de la psicoprofilaxis en el proceso y resultado de trabajo de parto y su influencia en el estado general del recién nacido en tres centros de salud. Material y método: se aplicó un estudio de cohorte retrospectivo o histórico, de corte transversal donde se seleccionaron dos grupos de mujeres embarazadas expuestas y no expuestas. Resultados: Se demostraron que las mujeres que asistieron completamente a las prácticas de la psicoprofilaxis en los diferentes centros de salud donde se llevó a cabo la investigación, no tuvieron ningún inconveniente durante el proceso del trabajo de parto, disminuyendo el riesgo de tener una fase latente y activa prolongada, así como un periodo de expulsión retardado, puesto que la exposición, en todos los casos resultó ser de protección. También demostró disminución en el riesgo de desgarros perineales. Conclusión: La psicoprofilaxis en la gestación, ofrece muchos beneficios a la gestante durante el trabajo de parto, puesto que aquellas que asistieron completamente a la práctica Psicoprofiláctica en los Centros de Salud Augusto Egas y Los Rosales, no tuvieron ningún tipo de complicación durante el parto.⁽¹⁰⁾

Gonzales,D.(Huelva –España 2017) En su investigación “Satisfacción de gestantes y acompañantes en relación con el Programa de Educación Maternal en Atención Primaria” tuvo como objetivo: Analizar la satisfacción percibida por las gestantes y sus acompañantes en relación con el contenido de las sesiones del Programa de Educación Maternal y su utilidad respecto al proceso de gestación, parto y crianza. Material y método: Estudio observacional, descriptivo, transversal y ampliado con metodología cualitativa, realizado en el Centro de Salud de Lepe (Huelva). Se efectuó un análisis estadístico con el programa SPSS y un análisis cualitativo con MaxQda 10. Resultados: Participaron 378 gestantes y 82 acompañantes. Según el análisis cuantitativo, el 77,5% de las mujeres y el 70,7% de los acompañantes mostraron un nivel de satisfacción muy alto. El análisis cualitativo corroboró los altos resultados

obtenidos en satisfacción. Conclusión: El Programa de Educación Maternal fue percibido por las usuarias y los usuarios como muy satisfactorio y afirmaron que respondía a sus necesidades. Entre las áreas de mejora se destacó la demanda de un mayor número de sesiones y un aumento de los contenidos de las mismas, así como una mejor adecuación del lugar donde se impartían las sesiones y los recursos utilizados, y la coordinación entre los niveles de atención especializada y primaria. ⁽¹¹⁾

Mendez, M., (Guatemala 2015) en su investigación: "Psicoprofilaxis y Complicaciones en el trabajo de parto" tuvo como objetivo: Establecer si existe una relación estadísticamente significativa entre la psicoprofilaxis y las complicaciones del trabajo de parto. Material y método: La presente investigación corresponde al tipo descriptivo correlacional, se desarrolló con un grupo de mujeres que recibieron el curso de psicoprofilaxis en el Centro de preparación Psicoprofiláctica de Aída de Mazariegos de la cabecera de Quetzaltenango, tomándose como muestra un universo de 32 mujeres, Resultados: el 12.50% tenían sobrepeso y se dieron tres casos en los cuales las mujeres habían sufrido de preclamsia, hipertensión y anemia, los cuales a cada una le corresponde un 3.13% dentro del porcentaje etc. Conclusión: En el estudio se demostró que la relajación, respiración, control mental, pujo y posturas facilitadoras fueron útiles en la resolución de un parto normal y para la mayoría de las mujeres de este estudio sin complicaciones ⁽¹²⁾

Chable, G. A. y Garcia, E. (México 2014) en su investigación: "Ventajas de la psicoprofilaxis perinatal" tuvo como objetivo: Identificar las ventajas durante el trabajo de parto que obtienen las gestantes que participaron en el programa de Psicoprofilaxis Perinatal en comparación de las que no participaron. Métodos: Estudio descriptivo comparativo representativo, en una muestra por conveniencia de 294 pacientes gestantes en trabajo de parto, formando dos grupos las que participaron en el curso de Psicoprofilaxis Perinatal y las que no participaron. Resultados: De 254 gestantes que se estudiaron 56 (22%) participaron en el curso de Psicoprofilaxis Perinatal y 198 (78%) no participaron. El motivo principal por el que no asistieron al curso es porque no se enteraron. El total de pacientes con curso aplicaron técnicas no farmacológicas. Las variables control del dolor, temor y grado de conocimientos resultaron con diferencia significativa con ventaja hacia las mujeres con curso y en cuanto a las variables de analgesia obstétrica, cesáreas y tiempo de trabajo de parto no resultaron con diferencia significativa Conclusión: Las mujeres que realizan el curso de Psicoprofilaxis perinatal participan en forma activa durante el trabajo de parto, controlan el temor, dolor, aplican las técnicas no farmacológicas logrando con esto

acortar el tiempo de trabajo de parto y obtienen conocimientos acerca del proceso del trabajo de parto.⁽¹³⁾

Ortiz, C., Martin, Y. (España 2014) en su investigación: “Influencia de la educación maternal en el gestación, parto, puerperio y salud neonatal” tuvo como objetivo: Analizar cuál es el efecto que producen los actuales programas de educación maternal o preparación al parto proporcionados. Material y métodos: En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica con el objeto de conocer las características de los programas de Educación Maternal actuales, así como el impacto que éstos ejercen sobre las gestantes, sus parejas y el recién nacido. Dicha revisión aporta los siguientes datos: A) Los programas se han ido adaptando a las demandas de la población, B) El perfil de las embarazadas que no acuden sería el que más se beneficiaría por asistir, C) Los beneficios aportados no son concluyentes en el reconocimiento del inicio del parto, el dolor y utilización de analgesia, el miedo y ansiedad, el tipo de parto y duración, y los parámetros del neonato; sí tienen efecto positivo con relación a la satisfacción materna con el proceso, el inicio y mantenimiento de la lactancia materna y el cuidado del suelo pélvico. Finalmente, se sugiere explorar aspectos escasamente abordados, tales como aspectos vivenciales tanto en la madre como en su pareja, o cambios de hábitos y su mantenimiento, tras la participación en un programa de EM. ⁽¹⁴⁾

2.1.2. Nacional

Poma,R. Muñoz,K. (Huancayo - Perú 2016) En su investigación: “Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes durante el trabajo de parto y en el recién nacido que acuden al programa de psicoprofilaxis en el Centro de Salud de Chupaca de Julio a Diciembre 2015” tuvo como objetivo; determinar tuvo como objetivo determinar los beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes durante el trabajo de parto y en el recién nacido que acuden al programa de psicoprofilaxis. Materiales y métodos Es un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Resultados: En el C.S. Pedro Sánchez Meza, con una Adecuada asistencia de las gestantes un 61,5% a las sesiones de Psicoprofilaxis, con un tiempo menor de 8 horas de duración del periodo de dilatación en un 72.4% en nulíparas, menor de 6 horas 94.4% en multíparas, con tiempo de periodo expulsivo menor de 20 minutos en un 83.3% en multíparas, y un tiempo menor 60 minutos en nulíparas en 100%, Mas partos eutócicos en el 89.2% de las gestantes, el tipo de parto que se encontró es el parto eutócicos en 80.6%, menor índice de sufrimiento fetal en el 95.4%, Apgar al minuto y a los 5 normal en el 100%, y contacto piel a piel (madre - hijo) en un 100%.

Conclusión: Si existen beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en las gestantes durante el trabajo de parto y en el recién nacido en el C.S. de Chupaca. ⁽¹⁵⁾

Zorrilla, G. (Lima- Perú 2016) En su investigación: “Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto (fase activa) y el recién nacido en el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto de San Juan de Miraflores. Junio – Julio 2015” tuvo como objetivo: Determina los beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido en el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto de San Juan de Miraflores. Materiales y métodos: Universo constituido por 200 gestantes atendidas y controladas; muestra fue de 53 gestantes que recibieron y no recibieron preparación en Psicoprofilaxis Obstétrica. Muestreo No probabilístico por conveniencia. Se usó χ^2 . Resultados: La dilatación en primíparas con preparación en psicoprofilaxis fue < 8 horas (82.4%) vs las que no llevaron preparación psicoprofiláctica (62.4%), que fue en un promedio de 8 a 12 horas. La duración en multíparas fue < 6 horas 89.5% vs a las multíparas sin preparación 42.9%. La duración del período expulsivo en primíparas fue < 50 min (88.2%), vs las no preparadas 13.6%, en las multíparas fue < 20 min 94.7% vs 38.1 en las no preparadas. El 100% de los recién nacidos de las primíparas con preparación en psicoprofilaxis tuvieron una valoración del test de Apgar de 8 a 10 al primer y quinto min. de vida vs 62.5% de los recién nacidos de las primíparas sin preparación. El 100% de los recién nacidos de las multíparas con preparación tuvieron una valoración del test de Apgar de 8 a 10 al primer y quinto min. vs 61.9% de los recién nacidos de las sin preparación tuvieron una valoración del test de Apgar de 7. Conclusión: Según la prueba de análisis de χ^2 la preparación psicoprofiláctica a las gestantes beneficia positivamente durante el proceso de trabajo de parto y al recién nacido a diferencia de las no preparadas. ⁽¹⁶⁾

Morales, S. (Lima- Perú 2015). En su investigación: “Características de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en el sector privado como una alternativa en su atención integral”, que tuvo como objetivo: El conocer las características de un grupo de gestantes del sub sector privado que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencias entre Julio 2012 y Junio 2014, asimismo conocer las razones por las que no se realizaron su preparación prenatal integral oportunamente, es decir, entre el quinto y séptimo mes, de acuerdo a las recomendaciones técnicas generales. Materiales y Métodos: fue un estudio observacional, descriptivo y transversal. Resultados: el grado de instrucción se distribuyó en: 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 Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencias, por sentirse más tranquilas y seguras de cómo llegar y colaborar en su parto. Conclusión: La Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencias es una oportunidad beneficiosa para las gestantes que no pudieron realizar Psicoprofilaxis Obstétrica 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. ⁽¹⁷⁾

Zurita, M. (Lima- Perú 2015) En su investigación: “Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido en el Hospital Vitarte, 2015” tuvo como objetivo: 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, febrero 2015. Material y métodos: Fue un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Principales Resultados: el 63.4% son 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 y el 73.2% de gestantes tuvo un tipo de parto eutócico. Conclusión: no se obtuvo beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido, debido a que el estudio fue un estudio que tuvo ciertos criterios de inclusión limitados a lo normal. ⁽¹⁸⁾

López, G. (Chancay- Perú 2014) En su investigación: “Psicoprofilaxis Obstétrica y Beneficios Maternos Perinatales en gestantes Primigestas atendidas en el Hospital Chancay 2014” tuvo como objetivo determinar la relación entre la Psicoprofilaxis Obstétrica y los beneficios maternos perinatales en gestantes Primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014. Materiales y Métodos: estudio de nivel correlacional, tipo observacional, transversal, prospectivo y analítico, el diseño de investigación utilizado fue el de no experimental y correlacional. El procesamiento estadístico de los datos se realizó usando el paquete estadístico SPSS en su versión 21. Resultados: Se comprobó que las gestantes recibieron una adecuada Psicoprofilaxis Obstétrica, representando por un 92,1%, asimismo el beneficio obtenido al recibir la Psicoprofilaxis Obstétrica durante el parto y después del parto es alto, representado

por un 80,3% y un 96,1% respectivamente. Como la significancia bilateral (p) es 0,002 se rechaza la hipótesis nula en vista que $p \leq 0,05$ para cualquier nivel las dos variables son significativamente dependientes. Conclusión: Se puede decir que existe relación entre la Psicoprofilaxis Obstétrica y los beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014. Además, se observa que la correlación entre estas dos variables es significativa. ⁽¹⁹⁾

Llave, E. (Lima- Perú 2014) En su investigación titulada: “Resultados Materno Perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de Psicoprofilaxis Obstétrica en el INMP durante el año 2013” tuvo como objetivo comparar los resultados materno-perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de Psicoprofilaxis Obstétrica atendidas en el INMP durante el año 2013. Materiales y métodos: fue un estudio de tipo observacional, descriptivo- comparativo, retrospectivo, de corte transversal. Resultados: La edad promedio de las usuarias fue de 27.29 años, con grado de instrucción secundaria (65.7%). El 66.2% de las participantes asistió a seis sesiones y el 33.8% asistió a menos de tres sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica. El 72% de las pacientes que participaron de 6 sesiones de Psicoprofilaxis y el 78.5% con menos de tres sesiones, tuvieron un parto vaginal. La mayor proporción de pacientes con seis y menos de tres sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica tuvieron un inicio de trabajo de parto espontáneo (70.8% y 64.4% respectivamente). A la mayoría de las participantes de seis sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica (58.8%) y menos de tres sesiones (59.2%) se les realizó episiotomía. Conclusión: El inicio de trabajo de parto espontáneo, el parto vaginal, la duración del periodo de dilatación y del expulsivo fueron similares en las usuarias que completaron las seis sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y las que participaron en menos de tres sesiones; sin embargo, la duración del periodo de alumbramiento fue menor en el grupo que participó de las seis sesiones. ⁽²⁰⁾

Reyes. (Lima – Perú 2004) En su investigación: “Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios maternos – perinatales en Primigestas atendidas en el Instituto especializado Materno Perinatal. Enero – Diciembre 2002”, tuvo como objetivo: Estudiar la Relación que existe entre los Beneficios Materno – Perinatales de las Primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal y la Psicoprofilaxis Obstétrica. Material y Métodos: Analítico, retrospectivo, comparativo, correlacional, Se evaluaron 90 historias clínicas de primigestas de bajo riesgo obstétrico, 45 historias clínicas pertenecientes a gestantes con preparación psicoprofiláctica y 45 historias clínicas de gestantes que no la recibieron. Se realizó una evaluación cualitativa y cuantitativamente de 27 variables. Resultados: 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. Conclusión: La Psicoprofilaxis Obstétrica brinda beneficios estadísticamente significativos a la madre y a su recién nacido.⁽²¹⁾

Morales. (Lima – Perú 1989) En su investigación: “Ventajas de la Psicoprofilaxis en el Manejo de la Gestantes en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”, tuvo como objetivo: Evaluar y demostrar que la preparación psicoprofiláctica ofrece una serie de ventajas a la gestante, y al producto, teniendo a la preparación psíquica y adiestramiento físico, como puntos fundamentales. Material y Métodos: Se realizó un estudio comparativo doble, prospectivo, en pacientes gestantes. Se utilizó un total de 100 pacientes, y se dividieron en dos grupos, el método estadístico utilizado fue chi cuadrado. Resultados: 34% de las gestantes preparadas presentaron de 10 a 14 horas durante el primer periodo de parto y de las no preparadas duro de 10 a 14 horas con 36%, 46% de pacientes preparadas presento menos de 15 minutos la duración del periodo expulsivo, mientras que las pacientes preparadas duro de 15 a 30 minutos con un 44%. Conclusión: Resultó evidente el significado estadístico, lo cual demuestra la efectividad y las diferentes ventajas que ofrece la psicoprofilaxis obstétrica en el manejo de las gestantes.⁽²²⁾

2.2. Base teórica

2.2.1. Definición.

La Psicoprofilaxis Obstétrica es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre. La Psicoprofilaxis Obstétrica debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética; ya que también disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal.⁽²³⁾

Motivo por el cual se han reorientado los objetivos de los Programas de Psicoprofilaxis Obstétrica, de acorde al nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) que tiene como centro a la persona en todas sus dimensiones: biológicas, físicas, social, espirituales y psicologías; hoy la Psicoprofilaxis Obstétrica es el conjunto de

actividades, métodos y técnicas ligadas a brindar atención integral a la mujer durante todo el proceso de gestación, parto y puerperio, con participación del padre y la familia. (20,23)

2.2.2. Historia de la Psicoprofilaxis Obstétrica.

En las sociedades primitivas las mujeres gestantes daban a luz solas o eran ayudadas por las ancianas de la tribu. En la medicina griega las comadronas organizadas por Hipócrates eran las encargadas de atender a las mujeres en los partos. Esta situación se mantiene hasta que en los siglos XVII y XVIII; son los médicos los que empiezan a hacerlo, aunque, en general, a mujeres pertenecientes a las clases sociales acomodadas. (1)

El nacimiento de la Psicoprofilaxis Obstétrica tiene lugar en plena euforia de la anestesia, pero su surgimiento no obedece solamente a los adelantos científicos y técnicos en la atención al parto, sino que en la introducción de estas técnicas son fundamentales algunos cambios. (1)

El protagonismo del bebé y poniendo de manifiesto su derecho a ser protegido.

En síntesis, las primeras escuelas se centran sólo en el parto y buscan como objetivo la disminución del dolor, que explican cada una de una manera diferente, el temor, el condicionamiento de la mujer, los factores socioculturales, etc. Con el desarrollo de la Psicoprofilaxis Obstétrica sus objetivos y métodos han ido variando, descentrándose del momento del parto y de la supresión del dolor, buscando planteamientos más amplios en relación a la mujer, al niño y a la pareja. (1,4,23)

2.2.3. Bases doctrinarias de la Psicoprofilaxis Obstétrica

2.2.3.1. Escuela Inglesa:

La Escuela Inglesa tuvo como principal representante al médico inglés Grantly Dick Read, quien fue considerado como el verdadero precursor de la Psicoprofilaxis Obstétrica. Llegó a la conclusión que el MIEDO es un factor decisivo en la sensación dolorosa en el parto y la mujer solo podría liberarse mediante una preparación previa y una asistencia adecuada (Técnico y psicológico). (4,23)

Grantly Dick Read describió dos tipos de dolor durante el parto, cada uno de ellos de origen diferente y con particular forma de tratamiento:

- El primero, producto de las anormalidades dinámicas del parto, es el dolor primario o verdadero.

