



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

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

Trabajo Académico

Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia en primigesta de alto riesgo obstétrico
en un hospital nivel I de Lima Metropolitana agosto 2018

Para optar el Título Profesional de
Especialista en Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Pre Natal

Presentado por:

Autora: Cuadros Alvarez, Ruth Angelica

Asesora: Dra. Morales Alvarado, Sabrina

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3152-7943>

Lima – Perú

2019

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

ASESOR

Dra. Sabrina Morales Alvarado

MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE DEL JURADO

Mg. Nathaly Reyes Serrano

SECRETARIO

Mg. Vanessa Valdivieso Oliva

VOCAL

Mg. Scarlett Fernández Ledesma

DEDICATORIA

A mis padres Augusto y Daría que con sus consejos y admiración me dan la fortaleza necesaria para continuar con mi desarrollo profesional.

A mi esposo Walter, con su apoyo incondicional que me brinda día a día hace realidad que se cumplan mis metas.

A mis hijos Jacobo y Ruth por ser maravillosos que me alientan y apoyan a continuar con mi formación y desarrollo profesional.

AGRADECIMIENTO:

A Dios que siempre está presente en todos mis actos y que hace posible continuar los proyectos trazados.

A mi asesora Dra. Sabrina Morales Alvarado quien con su amplia experiencia en el campo de la investigación científica me brindó sus conocimientos y valioso tiempo e hizo posible culminar el trabajo académico con éxito.

A la Obstetra Karina Sánchez Vidal quien con su apoyo incondicional me animo a continuar el proyecto.

A la Mg. Nathaly Reyes Serrano que con sus enseñanzas en la especialidad y aliento constante motivo a alcanzar la meta trazada.

A los compañeros de trabajo del HJVB que con sus consejos me dieron la confianza y animaron a culmina

INDICE

| | |
|--|----|
| 1. RESUMEN | 1 |
| 2. INTRODUCCION | 3 |
| 3. CAPITULO I | 9 |
| 3.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO..... | 9 |
| 4. CAPITULO II | 22 |
| 4.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA..... | 22 |
| 5. CAPITULO III | 24 |
| 5.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN..... | 24 |
| 5.1.1. ANTECEDENTES NACIONALES..... | 24 |
| 5.1.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES..... | 26 |
| 6. CAPITULO IV | 30 |
| 6.1 DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO | 30 |
| 7. CAPITULO V..... | 36 |
| 7.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 36 |
| 7.1.1 CONCLUSIONES..... | 36 |
| 7.1.2. RECOMENDACIONES | 36 |
| 8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 37 |
| ANEXO 1: RESULTADO DE TURNITIN. | 39 |
| ANEXO 2: GLOSARIO DE TÉRMINOS..... | 40 |

1. RESUMEN

La Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia (PPO-EM) constituye una herramienta muy valiosa para el personal obstetra y una oportunidad beneficiosa para las gestantes que no lograron realizar a tiempo su preparación prenatal. La PPO-EM es la preparación brindada a la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto o la que se ofrece a la parturienta durante su labor de parto. Busca esencialmente la tranquilidad, la colaboración y la participación activa de la gestante y/o parturienta para un mejor control emocional. (3,15)

Se presenta el caso clínico de una primigesta adolescente sin preparación y sin control prenatal, en trabajo de parto con obesidad mórbida y preeclampsia severa como factores de riesgo obstétrico a quien se le brindó PPO-EM logrando la culminación de la gestación en un parto vaginal y con resultados maternos perinatales saludables.

Al brindar la PPO-EM por profesional obstetra calificado en la gestante adolescente, se pudo lograr el automatismo de la respuesta condicionada, (Escuela Soviética), participación activa, consiguiendo controlar la respiración con ayuda de las técnicas que se le enseñó; se le brindó apoyo emocional lo que hizo posible un cambio de actitud, por consiguiente que su trabajo de parto transcurriera sin más factores de riesgo que los presentes, culminando en un parto vaginal, con el nacimiento de un bebé saludable y con indicadores de salud favorables como buen apgar; se pudo realizar el clampaje tardío del cordón umbilical, contacto precoz piel a piel y el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora, estableciéndose un favorable vínculo madre-hijo asegurando de esta manera una lactancia materna exitosa.

Estos logros objetivan la contribución de la PPO-EM, en la mejora de la calidad de vida y de atención hacia las madres gestantes y recién nacidos y por ende de la sociedad.

ABSTRACT

Emergency Obstetric Psych prophylaxis (PPO-MS) is a very valuable tool for obstetric staff and a beneficial opportunity for pregnant women who failed to perform their prenatal preparation on time. The PPO-MS is the preparation provided to the pregnant woman with a few days left until the probable date of delivery or the one offered to the parturient during her labor. It essentially seeks tranquility, collaboration and active participation of pregnant women and / or parturients for better emotional control.

I present the clinical case of an unprepared adolescent girl without prenatal control, in labor with morbid obesity and severe preeclampsia is presented as obstetric risk factors to whom PPO-MS was given achieving the culmination of pregnancy in a vaginal delivery and with healthy maternal perinatal results.

By providing the PPO-EM by a qualified obstetrician in the adolescent pregnant woman, the automatism of the conditioned response could be achieved, (Soviet School), active participation, managing to control breathing with the help of the techniques taught; He was given emotional support, which made a change in attitude possible, so that his labor would take place without more risk factors than those present, culminating in a vaginal delivery, with the birth of a healthy baby and with favorable health indicators as a good apgar; it was possible to perform late clamping of the umbilical cord, early skin-to-skin contact and the beginning of breastfeeding within the first hour, establishing a favorable mother-child bond thus ensuring successful breastfeeding.

These achievements objectify the contribution of the PPO-MS, in improving the quality of life and care for pregnant and newborn mothers and therefore of society.

2. INTRODUCCION

La Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) es un conjunto de actividades que tiene como fin preparar a la gestante y su pareja de manera integral, durante el embarazo, parto y/o posparto brindando educación, ejercitando físicamente y ayudando a establecer y fortalecer el vínculo afectivo con el bebé, permitiendo disfrutar de su llegada sin temores o ideas negativas, logrando de esta manera que el proceso de gestación sea una experiencia segura, saludable y satisfactoria.

La PPO constituye una herramienta muy valiosa para el personal de salud, brinda información real y oportuna a la pareja gestante, sobre el embarazo, parto y posparto, ayudando a la gestante a adoptar una actitud colaboradora, reconociendo las señales de alarma, entre otros beneficios, creando una cultura de prevención y estilos de vida saludables. (1)

Brinda preparación física a la gestante según sea su condición obstétrica. Esta puede ser a través de ejercicios gestacionales, técnicas de actividad de relajación neuromuscular, técnicas de actividad respiratoria, posiciones antálgicas, deambulación, masajes localizados, para lograr una gestación parto y posparto en las mejores condiciones. (1)

La PPO brinda también apoyo emocional a la gestante permitiéndole disfrutar del proceso del embarazo, de la llegada de su bebé con seguridad y, tranquilidad alejándola de pensamientos negativos, bloqueando el círculo vicioso de temor, tensión, dolor. Establece vínculo afectivo mamá-papá-hijo logrando una actitud y disposición a colaborar durante el trabajo de parto. (1) La asistencia y participación activa del padre en las sesiones de PPO lo reafirma y empodera en su rol paterno y de acompañamiento durante el proceso de parto (2).

La Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica (ASPPO) define la Psicoprofilaxis Obstétrica, como 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 PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética. (3)

La PPO tiene efectos beneficiosos para la madre, bebé y personal de salud asimismo su efecto positivo en los aspectos preventivo promocionales sobre la salud materna perinatal al punto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) lo recomiendan. (3)

Dentro de los beneficios para la madre se encuentran un menor grado de ansiedad en ella, permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva y de tranquilidad con una adecuada respuesta frente a las contracciones uterinas, utilizando adecuadamente las técnicas de relajación, respiración. Estos beneficios también se verán reflejados en el trabajo de parto, tales como: menor molestia durante la contracción, una menor duración en la fase de dilatación en relación al promedio habitual, menor duración en la fase expulsiva, menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas, menor uso de fármacos en general, menor riesgo de parto instrumentado, menor incidencia de partos por cesárea y por lo tanto una recuperación más rápida. Logrará disfrutar mejor de su gestación, parto y posparto, promoviendo un mejor vínculo afectivo con el bebé, predispuesta para una lactancia natural y con menor riesgo de tener depresión postparto. (3)

Entre las ventajas para el bebé, que comprende desde su vida intrauterina; se observa una mejor curva de crecimiento intrauterino, mejor vínculo prenatal, mejor peso al nacer, junto con una mejor valoración de Apgar y mejor crecimiento y desarrollo. Por otro lado, también disminuye el índice de sufrimiento fetal, complicaciones perinatales y de prematuridad. (3)

Con respecto al equipo de salud, con la Psicoprofilaxis Obstétrica se conseguirá trabajar en un clima con mayor armonía, comodidad, mejor distribución del trabajo, actitud y aptitud de todos. También un ahorro de recursos materiales, de tiempo y presupuesto. (3)

La PPO forma parte de la atención integral a la gestante; en el Perú, las actividades del programa de PPO están normadas en el Ministerio de Salud (MINSA) considerando que una gestante ha sido preparada cuando ha culminado la sexta sesión. (4)

Munares en un estudio realizado en el año 2017 encontró que la oferta de los servicios de Psicoprofilaxis Obstétrica a nivel nacional es baja, (8,6%) encontrándose dentro de ello, la mayor oferta en Lima (22,8%), seguido de Cusco (11,4%) y Huánuco (11,4%). Huancavelica (0.1%) es el lugar que menos

servicios de Psicoprofilaxis Obstétrica presentó. La gran mayoría de ellos se encontró en el primer nivel de atención (75,4%). (5)

La PPO es una estrategia que ofrece beneficios para las gestantes y sus familias brinda información y herramientas para lograr un embarazo, parto y posparto saludables y no contar a nivel nacional con la implementación de este programa no permitirá evidenciar su contribución en la mejora de la calidad de vida de las gestantes y la reducción de la morbilidad y mortalidad materno perinatal. (5)

ASPPO define la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia (PPO-EM) como la preparación brindada a la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto o la que se ofrece a la parturienta durante su labor de parto. Busca esencialmente la tranquilidad la colaboración y la participación activa de la gestante/parturienta para un mejor control emocional. La principal herramienta de la PPO-EM proviene de la escuela soviética pues busca el “automatismo de la respuesta condicionada” para facilitar mejor actitud, rol activo y experiencia obstétrica en la madre. (3)

ASPPO define la Psicoprofilaxis Obstétrica en Situaciones Especiales (PPO-SE) como la preparación prenatal integral que se da a las gestantes cuya gestación por algún motivo no reúne las condiciones normales y/o ideales por lo tanto frente a cada situación especial, se requerirá una atención basada en las necesidades específicas de cada madre. Por su origen la situación especial puede ser de tipo personal, médica o sociocultural. (3)

La gestación es una etapa única y especial en cada mujer, independientemente de su condición el adaptarse a los cambios físicos, cognitivos emocionales, va a generar respuestas distintas de acuerdo a diversos factores que la acompañen, incluyendo la edad materna (6). El embarazo en la adolescencia tiene grandes implicancias en el desarrollo de un país, no sólo por las repercusiones psicosociales y económicas que afectan de manera negativa, particularmente sobre el proyecto de vida de las adolescentes, reduciendo su autonomía social y económica, desviando sus perspectivas educativas, además, por las complicaciones que se presentan durante el embarazo, parto y posparto y, por consiguiente, mayor riesgo para la madre y el bebé.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018, del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 12,6% estuvieron alguna vez embarazadas, de estas el 9,3% ya eran madres y el 3,3% estaban gestando por primera vez;

además existe una variación notable en cuanto a su condición socioeconómica. (7).

El control prenatal para la OMS representa una plataforma que permite llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción, cribado, diagnóstico y prevención de enfermedades, precisando que ya no es suficiente cuatro visitas de atención prenatal, por el contrario, recomienda un mínimo de ocho atenciones independientemente del país de procedencia; dicho factor está asociado a un mayor bienestar materno (8).

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, aprobada en el 2013 por el MINSA, define como gestante controlada a la gestante que ha cumplido con su sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante. (9).

La Norma técnica de Salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente en el embarazo parto y puerperio aprobada en el año 2017 por el MINSA, menciona que todas las gestantes adolescentes deben tener un mínimo de seis atenciones prenatales sin embargo estas deben incrementarse hasta un mínimo de ocho, sobre todo en adolescentes menores de quince años. (10).

Las atenciones prenatales han tenido un incremento importante estos últimos años. Según ENDES. 2018, el 98,1% de mujeres gestantes en su último nacimiento, de los cinco años anteriores a la encuesta, recibieron atención prenatal de un profesional de salud calificado y que la cobertura de gestantes controladas fue de 89,5%. (7).

Sin embargo, aún existen gestantes que no controlan su embarazo, lo que obedece a diversos factores, como lo demuestra Vásquez en un estudio donde la falta de control prenatal se encuentra relacionado a múltiples factores como, embarazos no deseados, embarazo a temprana edad, bajo nivel de instrucción, y como factor personal se encuentra la falta de interés, intención de ocultar el embarazo a la sociedad, en el caso de las gestantes adolescentes, y por la falta de permiso en el trabajo o centro de estudio.(11).

El embarazo en adolescentes, es considerado de alto riesgo, porque este grupo de mujeres no ha terminado su maduración biológica ni psicológica, por lo que, tiene más probabilidades de hacer complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio o de culminar en un parto por cesárea.

Durante el año 2018, el 13,5 % de muertes maternas ocurrió en mujeres \leq 19 años. Los trastornos hipertensivos (22,0 %) y las hemorragias (18,9 %), representan las causas directas más frecuentes. (12)

La enfermedad hipertensiva es una causa importante de morbilidad aguda grave, discapacidad crónica y muerte en las madres, los fetos y los recién nacidos. Los trastornos hipertensivos están asociados con la restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU), bajo peso al nacer y complicaciones en el recién nacido, sobre todo prematuridad, depresión al nacer, síndrome de distrés respiratorio, hiperbilirrubinemia e infección neonatal.

La literatura también reporta que un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia es el sobrepeso y obesidad pregestacional, según ENDES 2017, el 31% de las adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez padece de exceso de peso. Así vemos que la obesidad, la hipertensión crónica, la diabetes la nuliparidad y el embarazo adolescente son algunos de los factores de riesgo para preeclampsia.

Los trastornos hipertensivos, la obesidad, así como otras complicaciones que se presentan durante el embarazo y que podrían llevar a serias repercusiones para la vida de la gestante y su bebé, pueden ser prevenibles con una adecuada atención y preparación prenatal.

El componente educativo durante la preparación prenatal resulta ser muy importante para que la gestante y su acompañante puedan identificar alguna complicación que pudiera comprometer su salud o su vida.

Mazza, en un estudio sobre características de la mortalidad materna en base al modelo de las tres demoras, encontró a la identificación tardía de los síntomas, como segundo factor que contribuye a la mortalidad materna. La decisión de buscar ayuda, reconocer que tienen una complicación que pone en riesgo su vida y que acuda oportunamente a un establecimiento de salud es haber logrado en la preparación prenatal, el empoderamiento de la gestante sobre su autocuidado. (13).

La PPO se puede iniciar en cualquiera de las etapas de la gestación, lo ideal es en la etapa prenatal, alrededor de las 20 semanas, pero por diversos motivos hay gestantes que no logran a tiempo dicha preparación, para lo cual tenemos la alternativa de la PPO-EM. (4)

Con la PPO-EM se logra que la madre tenga una participación activa, consciente y colaboradora, con respuestas condicionadas favorables que vinculen la contracción uterina con respuestas apropiadas como, reduciendo los factores negativos, aumentando la actividad cortical durante el trabajo de parto para lograr aumentar el umbral de percepción del dolor. (14)

Por lo tanto, la PPO-EM ofrece buenos resultados para la madre y su bebé, al disminuir la morbilidad materna y perinatal, sobre todo durante el trabajo de parto logrando el cambio de actitud y comportamiento favorable en la parturienta, consiguiendo que su parto y posparto sea una experiencia agradable y saludable. En la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, el tiempo que brindaremos a la parturienta será limitado, tal vez solo horas por lo cual debemos enfocarnos a dar la información más precisa y relevante de acuerdo a la necesidad de la gestante.

El rol de la obstetra especialista, el compromiso como tal y el involucrar al resto del equipo de atención es fundamental para lograr los objetivos de la PPO-EM. El lograr el cambio de actitud y la participación activa en la parturienta, un bebé con buen apgar, establecer el vínculo afectivo madre-hijo, asegurando la lactancia materna, a través de la PPO-EM, es contribuir a mejorar la calidad de atención de las madres gestantes y recién nacidos y por ende de la sociedad.