- El segundo, relativamente común, consecuencia del miedo que ocasiona tensión y, ésta, dolor, el cual puede ser evitado. ⁽⁴⁾

2.2.3.2. Triangulo Temor-Tensión-Dolor (T-T-D)

Este esquema de T-T-D, es un círculo vicioso originado por el Temor, seguida de la Tensión y esta se expresa orgánicamente en forma de dolor.

El TEMOR, surge ante una situación de peligro o dolor TENSIÓN, el organismo reacciona de diferentes maneras ante el peligro, y una de ellas es el aumento de Tensión tanto psíquica como física. ^(4,23)

El temor origina tensión muscular y psíquica, la tensión produce disminución del umbral de percepción del dolor haciendo que los estímulos no dolorígenos se identifiquen como dolorosos y que los estímulos dolorígenos se hagan más evidentes. De esta manera la sensación dolorosa se magnifica, el dolor magnificado causa mayor temor y consecuentemente mayor tensión, cerrándose así una espiral o círculo vicioso, con intensidad dolorosa cada vez mayor. ⁽²³⁾

Mediante el círculo vicioso T-T-D, Grantly Dick Read explicaba los cambios que ocurren en la mujer al inicio del parto y basándose en ellos intenta anular las influencias negativas de los tres componentes, asegurándose que el TEMOR AL PARTO se puede combatir por medio de la educación, del conocimiento, comprensión de los cambios que ocurren en el organismo de la mujer en el gestación, parto, puerperio, lo que va a facilitar en la gestante que el parto no sea un fenómeno desconocido. ^(4,23)

2.2.3.3. Escuela Soviética: Platonov, Velvovsky, Nicolaiev

Este método conocido también con el nombre de "parto sin dolor", nació en la Unión Soviética y se basa en los principios de la fisiología de Pavlov y en la teoría de los Reflejos Condicionados. En 1947, el neuropsiquiatra ruso Velvovsky y el obstetra Nicolaiev emplearon por primera vez una técnica de atención del parto a la que denominaron "Método psicoterapéutico de analgesia en el parto". ^(4,23)

Existen dos tipos de reflejos:

- Los reflejos incondicionados: Tiene como características ser innato, es decir la persona nace con él; de transmisión filogenética (propio de la especie); inconsciente; no requiere aprendizaje; no desaparece espontáneamente. ^(4,23)

- Los reflejos condicionados: Son Automáticos, adquiridos. ^(4,23)

2.2.3.4. Escuela Francesa

La Escuela Francesa tuvo como principal representante a Fernand Lamaze, quien fue un obstetra francés, más famoso como el divulgador de la Psicoprofilaxis Obstétrica, un método de preparación para el parto y el manejo del dolor que ha llegado a llevar su nombre (La técnica Lamaze) Tuvo como postulado: "Parto sin dolor por el medio psicoprofiláctico en base a la Educación neuromuscular".⁽⁴⁾

Sobre la base de la teoría de la respuesta condicionada de Ivan Pavlov, Psicoprofilaxis se esforzó para eliminar el dolor del parto a través de la educación sobre el proceso fisiológico del parto y el nacimiento, a través de la respuesta de relajación entrenado a las contracciones uterinas, y por medio de la respiración con dibujos destinados tanto para aumentar la oxigenación e interferir con él la transmisión de señales de dolor desde el útero hasta la corteza cerebral. Lamaze quedó tan impresionado por lo que vio que después de su regreso a Francia, dedicó el resto de su vida a promover la Psicoprofilaxis Obstétrica. ^(4,23)

El objetivo de Lamaze consiste en enseñar a las mujeres a controlar la respiración y técnicas de relajación basadas en estímulos táctiles (masajes), visuales (centrándose en la visualización de un objeto) y auditivos (palabras de aliento), que contribuyen a eliminar el estrés y a disminuir la percepción del dolor provocado por las contracciones.⁽²³⁾

2.2.3.5. Escuela Ecléctica:

La escuela Ecléctica tiene como representante al Dr. Leboyer; su postulado es: "Favorecer el momento adecuado para el encuentro padre – madre – hijo" "Parto sin dolor, parto sin violencia". La escuela ecléctica escoge lo mejor de cada escuela o teoría dirigiendo su atención hacia el recién nacido. ⁽⁴⁾

El método Leboyer o también conocido como "nacimiento sin violencia" o "nacimiento amable" publicado en 1973. El Dr. Leboyer es considerado como el primer médico que se interesó por la deshumanización de los partos. Su método se centra en el bebé, y se basa en el concepto de que el parto es un trauma para el recién nacido que se debe paliar en la medida de lo posible. ⁽²³⁾

2.2.4. Objetivos de la Psicoprofilaxis Obstétrica.

- Proporcionar educación sobre hábitos saludables para ella.
- Brindar conocimiento acerca de los cambios físicos y psíquicos que se producen en la gestación.
- Fortalecer el trinomio madre-padre-bebé.
- Contribuir al mejoramiento de la comunicación de los padres, como soporte de las buenas relaciones familiares, realzando la importancia de la familia.
- Identificar preocupaciones que puedan surgir después del parto y proporcionar los conocimientos necesarios para actuar con responsabilidad
- Fomentar en la gestante, la pareja y la familia una actitud positiva ante la gestación.
- Brindar las herramientas necesarias a la gestante para canalizar el estrés materno y el dolor a través de las técnicas de respiración y relajación con visualización.
- Realizar medidas de prevención para evitar molestias físicas propias de la gestación o exacerbación de molestias crónicas como las várices, las hemorroides, el estreñimiento.
- Brindar preparación integral para la lactancia materna y cuidados del recién nacido. ^(4,23)

2.2.5. Fundamentos de la Psicoprofilaxis Obstétrica.

Se trabaja sobre tres pilares:

a) Fundamento Cognitivo:

Los conocimientos básicos sobre anatomía y fisiología de la gestación, parto y post-parto le permiten a la gestante comprender los cambios en su organismo durante estas etapas, detectando riesgos y actuando oportunamente; así mismo sabrá cómo evoluciona su bebé y le permitirá darle el mejor cuidado, atención y estimulación, incorporando en este proceso al padre y/o entorno familiar. ^(4,20)

b) Fundamento Psicológico:

Una adecuada orientación y motivación ayudará a la gestante a sentirse más contenta, tranquila y segura, durante esta etapa, permitiéndole disfrutarla al máximo, venciendo los temores e ideas negativas preconcebidas que además se vinculan mucho con la

tensión y el miedo al dolor. Comprendiendo también los cambios de estado de ánimo, emociones y sentimientos. ^(4,20)

c) Fundamento Físico:

El cuerpo necesita un buen entrenamiento para responder con el mínimo esfuerzo el “Día del Parto”, para lo cual debe realizar gimnasia obstétrica pre-natal. ^(4,20)

2.2.6. Sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica

a) I Sesión “Cambios durante la gestación y Signos de alarma”

Objetivos:

- Enseñar a reconocer la anatomía y fisiología del aparato reproductor y los cambios que experimenta durante la gestación
- Enseñar a reconocer de los signos y síntomas de alarma durante la gestación
- Entrenar en gimnasia de ablandamiento. ⁽²⁴⁾

b) II Sesión “Atención Prenatal y Autocuidado

Objetivo:

- Resaltar la importancia de la atención prenatal para lograr una maternidad saludable y segura con la participación activa de la familia y comunidad
- Educar a la gestante en el reconocimiento y manejo oportuno de los signos y síntomas de alarma (retroalimentando en cada sesión; y su manejo oportuno en el establecimiento de salud.
- Identificar y aclarar, los mitos, creencias y costumbres relacionados a la gestación, parto, puerperio y el niño/a por nacer. ⁽²⁴⁾

c) III Sesión “Fisiología del Parto

Objetivo:

- Dar a conocer las causas fisiológicas y psicológicas del dolor en el parto, reconocer los signos y señales del inicio de labor de parto.
- Informar sobre la importancia del contacto precoz piel a piel de la madre y el recién nacido y el rol de la pareja y la familia.

- Ejercitar las técnicas y/o estrategias para disminuir el dolor en el parto. ⁽²⁴⁾

d) IV Sesión “Atención del parto y contacto precoz”

Objetivo:

- Enseñar a las gestantes sobre el parto y sus períodos.
- Brindar información acerca de los tipos y posturas del plano con adecuación, interculturalidad y atención humanizada.
- Preparar a las gestantes para el parto y sus periodos mediante técnicas de relajación y respiración. ⁽²⁴⁾

e) V Sesión “Puerperio y recién nacido”

Objetivo

- Enseñar a la gestante, su pareja y familia como reconocer los signos y síntomas de alarma y sobre los cuidados durante el puerperio.
- Educar a la gestante, pareja y familia sobre el recién nacido y signos de alarma
- Instruir a la pareja y la familia sobre su rol para el soporte emocional de la puérpera.
- Educar a la gestante y su pareja para la salud sexual y reproductiva en el puerperio.
- Capacitar a la gestante y su pareja para una lactancia materna exclusiva y exitosa.
- Planificación Familiar. ⁽²⁴⁾

f) VI Sesión “Reconocimiento de los ambientes”

Objetivo:

- Familiarizar a la gestante con los ambientes y el personal que labora en el establecimiento de salud, según corresponda.
- Evaluar el proceso de aprendizaje de las sesiones.
- Preparar el maletín básico para llevar en el momento del parto.
- Clausura del programa. ⁽²⁴⁾

2.2.7. Técnicas de respiración:

Las técnicas de respiración ayudan a relajarse y aliviar el dolor de las contracciones durante el trabajo de parto y respirar correctamente también beneficia al bebé, puesto que aumenta el aporte de oxígeno durante las contracciones.

Ahora, las técnicas de respiración antes nombradas respiración abdominal, jadeo y pujo son propias para el momento del trabajo de parto, pero durante la gestación también se puede realizar otro tipo de actividad física que se recomienda iniciar a partir del segundo trimestre y que es útil para llegar relajadas y en forma al momento del parto. Las actividades más recomendadas son las técnicas de relajación, el yoga, la natación y las caminatas. ⁽²⁴⁾

En los cursos de preparación para la maternidad y paternidad se aprenden diversos ejercicios de respiración para las distintas fases del parto:

- Respiración abdominal (profunda)
- Respiración inferior (jadeo)
- Pujo

a) Respiración abdominal (profunda):

Sirve para aliviar las contracciones más intensas durante la fase de dilatación del cuello uterino: se toma aire por la nariz para que los pulmones se llenen, al tiempo que el abdomen se hincha poco a poco. Se expulsa el aire por la boca mientras se contraen lentamente los músculos del abdomen. ^(24,4)

b) Respiración inferior (Jadeo):

Sirve para controlar las ganas de pujar en las fases de dilatación y expulsivo: se toma aire y se expulsa de forma sucesiva en forma de jadeo o soplo. Hay tres tipos de técnicas de jadeo: nariz-boca, nariz-nariz y boca-boca, pero la más recomendada es la nariz-boca. Como este tipo de respiración es poco habitual y puede producir mareos por hiperventilación, se recomienda hacerla con los ojos cerrados y en una posición cómoda para la gestante. Por lo general, esta técnica suele ser necesaria en los partos sin epidural, para no distender demasiado los músculos de la zona del periné. ^(24,4)

c) Pujo:

Se realizan dos o tres inspiraciones profundas y cortas. Se mantiene la respiración al tiempo que se contraen los músculos del abdomen, se relajan los músculos del periné y se realiza el pujo. Se puede elevar la cabeza y los hombros pegando la barbilla al tórax mientras se sujetan las rodillas con las manos. ^(24,4)

2.2.8. Periodos del trabajo de parto:

a) Periodo de Dilatación:

El primer período de parto tiene como finalidad dilatar el cuello uterino. Se produce cuando las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia,

aproximadamente cada 3-10 minutos, con una duración de 30 segundos o más cada una y de una intensidad creciente. Las contracciones son cada vez más frecuentes y más intensas, hasta una cada dos minutos, producen el borramiento o adelgazamiento y la dilatación del cuello del útero, lo que permite denominar a este período como período de dilatación. La duración de este periodo es variable según si la mujer ha tenido trabajos de parto anteriores (en el caso de las primerizas hasta 8-14 horas) y se divide en: fase latente, fase activa y fase de desaceleración. ⁽²⁵⁾ La etapa termina con la dilatación completa (10 centímetros) y borramiento del cuello uterino. Usualmente entre la dilatación completa y la fase de nacimiento se da un corto periodo de latencia en el que las contracciones desaparecen por completo. ⁽¹⁰⁾

b) Periodo Expulsivo:

El periodo expulsivo es el segundo periodo del parto que se inicia cuando el cuello del útero está totalmente dilatado. Este inicio anatómico puede coincidir o no con la necesidad urgente de pujar o expulsar de la mujer. Se divide en dos fases:

- Fase temprana, no expulsiva o de descanso, que se inicia cuando el cuello uterino está totalmente dilatado.
- Fase avanzada, expulsiva, que comprende desde que la presentación fetal se encuentra por debajo de las espinas isquiáticas hasta el nacimiento ⁽²⁶⁾.

En el expulsivo el feto está siendo expulsado de la cavidad uterina, lo que produce una retracción del útero y una disminución de la circulación placentaria, por lo que la oxigenación al feto se reduce de forma gradual. Las contracciones fuertes y el pujo activo de la mujer pueden reducir incluso más la circulación útero-placentaria. Este descenso de la oxigenación fetal se acompaña de acidosis. ^(23,27)

c) Alumbramiento: Desde la salida del niño hasta la expulsión de la placenta. Este período no debe durar más de 30 minutos. ⁽²⁷⁾

2.2.9. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la gestante.

2.2.9.1. Beneficios maternos de la Psicoprofilaxis Obstétrica:

En los años posteriores a la segunda guerra mundial se difundió más la hospitalización, los avances médicos en farmacología permitieron un mejor pronóstico en la gestante y el recién nacido; en el periodo posterior a la guerra movimientos como “el parto natural” comenzaron a echar raíces y a crecer. ⁽⁴⁾

Al conocerse el trabajo de Grantly Dick- Read, este ganó mayor popularidad en las mujeres, el concepto era insistir en la naturalidad del parto y difundir la idea de tener un bebé, puede ser una experiencia alegre y sana. ⁽⁴⁾

Años posteriores el Doctor Roberto Caldeyro- Barcia dejó establecidas las ventajas materno-fetales de la atención de parto en gestantes preparadas por el método psicoprofiláctico, es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda las psicoprofilaxis por sus efectos positivos y beneficiosos ⁽⁴⁾.