3. CAPITULO I

3.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Este caso corresponde a una adolescente cuyos familiares desconocían su estado de gravidez; ingresa al servicio de emergencia para ser atendida en el tópico de gineco obstetricia de un Hospital Nivel I de Lima Metropolitana, por presentar “sangrado vaginal y dolor estomacal”. Se confirma la gestación y en una primera evaluación por emergencia se cataloga como gestante de alto riesgo por ser adolescente, no contar con control prenatal y presentar obesidad mórbida. Con evaluaciones posteriores se agregan otras patologías como Preeclampsia Severa e Infección urinaria.

El control prenatal es un conjunto de actividades de prevención y promoción de salud dirigidas a la gestante en forma oportuna, precoz y frecuente con el fin de asegurar un embarazo saludable.

La Psicoprofilaxis Obstétrica durante la etapa prenatal logra ser un gran complemento del control prenatal, brinda a la gestante información y herramientas para empoderarla sobre su autocuidado y la prepara para un trabajo de parto y posparto en las mejores condiciones.

La ausencia del control prenatal y psicoprofilaxis obstétrica expone a la gestante a presentar estos riesgos y llegar a un trabajo de parto con temores, angustias, actitudes negativas y descontrol. La PPO-EM es una oportunidad beneficiosa para aquellas gestantes que no lograron prepararse a tiempo, porque brinda medidas de control, seguridad a la gestante a través de las técnicas de relajación, respiración, posiciones antálgicas, masajes, logrando convertir a la gestante en un ser protagónico y activo de su trabajo de parto.

Con un adecuado control y preparación prenatal se puede prevenir e identificar patologías que podrían terminar en serias complicaciones para la madre y/o el bebé.

1. Datos Sociodemográficos

Edad : 17 años

Estado Civil : Soltera

Grado de Instrucción : Secundaria Incompleta (4to secundaria)
Ocupación : Estudiante
Procedencia : El Agustino
Tipo de Seguro : Dependiente (padre)
Establecimiento de Salud : Hospital Nivel I Lima Metropolitana

2. Atención de Emergencia- Tópico de Gineco-Obstetricia

Fecha: 29/08/ 2018 Hora: 01:00am

Motivo de consulta: Ingresa paciente quejumbrosa, llorando, acompañada de su mamá quién desconocía el estado gravídico de su menor hija; y además refirió que pierde sangre por sus genitales y tiene dolor abdominal tipo cólico hace 5 horas y ausencia de menstruación hace varios meses. No refiere otros signos premonitorios de eclampsia.

Según refirió la obstetra de emergencia, la madre se fue rápido a pesar de que se le informó que debía quedarse un familiar por ser menor de edad para alguna eventualidad.

Por otro lado, la gestante no daba mayor información y permanecía muy callada, sólo manifestaba dolor. Tampoco se le pudo brindar PPO-EM. en esta área, fue trasladada a Centro Obstétrico rápidamente para ser monitorizada. No se le colocó enema ni rasurado vulvoperineal, ya que en este establecimiento se realiza la atención humanizada del trabajo de parto.

Antecedentes:

Antecedentes familiares: Niega

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes Obstétricos:

FUR: No recuerda

Reacción Adversa Medicamentosa: Niega

Intervenciones Quirúrgicas: Niega

Examen General:

Aspecto general: Aparente regular estado general, no se evidencia patología en exploración física.

Examen Clínico:

Al iniciar el examen clínico ginecólogo de turno realiza ecografía, ya que a la palpación abdominal se toca partes fetales.

Funciones Vitales:

Presión arterial: 120/80mmHg. Pulso: 96x'

Frecuencia Respiratoria: 20x' Temperatura: 37.8°C.

Peso: 120 Kg Talla. 1.55 m IMC: 45

Conciencia: LOTEP

Facies: Normal

Mamas: Normales

Pulmones: Murmullo Vesicular pasa bien

Corazón: RCR bien

Abdomen: gravídico

AU: 36cm

Feto: LCD

LCF :158x'

Movimientos Fetales: Presentes

Edema: ++ (piernas)

Reflejos Osteotendinosos: +

Examen Preferencial Pélvico

Genitales externos: Normales

Tacto Vaginal:

Dilatación: 6cm

Incorporación: 90%

Membranas: Integras

Altura de presentación: -3

Variedad de Presentación: Occipito iliaca derecha transversa

Pelvis: Ginecoide

Impresión Diagnóstica:

1. Primigesta adolescente a término por Altura Uterina
2. Trabajo de Parto fase Activa
3. ARO: No Control Prenatal

Adolescente

Obesidad Mórbida

(La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. La obesidad grado III o mórbida corresponde a un IMC mayor o igual a 40)

Indicaciones terapéuticas:

1. Hospitalización en Centro Obstétrico.
2. Vía Salinizada (por posibilidad de pasar a Sala de Operaciones por el riesgo presente)
3. Se solicita: Examen ecográfico, exámenes de laboratorio auxiliares: hemograma, glucosa, urea, creatinina.

Reevaluación con resultados:

Informe ecográfico: 29/08/2018 01:10am

Conclusiones: 1. Feto en longitudinal cefálico derecho.

2. Circular al cuello.

3. Índice de Líquido Amniótico 10.

Nota: Dificultad en la ecografía por abundante panículo adiposo.

3. Atención en Centro Obstétrico

Fecha: 29/08/2018

Hora: 01:30

Gestante ingresa a centro obstétrico llorando, temerosa y agitada sin poder controlar la respiración. Es recibida por obstetra capacitada en psicoprofilaxis obstétrica; al interrogar a la gestante refirió que no se controló el embarazo por temor a que sus padres se enteraran que estaba gestando, asimismo, no realizó Psicoprofilaxis Obstétrica por que desconocía el programa; comentó que empezó a comer exageradamente para aumentar de peso y así sus padres no sospechen de su embarazo, no comentaba con nadie de estos temas para evitar que su entorno se dé cuenta de su estado de gravidez y ante su relato, se evidenció que no había recibido información acerca del parto, y de todas esos pensamientos negativos que a veces traen consigo.

Durante las contracciones uterinas la gestante lloró y refirió sentir mucho dolor, reflejando en sus gestos temor y miedo en todo momento. Se le brindó psicoprofilaxis de emergencia con técnicas de respiración profunda durante las contracciones, enseñándole a inhalar por la nariz y exhalar por la boca para lograr una buena oxigenación para ella y su bebé; con este tipo de respiración podemos conseguir además mejor concentración y relajación; se acompañó con una postura adecuada en decúbito dorsal para contribuir con la relajación. (15)

La parturienta continuó llorando, muy temerosa, se le brindó apoyo emocional y considerando que era adolescente, el soporte psicoafectivo fue fundamental para lograr tranquilidad, bienestar y seguridad durante su trabajo de parto. Se le enseñó las técnicas respectivas de relajación y respiración, utilizando el contacto táctil, cogiéndola de la mano, apoyándola con masajes localizados y acompañándola durante las técnicas de autoayuda.

Se realizó la evaluación en conjunto con ginecólogo de turno:

Funciones Vitales

Presión arterial: 150/90 mmHg. Pulso: 120x',

Frecuencia Respiratoria: 18x' Temperatura: 37.6°C.

Debido a la elevación de la presión arterial la gestante permaneció con el monitor de funciones vitales.

Examen Preferencial:

Abdomen: AU: 36 cm SPP: LCD LCF: 158-166x'

Movimientos Fetales: Presentes

Dinámica uterina: frecuencia 3/10minutos, duración 25'', Intensidad++. Se le realizó monitoreo intraparto (gráfica).

Tacto Vaginal: realizado por ginecólogo quien a la vez realizó ruptura artificial de membranas:

Dilatación 7cms, incorporación 100%, membranas ovulares rotas (líquido meconial fluido), altura de presentación: -3, pelvis ginecoide.

Ginecólogo indicó tener preparada a la gestante para una posible cesárea.

Fecha: 29/08/2018 Hora: 01.50 horas

Luego de la orientación brindada y el acompañamiento, la parturienta se encontró más tranquila colaboró haciendo lo indicado, respiró adecuadamente, se logró relajar y dejó de llorar.

Según la gráfica del monitoreo intraparto se evidenció que no tenía un buen patrón de contracciones por lo que el ginecólogo de turno al evidenciar que la gestante se mostró colaboradora, respirando adecuadamente y que los latidos cardiacos fetales se mantenían dentro de los parámetros normales, indicó iniciar acentuación de trabajo de parto, decidiendo por oportunidad de parto vaginal. La parturienta participó activamente pero no quería estar sola.

Funciones Vitales:

Presión arterial: 150/92 mmHg, no refirió signos premonitorios de eclampsia.

Pulso: 122x' Temperatura: 37.8°C FR: 18x'

Dinámica Uterina: frecuencia 3/10, duración 30", intensidad+++/, movimientos fetales: presentes, LCF: 156 - 160x'.

Exámenes de laboratorio: 29/08/2018 02:00am

Los exámenes de laboratorio fueron evaluados por el ginecólogo de Centro Obstétrico

Exámenes hematológicos

- Hemoglobina: 11.10 g/dl
- Hematocrito: 36%
- Grupo Sanguíneo: "O" Positivo
- Leucocitos: 16,110mil/mm³
- Mielocitos: 0%
- Meta mielocitos: 0%
- Abastionados: 0%
- Segmentados: 87%
- Eosinófilos: 0%
- Basófilos: 0 %
- Linfocitos:12%
- Monocitos: 1%
- Plaquetas: 402,000mil/mm³
- Tiempo de protrombina: 13.1
- Tiempo parcial de tromboplastina: 35.8
- Tiempo de trombina16.9
- Fibrinógeno: 6.53gr/L

Examen de orina

- Densidad: 1030
- Reacción a PH: 6.5
- Acetona: Negativo
- Pigmentos BIL: Negativo
- Urobilinógeno: Negativo

- Ácido ascórbico: Negativo
- Nitritos: Negativo
- Thevenon: Positivo +++
- Proteínas: Positivo +++

Sedimento urinario

- Leucocitos: 25 a 30 x campo
- Hematíes: + 100 x campo
- Células epiteliales: regular cantidad
- Bacterias +

Bioquímica de la sangre

- Glucosa: 97.5mg/dl
- Urea: 32.9mg/dl
- Creatinina: 0.79mg/dl
- Trans G.O: 12.1U/L
- Trans G.P: 8.2U-L
- DHL: 366U/L

Fecha: 29/08/2018 Hora: 02:10am

Funciones Vitales:

Presión arterial: 160/100 mmHg, asintomática. Por la elevación de la presión arterial y la presencia de proteínas en orina ginecólogo decidió iniciar la clave azul para manejo de preeclampsia severa con: dosis de ataque con sulfato de magnesio 4gr. Endovenoso y coordinó con sala de operaciones para cesárea de emergencia.

LCF: 148x', movimientos fetales: presentes.

Obstetra capacitada continuó brindando psicoprofilaxis de emergencia; gestante presentó contracciones frecuentes logró controlarse, respirar y relajarse; obstetra capacitada, orientó las técnicas de pujo, correspondientes al periodo expulsivo, respiración sostenida para ayudar a la salida del bebé, se le brindó

apoyo y se le dio confianza diciéndole que estaría acompañada durante todo el trabajo de parto, gestante muestra un gesto de calma.

Debido a que se encontraba con el monitor de funciones vitales y la infusión constante de sulfato de magnesio tenía que estar en cama, se le brindó ayuda para optar por las posiciones antálgicas (decúbito lateral izquierdo), se reforzó con masajes lumbares y con las técnicas de respiración, recordándole lo beneficioso que sería para ella y sobre todo para su bebé.

Fecha: 29/08/2018 Hora: 02:15

Paciente refirió sensación de pujo y fue evaluada por obstetra:

LCF: 144x', movimientos fetales presentes

Tacto Vaginal:

Dilatación: 10

Incorporación: 100%

Altura de Presentación: 0

Líquido amniótico: meconial fluido

Gestante ingresó a Sala de Expulsivo con el equipo correspondiente para la atención del parto; obstetra capacitada se sumó a la atención brindando PPO-EM a la parturienta en este período. Se continuó orientando para la aplicación del pujo con la respiración sostenida, correspondiente en esta etapa de expulsivo.

Fecha: 29/08/2018 Hora: 02:23am

Parto eutócico atendido por ginecólogo, realizó episiotomía media lateral derecha, con doble circular rechazable, realizó limpieza de vías respiratorias y oral a la salida de la cabeza del bebé. Recién nacido vivo de sexo femenino, Apgar 9 al minuto y 9 a los 5 minutos, peso 3960gr, talla 50cm, Capurro 39 semanas.

Se realizó contacto precoz piel con piel por cinco minutos. La puérpera abrazó a su bebé expresando llanto de emoción, agradeció a todo el equipo presente y a la obstetra por haber permanecido a su lado ayudándola en su trabajo de parto y por haber hecho posible, “que no le pasara nada malo”.

Se realizó el clampaje tardío de cordón umbilical, manejo activo del tercer periodo del parto. sin complicaciones, sangrado vaginal aproximado 300cc placenta y membranas completas. Ginecólogo de turno realizó episiorrafía.

Recién nacido recibió atención inmediata y cuidados por parte de enfermera y pediatra de turno.

Fecha: 29/08/2018 Hora: 02:30 am

Puérpera inmediata estable, se inició dosis de mantenimiento de Sulfato de Magnesio 1gr por hora.

Funciones Vitales:

Presión arterial: 150/80mmHg. Pulso: 120x´,

Temperatura: 37° C Frecuencia Respiratoria: 18x´.

Útero contraído a nivel de cicatriz umbilical

Loquios en cantidad normal.

Se coloca sonda Foley más bolsa colectora.

Fecha: 29/08/2018 Hora: 03:00am

Puérpera inmediata de parto eutócico ingresó a sala de puerperio inmediato con recién nacido acompañada de obstetra capacitada para asegurar el inicio precoz de la lactancia materna, se le orientó sobre las técnicas de amamantamiento y la importancia de la lactancia materna.

Funciones Vitales

Presión Arterial: 140/80mmHg Temperatura: 37.2° C

Pulso: 120x´ Frecuencia Respiratoria: 18x´.

No refirió signos premonitorios de eclampsia

Fecha 29/08/18 Hora: 04:00am

Se inició tratamiento antibiótico por infección urinaria

Fecha: 29/08/2018 Hora: 04:30am

Por ser gestante sin control prenatal no se realizó la prueba de VIH y se le orientó sobre la prueba rápida de VIH, se brindó consejería pre test (no se encontró a los familiares en el hospital) se le realizó la prueba y se entregó resultado. VIH No reactivo a través de la consejería postest. (La prueba rápida de VIH se realiza en Centro obstétrico, por acuerdo de servicio lo realiza la obstetra responsable de la gestante)

Fecha: 29/08/2018 Hora: 04:40am

Puérpera de 2 horas continúa con dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio, no refirió signos premonitorios de eclampsia.

PA: 122/76mmHg Pulso: 116x'

T: 37.2° C FR: 18x'

Útero: contraído a nivel de cicatriz umbilical.

Loquios: hemáticos, normal cantidad.

Continuó en alojamiento conjunto y lactancia materna exclusiva. Obstetra reforzó técnica de lactancia.

Fecha: 29/08/2018 a las 07:30

Puérpera de 5 horas en alojamiento conjunto con recién nacido y lactancia materna exclusiva, no refirió signos premonitorios de eclampsia.

PA: 124/76mmHg Pulso: 122x' T: 37.2° C FR: 18

Obstetra capacitada brindó orientación sobre planificación familiar, se reforzó orientación sobre cuidados signos y síntomas de alarma durante el periodo puerperal y técnicas de lactancia materna. Puérpera a pesar de la orientación brindada refirió que no usaría ningún método anticonceptivo por no tener pareja en ese momento (no tiene contacto con el papá de su bebé), pero agradeció la información brindada ya que desconocía totalmente sobre el uso de los métodos anticonceptivos.

29/08/2018 a las 08:25am

Paciente fue evaluada por ginecólogo que ingresó al turno:

(S) Puérpera refirió que presenta ligero dolor en zona genital.

Negó síntomas de irritación cortical.

(O) LOTEP-AREG

PA 140/76mmHg Pulso: 130x' T: 37.7 °C FR: 20x'

Piel y mucosas: Tibia, húmeda y elástica

Mamas blandas con secreción de calostro.

Abdomen: útero contraído 1cm por debajo de cicatriz umbilical

Tacto Vaginal: loquios hemáticos en poca cantidad. No hematomas No gases

Episiotomía suturada.

(A) Puérpera Mediata de parto vaginal de 6 horas

Adolescente

Preeclampsia severa

Infección Urinaria

Taquicardia de etiología a determinar

Obesidad Materna

(P) Dieta blanda

Sulfato de Magnesio dosis de mantenimiento 1gr por hora hasta completar las 24 horas posparto.

Metildopa 1gr vía oral cada 12 horas

Ceftriaxona 2gr. endovenoso cada 24 horas

Clindamicina 600mg endovenoso cada 8 horas

Metamizol 1.5gr endovenoso condicional a Temperatura mayor o igual a 38.5 °C

Control de funciones vitales: Presión Arterial cada 2 horas en hoja aparte

Control de sangrado vaginal.

Sonda Foley permeable más control de diuresis y Balance Hidroelectrolítico.

Se solicita: set de Preeclampsia.