En la investigación de Solis, H., Morales, S. (2012) titulado: "Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal" nos menciona las ventajas maternas de la psicoprofilaxis obstétrica ⁽²⁸⁾:

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 bebé, 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 ^(4,28)

2.2.9.2. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica para el establecimiento de salud:

- Mayor posibilidad de ingresar al establecimiento de salud en fase activa de trabajo de parto evitando innecesarias y repetidas evaluaciones previas.
- Clima laboral con mayor armonía
- Mejor distribución del trabajo
- Mejor actitud y aptitud del personal.
- Ahorro de recursos y materiales
- Menor uso de fármacos en general
- Ahorro de tiempo
- Menor incidencia de partos por cesárea y partos instrumentados
- Ahorro de presupuesto ^(23,28)

2.2.9.3. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica para los familiares:

- Ampliar las posibilidades de gozar de la participación de su pareja incluso durante todo el trabajo de parto. ⁽²⁸⁾

2.2.9.4. Beneficios perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica:

Según el manual de psicoprofilaxis obstétrica (ASPPO), nos menciona que cierto nivel de tensión es normal durante la gestación, pero existen estudios que demuestran que más madres sometidas a tensión extrema y constante tienen más probabilidades de tener hijos prematuros, peso inferior al normal, hiperactivos e irritables. ⁽⁴⁾ Por eso se afirma que el miedo tiene importancia influencia en el curso del embarazo, tanto en el desarrollo del feto, como en las tasas de pérdidas gestacionales: ⁽⁴⁾

En la investigación de Solis, H., Morales, S. (2012) titulado: "Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal" nos menciona las ventajas perinatales de la psicoprofilaxis obstétrica y señala que la PPO es un espacio privilegiado en la preparación y concientización de los futuros padres respecto de la importancia en mantener estilos de vidas saludables y responsables lo cual generará mejores oportunidades de calidad de vida para el bebé ⁽²⁸⁾:

- Mejor curva de crecimiento intrauterino
- Mejor vínculo prenatal
- Mejor peso al nacer

- Mejor puntuación Apgar
- Mejor crecimiento y desarrollo
- Disminuye el índice de sufrimiento fetal
- Disminuye el índice de complicaciones perinatales
- Disminuye el índice de prematuridad ⁽²⁶⁾

Un recién nacido normal es todo recién nacido único o múltiple con peso mayor o igual a 2500 gr, cuya edad gestacional es igual o mayor de 37 semanas y menor de 42 semanas, nacido de parto eutócico o distócico y que no presenta patología. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define «bajo peso al nacer» como un peso al nacer inferior a 2500 g; y define un recién nacido macrosómico cuando el peso es superior a los 4000 gr.⁽²⁹⁾

a) Peso del recién nacido

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.⁽²⁹⁾

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. ⁽²⁹⁾
- Recién nacido pre termino o prematuro:
 - Mayor a 28 semanas y menor a 37 semanas.
 - De 1000gr. y menor a 2500gr. ⁽²⁹⁾
- 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. ⁽²⁹⁾

b) Apgar:

Es un método de evaluación de la adaptación y vitalidad del recién nacido tras el nacimiento. Su utilización está generalizada en gran número de países. La prueba debe su nombre a la Dra. Virginia Apgar, una famosa anestésista obstétrica americana, que en 1952 propuso este método simple y repetible, buscando averiguar rápidamente la situación de los recién nacidos y valorar así los efectos, en ellos, de la anestesia que recibían sus madres. ⁽²⁹⁾

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 utilizado internacionalmente, y nos indica el estado de salud del RN al primer minuto y a los 5 minutos; los parámetros evaluados son 5, y son fácilmente identificables: Frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta a estímulos y color de la piel. ⁽²⁹⁾

Si se tienen de 0 a 3 puntos significa que el recién nacido presenta una depresión severa; si tiene de 4 a 6 puntos presenta una depresión moderada y de 7 a 10 puntos el recién nacido está normal y en buenas condiciones. ⁽²⁹⁾

c) Contacto piel a piel: Según la OMS existe estudios actuales indicando que el contacto directo de la piel de la madre con la del niño poco después del nacimiento ayuda a iniciar la lactancia materna temprana y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia exclusivamente materna entre el primer y cuarto mes de vida, así como la duración total de la lactancia materna. Los recién nacidos a quienes se pone en contacto directo con la piel de su madre también parecen interactuar más con ellas y llorar menos. ⁽³⁰⁾

Clampaje tardío: Según la OMS menciona que el niño al nacer sigue unido a la madre por el cordón umbilical, que forma parte de la placenta. Normalmente, el niño se separa de la placenta pinzando y cortando el cordón umbilical. El pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical es el que se realiza, generalmente, en los primeros 60 segundos tras el parto, en tanto que el pinzamiento y corte tardío es el que se realiza transcurrido al menos un minuto desde el parto o cuando han cesado las pulsaciones del cordón. ⁽³¹⁾

Retrasando el pinzamiento del cordón se consigue mantener el flujo sanguíneo entre la placenta y el recién nacido, y eso puede mejorar la dotación de hierro del niño incluso hasta los seis meses de vida. Este efecto puede ser especialmente importante para los lactantes que viven en entornos con pocos recursos, en los que hay un menor acceso a alimentos ricos en hierro. ⁽³¹⁾

2.2.10. Riesgos perinatales que se pueden evitar con la Psicoprofilaxis

Obstétrica.

- Prematuridad, puede duplicarse en aquellas gestantes no preparadas.
- Bajo peso al nacer, complicación multifactorial con dos a tres veces de incidencia en las no preparadas.
- S.F.A. (sufrimiento fetal agudo), mayores a 160 por minuto y/u oscila presencia de meconio al nacer de un 15 - 18%
- Apgar bajo, < 7 al minutos en 18 a 22%.
- Complicaciones neonatales tempranas:
- SDR (Síndrome de distrés respiratorio).
- Apnea.
- Mayor uso de incubadora.
- Lactancia materna inadecuada.
- Tendencia a los cólicos.
- Hiperactividad.
- Trastornos emocionales ^(4,23)

2.3. Terminología básica

- a) Psicoprofilaxis Obstétrica:** Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto. ⁽⁷⁾
- b) Beneficios Maternos:** Bien que se hace o se recibe. ⁽⁷⁾
- c) Perinatal:** El término perinatal se emplea para referirse a todo aquello que es en materia de tiempo inmediatamente anterior o posterior al momento del nacimiento del bebé, es decir, desde la semana 28 de gestación aproximadamente hasta los primeros siete días después del parto ⁽²⁹⁾
- d) Sesión:** Es una técnica grupal de enseñanza que se utiliza en la educación de personas adultas, en este caso de las gestantes. Fomenta el análisis, la reflexión y el diálogo sobre un tema particular. ⁽⁷⁾
- e) Técnicas:** Conjuntos de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia o un arte. ⁽⁷⁾
- f) Actitud:** Disposición de ánimo manifestada de algún modo. ⁽⁷⁾

2.4. Hipótesis

H1: Existen beneficios maternos y perinatales durante el trabajo de parto en pacientes que acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica de las que no acudieron al programa.

H0: No existen beneficios maternos y perinatales durante el trabajo de parto en pacientes que acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica de las que no acudieron al programa.

2.5. Variables e indicadores

2.5.1. Variables descriptivas

a) Factores sociodemográficos

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Lugar de procedencia
- Ocupación

b) Características obstétricas:

- Número de controles prenatales
- Edad gestacional al momento del parto
- Riesgo obstétrico
- Parto con acompañante

c) Beneficios maternos de Psicoprofilaxis Obstétrica

- N° de contracciones e intensidad al ingreso al hospital
- Tipo de parto
- Inicio del trabajo de parto
- Duración del primer periodo de trabajo de parto
- Duración del segundo periodo de trabajo de parto
- Duración del tercer periodo del trabajo de parto
- Lesión perineal, vaginal o cervical
- Tipo de lesión perineal, vaginal o cervical

d) Beneficios perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica

- Peso del recién nacido
- Talla del recién nacido

- Puntuación Apgar
- Contacto piel a piel
- Clampaje tardío

2.5.2. Operacionalización de variables

| Dimensión | Variable | Tipo de variable | Indicador | Escala de medición | Técnica o instrumento de medición |
|-----------------------------|---------------------------------------|------------------|---|--------------------|-----------------------------------|
| Factores sociodemográficos | Edad | Cuantitativo | 1:15-20 2: 21-25 3:26-30 4:31-35 5: >35 | Razón | Ficha de recolección de datos |
| | Estado civil | Cualitativo | 1: Soltera 2: Casada 3: Conviviente 4: Viuda 5: Divorciada | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| | Grado de instrucción | Cualitativo | 1: Analfabeta 2: Primaria Completa 3: Primaria incompleta 4: Secundaria Completa 5: Secundaria Incompleta 6: Técnico Completo 7: Técnico Incompleto 8: Universidad Completo 9: Universidad Incompleto | Ordinal | Ficha de recolección de datos |
| | Lugar de procedencia | Cualitativo | 1: SJL 2: Huachipa 3: El Agustino 4. Santa Anita 5. Ate 6: Otros | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| | Ocupación | Cualitativo | 1: Estudiante 2: Trabajadora dependiente 3: Trabajadora independiente 4: Negocio formal 5: Ama de casa | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| Características obstétricas | Número de controles prenatales | Cuantitativo | 1: < de 6 controles 2: > de 6 controles | Numérico | Ficha de recolección de datos |
| | Edad gestacional al momento del parto | Cuantitativa | 1: 37ss 2:38ss 3:39ss 4:40ss 5:41ss | Razón | Ficha de recolección de datos |
| | Parto con acompañante | Cualitativa | 1. si 2. no | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| Beneficios maternos de la | Frecuencia de contracciones | Cualitativa | 1:Sin contracciones 2:1/10 | Nominal | Ficha de recolección |

| | | | | | |
|---|--|--------------|--|---------|-------------------------------|
| Psicoprofilaxis Obstétrica | al ingreso hospital | | 2:2/10 4:3/10 | | de datos |
| | Intensidad de la contracción al momento de ingreso | Cualitativa | 1: No refiere 2:+ 3:++ 4:+++ | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| | Tipo de parto | Cualitativa | 1: Vaginal. 2: Cesárea. | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| | Inicio de parto | Cualitativa | 1: Espontaneo 2: Acentuado 3: Inducido 4: Cesárea | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| | Duración del primer periodo de trabajo de parto | Cuantitativa | 1. < 8 horas 2. 8 -14 horas 3. > 15 horas | Razón | Ficha de recolección de datos |
| | Duración del segundo periodo de trabajo de parto | Cuantitativa | 1. < 15 minutos 2. 15- 30 minutos 3. 30 a mas | Razón | Ficha de recolección de datos |
| | Duración del tercer periodo del trabajo de parto | Cuantitativa | 1.< 15 minutos 2. 15 - 30 minutos 3. > 30 minutos | Razón | Ficha de recolección de datos |
| | Lesión perineal, vaginal o de cervix | Cualitativa | 1. Si 2. No | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| | Tipo de lesión perineal, vaginal o cervical | Cualitativa | 1: Episiotomía 2: Desgarro 3: Episiotomía + desgarro | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| Beneficios perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica | Peso del recién nacido | Cuantitativa | 1: < 2500 gr. 2: 2500 – 3999 gr 3: > 4000 gr | Razón | Ficha de recolección de datos |
| | Talla del recién nacido | Cuantitativa | 1:<45cm 2:45-49.5cm 3: 49.6-55cm | Razón | Ficha de recolección de datos |
| | Puntuación del Apgar | Cuantitativa | 1: De 0 a 3 2: De 4 a 6 3: De 7 a 10 | Razón | Ficha de recolección de datos |
| | Contacto piel a piel | Cualitativa | 1: Si 2: No | Nominal | Ficha de recolección de datos |

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de investigación

El tipo de estudio fue, descriptivo, comparativo, retrospectivo y de corte transversal

3.2. Población y muestra

La población estuvo conformada por 30 pacientes que acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y 30 pacientes que no acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica cuyos partos fueron atendidos en el centro obstétrico del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo de Julio- Diciembre, 2017.

a) Criterios de inclusión:

| Población con Psicoprofilaxis Obstétrica | Población sin Psicoprofilaxis Obstétrica |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Gestantes que hayan culminado las 6 sesiones en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.- Gestantes Primigestas.- Gestantes que fueron atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital Hipólito Unanue.- Gestantes entre la 37 a 41 semanas de gestación.- Gestantes de cualquier edad, con o sin riesgo obstétrico. | <ul style="list-style-type: none">- Gestantes que no asistieron al programa de psicoprofilaxis obstétrica.- Gestantes Primigestas.- Gestantes que fueron atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital Hipólito Unanue.- Gestantes entre la 37 a 41 semanas de gestación.- Gestantes de cualquier edad, con o sin riesgo obstétrico. |

b) Criterios de exclusión:

| Población con Psicoprofilaxis Obstétrica | Población sin Psicoprofilaxis Obstétrica |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Gestantes que llevaron Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia en el HNHU.- Gestantes con gestación múltiple. | <ul style="list-style-type: none">- Gestantes que llevaron Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia en el HNHU.- Gestantes con gestación múltiple. |

3.3. Técnica e instrumento de recolección de datos

3.3.1. Técnica

Para la presente investigación, la técnica que se utilizó para la recolección de datos fue una ficha de recolección de datos adaptada de la “Ficha del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Instituto Materno Perinatal”, la cual fue validada por cinco expertos. Se solicitó la autorización al Director General del Hospital Nacional Hipólito Unanue Dr. Luis Miranda Molina y del Jefe de Departamento de Gineco –Obstetricia el Dr. Rómulo Gerónimo Panaque Iparraguirre. Se seleccionó las historias de las pacientes que acudieron al programa Psicoprofilaxis Obstétrica y de las pacientes gestantes no acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica durante el periodo de Julio – Diciembre, 2017, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.3.2. Instrumento

El instrumento estuvo dividido en:

- **Parte I Factores sociodemográficos que constó de (5 ítems):** Edad, estado civil, grado de instrucción, lugar de procedencia y ocupación.
- **Parte II Características Obstétricas que constó de (4 ítems):** Número de controles prenatales, edad gestacional al momento del parto, riesgo obstétrico y parto con acompañante
- **Parte III Beneficios Maternos de la Psicoprofilaxis Obstétrica que constó de (9 ítems):** Forma de ingreso al hospital, tipo de parto, inicio del trabajo de parto, duración del primer periodo de trabajo de parto, duración del segundo periodo de trabajo de parto, duración del tercer periodo del trabajo de parto, lesión perineal, vaginal o cervical y tipo de lesión perineal, vaginal o cervical
- **Parte IV Beneficios perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica que consta de (4 ítems):** Peso del recién nacido, talla del recién nacido, puntuación Apgar y contacto piel a piel.

3.3.3 Validez del instrumento

Se realizó a través del juicio de expertos, por lo cual se consultó a 5 profesionales, los cuales opinaron sobre la claridad de los ítems y si tenían relación con nuestros objetivos; se les entregó a cada uno de ellos una matriz de consistencia, el instrumento de la recolección de datos y la plantilla de validación, donde se obtuvo como resultado que el instrumento podía ser aplicado modificando cuatro preguntas por sugerencia de un experto.

3.4 Procesamiento de datos y análisis estadístico

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (Paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences) versión 22 para Windows, este programa permitió elaborar una base de datos y poder realizar el cálculo de la frecuencia, porcentaje de nuestras variables cuantitativas y cualitativas con ello se pudo realizar las tablas de doble entrada y los gráficos de barra; se utilizó también la prueba χ^2 (pronunciado como «ji **cuadrado**») para aceptar una de nuestras hipótesis planteadas.

3.5. Aspectos éticos

Para el desarrollo de la presente investigación se solicitó la aprobación del proyecto por parte del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Hipólito Unanue; conjuntamente se solicitó el permiso al jefe del servicio de Gineco- Obstetricia. Se revisó las historias clínicas de Julio a Diciembre de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; donde se garantizó la veracidad de la información mediante el respeto íntegro en la ficha de recolección de datos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla N° 1: “Factores sociodemográficos de la población de estudio”

| Items | Indicadores | Pacientes con PPO | | Pacientes sin PPO | |
|----------------------|---------------------------|-------------------|-----|-------------------|-----|
| | | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Edad | 15 – 20 | 15 | 50 | 16 | 54 |
| | 21 – 25 | 10 | 33 | 12 | 39 |
| | 26 – 30 | 4 | 14 | 2 | 7 |
| | 31 – 35 | 1 | 3 | 0 | 0 |
| | > 35 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 |
| Estado civil | Soltera | 2 | 7 | 9 | 30 |
| | Casada | 5 | 16 | 0 | 0 |
| | Conviviente | 23 | 77 | 21 | 70 |
| | Viuda | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Divorciada | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 |
| Grado de instrucción | Analfabeta | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Primaria incompleta | 0 | 0 | 5 | 16 |
| | Primaria completa | 0 | 0 | 6 | 20 |
| | Secundaria incompleta | 4 | 13 | 12 | 40 |
| | Secundaria completa | 16 | 54 | 7 | 24 |
| | Técnico incompleto | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Técnico completo | 4 | 13 | 0 | 0 |
| | Universidad completa | 3 | 10 | 0 | 0 |
| | Universidad incompleta | 3 | 10 | 0 | 0 |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 |
| Lugar de procedencia | SJL | 4 | 13 | 9 | 30 |
| | Manchay | 4 | 13 | 3 | 10 |
| | El Agustino | 15 | 50 | 10 | 33 |
| | Santa Anita | 3 | 10 | 3 | 10 |
| | Ate | 4 | 14 | 3 | 10 |
| | Otros | 0 | 0 | 2 | 7 |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 |
| Ocupación | Estudiante | 4 | 13 | 1 | 3 |
| | Ama de casa | 12 | 40 | 21 | 70 |
| | Trabajadora dependiente | 10 | 33 | 6 | 20 |
| | Trabajadora independiente | 2 | 7 | 0 | 0 |
| | Negocio formal | 2 | 7 | 2 | 7 |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 |

Fuente: Propia de los investigadores

Análisis: En relación a las características sociodemográficas tenemos que, la edad que mayor prevalece fue de 15 a 20 años de edad con 15 pacientes equivalente a 50%, mientras que en menor porcentaje se encuentran las edades de >35 años de edad con 0 pacientes con PPO equivalente a 0 %, en cambio tenemos que la edad que mayor prevalece fue de 15 a 20 años de edad con 16 pacientes (54%), mientras que en menor porcentajes se encuentro las edades de >35 años de edad con 0 pacientes sin PPO (0%); con respecto al estado civil que predominó fue el de conviviente con 23 pacientes (77 %), mientras que en menor porcentaje fue viuda y divorciada con 0 % en pacientes con PPO, en cambio tenemos que el estado civil que predominó fue el de convivientes con 21 pacientes (70%), mientras que en menor porcentaje fue viuda y divorciada con 0% en pacientes sin PPO; respecto al grado de instrucción de mayor porcentaje fue el de secundaria completa con 16 pacientes (54%), mientras que en menor porcentajes fue analfabeta, primaria incompleta y completa con 0% en pacientes con PPO, en cambio tenemos que el grado de instrucción que mayor prevaleció fue secundaria incompleta con 12 pacientes (40%), mientras en que menor porcentaje fue analfabeta y universitaria completa con 0% en pacientes sin PPO; en relación a lugar de procedencia que mayor prevaleció fue El Agustino con 15 pacientes y 10 pacientes con PPO y sin PPO respectivamente. Por último, se observa que la ocupación que mayor prevaleció fue el de ama de casa con 40% en pacientes con PPO y 70% en pacientes sin PPO.