Reevaluación con resultados.

Interconsulta con Medicina Interna y Cardiología.

Coordinar referencia a un Hospital de Es Salud de Lima Metropolitana de mayor complejidad

29/08/2018 a las 09:30

Paciente fue referida a un Hospital de EsSalud de Lima Metropolitana de mayor complejidad.

No se le pudo realizar las interconsultas indicadas por no disponibilidad de tiempo de especialistas (médico internista labora en emergencia y cardiólogo en consulta externa)

29/08/2018 a las 12:00am

Paciente ingresó a Emergencia al Tópico de Obstetricia de un Hospital de Es Salud de mayor complejidad con el siguiente diagnóstico:

Puérpera inmediata de parto vaginal de 9 horas.

Preeclampsia severa.

Infección Urinaria.

Taquicardia de etiología a determinar.

Obesidad Materna.

Estuvo hospitalizada en la Unidad de Cuidados especiales, donde se manejan a las pacientes que necesitan monitoreo constante.

Fue reevaluada con exámenes y tratamiento médico.

Fue dada de alta el día 02/09/2018 con el siguiente diagnóstico:

Preeclampsia con signos de severidad (curada)

4. CAPITULO II

4.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia (PPO-EM) es una oportunidad beneficiosa para aquellas gestantes que no lograron prepararse a tiempo y una herramienta valiosa para el personal obstetra. Su aplicación en gestantes de Alto riesgo durante el trabajo de parto a través de las técnicas de relajación neuromuscular, respiración, posiciones antálgicas y acompañamiento continuo, transmite a la gestante tranquilidad y seguridad logrando su colaboración y participación efectiva reduciendo la morbilidad materna y perinatal y posteriormente establecer o reforzar el vínculo afectivo madre-hijo que probablemente no se dio en su etapa prenatal.

Por el mismo hecho de ser adolescente y tener uno o más factores de riesgo asociados, a estas pacientes usualmente no se le da la alternativa de tener un parto vaginal, pero si brindamos la PPO-EM con convencimiento y contamos con el apoyo del equipo multidisciplinario los beneficios son compartidos tanto para el binomio madre niño al disminuir las complicaciones, como para los profesionales a cargo al reducir recursos materiales, tiempo y trabajo.

Debemos considerar además que existen situaciones en las cuales el embarazo no reúne las condiciones normales o ideales como en el presente caso clínico, en el cual se hizo la PPO-SE y a la vez PPO-EM, se brindó una preparación de emergencia basada en las necesidades específicas, mecanismos de soporte emocional, así como técnicas de respiración, relajación y autoayuda dirigidos a lograr un parto y posparto en óptimas condiciones y con el mejor pronóstico.

Una gestante que recibe PPO-EM por un personal entrenado logra controlar la ansiedad, el temor y muestra una participación activa en el proceso del trabajo de parto, parto y puerperio.

El presente caso clínico, es considerado de relevancia toda vez, que nos muestra la evolución favorable de una primigesta adolescente, con alto riesgo obstétrico, que al brindar la PPO-EM, logró buenos resultados materno perinatales.

Por otro lado, se contribuyó a la reducción de mayores complicaciones, que, por las patologías presentes, pudieron ser manejadas; asimismo, difundir esta

experiencia exitosa, permitirá que otros profesionales de la salud reconozcan la relevancia y beneficios integrales que se logra con la PPO-EM y PPO-SE.

5. CAPITULO III

5.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

5.1.1. ANTECEDENTES NACIONALES

Rubio F., en el año 2017 en Perú realizó un estudio sobre “Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en trabajo de Parto en Primigesta sin Control prenatal en el Hospital Cayetano Heredia”, tuvo como objetivo lograr un parto sin complicaciones, con el bienestar de la madre y su recién nacido conjuntamente con el entorno familiar. Es un Trabajo Académico en el cual se presenta una primigesta de 17 años que ingresa al Hospital gritando y llorando, muy nerviosa; al hospitalizarse e ingresar a Sala de Partos y conforme progresa el trabajo de parto continúa gritando y descontrolada. A esta parturienta se le brindó la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia por una obstetra especialista. La autora concluye que la aplicación de la PPO-EM ofrece buenos resultados para la madre y su bebé, logrando el cambio de actitud y comportamiento favorable en la gestante, consiguiendo que concluya una experiencia saludable y agradable. (16)

Tafur M.; realizó un estudio en el año 2015 en Perú sobre “Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en la Actitud frente al trabajo de Parto de la Primigestas Atendidas en el Instituto Materno Perinatal”. El objetivo del estudio fue determinar la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en la actitud frente al trabajo de parto en las primigestas. Fue un estudio cuasiexperimental de corte transversal prospectivo en el que se incluyó a 60 gestantes en trabajo de parto las cuales fueron divididas en dos grupos estudio, a un grupo se le aplicó la guía de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia la cual fue elaborada bajo el modelo conductista, contribuye a la educación de las gestantes, en especial en pacientes que no llevaron Psicoprofilaxis Obstétrica, con la finalidad de mejorar su actitud durante los diferentes periodos y un grupo control, al que no se le aplicó la guía. El 56.6% de las primigestas que recibieron Psicoprofilaxis de Emergencia, tuvo una actitud positiva durante el trabajo de parto, en comparación con las pacientes del grupo

que no recibió la intervención, pues ninguna presentó una actitud positiva. La autora concluye que la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, influye de manera significativa en la actitud positiva frente al trabajo de parto. (17).

Salazar R., realizó un estudio el año 2015 en Perú sobre “ Influencia de la Educación Psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de las Habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Daniel Alcides Carrión, el objetivo del estudio fue valorar la influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas, fue un estudio cuasi experimental comparativo, explicativo, prospectivo, longitudinal, enfoque cuantitativo, se trabajó con la población conformada por 46 gestantes. Los resultados más importantes fueron: el 95.7% de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica demostraron habilidades de control de la respiración y relajación, durante el trabajo de parto, mientras el 42.6% de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica demostraron las habilidades procedimentales; sin embargo, no hay diferencia significativa entre las que desarrollaron habilidades para el control de la ansiedad. La autora concluye que la educación psicoprofiláctica obstétrica se asocia a resultados materno perinatal favorables, manifestados sobre todo en el control de la respiración, relajación. (18).

Morales S., realizó un estudio en el año 2014 en Perú sobre “Características de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en el sector privado como una alternativa en su atención integral”, el cual tuvo como objetivo conocer las características de un grupo de gestantes del sub sector privado y las razones por las que no realizaron su preparación prenatal integral oportunamente, fue un estudio observacional, descriptivo y transversal, se revisaron 168 historias clínicas de gestantes y parturientas que recibieron psicoprofilaxis obstétrica de emergencia. Los resultados más importantes fueron que el 78% correspondía a un grado de instrucción superior completa, el 69% se encontraba trabajando durante su embarazo. No recibieron PPO por falta de información el 17.3%, por falta de tiempo el 46.4%, por falta de recursos económicos el 28.6% y por falta de apoyo a la pareja el 7.7%. El 100% manifestó satisfacción por haber recibido PPO-EM. Finalmente, el 94.6% recibió PPO-EM

en la última semana de gestación y el 5.4% durante el trabajo de parto. El 64% tuvo parto vaginal y el resto cesárea. La autora concluyó que la PPO-EM es una oportunidad beneficiosa para las gestantes que no pudieron realizar la PPO a tiempo por lo que se afirma que nunca es tarde para recibir una buena preparación y apoyo integral los que se asociaron a un buen resultado materno perinatal. (19).

Yábar M., realizó un estudio en el año 2014 en Perú sobre “La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales”. El objetivo del estudio fue conocer las características y beneficios que ofrece la Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) en gestantes adolescentes; fue un estudio observacional, descriptivo y transversal en 38 gestantes adolescentes a las cuales se le aplicó una encuesta. Los resultados más importantes fueron: el 97% de ellas, asistieron a por lo menos 7 controles prenatales, el 100% asistió de 6 a 8 sesiones de PPO, 86.8% ingresaron en fase activa de trabajo de parto. Tuvieron parto vaginal 86.8%. El 38% tuvo una actitud positiva ante la llegada de su bebé al inicio de las sesiones y el 100% tuvo actitud positiva con respecto a la llegada de su bebe al final de las sesiones. La autora concluye que la PPO es una preparación integral que beneficia tanto a la madre como al bebé y que el apoyo psicoafectivo debe ser uno de los pilares importantes sobre los que descansa la PPO en adolescentes. (6).

5.1.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Zambrano M., y colaboradores realizaron un estudio en el año 2018 en Ecuador sobre “Psicoprofilaxis Obstétrica y sus beneficios para la gestante”. El trabajo fue orientado a identificar los beneficios generales de la psicoprofilaxis obstétrica: promoción del parto natural, la integración de la pareja y familia, el empoderamiento de la mujer y la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La investigación se realizó mediante un estudio documental, donde se revisaron fuentes digitales veraces y actualizadas. Los autores concluyeron que los beneficios de la aplicación de la Psicoprofilaxis Obstétrica para las gestantes, son múltiples por cuanto representa una herramienta de educación

no sólo para la madre sino para su pareja y familia. Se constituye como uno de los principales medios de prevención de morbilidad, mortalidad materna y perinatal (20).

Rodríguez A. realizó un estudio en el año 2018 en Ecuador sobre los Beneficios materno perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica en las gestantes de los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Pascuales. El objetivo fue evaluar los resultados en las gestantes y sus bebés en los procesos del parto como consecuencia de haber recibido Psicoprofilaxis Obstétrica. Los resultados mostraron que: de las 50 pacientes encuestadas, 28 refirieron que fue parto eutócico lo que representó el 56%, de estas, 9 fueron del grupo que no realizó PPO lo que representó el 36,0% y 19 del grupo que realizó PPO lo que representó el 76,0%. Referente al apgar, del grupo que no realizó PPO el 92% tuvo apgar favorable y del grupo que realizó PPO, el 100% tuvo apgar favorable. El autor concluye que los beneficios materno-perinatales que con mayor frecuencia se encuentran en las gestantes que reciben psicoprofilaxis son: el parto eutócico espontáneo, cesáreas programadas sin complicaciones, adecuado peso al nacer, apgar favorable, captación precoz e inicio de la lactancia materna dentro de las primeras 24 horas; las complicaciones neonatales se presentan mayormente en los hijos de las del grupo que no realiza psicoprofilaxis obstétrica, presentándose con mayor frecuencia peso no adecuado del recién nacido y trastornos respiratorios, con apgar no favorable como resultado. (21).

Sánchez Carrillo y colaboradores realizaron un estudio en el año 2017 en México sobre "Complicaciones perinatales asociadas con la ganancia excesiva de peso durante el embarazo", el objetivo principal fue evaluar la asociación entre la ganancia de peso durante el embarazo y las complicaciones perinatales. El estudio fue de casos y controles se seleccionó 426 gestante. Los resultados mostraron que no se observó riesgo significativo de complicaciones perinatales en las pacientes con peso pregestacional normal con respecto al sobrepeso previo a la gestación, pero si se observó riesgo significativo en las pacientes con obesidad pregestacional. Los autores concluyen que la ganancia de peso durante el embarazo, por encima de lo recomendado, es un factor de riesgo

significativo de complicaciones perinatales, independiente del peso previo a la gestación. (22).

Fernández J. y colaboradores realizaron un estudio en el año 2016 en España cuyo tema fue “Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea” el objetivo fue determinar si el sobrepeso y/o la obesidad son factores de riesgo para que el parto termine en cesárea. El estudio fue cohorte retrospectivo. Se incluyeron dos grupos de estudio: sobrepeso al inicio de la gestación y obesidad al inicio de la gestación. Grupo control: IMC al inicio de la gestación normal. Los resultados más importantes fueron: Hubo una asociación entre el incremento del riesgo de cesárea y sobrepeso, obesidad grado 1; obesidad grado 2; obesidad grado 3. Los autores concluyen que existe una asociación significativa entre el sobrepeso/obesidad maternos y la culminación del parto mediante cesárea. (23).

Vásquez D., realizó un estudio el año 2015 en Ecuador sobre “Factores relacionados con la falta de Control Prenatal en pacientes atendidas en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora –Loja”. El objetivo principal del estudio fue determinar los factores relacionados con la falta de control prenatal. El estudio fue retrospectivo, descriptivo, cuantitativo y de corte transversal. Se incluyó 70 gestantes. Los principales resultados fueron: 27% son adolescentes entre 14-17 años, el 43% se encuentran en unión libre, un 41% solo han cursado estudios primarios, el 59% viven en zonas rurales, el 36% son primigestas, el 83% no planificaron su embarazo, un 46% tienen de 0 a 2 controles, el 24% no acude a los controles por falta de interés y el 21% por ocultar el embarazo de la sociedad. El autor concluye que los principales factores relacionados con la falta de control prenatal son: el lugar de residencia en áreas rurales, embarazos no deseados, embarazo a temprana edad, bajo nivel de instrucción, y como factor personal se encuentra la falta de interés, por ocultar el embarazo de la sociedad en el caso de las gestantes adolescentes, y por la falta de permiso en el trabajo o centro de estudio. (11).

Chable Uitz y col realizaron un estudio en el año 2013 en México sobre “Ventajas de la Psicoprofilaxis Perinatal” el objetivo fue identificar las ventajas que obtienen

las gestantes que participaron en el programa de psicoprofilaxis perinatal durante el trabajo de parto en comparación con las que no llevaron. Fue un estudio descriptivo, representativo comparativo en una muestra por conveniencia de 294 pacientes en trabajo de parto, formando dos grupos las que participaron en el curso de Psicoprofilaxis Perinatal y las que no participaron. -

Se les aplicó una guía de observación y una encuesta. Los resultados más importantes fueron: de 254 gestantes que se estudió 56 (22%) participaron de las sesiones de Psicoprofilaxis y 198 (78%) no participaron. Todas las gestantes que llevaron las sesiones aplicaron las técnicas no farmacológicas, las variables temor, control de dolor y grado de conocimiento resultaron con diferencia significativa a favor de las gestantes que llevaron las sesiones.

Con respecto a las variables de analgesia obstétrica, cesárea y tiempo de trabajo de parto no se encontró diferencia significativa. Las autoras concluyen que las gestantes que realizan el curso psicoprofilaxis perinatal participan activamente durante el trabajo de parto, controlan el temor, dolor y aplican las técnicas no farmacológicas, logrando acortar el tiempo del trabajo de parto y obtienen conocimientos acerca del proceso del trabajo de parto. (24).

Balestena J. y colaboradores realizaron un estudio en el año 2013 en Cuba sobre "Influencia de la hipertensión originada por el embarazo en el parto y el recién nacido". El objetivo fue evaluar la repercusión de la hipertensión originada por el embarazo en la gestación, el parto y el recién nacido. El estudio fue prospectivo, longitudinal y analítico. La muestra se formó con 130 gestantes que se dividieron en dos grupos. Dentro los resultados más importantes fueron: la prematuridad se presentó en el 22.6%, la cesárea se realizó en el 70.9 %, y el 38.7 % de los recién nacidos tuvieron puntaje de Apgar bajo a los cinco minutos. Los autores concluyeron que la preeclampsia influye negativamente en el parto y el recién nacido. Y debe considerarse como factor de riesgo para que se produzcan eventos nocivos en la madre y el neonato. (25).

6. CAPITULO IV

6.1 DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO

En el presente caso clínico la gestante adolescente tuvo la oportunidad de continuar con trabajo de parto y culminar el nacimiento de su bebé a través de parto vaginal debido a que logró controlar el dolor y el cambio de actitud que hizo posible su participación activa durante todo el proceso del trabajo de parto, gracias a que se le brindó la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia por personal obstetra calificado.

La falta de control prenatal expone tanto a la madre como al bebé a presentar riesgos y complicaciones tanto en el embarazo, parto y posparto debido a que durante la atención prenatal se llevan a cabo importantes funciones de atención de la salud como: la promoción, prevención, cribado, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Vásquez F. menciona que esta falta de control prenatal se debe a factores como: embarazos no deseados, embarazos a temprana edad, bajo nivel de instrucción, el lugar de residencia en áreas rurales o intención de ocultar el embarazo a la sociedad, en el caso de las gestantes adolescentes; factores que podemos encontrar en el presente caso clínico. (11).

Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, es la preparación que se brinda a la gestante en la última semana de la fecha probable de parto o durante el trabajo de parto. Tiene como fin lograr el automatismo de la respuesta condicionada, logrando que la gestante tenga un rol activo en el trabajo de parto.

Psicoprofilaxis en Situaciones Especiales, es la preparación integral que se brinda a las gestantes cuando su embarazo no cuenta con las condiciones ideales por lo cual su preparación estará de acuerdo a las necesidades específicas de cada gestante. (3).

La preeclampsia es una de las causas principales de morbilidad y mortandad en las gestantes, representa la principal causa de mortalidad materna a nivel nacional. (12).