Gráfico N°1 Edad de la población de estudio

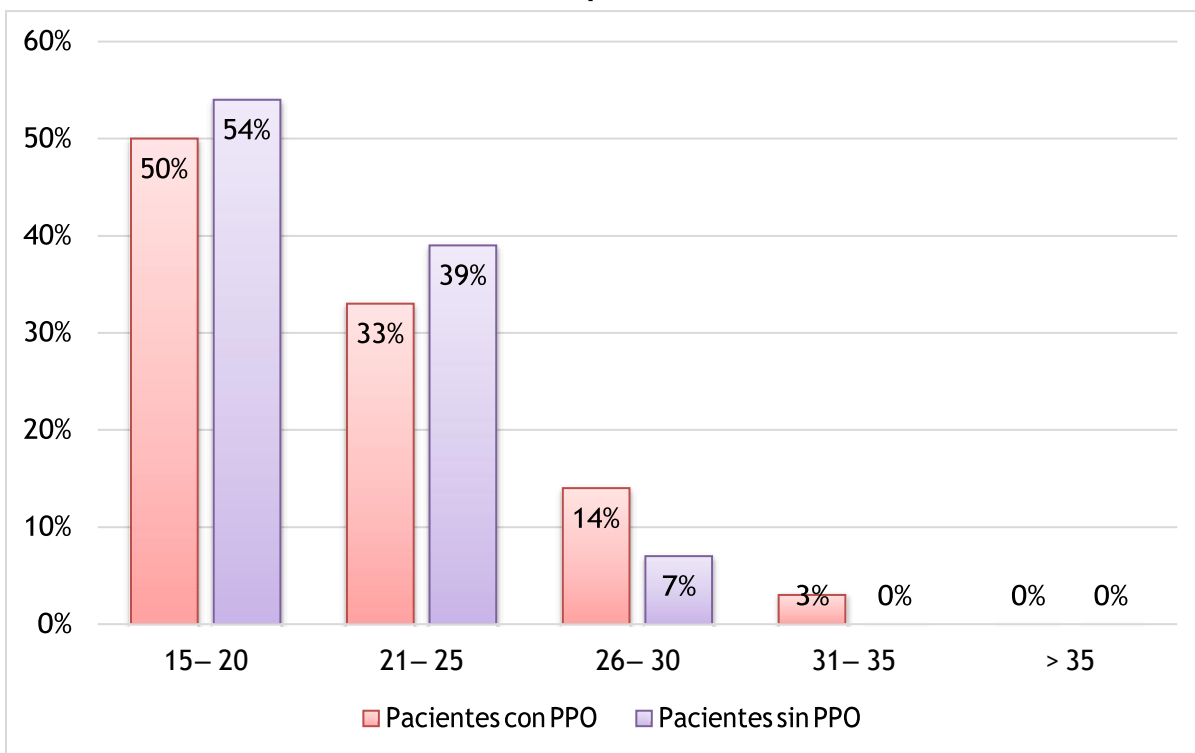


Tabla N°2: “Características obstétricas de la población de estudio”

| Ítems | Indicadores | Pacientes con PPO | | Pacientes sin PPO | | P |
|--|-----------------------------------|-------------------|-----|-------------------|-----|-------|
| | | Frecuencia | % | Frecuencia | % | |
| # de controles prenatales | < de 6 controles | 0 | 0 | 16 | 53 | 0,023 |
| | > de 6 controles | 30 | 100 | 14 | 47 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Edad gestacional al momento del parto | 37ss | 0 | 0 | 1 | 3 | 0.068 |
| | 38ss | 2 | 7 | 11 | 37 | |
| | 39ss | 25 | 83 | 13 | 43 | |
| | 40ss | 1 | 3 | 2 | 7 | |
| | 41ss | 2 | 7 | 3 | 10 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Parto con acompañante | Si | 10 | 33 | 0 | 0 | 0.001 |
| | No | 20 | 67 | 30 | 100 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Riesgo Obstétrico | Alto | 1 | 3 | 15 | 50 | 0.115 |
| | Bajo | 29 | 97 | 15 | 50 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Motivo de riesgo Obstétrico | Sin riesgo | 29 | 97 | 15 | 50 | 0,039 |
| | Gestante añosa | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Preeclampsia | 1 | 3 | 3 | 10 | |
| | Paciente sin controles prenatales | 0 | 0 | 10 | 33 | |
| | Otros | 0 | 0 | 2 | 7 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |

Fuente: Propia de los investigadores

Análisis: En relación a las características obstétricas tenemos que, el 100% de las pacientes con PPO tuvieron > 6 controles, mientras que pacientes sin PPO tuvieron mayor porcentaje < 6 controles con 53% equivalente a 16 pacientes, se observa que la edad gestacional que predominó fue 39 semanas con 25 pacientes (83 %) mientras que en menor porcentaje fue 37 semanas con 0% en pacientes con PPO, en cambio la edad mayormente fue 39 semanas con 43% mientras que en menor porcentaje fue 37 semanas con 3% en pacientes sin PPO, respecto al riesgo obstétrico el 97% pacientes con PPO y el 50% de pacientes sin PPO tuvieron un bajo y riesgo.

Finalmente se observa que en motivo de riesgo obstétrico predominó sin riesgo con 29 pacientes equivalente a 97% mientras que en pacientes sin PPO solo fueron 15 pacientes que equivale al 50%.

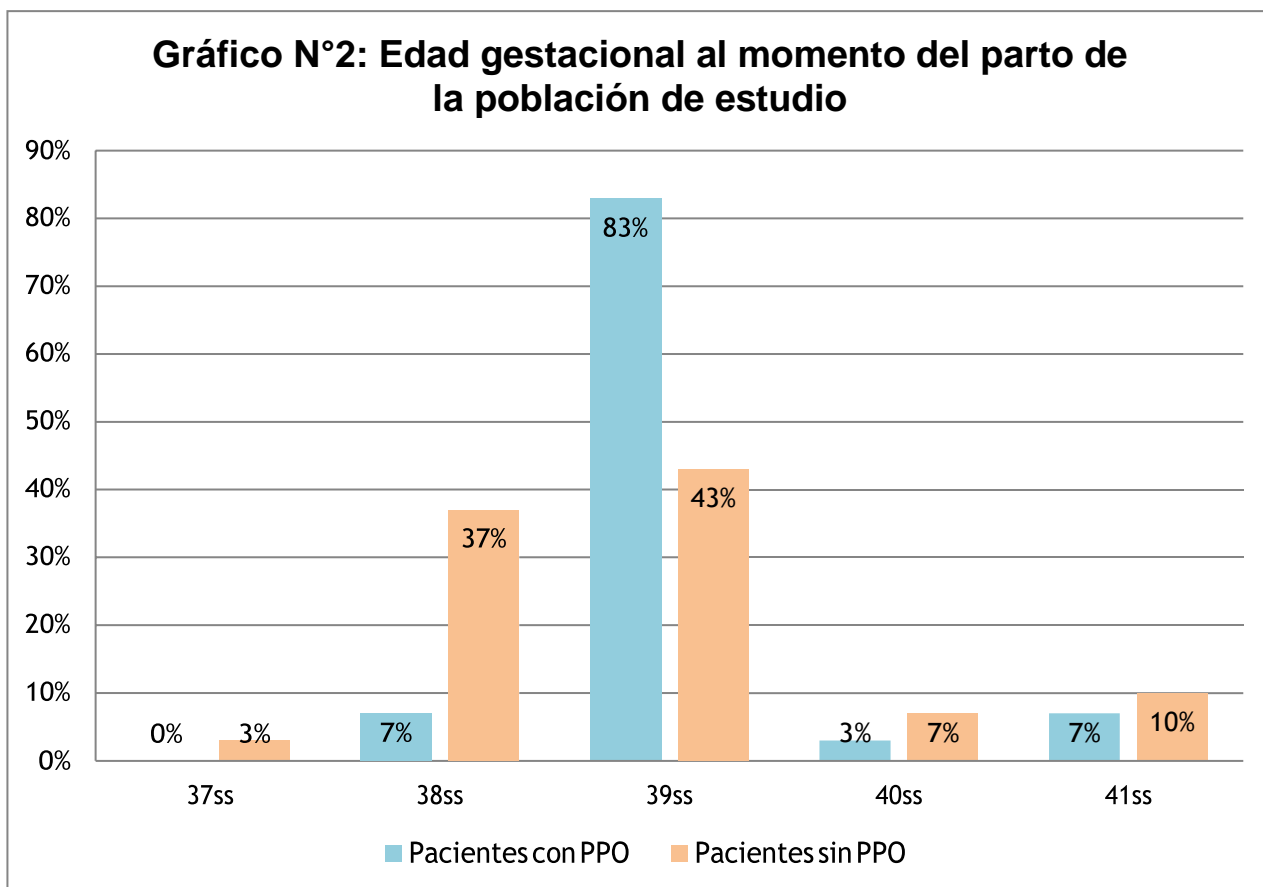


Tabla N°3: “Beneficios maternos de la Psicoprofilaxis Obstétrica de la población de estudio”

| Ítems | Indicadores | Pacientes con PPO | | Pacientes sin PPO | | P |
|---|--------------------------|-------------------|-----|-------------------|-----|-------|
| | | Frecuencia | % | Frecuencia | % | |
| Frecuencia de contracciones al ingreso al hospital | Sin contracción | 1 | 3 | 9 | 29 | 0,000 |
| | 1/10min | 0 | 0 | 8 | 27 | |
| | 2/10min | 0 | 0 | 11 | 37 | |
| | 3/10min | 29 | 97 | 2 | 7 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Intensidad de las contracciones | No refiere | 1 | 3 | 9 | 29 | 0,017 |
| | + | 0 | 0 | 8 | 27 | |
| | ++ | 21 | 70 | 11 | 37 | |
| | +++ | 8 | 27 | 2 | 7 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Tipo de parto | Vaginal | 29 | 97 | 25 | 83 | 0,014 |
| | Cesárea | 1 | 3 | 5 | 17 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Inicio de parto | Espontáneo | 29 | 97 | 13 | 43 | 0,076 |
| | Acentuado | 0 | 0 | 10 | 33 | |
| | Inducido | 0 | 0 | 2 | 7 | |
| | Cesárea | 1 | 3 | 5 | 17 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Motivo de Cesárea | Distocia de presentación | 0 | 0 | 2 | 7 | 0,273 |
| | DCP | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Otros | 1 | 3 | 3 | 10 | |
| | Sin cesárea | 29 | 97 | 25 | 83 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Duración del primer periodo del trabajo de parto | < 8 horas | 0 | 0 | 1 | 3 | 0,000 |
| | 8 – 14 horas | 29 | 97 | 11 | 37 | |
| | >15 horas | 0 | 0 | 13 | 43 | |
| | No aplica | 1 | 3 | 5 | 17 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Duración del segundo periodo de trabajo de parto | < 15 minutos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,000 |
| | 15 – 30 minutos | 29 | 97 | 10 | 33 | |
| | >30 minutos | 0 | 0 | 15 | 50 | |
| | No aplica | 1 | 3 | 5 | 17 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Duración del tercer periodo del parto | < 15 minutos | 29 | 97 | 8 | 27 | 0,000 |
| | 15 – 30 minutos | 0 | 0 | 10 | 33 | |
| | >30 minutos | 0 | 0 | 7 | 23 | |
| | No aplica | 1 | 3 | 5 | 17 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Lesión perineal, vaginal o de cérvix | Si | 8 | 27 | 18 | 60 | 0,003 |
| | No | 22 | 73 | 12 | 40 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Tipo de lesión perineal, vaginal o de cérvix | Episiotomía | 8 | 27 | 4 | 13 | 0,060 |
| | Desgarro | 0 | 0 | 5 | 17 | |
| | Epi. + desgarro | 0 | 0 | 9 | 30 | |
| | Sin lesión | 22 | 73 | 12 | 40 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |

Fuente: Propia de los investigadores

Análisis: En relación a los beneficios, maternos de la Psicoprofilaxis Obstétrica tenemos que la frecuencia de contracciones al momento del ingreso al hospital que más predominó fue el de 3 contracciones en 10 minutos con 29 pacientes equivalente al 97% en pacientes con PPO, en cambio existieron 2 pacientes que equivale al 7% de pacientes sin PPO que presentaron 3 contracciones en 10 minutos; referente a la intensidad de contracciones se tuvo que 21 pacientes con PPO que equivale al 70% tuvieron una intensidad de ++, mientras que el 37% de las pacientes sin PPO presentaron la misma intensidad; se observa en tipo de parto que predominó fue vaginal con 29 pacientes (97 %) mientras que en menor porcentaje fue cesárea con 1 equivalente a 3% en pacientes con PPO en cambio se observa en tipo de parto que mayor prevalece fue vaginal con 25 equivalente a 83 % mientras que en menor porcentaje fue cesárea con 5 equivalente a 17% en pacientes sin PPO, en relación a inicio de parto que mayor prevalece fue espontáneo con 29 (97%) en pacientes con PPO mientras que en relación al inicio de parto en pacientes sin PPO que mayor prevalece fue espontáneo con 13 (43%) mientras que menor porcentaje fue inducido con 2 equivalente a 7%, respecto a motivo de cesárea el 3 % de pacientes con PPO tuvieron otras complicaciones, al igual que las pacientes sin PPO con 3 pacientes que equivale al 10%, en relación a la duración del primer periodo del trabajo de parto tuvo como mayor prevalencia 8 -14 horas con 29 equivalente a 97% en pacientes con PPO en cambio la duración del primer periodo del trabajo de parto que mayor prevaleció fue >15 horas con 13 equivalente a 43%, mientras que en menor porcentaje fue <8 horas con 1 equivalente a 7% en pacientes sin PPO, se observa en duración del segundo periodo de trabajo de parto tuvo como mayor prevalencia 15 – 30 minutos con 29 equivalente a 97% en pacientes con PPO, en cambio la duración del segundo periodo de trabajo de parto que más prevaleció fue > 30 minutos con 15 equivalente a 50% en pacientes sin PPO, respecto duración del tercer periodo de trabajo de parto tuvo como mayor prevalencia <15 minutos con 29 equivalente a 97% mientras que en menor porcentaje fue 15 – 30 minutos y >30 minutos con 0 equivalente a 0% en pacientes con PPO en cambio respecto duración del tercer periodo de trabajo de parto predominó 15 - 30 minutos con 10 equivalente a 33% en pacientes sin PPO, se observa en lesión perineal, vaginal o de cérvix no presentaron 22 pacientes a 73% mientras que en menor porcentaje si tuvieron alguna lesión perineal, vaginal o de cérvix con 8 equivalente a 27% en pacientes con PPO, en cambio las pacientes sin PPO si tuvieron alguna lesión perineal, vaginal o de cérvix con 18 (60%) mientras que en menor porcentaje no con 12 equivalente a 40% en pacientes sin PPO. Finalmente, respecto a tipo de lesión perineal, vaginal o de cérvix, 8 pacientes con PPO equivalente a 27% se le realizó episiotomía, en cambio respecto a tipo de lesión

perineal, vaginal o de cérvix tuvo mayor porcentaje desgarro con 23 equivalente a 46% mientras que menor porcentaje tuvo epi + desgarro con 2 equivalente a 4% en pacientes sin PPO.