La preeclampsia afecta el flujo de sangre a la placenta, los riñones, el hígado, el cerebro y otros órganos y sistemas sanguíneos de la madre, impacta el funcionamiento de la placenta de tal forma que el cuerpo del bebé empieza a restringir el flujo de sangre hacia sus extremidades, sus riñones y su estómago;

ya que ésta hace un esfuerzo por conservar el suministro vital de oxígeno hacia el cerebro y el corazón, resultando con frecuencia bebés más pequeños o prematuros, puede causar problemas de salud graves para la madre y el bebé. En los casos graves, la preeclampsia puede transformarse en eclampsia y provocar convulsiones.

El sobrepeso y la obesidad materna están asociados a múltiples complicaciones principalmente trastornos hipertensivos y Diabetes Gestacional, además de aborto espontáneo, parto pretérmino, muerte fetal intrauterina, macrosomía fetal, alteraciones del trabajo de parto, hemorragia posparto, endometritis, rotura uterina, desgarros perineales y mayor incidencia de cesáreas. (23).

Por los factores de riesgo que presentaba era una gestante con posibilidades de ser programada a cesárea de emergencia, pero se le dio la alternativa de tener un parto vaginal debido a que al brindarle PPO-EM logró participar activamente con las técnicas de respiración y relajación, logró controlar su ansiedad obteniendo de esta manera mejor oxigenación para su bebé, manteniendo los latidos fetales dentro de los parámetros normales.

Se inició la acentuación del trabajo de parto debido a que no presentaba un buen patrón de contracciones, dándole la oportunidad de un parto vaginal

La contracción uterina influye sobre la presión de perfusión porque altera el aporte de sangre arterial al espacio intervelloso. Este espacio normalmente contiene entre 150 y 250 ml de sangre y el flujo sanguíneo en el espacio intervelloso normal es de 400 a 500 ml/min. La sangre arterial llega al espacio intervelloso con una presión de entrada promedio de 20 a 25 mmHg. La presión en las venas uterinas, es decir la presión de salida, es de 6 a 10 mmHg. La contracción uterina produce un aumento de la presión intramiométrial y un aumento de la presión intrauterina. Al inicio de la contracción uterina, se produce una oclusión venosa, bloqueando la salida de la sangre desde el espacio intervelloso y secundario a ello, aumentando su presión levemente. Luego, cuando la presión desarrollada por la contracción uterina supera la presión de entrada, el aporte sanguíneo se interrumpe. En general, esta interrupción no dura más de 10 a 20 segundos. Este valor corresponde a una contracción normal y la reducción es proporcional a la intensidad y a la duración de la contracción uterina. Sin embargo, en algunas circunstancias como: Hipotensión de decúbito Hemorragia, fiebre, hipoxia pueden disminuir el flujo útero-placentario.

Sumado a las patologías existentes en la parturienta, la hipoperfusión feto placentaria era mayor trayendo menor aporte de oxígeno al bebé, pero con una adecuada y constante aplicación de las técnicas de respiración y posición materna, se logró mejorar la oxigenación fetal manteniendo los latidos dentro de los parámetros normales.

Las técnicas respiratorias contribuyen a manejar el dolor, disminuir la tensión muscular y aseguran oxigenación óptima durante el trabajo de parto.

Conforme las contracciones se tornan más frecuentes e intensas, provocan tensión, miedo, y, por consiguiente, agravan el dolor. Una tarea importante que asumió la obstetra calificada en PPO fue a través del apoyo constante y del trato humanizado, orientaciones tranquilizadoras que por su condición ameritaba un trato especial que cubra sus necesidades. La actitud profesional es de gran importancia en la asistencia a la parturienta, con la aplicación de esas estrategias, el proceso de parto pudo ser menos doloroso, menos tenso, y por consiguiente se logró una mejor evolución.

La relajación es una técnica que busca eliminar la tensión, el reposo de la musculatura, busca un estado de paz y bienestar, de manera que la gestante se encuentre en armonía a pesar de los agentes estresantes externos

El control de la respiración es imprescindible para practicar cualquier técnica de relajación.

La Psicoprofilaxis Obstétrica ofrece beneficios demostrados científicamente para la madre, bebé y el equipo de salud; en el caso presentado podemos evidenciar tales beneficios como la menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio, menor duración de la fase expulsiva como se dio en el presente caso y con resultados similares al estudio presentado por Tafur, al realizar la PPO-EM logró el cambio de actitud de la parturienta frente al trabajo de parto y como consecuencia menor duración total del trabajo de parto. (17).

Otro de los grandes beneficios que brinda la PPO es mejor valoración del apgar al nacimiento como se observó en contraposición a lo encontrado por Balestena y col en el cual las gestantes que presentan Enfermedad Hipertensiva del Embarazo tienen más probabilidad de tener recién nacidos con apgar bajo a los cinco minutos y que la preeclampsia influye negativamente en el parto y el recién nacido, además de considerarse como factor de riesgo para que se produzcan eventos nocivos en la madre y el neonato. (25).

Asimismo, Fernández y col. demuestran como el sobrepeso y la obesidad representan un factor de riesgo independiente para que el parto finalice en cesárea, ya que de por sí las mujeres obesas presentan una mayor prevalencia de patologías obstétricas aumentando así el índice de cesáreas como fetos macrosómicos, desproporción feto pélvica, alteraciones en la dinámica uterina. (23).

Un aspecto muy importante en el presente caso es el bienestar, satisfacción y el establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo y por ende el inicio precoz de la lactancia materna, similar a los resultados obtenidos en el estudio de Yávar en el cual hubo un cambio de actitud al 100% con respecto a la llegada de su bebé por parte de las gestantes al finalizar las sesiones de PPO y que sobre todo el apoyo psicoafectivo debe ser una de las bases importantes de la PPO en adolescentes. (6). Otro estudio similar es el de Morales. en el cual el 100% de las gestantes manifestaron satisfacción al recibir PPO-EM, y además se considera que ésta es una oportunidad beneficiosa para las gestantes que no pudieron realizar la PPO a tiempo por lo que se afirma que nunca es tarde para recibir una buena preparación y apoyo integral los que se relacionan con un buen resultado materno perinatal. (19).

La PPO-EM es una herramienta muy valiosa en este momento para el país, existe un gran grupo de gestantes que por diversos motivos no pueden realizarlo a tiempo y acuden en las últimas semanas de gestación o ya en trabajo de parto y es recién que se benefician con el programa al ser atendidas por un personal obstetra capacitado y que además deberá creer en las ventajas de la psicoprofilaxis obstétrica, que aplique los procesos metodológicos, actitudes, experticia para llegar a la parturienta y pueda ella realizar lo indicado.

Es importante considerar el no abandonar a nuestras gestantes preparadas en sala de partos por el mismo hecho de estar preparadas creemos que ya no necesitan de nuestro apoyo; pero aquí la obstetra especialista sabrá que aquella gestante también puede requerir ayuda por lo cual pienso que debe considerarse como una alternativa la PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA DE REFUERZO, que será aquella que se brinde a la gestante preparada durante el trabajo de parto.

Contar en Sala de Partos con un personal especialista e identificado con el método nos permitirá objetivar mejor el éxito de la Psicoprofilaxis Obstétrica, es decir con conocimiento, seguridad y realidad, las ventajas para la madre el bebé y el equipo de salud serán evidentes.

Con la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia y la colaboración materna se logró un recién nacido saludable, permitió realizar el contacto precoz, clampaje tardío del cordón umbilical e inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora.

El contacto piel a piel entre la madre y su bebé inmediatamente después del nacimiento promueve el apego, mejora la interacción madre-bebé, fortalece el vínculo afectivo, favorece la estabilidad respiratoria, cardíaca, la glicemia y temperatura corporal. El contacto piel a piel está considerado un componente importante para el inicio satisfactorio en la lactancia. (26).

El clampaje o pinzamiento tardío es el que se realiza posterior al minuto del nacimiento o cuando han cesado las pulsaciones del cordón umbilical en recién nacidos a término y en buenas condiciones. Es una maniobra que se realiza en la tercera etapa del trabajo de parto, entre el nacimiento y el alumbramiento, marca el fin de la circulación feto placentaria y del intercambio gaseoso a ese nivel, dando paso a un proceso fisiológico de adaptación cardiopulmonar.

Al retrasar 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 bebé. Se sugiere que el pinzamiento tardío del cordón umbilical aporta hasta 75 mg de hierro que equivale a un suministro para 3,5 meses.

El pinzamiento tardío del cordón umbilical para el lactante nos ofrece varios beneficios como por ejemplo el aumento de las reservas de hierro al nacer y menos anemia en los lactantes, disminución de la hemorragia intraventricular, menos enterocolitis necrosante, menos septicemia en lactantes El clampaje tardíos es una actividad recomendada por la OMS y registrada dentro de la Norma Técnica de Atención de la Salud Materna del Ministerio de Salud(9) y Norma Técnica de Manejo Preventivo y Terapéutico de la Anemia.(27).