Gráfico N°3: Duración del primer periodo del trabajo de parto de la población de estudio

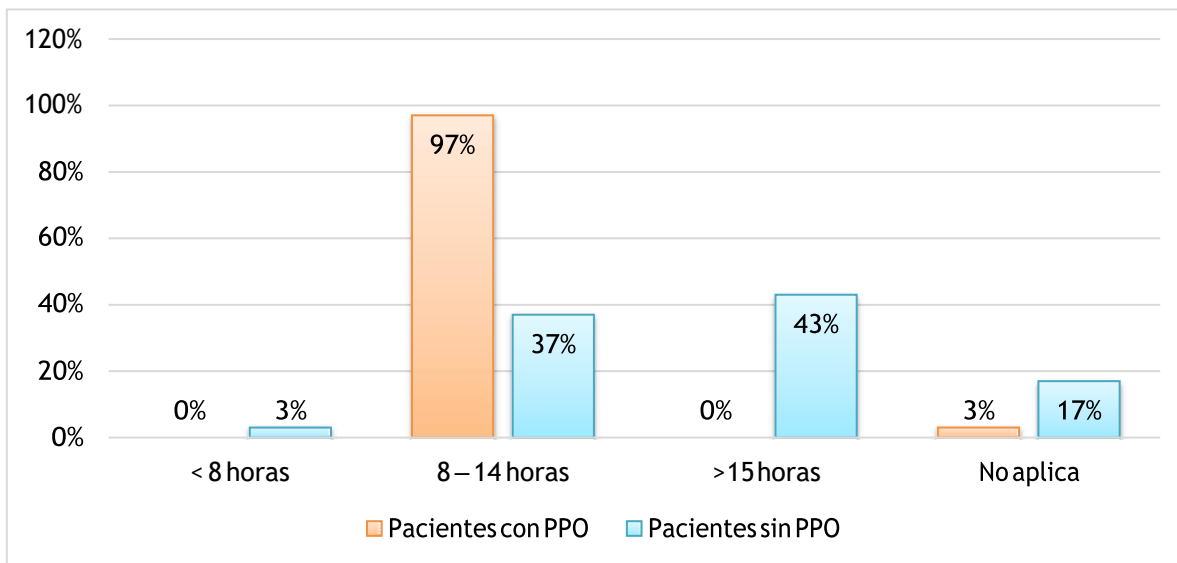


Gráfico N°4: Duración del segundo periodo del trabajo de parto de la población de estudio

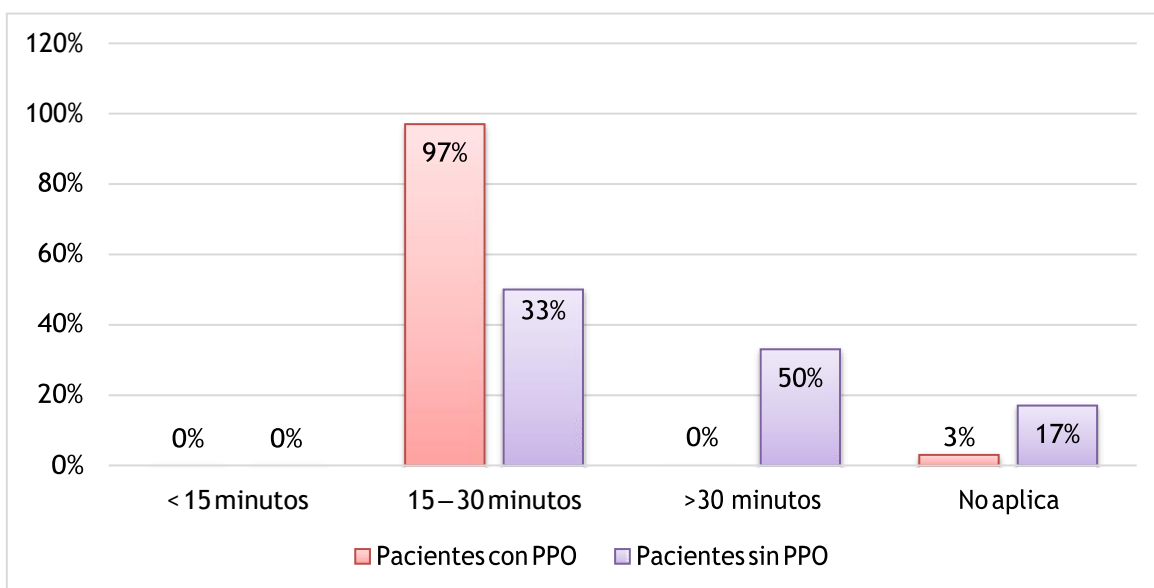


Gráfico N°5: Duración del tercer periodo del trabajo de parto de la población de estudio

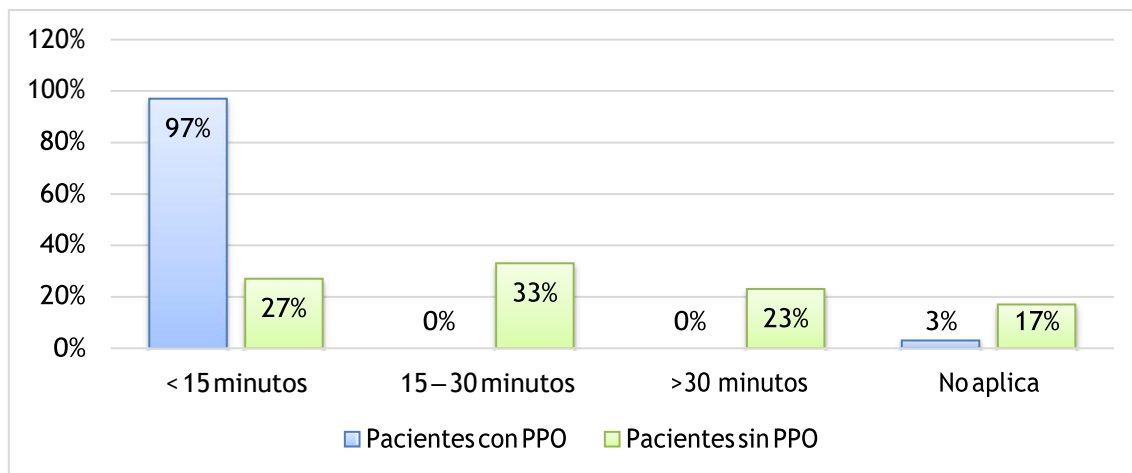


Gráfico N°6: Lesión perineal, vaginal o de cérvix de la población de estudio

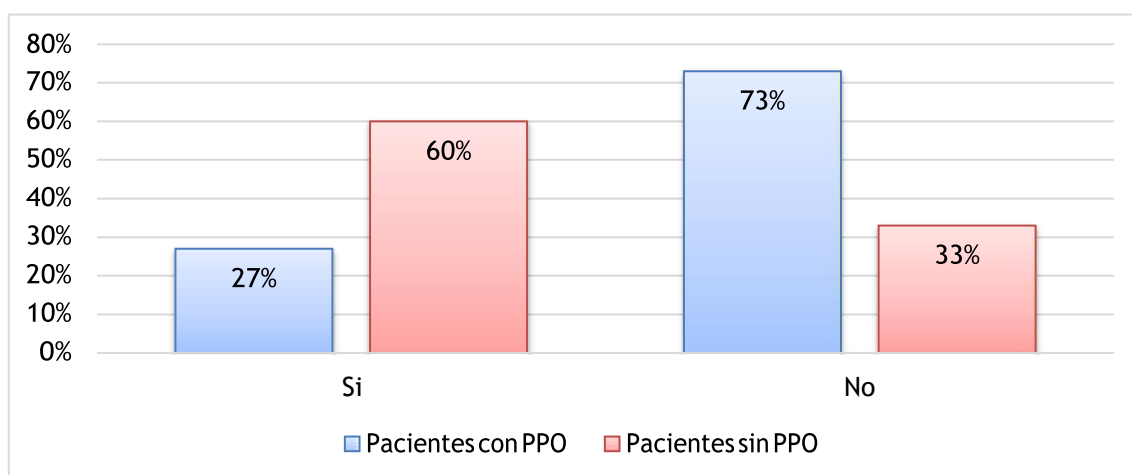


Gráfico N°7: Tipo de lesión perineal, vaginal o de cérvix de la población de estudio

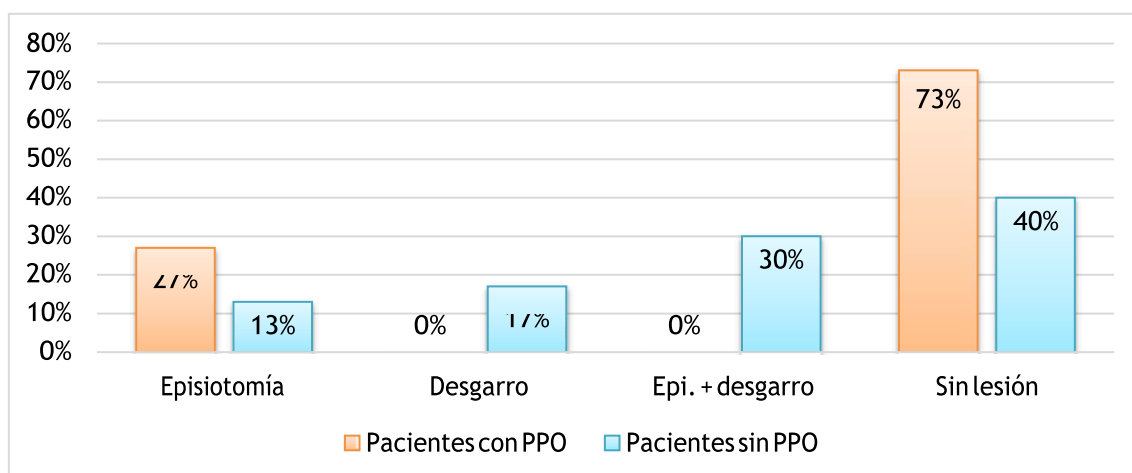


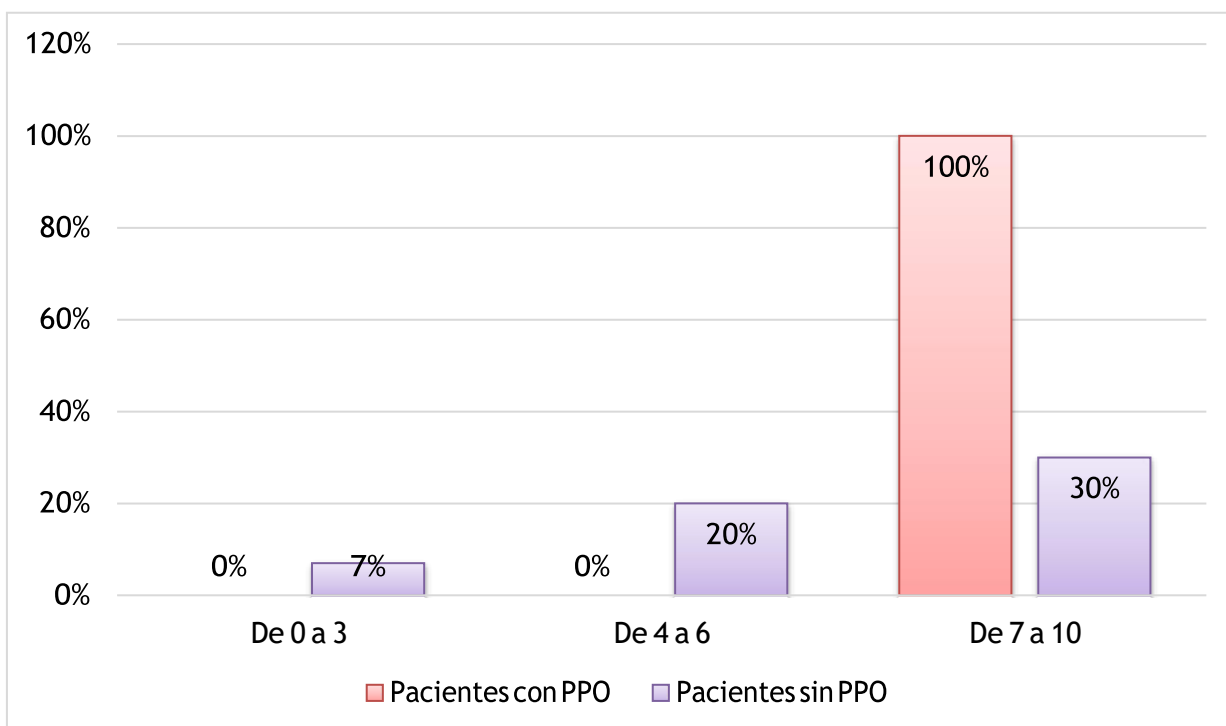
Tabla N°4: “Beneficios perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica de la población de estudio”

| Ítems | Indicadores | Pacientes con PPO | | Pacientes sin PPO | | P |
|----------------------------------|-------------|-------------------|-----|-------------------|-----|-------|
| | | Frecuencia | % | Frecuencia | % | |
| Peso del recién nacido | < 2500gr | 0 | 0 | 2 | 7 | 0,026 |
| | 2500-3999gr | 30 | 100 | 24 | 80 | |
| | > 4000gr | 0 | 0 | 4 | 13 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Talla del recién nacido | < 45cm | 0 | 0 | 2 | 7 | 0,034 |
| | 45-49.5cm | 30 | 100 | 25 | 83 | |
| | 49.6-55cm | 0 | 0 | 3 | 10 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Puntuación Apgar al minuto | De 0 a 3 | 0 | 0 | 2 | 7 | 0,023 |
| | De 4 a 6 | 0 | 0 | 6 | 20 | |
| | De 7 a 10 | 30 | 100 | 22 | 73 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Puntuación Apgar a los 5 minutos | De 0 a 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,041 |
| | De 4 a 6 | 0 | 0 | 6 | 20 | |
| | De 7 a 10 | 30 | 100 | 24 | 80 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Contacto piel a piel | Si | 29 | 97 | 20 | 67 | 0,075 |
| | No | 1 | 3 | 10 | 33 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |
| Clampaje del recién nacido | Si | 29 | 97 | 20 | 67 | 0,075 |
| | No | 1 | 3 | 10 | 33 | |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 | |

Fuente: Propia de los investigadores

Análisis: En relación al peso del recién nacido tuvo mayor porcentaje 2500gr – 3999gr. en pacientes con PPO con un 100% equivalente a 30, a diferencia de las pacientes sin PPO se obtuvo un 80 % equivalente a 24.; respecto a la talla del recién nacido tuvo mayor porcentaje 45-49.5cm con 100% en pacientes con PPO, mientras tanto en pacientes sin PPO fue 83% equivalente a 25; en relación al puntaje de Apgar a los 5 minutos tuvo mayor porcentaje de 7 a 10 con 30 (100%) en pacientes con PPO , en cambio en pacientes sin PPO fue de 24 (80%), se observa en contacto piel a piel que predominó fue si con 29 equivalente a 97% mientras tanto de menor porcentaje fue no con 10 (33%) en paciente sin PPO, en cambio se observa en clampaje del cordón umbilical predominó clampaje tardío con 97% en pacientes con PPO, en cambio con respecto al clampaje umbilical inmediato tuvo menor porcentaje con 33% en pacientes sin PPO.

Gráfico N° 8: Puntuación Apgar al minuto del recién nacido de la población de estudio



4.2. Discusión

En nuestra investigación titulada: “ Beneficios maternos y perinatales durante el trabajo de parto de pacientes que acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Julio - Diciembre, Lima; 2017 “ observamos que en relación con las características sociodemográficas la edad que más predominó fue la de 15 a 20 años de edad teniendo un mayor porcentaje tanto en pacientes que acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica como en pacientes que no acudieron al programa, estos resultados concuerdan con la investigación de Llave, E (2014) tuvo como resultado de mayor porcentaje las edades < de 35 años tanto en pacientes preparadas como no preparadas, Poma, C y Rojas, F (2016) en su investigación obtuvieron que las edades de 16 a 35 años tienen un mayor porcentaje con 59%, Reyes L. (2004) donde su población tuvo entre 15 a 24 años de edad; estos hallazgos se verifican con estudios actualizados de la OMS donde menciona que alrededor de 16 millones de pacientes entre 15 a 19 años salen gestando y dan su parto cada año.

En relación al estado civil los resultados que más prevaleció fue el de conviviente con un 77% en pacientes que asistieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y un 70% con las pacientes que no acudieron al programa; estos resultados concuerdan con la investigación de Llave, E (2014) quien obtuvo en su investigación el estado civil de conviviente la mayor prevalencia tanto en pacientes preparadas como no preparadas con un porcentaje de 65.9% y 68.8%; en la investigación de Zorrilla G. (2016) también coincide el resultado siendo el conviviente con mayor porcentaje para su población de gestantes preparadas y sus gestantes sin preparación; se puede encontrar que la mayoría de pacientes tienen un estado civil de conviviente y estos datos se pueden corroborar con un estudio que realizó el Ministerio de Salud (MINS), donde refiere que el 78% de gestantes atendidas tanto en hospitales públicos y clínicas del Perú tienen dicho estado civil.

En el grado de instrucción el de secundaria completa es el que mayor prevalencia tuvo con un 54% en pacientes preparadas y un 40% en pacientes sin preparación presentaron secundaria incompleta, estos datos concuerdan con las investigaciones de López, G (2014), Zurita, M (2015), Llave, E (2014), Zorrilla, G (2016); autores quienes tuvieron como resultado de mayor porcentaje el grado de instrucción de secundaria completa. Con respecto al lugar de procedencia de la población de estudio, se tuvo que el 15% de nuestra población fue procedente de El Agustino, sin embargo,

estos datos no concuerdan con ninguna investigación ya que fueron realizadas en distintos hospitales de estudio.

La ocupación que mayor prevalece fue el de ama de casa tanto para nuestras pacientes con Psicoprofilaxis Obstétrica con un 40% y para nuestras pacientes sin Psicoprofilaxis Obstétrica con un 70%; estos datos concuerdan con la investigación de Reyes, L (2004) quien obtuvo en su investigación el 57.8% y 58.9% de ambas poblaciones fueron ama de casa; Llave, E. (2014), Flores, P. (2016), Zurita, M (2015), entre otros, todos ellos su población de estudio tuvieron como ocupación el de ama de casa; estos hallazgos se verifican con un estudio de realización del Ministerio de Salud (MINSA) donde el 68% de la población es ama de casa al nivel del Perú.

En relación a las características obstétricas de las pacientes preparadas se observó que los números de controles prenatales en su mayoría fue >6 controles (100%), porcentajes diferentes se encontraron en las pacientes no preparadas que tuvieron < 6 controles (53%), por tanto, hubo diferencias en cuanto a números de controles prenatales. Estos resultados coinciden con la investigación de Llave (2014) quien obtuvo ≥ 6 controles (72,3%) en pacientes preparadas y < 6 sesiones en pacientes no preparadas (56,3%), así mismo en la investigación de la Dra. Regalado (2017) obtuvo como resultado en pacientes preparadas > 6 controles (68,13 %), nuestros resultados son similares a Ortiz (2015) tuvo >6 controles prenatales (100%), así como Reyes (2002) quien nos dice que existe 3 veces más posibilidades de que la gestante acuda de ocho a más controles prenatales cuando lleva psicoprofilaxis obstétrica, que cuando no lo lleva. La OMS señala que las gestantes deben tener ≥ 8 controles prenatales y su primer contacto debe ser a partir de las 12 semanas de gestación, cabe resaltar que la asistencia a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica ayuda a difundir y concientizar la importancia de los controles prenatales en las gestantes.

Por otro lado, la edad gestacional que predominó fue de 39 semanas (83%) en pacientes preparadas a diferencia de las pacientes no preparadas (43%). Estos resultados coinciden con la investigación de Llave (2014) mencionando que tuvo alto porcentaje en 37 a 41 semanas (87.9%) en pacientes preparadas, pero en pacientes no preparadas (91.1%), así mismo en la investigación de Ortiz (2015) donde señala que sus gestantes preparadas a término fue de 75%. Según la OMS señala de la edad gestacional adecuada es de 37 a 41 semanas, es por ello que en las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica se educa y brinda, a la gestante los conocimientos y preparación para identificar algún tipo de riesgo relacionado a la gestación.

De acuerdo al parto con acompañante tuvo mayor porcentaje "No" (80%) en pacientes preparadas a diferencia de los resultados en la investigación de Llave (2014) donde su mayoría fue si (75.8%) en pacientes preparadas y no (68.9) en pacientes no preparadas. Debemos resaltar que en pacientes que no llevaron preparación de Psicoprofilaxis Obstétrica no se permite el ingreso de ningún acompañante. Según el Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica ASPPO (2016) señala la importancia del parto con acompañante ya que ayuda a la gestante a sentirse más cómoda y así poder transmitir sus deseos a los demás.

En relación al riesgo obstétrico mayormente fue "Bajo" (97%) en pacientes controladas y en pacientes no controladas en su mayoría fue "Bajo" y "Alto" (50%). Estos resultados son similares con Llave (2014) donde la mayoría fue bajo (67.8%) y en pacientes no controladas que en su mayoría fue bajo (67.4%).

Con respecto a los beneficios maternos de la Psicoprofilaxis Obstétrica de nuestra población de estudio tenemos que al momento que nuestra población de estudio ingreso al hospital la frecuencia e intensidad de las contracciones de mayor prevalencia para las pacientes que asistieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica fue el de 3 contracciones en 10 minutos con una intensidad de 2 cruces; mientras que en las pacientes que no acudieron al programa tuvieron 2 contracciones en 10 minutos con una intensidad de 2 cruces; estos resultados no coinciden, con ninguna investigación ya que no las mencionan; sin embargo nosotras tomamos como importancia el saber la intensidad y la frecuencia de las contracciones al momento de ingresar por emergencia al hospital. Esto se puede verificar con la guía técnica de la Psicoprofilaxis Obstétrica del Ministerio de Salud (MINSA) donde se menciona la importancia de poder reconocer adecuadamente las contracciones y poder dar una buena respuesta ante ellas, lo que se enseña en la sesión III del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. En el Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica del ASPPO (2016) y Morales S. en su investigación "Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal" (2014) mencionan como ventaja que las pacientes pueden dar una adecuada respuesta de las contracciones uterinas utilizando adecuadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás; para que exista una mayor posibilidad de ingresar al centro de atención en trabajo de parto con una dilatación más avanzada, evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para su atención de parto haciendo que su tiempo de espera sea el mínimo antes de ingresar al centro obstétrico.

El tipo de parto que mayor porcentaje tuvo fue el de vaginal tanto en pacientes con preparación en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y en pacientes no

preparadas, con un 97 y 83% respectivamente, estos resultados coinciden con la investigación de Llave, E (2014) donde el parto vaginal fue el de mayor prevalencia con un 72%, al igual que en el estudio de Zurita, M (2015), nuestra investigación tiene un bajo porcentaje de pacientes cesareadas con un 3 a 17 % ya sea por diversos motivos, como una desproporción cefalo-pélvica, distocia de presentación, etc. Estos datos se pueden verificar que son correctos ya que desde 1985 la OMS menciona que los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%, y solo está justificada desde el punto de vista médico para prevenir la morbilidad materna y perinatal en caso que lo requiera, priorizándose el parto vaginal.

El inicio de parto espontaneo fue el que mayor porcentaje tuvo tanto para pacientes preparadas en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica como en pacientes no preparadas con un porcentaje de 97% y 43% respectivamente, este resultado coincide con la tesis de Llave, E (2014) con el inicio de trabajo de parto espontaneo y el trabajo de investigación de Regalado, J (2017), sin embargo, otros estudios no mencionan el inicio del trabajo de parto; cabe resaltar que La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros importantes instituciones internacionales, recomiendan la Psicoprofilaxis Obstétrica, por sus efectos positivos y beneficiosos; ya, que se emplean menor uso de fármacos para evitar las acentuaciones o inducciones, a menos que sean casos especiales donde los requieran; priorizando que le parto sea espontaneo.

Con respecto a la duración del primer periodo de parto autores como Williams, Schwart, Mongrut entre otros refieren que el periodo de dilatación en pacientes primigestas dura entre 8 a 14 horas. En este estudio se pudo observar que la duración del primer periodo del trabajo de parto que es el de la dilatación fue el 8 a 14 horas en su mayor porcentaje en pacientes preparadas con un 97%, lo cual se contrasta con los hallazgos de Llave, E (2014), García, M (2015), sin embargo, estos hallazgos no coinciden con la investigación de Poma, R y Rojas, C (2016) donde el periodo de dilación duro menos de 8 horas.

En cuanto al segundo periodo del trabajo de parto (Periodo Expulsivo), se encontró que en las pacientes preparadas en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica el tiempo fue de 15 a 30 minutos, mientras que en pacientes no preparadas tuvo una duración de más de 30 minutos; estos resultados coinciden con la investigación de Regalado, J (2017), Llave, E (2014) Zorrilla, G (2016) y Zurita, M (2015) donde refieren que la duración de mayor porcentaje de su periodo expulsivo fue el de menos de 50 min en primigestas, pero difiere con los resultados de López, G (2014). En el Manual

de Psicoprofilaxis Obstétrica del ASPPO (2016) menciona que unos de los beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica es que disminuye el tiempo del periodo expulsivo.

Sobre el tiempo de duración del tercer periodo de parto (Alumbramiento) se tiene que las pacientes con preparación en Psicoprofilaxis Obstétrica tuvieron una duración de menos de 15 minutos, mientras que en las pacientes que no tuvieron preparación psicoprofiláctica la duración fue de 15 a 30 minutos; estos hallazgos tienen similitud con las investigaciones de Zorrilla, G (2016) y Zurita, M (2015).

Se conoce que unos de los beneficios durante los periodos del trabajo de parto tanto el periodo de dilatación, expulsión y alumbramiento de la Psicoprofilaxis Obstétrica tienen a ser menores ya que las pacientes utilizan diversas técnicas como las respiración, relajación, técnicas de pujos, entre otros, aprendidas durante las sesiones del programa; en la cual se puede observar que los hallazgos de nuestra investigación coinciden con los beneficios mencionados teniendo relación con diversas investigaciones, la técnica de la Psicoprofilaxis Obstétrica del Ministerio de Salud y el Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica del ASPPO.

Los resultados más representativos sobre si existió lesión perineal, vaginal o de cérvix la respuesta es que no para pacientes preparadas y si para las pacientes no preparadas, estos resultados no coinciden con la investigación de Llave, E (2014), Zorrilla, G (2016), entre otras, con respecto al tipo de lesión se puede observar que existe un cierto porcentaje en la episiotomía, esto se debe a que nuestra población en general fueron pacientes primigestas, por lo que algunas obstetras protocolizan el uso de episiotomía en dichas pacientes, y este hallazgo concuerda con Llave, E (2014), ya que en el Instituto Materno Perinatal hacen uso de la episiotomía en pacientes primigestas; sin embargo según la Norma Técnica de Salud del Ministerio de Salud te menciona que no se debe realizar procedimientos de rutina ya que las evidencias médicas consideran perjudiciales para la gestante en el trabajo de parto como es el rasurado púbico, la posición decúbito dorsal en el periodo expulsivo, episiotomía, el enema en el trabajo de parto, el pujo forzado sin que la gestante este en la fase avanzada expulsiva, la restricción de los alimentos y líquidos durante el trabajo de parto, entre otras.

En relación al peso del recién nacido se obtuvo de resultado 2500-3999gr. (100%) en pacientes preparadas a diferencia de las pacientes no preparadas con 80%, estos resultados no coinciden con Reyes (2002) donde menciona que el grupo de gestantes con psicoprofilaxis el 2.2%(N=1) de sus bebés fueron pequeños(<2500) para la edad gestacional y el grupo de sin psicoprofilaxis lo fue un 8.9% (N=4), Llave (2013) en su

investigación menciona que el peso del recién nacido fue similar en ambas participantes entre 2500-3999gr. (6 sesiones: 92.8% y menos de 3 sesiones: 94.1%), Zurita (2015) menciona en su investigación que el 98,78% obtuvo Peso normal (<4000gr.) en pacientes que en su mayoría fueron preparadas en psicoprofilaxis obstétrica con 6 sesiones. Según Minsa “La norma técnica de atención neonatal” el peso normal en el recién nacido es >2500- 3999gr. A término >37 ss <42 ss de gestación y que no presenta patologías. Así mismo el Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica (ASPPO) nos menciona que cierto nivel de tensión es normal durante la gestación, pero existen estudios que demuestran que más madres sometidas a tensión extrema y constante tienen más probabilidades de tener hijos prematuros, pesos inferiores al normal, hiperactivos e irritables. Cabe resaltar que la alimentación en la gestante es fundamental para el desarrollo del futuro bebé, en la II Sesión de psicoprofilaxis obstétrica: “Atención Prenatal y Autocuidado” se hace énfasis sobre la alimentación y nutrición: suplementación de hierro y ácido fólico, revalorar alimentos locales, No drogas, alcohol, tabaco.

En relación a la talla del recién nacido tuvo mayor porcentaje 45-49.5 con un 100% en pacientes preparadas a diferencia de las pacientes no preparadas con un 83%, estos resultados son similares en la investigación Méndez (2015), donde su mayor porcentaje fue 45-49 cm (96.67%) en pacientes que llevaron psicoprofilaxis obstétrica, diferente resultado obtuvo Llave (2014) en su investigación tiene como resultado la talla de recién nacido que predominó fue 49.6-55 cm (65.9%) en pacientes preparadas a diferencia de pacientes no preparadas fue de 72.6%. El Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica (ASPPO) señala que uno de los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica nos menciona que cierto nivel de tensión es normal durante la gestación pero existen estudios que demuestran que más madres sometidas a tensión extrema y constante tienen más probabilidades de tener hijos prematuros, peso inferiores al normal, hiperactivos e irritables, Así mismo Morales S. señala en su investigación “Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal” nos menciona que una de las ventajas perinatales (etapa prenatal, intranatal y post natal) de la psicoprofilaxis obstétrica es que mejora el crecimiento intrauterino y desarrollo en el bebé.

En relación a la puntuación del Apgar al minuto predominó de 7- 10 con un 100% en pacientes preparadas y en pacientes no preparadas con 80%, estos resultados coinciden en la investigación de Morales (1989) donde menciona que el Apgar al minutos >7 en pacientes preparadas es de 98% y en pacientes no preparadas fue de 90%, así mismo también en la investigación de Regalado (2017) obtuvo Apgar al

minuto donde predominó > 7 en pacientes preparadas con 82.42% y en pacientes no preparadas fue 78.98 %, de igual manera en la investigación de Zorrilla (2016) obtuvo mayor prevalencia de Apgar al minuto $>8 - 10$ (Normal) en gestantes preparadas con un 100% y en gestantes no preparadas 62.5%, así mismo Llave (2014) en su investigación obtuvo un Apgar al minuto de 7 a 10 (96.6% en recién nacidos de pacientes con seis sesiones de psicoprofilaxis y 91.1% en recién nacidos de pacientes con menos de tres sesiones). Así mismo Morales S. señala en su investigación "Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal" donde nos menciona que uno de las ventajas perinatales (etapa prenatal, intranatal y post natal) de la psicoprofilaxis obstétrica es que mejorar el estado al nacer (Apgar).

En relación a la puntuación del Apgar a los 5 minutos se obtuvo mayormente de 7-10 minutos (100%) en pacientes preparadas así mismo en las pacientes no preparadas fue 7-10 minutos (80%) y de bajo porcentaje fue 4-6 (20%), estos resultados coinciden con Morales (1989) donde menciona que el Apgar a los 5 minutos fue > 7 con 100% en pacientes preparadas y en las no preparadas fue de 94%. Estos resultados también coinciden en la investigación de Llave (2014) donde se obtuvo un Apgar alto fue 7-10 minutos (99.2%) y en menor fue 4-6 minutos (0.8%) en pacientes preparadas similar a las pacientes no preparadas que fue 7-10 minutos (99.3%) y en menor 4-6 minutos (0.7%), igualmente en la investigación de Poma (2016) normal (100%) cabe resaltar que la población de esta investigación son solo pacientes preparadas, así mismo en su investigación Regalado (2017) obtuvo como resultado en su mayoría 8.96 (96.7%) en pacientes preparadas así mismo en pacientes no preparadas en su mayoría fue 9.02 (94.47%), coincidentemente en la investigación de Zorrilla (2015) donde la mayoría fue 8-10 minutos (100%) en pacientes preparadas a diferencia de las pacientes no preparadas en su mayoría fue <7 minutos (61.9%) y en menor fue 8-10 minutos (38.1%). Según la Dra. Virginia Apgar refiere que, durante la evaluación al recién nacido, se tienen de 0 a 3 puntos significa que el recién nacido presenta una depresión severa; si tiene de 4 a 6 puntos presenta una depresión moderada y de 7 a 10 puntos el recién nacido está normal y en buenas condiciones. Así mismo Morales S. señala en su investigación "Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal" donde nos menciona que uno de las ventajas perinatales (etapa prenatal, intranatal y post natal) de la psicoprofilaxis obstétrica es que mejorar el estado al nacer (Apgar).

En relación al contacto piel a piel se obtuvo que mayormente fue "Si" (97%) en pacientes preparadas al igual que en pacientes no preparadas en su mayoría fue "Si"

(67%) estos resultados coinciden con la investigación de Llave que en su mayoría fue si (72.7%) y en menor fue no (27.3%) en pacientes preparadas así mismo en pacientes no preparadas que en su mayoría fue si (66.7%) y en menor fue no (33.3%), igualmente en la investigación de Poma (2016) que en su mayoría fue si (100%) solo en pacientes que llevaron Psicoprofilaxis Obstétrica, igualmente en su investigación Zurita (2015) obtiene como resultado en su mayoría si (62.2%) y en menor no (37.8%) en pacientes con PPO. Según MINSA menciona que el primer contacto piel a piel con la madre dentro de la primera hora de nacido contribuye a generar un vínculo de confianza y seguridad.

En relación al clampaje tardío en su mayoría fue tardío (80%) y en menor fue inmediato (20%) en pacientes preparadas así mismo en pacientes no preparadas fue tardío (64%) y en menor fue inmediato (36%); con respecto al clampaje tardío no se encontró similitudes y diferencia en investigaciones, sin embargo la OMS recomienda el pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical (aproximadamente entre uno y tres minutos después de dar a luz) en todos los nacimientos, al tiempo que se inician simultáneamente los cuidados básicos del recién nacido, en consecuencia de ello se consigue mantener el flujo sanguíneo entre la placenta y el recién nacido, y eso puede mejorar la dotación de hierro del niño incluso hasta los seis meses de vida. Este efecto puede ser especialmente importante para los lactantes que viven en entornos con pocos recursos, en los que hay un menor acceso a alimentos ricos en hierro.

La Psicoprofilaxis Obstétrica no solo tiene beneficios maternos y perinatales sino también otros, dentro de ellos están los beneficios para equipo de salud ya que; según el Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica del ASPPO (2016) menciona que la Psicoprofilaxis Obstétrica permite mejorar la calidad de atención a la gestante obteniendo un producto en buenas condiciones y permitiendo al equipo de salud la satisfacción de observar de cerca dichos beneficios. En la guía técnica del Ministerio de Salud menciona como beneficios un clima laboral con mayor armonía, una mejor distribución del trabajo, una mejor actitud y aptitud del personal, el ahorro de recursos y materiales, etc.