Durante el puerperio inmediato a través de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia se pudo brindar información sobre los beneficios y técnicas de la lactancia materna para asegurar una lactancia materna exitosa.

La leche materna es el alimento ideal para el recién nacido es rica en inmunoglobulinas y protegen a los bebés de diversas enfermedades como neumonía, diarreas, otitis, asma entre otras enfermedades, por lo tanto, reduce la morbi mortalidad infantil y tiene beneficios para la salud hasta la edad adulta. Iniciar la lactancia durante la primera hora posparto contribuye a la estimulación del sistema inmunológico del recién nacido aún inmaduro. Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida luego reforzar con alimentos complementarios al menos hasta los dos años. La lactancia materna fortalece el vínculo madre-hijo, tranquiliza al bebé, da seguridad emocional.

La OMS y el UNICEF recomiendan para que las madres puedan realizar lactancia materna efectiva y logre sus beneficios:

- Inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida.
- Lactancia materna exclusiva, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna.
- Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche; es decir con frecuencia y a libre demanda.
- No utilizar biberones, tetinas o chupetes.

7. CAPITULO V

7.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1.1 CONCLUSIONES

La Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia es una herramienta valiosa para reducir la morbilidad materna y perinatal, aplicado en una parturienta de alto riesgo contribuye a una mejor evolución del trabajo de parto con bienestar materno fetal.

La intervención oportuna, disposición y actitud de la obstetra calificada al brindar la PPO-EM y lograr efectos beneficiosos en la parturienta, permitieron que el gineco obstetra diera el apoyo y confianza para continuar con el trabajo de parto y culminar en un parto vaginal.

El soporte emocional continuo que se brinda a la parturienta adolescente es fundamental para lograr el cambio de actitud y contar con la participación activa durante el proceso del parto y posparto.

El lograr un parto vaginal en una parturienta de alto riesgo con buenos resultados materno perinatales permitió ofrecer al recién nacido: el contacto precoz, el clampaje tardío del cordón umbilical y el inicio temprano de la lactancia materna.

7.1.2. RECOMENDACIONES

Todas las gestantes deberían recibir PPO-EM durante el trabajo de parto por los beneficios demostrados por medicina basada en evidencias.

Debería capacitarse a todo el personal obstetra que labore en un establecimiento de salud a fin de brindar con conocimiento y convencimiento los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica.

La sensibilización y capacitación del personal obstetra permitirá reconocer la situación especial en la parturienta, logrando disminuir las complicaciones durante el trabajo de parto.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Morales S, Guibovich A, Yábar M. Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. *Horiz Med.* 2014;14(4):53-57.
2. Muñoz M, Uribe C, Hoga L. Padre preparado y comprometido en su rol de acompañante durante el proceso de parto. *Aquichan.* 2018;18(4):415-425.
3. ASPPO (Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica). Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica. 4ªed. Lima: ASPPO. 2016
4. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Resolución Ministerial No 361-2011/MINSA, (06 de mayo de 2011).
5. Munares O. Establecimientos de salud con Servicios de psicoprofilaxis Obstétrica en el Perú. *Rev Int Salud Materno Fetal (Perú).* 2017;2(1):11-15
6. Yábar M. La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. *Horiz Med.*2014;14(2):39-44.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES, 2018. Lima: INEI; 2018
8. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Suiza: OMS;2018.
9. Ministerio de Salud. Norma técnica de Salud: Atención Integral de Salud Materna. Resolución Ministerial No 827-2013/MINSA.
10. Ministerio de salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Resolución Ministerial No 007-2017/MINSA, (06 de enero de 2017).
11. Vásquez Jiménez D. factores relacionados con la falta de control prenatal en pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Isidro Ayora-Loja. Ecuador.2015.
12. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico del Perú SE 52. Perú. 2018; 27(SE52-2018): 1285-1290.
13. Mazza M, Vallejo C, González M. Mortalidad Materna: análisis de las tres demoras. *Rev Obstet Ginecol (Venez)* 2012,72(4):233-248.
14. Farai E. Método Psicoprofiláctico del Parto sin Dolor. *Rev. Med. Hond.*1958,26(3):70-81
15. ASPPO (Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica). Guía Práctica Psicoprofilaxis Obstétrica. 1ª ed. Lima: ASPPO. 2012.
16. Rubio Peralta F. Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en trabajo de parto de primigesta sin control prenatal en Hospital Cayetano Heredia. Perú.2018.

17. Tafur Rodas M. Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en la Actitud frente al Trabajo de Parto de las Primigestas atendidas en el Instituto Materno Perinatal. Perú; 2015
18. Salazar Campos R. Influencia de la Educación Psicoprofiláctica Obstétrica en el Desarrollo de Habilidades Procedimentales en Embarazadas del Hospital Daniel Alcides Carrión. [tesis doctoral]. Perú; 2015.
19. Morales S. Características de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en el sector privado como una alternativa en su atención integral. Horiz Med. 2015;15(1):61-66.
20. Zambrano K., Torres M., Brito A., Pazmiño Y. Psicoprofilaxis Obstétrica y sus beneficios para la gestante. Recimundo (Guayaquil). 2018;2(3):242-259.
21. Rodríguez Neira A. Beneficios Materno-Perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica en las Gestantes de los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Pascuales. Guayaquil; 2018.
22. Sánchez V, Ávila M, Peraza F, Vadillo F, Palacios B, García D. Complicaciones Perinatales asociadas a la ganancia excesiva de peso durante el embarazo. Ginecol Obstet Mex. 2017;85(2):64-70.
23. Fernández J, Paublete M, González M, Carral F, Carnicer C, Vilar A, et al. Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea. Nutr Hosp 2016;33(6):1324-1329.
24. Chable G, García K. Ventajas de la psicoprofilaxis perinatal. Rev Sanid Milit (Mex). 2013;67(3):106-114.
25. Balestena J, Barrios M, Balestena A. Influencia de la hipertensión originada por el embarazo en el parto y el recién nacido. Rev Ciencias Médicas. 2014;18(1):24-32
26. Ministerio de Salud. Norma Técnica Atención Integral de la Salud Neonatal. Resolución Ministerial No 828-2013/MINSA, (24 de diciembre de 2013).
27. Ministerio de salud. Norma Técnica-Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Resolución Ministerial No 958-2012/MINSA, (15 de mayo de 2017).
28. Organización Mundial de la Salud. Momento óptimo de pinzamiento del cordón umbilical para prevenir la anemia ferropénica en lactantes. Suiza. OMS; 2019

ANEXO 1: RESULTADO DE TURNITIN.

FINAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

| | | | |
|---------------------|---------------------|---------------|-------------------------|
| 7 % | 9 % | 0 % | 9 % |
| INDICE DE SIMILITUD | FUENTES DE INTERNET | PUBLICACIONES | TRABAJOS DEL ESTUDIANTE |

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|----------|---|------------|
| 1 | Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante | 3 % |
| 2 | www.scielo.org.pe Fuente de Internet | 2 % |
| 3 | www.docstoc.com Fuente de Internet | 2 % |

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 2%

Excluir bibliografía

Apagado

ANEXO 2: GLOSARIO DE TÉRMINOS

| Término | Significado |
|----------------|--|
| PPO | Psicoprofilaxis Obstétrica |
| PPO-EM | Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia |
| ASPPO | Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica |
| PPO-SE | Psicoprofilaxis Obstétrica en Situaciones Especiales. |
| OMS | Organización Mundial de la Salud. |
| MINSA | Ministerio de Salud. |
| ENDES | Encuesta Demográfica y de Salud Familiar |
| RCIU | Retardo de Crecimiento Intrauterino- |
| IMC | Índice de Masa Corporal. |
| LOTEP | Lúcida Orientada en Tiempo, Espacio y Persona. |
| AREG | Aparente Regular Estado General |
| RCR | Ruido Cardíaco Rítmico. |
| AU | Altura Uterina. |
| SPP | Situación, Presentación y Posición Fetal. |
| LCD | Longitudinal, Cefálico y Derecho. |
| LCF | Latido Cardíaco Fetal. |
| ARO | Alto Riesgo Obstétrico. |
| SOAP | Sigla que se utiliza para consignar la información de pacientes en la Historia Clínica de manera sistemática y ordenada. |
| (S) | Subjetivo. Información descriptiva de cómo se siente el paciente |
| (O) | Objetivo. Resultado de la exploración física. |
| (A) | Análisis. Diagnóstico del paciente. |
| (P) | Plan de Tratamiento. |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. |
| CLAP | Centro Latinoamericano de Perinatología. |