También existen beneficios para los familiares y esto lo encontramos en el Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica del ASPPO (2016), ya que promueve una participación activa de la familia brindando a la gestante el apoyo y comprensión que ella necesita, mejorando el vínculo familiar, haciendo que el padre pueda vivir y disfrutar mejor su paternidad con seguridad.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. La mayoría de las pacientes que acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica tuvieron entre 15 a 20 años de edad, eran convivientes, con un grado de instrucción de secundaria completa, procedentes del Agustino, teniendo como ocupación ama de casa; mientras que las pacientes no acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica tuvieron entre 15 a 20 años de edad, convivientes con secundaria incompleta, procedentes del Agustino y son ama de casa.
2. En su mayoría las pacientes que acudieron al programa de PPO tuvo >6 controles prenatales (100%), 39 semanas de edad gestacional, solo 10 pacientes (33%) tuvo parto con acompañante, no presentaron riesgo obstétrico; mientras que las pacientes que no acudieron al programa de PPO tuvo < 6 controles prenatales (53%), tenían 39 semanas, no tuvieron parto con acompañante, su riesgo obstétrico fue un promedio mediano ya que había pacientes sin controles prenatales.
3. La mayoría de las pacientes que acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica ingresaron al hospital con una frecuencia de 3 contracciones en 10 minutos y una intensidad de 2 cruces, el 97% tuvo parto vía vaginal, con un inicio espontaneo, una duración de 8 a 14 horas del periodo de dilatación, una duración de 15 a 30 minutos del periodo expulsivo y una duración de menos de 15 minutos para el alumbramiento, la mayoría de las pacientes no tuvieron lesión perineal; sin embargo, la población de las pacientes que no acudieron al programa de PPO ingresaron al hospital con una frecuencia de 2 contracciones en 10 minutos con una intensidad de 2 cruces, el periodo de dilatación duro > de 15 horas, el periodo expulsivo duró más de 30 minutos y el periodo del alumbramiento duro entre 15 a 30 minutos y donde la mayoría tuvo lesión perineal.
4. Los resultados de mayor prevalencia en beneficios perinatales que tuvieron las pacientes que acudieron al programa de PPO fueron recién nacidos con un peso de 2500 a 3999gr.(100%), talla del recién nacido de 45-49.5cm, puntuación Apgar al minuto de 7-10 puntos y Apgar a los 5' de 7-10 puntos, si tuvieron contacto de piel a piel y tuvieron clampaje tardío; mientras las pacientes que no acudieron al programa de PPO tuvieron recién nacidos con un peso de 2500 a

3999gr., talla del recién nacido de 45-49.5cm, Apgar al minuto de 7-10 puntos y Apgar a los 5´ de 7-10 puntos, si tuvieron contacto de piel a piel y tuvieron clampaje tardío.

5. Según la prueba X^2 se concluye que el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica brinda mayores beneficios maternos y perinatales durante el trabajo de parto a pacientes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica en relación con las pacientes que no recibieron preparación.

5.2. Recomendaciones

1. Promover y fortalecer la difusión del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en todas las mujeres de edad reproductiva independientemente del estrato etario.
2. Fortalecer el trabajo conjunto de la institución hospitalaria y el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y así considerar un paquete que cubra todas necesidades de las pacientes, considerando todas las características obstétricas con la que pueda llegar (Preeclampsia, Placenta Previa, Gestante añosa, etc).
3. Incitar a las gestantes a asistir a las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica para que puedan beneficiarse del mismo como la disminución del tiempo total del trabajo de parto. También se debe de promover más el parto con acompañante ya que brindará a las pacientes el apoyo necesario que necesitan al momento de su parto
4. Informar a las madres que de no existir complicaciones durante el trabajo de parto se realizará el contacto piel a piel y clampaje tardío en el recién nacido ya que estudios demostraron que es muy beneficioso para establecer el vínculo afectivo, mejor adaptación al ambiente postnatal y así disminuir la anemia los recién nacidos.

5. El profesional encargado del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica debe calificar con el perfil; su asistencia y supervisión al personal de apoyo debe ser permanente.
6. Capacitar y actualizar según las normas técnicas de salud a los profesionales en la atención de parto sobre todo en la protección del área perineal para evitar desgarros, episiotomía y así tener una recuperación post parto adecuada y sin complicaciones.
7. Se debe impartir las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia por la profesional encargada del programa junto al personal de apoyo en un ambiente adecuado y con recursos materiales para la realización.
8. Se debe actualizar la guía técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica del Ministerio de Salud para mejorar la calidad de atención de la gestantes en la realización de las sesiones teórico – prácticas, contribuyendo al logro de una maternidad segura y saludable.

Referencias bibliográficas

1. Garrascosa L. Dar a luz sin Miedo. Universidad autónoma de Madrid Edición 7. Madrid-España.; 2012. Pag.4.
2. Pereira R., Franco S., Baldin N., El dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. Rev. Bras Anesthesiol.Brasil,2012;pag 204-210 [Fecha de consulta: 9/01/18] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/es_v61n3a14.pdf
3. MINSA, Psicoprofilaxis Obstétrica. Lima –Perú. 2013 [Fecha de consulta 10/11/17]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/nota_completa.asp?nota=7469
4. Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica ASPPO. Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica. 4ª Edición. Lima. ASPPO. 2016
5. Martínez M. Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido. [Tesis Doctoral].Granada- España. Editorial de la Universidad de Granada; 2012. [Fecha de consulta 10/01/18] Disponible en: <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/21277709.pdf>.
6. Salas F. Aplicación de Psicoprofilaxis Obstétrica en Primigestas añosas propuestas de un protocolo de manejo. Guayaquil- Ecuador: Universidad de Guayaquil de Ciencias Médicas. 2013 [Fecha de consulta 09/01/18]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1797/1/tesis%20terminada%20faty.pdf>.
7. MINSA. Normas Técnicas de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Lima, Perú 2014 [Fecha de consulta 16/12/17]. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/722/PROPUESTA%20NORMA%20PSICOPROFILAXIS%20OBSTETRIC_A%20Y%20ESTIMULACION%20PRENATAL%20-%204.pdf
8. Hospital Nacional Hipólito Unanue-HNHU. Ministerio de Salud. Departamento de Gineco-Obstetricia. Lima, Perú: 2017 [Fecha de consulta 16/12/17]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/hospital-hipolito-unanue-inicia-modalidad-de-partos-con-acompanante/>.
9. Hospital Nacional Hipólito Unanue- HNHU. Ministerio de Salud. Oficina de Estadísticas. Lima, Perú. [Fecha de Consulta 16/02/18]; Disponible en : http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wpcontent/uploads/2017/03/2_CEXT_ATEND_A_TENC.pdf
10. Regalado, J. La psicoprofilaxis durante la gestación para mejorar el proceso y los resultados del trabajo de parto y de las condiciones del recién nacido: Estudio comparativo en tres centros de salud: Augusto Egas, Los Rosales, y La Concordia, de la provincia de Santo Domingo de Llos Tsachilas, durante el periodo 2015 [Tesis]. Quito,Ecuador. Universidad Pontificia Católica del

Ecuador [Fecha de consulta 11/02/18] Disponible en:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13631/TESIS%20DRA.%20JESSICA%20REGALADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

11. Gonzales., Barquero, A.et al. Satisfacción de gestantes y acompañantes en relación con el Programa de Educación Maternal en Atención Primaria. Revista Matronas Profesión. Huelva- España. 2017;18(1): 35-42[Fecha de consulta 15/02/18].Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Juan_D_GonzalezSanz/publication/316669210_Satisfaccion_de_gestantes_y_acompanantes_en_relacion_con_el_Programa_de_Educacion_Maternal_en_Atencion Primaria/links/590b3fd9a6fdcc49617aaf7b/Satisfaccion-de-gestantes-y-acompanantes-en-relacion-con-el-Programa-de-Educacion-Maternal-en-AtencionPrimaria.pdf
12. Méndez M. Psicoprofilaxis y Complicaciones en el Trabajo de Parto. Psicoprofilaxis y Complicaciones en el trabajo de parto. [Tesis].Guatemala. Universidad Rafael Landívar, 2015. [Fecha de consulta15 /02/18].Disponible en:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Garcia-Maria.pdf>
13. Chable, G., García. Ventajas de la psicoprofilaxis perinatal. Revista Sanidad Militar. México ,2014; 67(3) May -Jun: 106-114 [Fecha de consulta: 08/03/18]. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2014/sm133c.pdf>
14. Ortiz, C. “Influencia de la Educación Maternal en el gestación, parto, puerperio y salud neonatal”. [Tesis] Madrid, 2014. Universidad de Cantabria. [Fecha de consulta:14/03/18].Disponible en :
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5229/OrtizFernandezC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Poma,R., Muñoz, K. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes durante el proceso de trabajo te parto y en el recién nacido en el C.S De Chupaca de Julio a Diciembre 2015” [Tesis].Huancayo, Perú: Universidad Peruana del Centro. [Fecha de consulta 16/12/17]. Disponible en:
http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/57/1/T102_44356783_T.pdf
16. Zorrilla, G. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto (fase activa) y el recién nacido en el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto de San Juan de Miraflores. Junio – Julio 2015 [Tesis].Lima, Perú [Fecha de acceso 02/02/18] Disponible en:

- http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2275/3/zorrilla_g.pdf
17. Morales, D. Apoyo del acompañante en el trabajo de parto asociado a beneficios maternos-perinatales en Primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010 [Tesis].Lima-Perú. [Fecha de consulta 17/02/18]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2956/1/Samar_qd.pdf
 18. Zurita M. 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].Lima –Perú. Universidad Privada Alas Peruanas [Fecha de consulta 12/01/18]. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/cgibin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=E&base=lizurita.psicoprofilaxis-obstetrica>
 19. López, G. Psicoprofilaxis Obstétrica y beneficios maternos perinatales en gestantes Primigestas atendidas en el Hospital Chancay 2014. [Tesis]. Chancay-Perú. [Fecha de consulta 01/12/17]. Disponible en: http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/2643/2/L%C3%93PEZ_DELRIO-Resumen.pdf
 20. Llave. E. Resultados materno perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de Psicoprofilaxis Obstétrica en el INMP durante el año, 2013 [Tesis].Lima, Perú [Fecha de consulta 11/02/18] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3699/1/Llave_re.pdf
 21. Reyes L. Psicoprofilaxis Obstétrica Asociado a Beneficios Materno- Perinatales. [Tesis].Lima-Perú. Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Fecha de consulta 17/12/17].Disponible en: http://repositorio.edu.pe/bitstream/cybertesis/2985/1/Reyes_hl.pdf
 22. Morales, S. Ventajas de la Psicoprofilaxis en el Manejo de la Gestante en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. [Tesis] Perú: Universidad Particular San Martín de Porres. 1989.
 23. Morales, S. Guibovich, A. Yábar, M. Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. Horiz. Med. vol.14 no.4. Lima-Perú, oct./dic. 2014[Fecha de consulta 11/12/17] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727558X2014000400010
 24. Resolución ministerial. Guía para Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Ministerio de Salud .Lima-Perú.2014 [Fecha de consulta 14/02/18] Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>
 25. Schwarcz,R., Fescina ,R.et al. Obstetricia. Edición 7th.Editorial Ateneo. México 2014.

26. Cortez. Obstetricia general. Edición 1th.Madrid. Editorial centro de estudios San Ramón Areces, S.A. 2006. Pag.13.
27. Ministerio de salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima- Peru.2004 [fecha de consulta: 24/06/18]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf>
28. Solis H, Morales S. Obstetric Psychoprophylaxis impact on reducing morbidity And mortality maternal and perinatal. Rev. Horiz Med. 2012 Abril - Junio; 12 (2): 49-52. <http://www.redalyc.org/pdf/3716/371637125009.pdf>
29. Resolución ministerial. Norma Técnica de la salud para la Atención integral Neonatal. Ministerio de Salud .Lima-Perú.2014 [Fecha de consulta 24/06/18] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>
30. Organización Mundial de la Salud. Inicio temprano de la lactancia materna 2017.[Internet], Ginebra,OMS,2017 [Fecha de consulta: 20/05/18]. Disponible en : http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/
31. Organización Mundial de la Salud. Momento óptimo de pinzamiento del cordón umbilical para prevenir la anemia ferropénica en lactantes 2017.[Internet], Ginebra,OMS,2017 [Fecha de consulta: 20/05/18]. Disponible en : http://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/es/

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

| Problema | Objetivo | Justificación | Hipótesis | Variables | Tipo de investigación | Técnica e instrumento | Presentación de resultados |
|--|--|--|--|--|---|--|----------------------------|
| <p>¿Cuáles son los beneficios maternos y perinatales durante el trabajo de parto y durante el trabajo de parto de pacientes que acudieron al programa de psicoprofilaxis obstétrica en relación con aquellas que no acudieron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Julio-Diciembre, Lima, 2017.</p> <p>Objetivo Específico: Identificar los factores sociodemográficos de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.</p> <p>Identificar las características obstétricas de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.</p> <p>Identificar los beneficios maternos de la Psicoprofilaxis Obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue.</p> <p>Identificar los beneficios perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue.</p> | <p>La Psicoprofilaxis Obstétrica constituye una de las más trascendentes líneas de servicio integral a las madres gestantes, que permite la gran alternativa de mejorar las condiciones de su calidad de atención mediante diversas técnicas donde podrá dirigir un parto sin temor, con la suficiente información, habilidades técnicas y recursos personales, a través de un adecuado conocimiento de anatomía, fisiología del embarazo y parto.</p> <p>Según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, refiere que el 10% de gestantes muere durante el parto, razón por la cual nosotros pretendemos conocer los beneficios que brinda la Psicoprofilaxis Obstétrica para reducir la tasa de morbilidad materna en la actualidad.</p> | <p>HI: Existen mayores beneficios maternos y perinatales durante el trabajo de parto en pacientes que acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica de las que no acudieron al programa.</p> <p>HO: No existen mayores beneficios maternos y perinatales durante el trabajo de parto en pacientes que acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica de las que no acudieron al programa.</p> | <p>Factores Los instrumentos a utilizar para el estudio son: Ficha de recolección de datos: Estuvo dividida en las siguientes partes: a) Parte I Factores sociodemográficos que constó de 5 ítems: Edad, estado civil, grado de instrucción, lugar de procedencia y ocupación. b) Parte II Características Obstétricas que constó de 5 ítems: Número de controles prenatales, fórmula obstétrica, edad gestacional al momento del parto, riesgo obstétrico y parto con acompañante c) Parte III Beneficios Maternos de la Psicoprofilaxis Obstétrica: que constó de 9 ítems: Forma de ingreso al hospital, tipo de parto, inicio del trabajo de parto, duración del primer periodo de trabajo de parto, duración del segundo periodo de trabajo de parto, duración del tercer periodo del trabajo de parto, complicaciones durante el trabajo de parto, lesión perineal, vaginal o cervical y tipo de lesión perineal, vaginal o cervical d) Parte IV Beneficios perinatales de la psicoprofilaxis Obstétrica: que consta de 5 ítems: Sexo del recién nacido, peso del recién nacido, talla del recién nacido, puntuación Apgar y contacto piel a piel.</p> | <p>El tipo de estudio será, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Ámbito de Población: La investigación se realizará en el Hospital Hipólito Unanue, ubicado en la Av. César Vallejo 1390, El Agustino - Lima - Perú. Población: La población estará constituida por pacientes que acudieron al programa de psicoprofilaxis obstétrica y pacientes que no asistieron. Muestra: Tipo de muestreo: No Probabilística por conveniencia.</p> | <p>La técnica que se utilizará en este trabajo de investigación será los instrumentos de ficha de recolección de datos la cuales se realizará la elaboración de tablas y gráficos. Se realizará el análisis descriptivo de los datos, para variables cuantitativas y para variables cualitativas se calculará la distribución porcentual de los datos en frecuencias absolutas y relativas.</p> <p>beneficios maternos y perinatales.</p> | <p>Para la elaboración del plan de procesamiento y análisis de datos se utilizará el paquete estadístico SPSS (Paquete estadístico para las Ciencias Sociales) versión 22, con la elaboración de tablas y gráficos. Se realizará el análisis descriptivo de los datos, para variables cuantitativas y para variables cualitativas se calculará la distribución porcentual de los datos en frecuencias absolutas y relativas.</p> | |

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS BENEFICIOS MATERNOS Y PERINATALES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO DE PACIENTES QUE ACUDIERON Y NO ACUDIERON AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE”

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad: _____ años
2. Grado de instrucción: Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior Técnico ()
Universitario ()
3. Estado Civil: Soltera () Casada () Conviviente () Divorciada/ Separada ()
Viuda ()
4. Ocupación: _____
5. Lugar de procedencia: _____

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

6. Formula Obstétrica: _____
7. Número CPN: _____
8. Edad gestacional al momento del parto: _____
9. Riesgo Obstétrico: Alto () Bajo ()
10. Motivo de Riesgo Obstétrico: _____
11. N° de Sesiones _____
12. Parto con acompañante: No () Si ()

CARACTERÍSTICAS MATERNOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

13. Forma de ingreso al hospital: Estable () Inestable ()
14. Tipo de parto: Vaginal () Cesárea ()
15. Inicio de parto. Espontáneo () Acentuado () Inducido () Cesárea ()
- *Si fue Cesárea, Motivo de Cesárea: _____
16. Duración periodo de dilatación: _____ minutos
17. Duración periodo de expulsivo: _____ minutos
18. Duración periodo de alumbramiento: _____ minutos
19. Lesión perineal, vaginal o de cérvix: No () Si ()
20. Tipo de lesión perineal, vaginal o cervical: Episiotomía () Desgarro () Episiotomía + desgarro ()

CARACTERÍSTICAS PERINATALES

21. Sexo del Recién Nacido: Masculino () Femenino ()
22. Peso del Recién Nacido: < 2500 gr () 2500 – 3999 gr () > 4000 gr ()
23. Talla del recién nacido: : <45cm () 45-49.5cm () 49.6-55cm ()
24. Puntuación del Apgar: _____
25. Contacto piel a piel: No (0) Si (1)
26. Clamplaje: Inmediato () Tardío ()

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a): Sofia Vargas Laura

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

| CRITERIOS | SI | NO | OBSERVACIÓN |
|--|----|----|-------------|
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | X | | |
| 2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio. | X | | |
| 3. La estructura del instrumento es adecuado. | X | | |
| 4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable. | X | | |
| 5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. | X | | |
| 6. Los ítems son claros y entendibles. | X | | |
| 7. El número de ítems es adecuado para su aplicación. | X | | |

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


 SOFIA VARGAS LAURA
 C.O.P. N° 2575
 BOGOTÁ, D.C.

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a): Lic. Nathaly Reyes Serrano

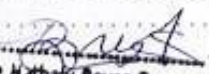
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

| CRITERIOS | SI | NO | OBSERVACIÓN |
|--|----|----|---|
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | ✓ | | |
| 2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio. | ✓ | | |
| 3. La estructura del instrumento es adecuado. | | ✓ | Ordenar por rangos y según las sugerencias comunicadas. |
| 4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable. | | ✓ | Separar los ítems por características. |
| 5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. | | ✓ | Ordenar por rangos. |
| 6. Los ítems son claros y entendibles. | ✓ | | |
| 7. El número de ítems es adecuado para su aplicación. | ✓ | | |

SUGERENCIAS:

*Ordenar el fichero de recolección de datos por rangos en cada ítem por el Menú correspondiente.
 Tener en cuenta describir las Variables Operacionales para lo desarrollo de la investigación.*


 Berthe Nathaly Reyes Serrano
 OBSTETRA
 COP 31901
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

| CRITERIOS | SI | NO | OBSERVACIÓN |
|--|----|----|-------------|
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | X | | |
| 2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio. | X | | |
| 3. La estructura del instrumento es adecuado. | X | | |
| 4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable. | | X | |
| 5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. | | | |
| 6. Los ítems son claros y entendibles. | X | | |
| 7. El número de ítems es adecuado para su aplicación. | X | | |

SUGERENCIAS:

Respecto los ítems de los cuestionarios en la
 operacionalización de la variable

Estrella
 ANA C. ESTRELLA PUCHOC
 OBSTETRA
 FIRMA DEL SUJEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

| CRITERIOS | SI | NO | OBSERVACIÓN |
|--|----|----|-------------|
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | X | | |
| 2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio. | X | | |
| 3. La estructura del instrumento es adecuado. | X | | |
| 4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable. | X | | |
| 5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. | X | | |
| 6. Los ítems son claros y entendibles. | X | | |
| 7. El número de ítems es adecuado para su aplicación. | X | | |

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....


.....

.....

.....

.....

.....
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)


LIC. EULEMA BUSTAMANTE PUENTE
OBSTETRA
C.O.F. N° 3441
Hospital Nacional "Rodrigo Urdaneta"

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a): Dra. Maria Evelina Caldas Herrera

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

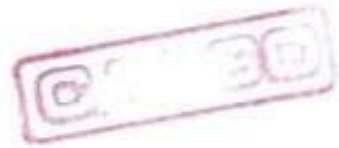
Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

| CRITERIOS | SI | NO | OBSERVACIÓN |
|--|----|----|-------------|
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | X | | |
| 2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio. | | X | |
| 3. La estructura del instrumento es adecuado. | | X | |
| 4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable. | X | | |
| 5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. | X | | |
| 6. Los ítems son claros y entendibles. | X | | |
| 7. El número de ítems es adecuado para su aplicación. | X | | |

SUGERENCIAS:

..... *Revisar indicadores y modificar*
 *guía de observación*

.....
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)
cop 2189



Lima, 03 de mayo de 2018

CARTA N° 13-05-174-2018/EAPO-UPNW

Dr. Luis Wilfredo Miranda Molina
Director del Hospital Hipólito Unánue

Presente.

De mi mayor consideración,

Mediante el presente expreso a Ud. el saludo institucional y el mío propio.

Asimismo, me permito solicitarle vuestra autorización para que las Bachilleres Saavedra Espinosa Wendy Yosenia y Yauris Oerospoma Carol Reyna, alumnas de la carrera profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, pueda realizar las encuestas del departamento de Gineco-obstetricia del hospital que Ud. dirige y así poder desarrollar su tesis "Beneficios Maternos y Perinatales durante el trabajo de parto de pacientes que acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica atendidas en el Hospital Hipólito Unánue, Agosto - Diciembre del 2017".

Agradezco la atención al presente y hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi distinguida consideración y estima personal.

Atentamente,



Dr. Pedro Jesús Méndez Arana
Decano
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Pontificia Robert Wiener S.A.



20445

SOLICITO: Revisión y Aprobación
de proyecto de investigación

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"

S.D.

Yo, Sra. Emma Wendy Yessica y Juan Carlos Reyna
- 72550190
con DNI N° - 47032090 Domicilio Jr. Huilca Guiso 412 - Zanjón /
Lima las perlas 2220, Santhelmarion S.L. celular 945601230/957312187
teléfono fijo..... Correo Electrónico carol.yampos@igmail.com

Ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que... habiendo culminado nuestro internado, haciendo requisito indispensable
la elaboración de nuestra tesis titulada: "Beneficios materno y perinatales
durante el trabajo de parto de pacientes que cursaron al programa de
Pseudoprofibus Obstétrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Agosto-
Diciembre, Lima, 2017" para optar el título profesional de Obstetriza
solicito a usted Revisión y Aprobación de proyecto de investigación.

Por lo expuesto:

Solicito a usted atender mi petición a la brevedad posible y agradezco su gentil
deferencia.



El Agustino, 09 de Mayo de 2018

FIRMA: [Signature] [Signature]
Sr(a) Sra. Emma Wendy Yessica Juan Carlos Reyna
DNI: 72550190 47032090



PEAU

Ministerio
de SaludHospital Nacional
"Hipólito Unanue"Comité Institucional de
Ética en Investigación

"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

CARTA N° 117 – 2018 - CIEI-HNHUA : WENDY YESENIA SAAVEDRA ESPINOZA
CAROL REYNA YAURIS OCROSPOMA

ASUNTO : Aprobación del Proyecto de tesis

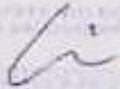
Referencia : Expediente N° 20445

FECHA : El Agustino, 13 de julio del 2018

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y dar respuesta al documento de referencia donde solicita revisión y aprobación del Proyecto de tesis titulado: "**Beneficios maternos y perinatales durante el trabajo de parto de pacientes que acudieron al Programa de Psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima; 2017**". Para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia - UNW.

El Comité, en sesión ordinaria de fecha miércoles 11 de julio del presente año, y según consta en el Libro de actas N° 5, Acordó por unanimidad aprobar el Proyecto de tesis antes mencionado.

Atentamente.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
CALLE VIAL VALLEJA N° 1390 - EL AGUSTINO - LIMA - PERÚ
TELÉFONO: 2919092 - 3627777 ANEXO 2190

ARY
Cc: Archivos

Avenida César Vallejo N° 1390 - distrito El Agustino - Lima - Perú
Correo electrónico: cei@hnhu.gob.pe - organizacion@hnhu.gob.pe Teléfono: 2919092 - 3627777 anexo 2190



PERU

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNÁNUE

DEPARTAMENTO DE GINECO-
OBSTETRICIA

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

AUTORIZACIÓN PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE, accede a la solicitud y otorga:

La autorización a la Srta. SAAVEDRA ESPINOZA WENDY YESENIA identificada con DNI N° 72550190 y Srta. YURIS OCROSPOMA CAROL REYNA con DNI N° 48032090 de la Universidad Privada Norbert Wiener, para realizar la recolección de datos de las historias clínicas de pacientes atendidas en de Agosto a Diciembre del año 2017 en los Servicios del Departamento de Gineco-Obstetricia, para el desarrollo de su Tesis "Beneficios Maternos y perinatales durante el Trabajo de Parto de Pacientes que acudieron al Programa de Psicoprofilaxis Obstétricas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Agosto-Diciembre, Lima, 2017".

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Sin otro particular, me despido de usted.

Lima, 02 de Mayo del 2018.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE
M.C. ROMULO GERARDO DE FERRAZ
C.A.P. N° 14 177 - I.M.E. N° 593
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA



RPF
C.C. Archivo

ANEXO 1
CARTILLA INFORMATIVA PARA EL PARTO CON ACOMPAÑANTE

Mamá y papá sean bienvenidos a su experiencia de vida, el nacimiento de su bebé.
Ustedes deben saber que:

- El trabajo de parto, es el conjunto de pasos que se suceden para permitir el nacimiento de tu bebé, tiene un inicio, una evolución y una finalización.
- La contracción uterina es el endurecimiento del abdomen como consecuencia de la actividad del músculo uterino.
- Esas contracciones están presentes durante todo el embarazo, pero cuando se va acercando el momento del nacimiento del bebé estas se perciben con mayor intensidad, son muy regulares, cada dos minutos y llegan a tener una duración de aproximadamente 90 a 120 segundos cada una. En cada contracción tu bebé necesita que respires para que oxigenes a tu bebé, te relajes y culmines pronto tu parto.

Acompañante tu deberás respirar en cada contracción junto a tu gestante para animarla a oxigenar junto a tu bebé.

El trabajo de parto

El trabajo de parto se desarrolla en cuatro periodos

1. Periodo de dilatación.

Es la etapa inicial del trabajo de parto, donde el cuello del útero es blanda, acorta y dilata (abertura) por acción de cada contracción uterina y la presión que ejerce la cabeza del feto, simultáneamente, el bebé desciende por el efecto de la gravedad y por el impulso de las contracciones uterinas. Realizando distintos movimientos para acomodarse en la pelvis de la mamá, cuando lo logra, se dice que se ha encajado.

En este periodo debemos recordar que en cada contracción llega menos oxígeno a nuestro bebé por eso es importante ayudarlo, mediante respiraciones plenas y relajadas, tomando aire por la nariz y eliminando muy suave por la boca al mismo tiempo que vas soltando tu cuerpo (relajación).

¡Atención! Gestante y Acompañante, deben respirar de manera lenta y profunda en cada contracción, tu bebé será el beneficiado.

Acompañante tu labor es muy importante ¡ahora! , debes:

- Realizar masajes en la región lumbosacra (espalda, cintura y nalgas) a solicitud de tu gestante para aliviarla.
- Bríndale tu apoyo emocional y los cuidados que tu gestante lo requiera (calmar su sed, refréscalo con toallas húmedas, seca su sudor, acompañar en la deambulación).
- Observa la duración y frecuencia de las contracciones uterinas

2. Periodo expulsivo.

Atención Gestante y Acompañante, se acerca el nacimiento de tu bebé, han esperado alrededor de 9 meses para conocer y compartir amor a tu bebé. En esta etapa tu respiración y tranquilidad son importantes, trata de concentrarte en el nacimiento de tu bebé en donde tu participación es definitiva para que tu bebé venga al mundo en buenas condiciones.

Es el instante más esperado de todo el trabajo del parto porque, se produce el nacimiento de tu bebé por los genitales de tu gestante, ayudado por los pulsos de la mamá durante cada contracción.

Durante esta etapa, el profesional encargado de la atención decidirá la necesidad de realizar o no la episiotomía (corte que se realiza para ampliar el canal vaginal para la salida del bebé).

Una vez que se produce la salida de la cabeza del bebé, el médico u Obstetrix realiza una serie de maniobras para ayudar a que el resto del cuerpo atraviese el canal del parto, una vez que el bebé ha nacido se procede al corte del cordón umbilical. A partir de ese momento tu bebé es un ser totalmente autónomo.

Acompañante te ubicaras en la cabecera.

¡Mamá! Debes pujar en cada contracción tomando aire por la nariz cerrando los labios, te cogerás del borde de la camilla y reteniendo el aire empujaras con fuerza sintiendo que la fuerza que hagas sea en tus genitales ¿se acabó el aire?, toma el aire nuevamente y sigue pujando mientras tengas la contracción.

¿Paso la contracción? Descansa suelta tu cuerpo y relájate. Recuerda el tiempo entre contracción y contracción es corto.

Acompañante tú eres importante en este momento de vida:

- Levanta la cabeza y recuerda a tu gestante que el pujo debe ser largo y sostenido mientras dure la contracción, a técnica de respiración que debe ser rápida y tranquila.
- Dale ánimo y alienta en cada contracción.
- Le cogerás de la mano y serás su apoyo.
- Secaras el sudor, acaricia y susurra mensajes afectivos.
- Cuando la cabeza de tu bebé corone, el médico u obstetra le indicará que ya no puje, trata de respirar con la boca abierta (como jadeando)

¡NACIO TU BEBÉ!

Llora fuerte, agita brazos y piernas, ¿es niño o niña? Lo importante es que ya nació tu bebé ¡felicidades!

Acompañante y gestante, ustedes podrán compartir y disfrutar el contacto precoz que significa que tu bebé al nacer será colocado sobre tu pecho, para reforzar el apego del trinomio madre-bebé-padre (vínculo afectivo).

La Obstetrix identificará a tu bebé tomando la huella pelmatoscópica del pie derecho y del índice derecho de la madre en certificado de nacimiento y la historia clínica.

Observarán la colocación del brazalete de identificación a tu bebé.

3. Periodo de alumbramiento

Es la expulsión de la placenta y las membranas (la bolsa que albergo al bebé). Acompañado por un sangrado de mediana cantidad.

¡Mamá! No pujes, solo jadea y relájate, así habrás concluido con un parto feliz.

Acompañante en esta etapa tu apoyo sigue siendo necesario:

- Apoyo emocional constante
- Realizaras los masajes uterinos para ayudar a controlar el sangrado vaginal cuando el profesional te lo indique.

4. Puerperio inmediato

Es la etapa que comprende las dos primeras horas posteriores al nacimiento de tu bebé, es importante vigilar a tu gestante las funciones vitales y sobre todo el sangrado vaginal que debe ser controlado.

ANEXO 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTO CON ACOMPAÑANTE

Fecha 23/01/18, Hora 08:00 am
Yo Quinto Flores Diana Rosalinda de 18 años, identificada con DNI
Nº 76933678 Grado de instrucción: Sec. Completa; Historia
clínica Nº 1609446 Religión Católica, en pleno uso de mis facultades
mentales y de mis derechos de salud acepto que mi acompañante durante mi trabajo de
parto sea el(la) Sr.
(Sra.) David Anthony Gallardo Aquino identificado(a) con DNI Nº
73276498 cuyo parentesco es Parija, quien
participará brindándome apoyo durante todo el proceso de acuerdo a la información
educativa en Psicoprofilaxis Obstétrica brindada por la Obstetra asignada, cabe mencionar
que tanto mi acompañante como yo, estamos informados de forma verbal y escrita de los
procedimientos que se realizan durante mi atención, así como si se presentara alguna
complicación durante mi parto mi acompañante se retirará de la sala de labor de parto,
previa comunicación del personal encargado de la atención a fin de permitir la actuación
del equipo de salud.

Así mismo se nos ha explicado los beneficios del parto con acompañante los cuales son:

- Fortalecer el vínculo familiar con la participación del padre en el proceso del parto
- Apoyo afectivo brindando seguridad y fuerza a la gestante en el trabajo del parto
- Afianzar el apego del trinomio madre-hijo-padre
- Participación activa del acompañante en el proceso del parto.
- Satisfacción de la gestante de contar con su pareja en el momento sublime del nacimiento de su bebé.
- Participar activamente en el contacto piel a piel.

Los riesgos que pudieran presentarse durante el parto con acompañante:

- Respuesta desfavorable y negativa del acompañante (inestabilidad emocional, desmayo choque emocional, convulsión y traumatismo producto de los anteriores)
- Respuesta desfavorable y negativa de la gestante (inestabilidad emocional)

He realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido absueltas con respuestas que considero suficientes y aceptables, brindada en forma respetuosa y

con claridad por el Medico Gineco-Obstetra..... y la
Obstetra... Sofia Vargas.....

Declaro además que mi acompañante no presenta enfermedades descompensadas que
puedan agravarse durante su presencia en la sala de partos, tales como: Arritmias
cardiacas, diabetes, crisis hipertensivas, epilepsia no controlada, psicosis, angustia o
depresión no tratada.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que mi
acompañante participe durante mi trabajo de parto.

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos. Complicaciones y beneficios que
podrían desprenderse de dicho acto.

Firma de la gestante

DNI: 76937678



[Handwritten signature]

Firma del acompañante

DNI: 73376498



[Handwritten signature]
LIC. VARGAS LAURA-SOFIA RUTH
OBSTETRA
C.O.P. N° 3555
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO URIARTE"

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO/OBSTETRIZ

REVOCACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo en mi calidad de gestante, y en pleno
uso de mis facultades mentales revoco el consentimiento prestado en
fecha..... Y declaro por lo tanto, que por motivos personales no deseo
el parto con acompañantes.

DNI N°.....

Fecha.....

Hora.....

Firma de la gestante



ANEXO 3

CONSTANCIA
PARTO CON ACOMPAÑANTE

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE HACE CONSTAR QUE LA SEÑOR (A):

Gauntá Flores Diana Rosalinda

CON DNI N° 76937678 HA RECIBIDO INFORMACION ACERCA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA Y ESTIMULACION PRENATAL, EN EL SERVICIO DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA POR LO QUE SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE ORIENTADO
PARA INGRESAR A CENTRO OBSTETRICO CON SU ACOMPAÑANTE.

SE EXPIDE LA PRESENTE SOLICITUD DEL INTERESADO.

LIMA, 23 de mayo 2018


LIC. VARGAS LAURA SOFIA RUTH
OBSTETRA
C.O.P. N° 3585
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UHAINA"

LIC. VARGAS LAURA SOFIA RUTH
OBSTETRA
C.O.P. N° 3585
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UHAINA"

FIRMA Y SELLO DE
OBSTETRA ENCARGADA

