



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNA

TRABAJO ACADÉMICO

“APLICACIÓN DE SESIÓN DE PSICOPROFILAXIS

OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA PACIENTE PRIMIPARA

HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2021”

PRESENTADO POR

MADELEINE DEL ROCIO CUELLAR YANQUI

ASESOR

MAG. OBSTA. DORIS PEÑALOZA CHAVEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNA

CON MENCIÓN EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y ESTIMULACIÓN

PRENATAL

MOQUEGUA - PERÚ

2023

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO	
ÍNDICE DE CONTENIDO	i
RESUMEN	ii
ABSTRACT	iv
CAPÍTULO I.....	1
EL TEMA O PROBLEMA	1
1.1 PRESENTACIÓN DEL TEMA O PROBLEMA	1
1.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	3
CAPÍTULO II.....	5
FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA.....	5
2.1 MARCO TEÓRICO	6
2.1.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	6
2.1.2 MARCO TEÓRICO: PSICOPROFILAXIS DE EMERGENCIA (PPO EMEG).....	14
2.2 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA	48
2.3 GENERAL.-	48
ESPECÍFICOS.-	50
2.4 ACTORES.....	50
2.5 ESTRATEGIAS.....	51
2.6 RESULTADOS ESPERADOS.....	52

RECOMENDACIONES DE LA EXPERIENCIA	52
BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXOS.....	61

RESUMEN

La psicoprofilaxis obstétrica forma parte de la atención obstétrica integral en la embarazada, para que haya así una cooperación con mayor participación en el trabajo de parto, y por la presencia de la epidemia por el SARS COV 2, no permite que se les brinde dicha actividad de manera presencial.

Este proceso didáctico hace que la gestante y su ambiente familiar, desarrolle comportamientos y actitudes que van a beneficiar la salud del futuro recién nacido y paciente mismo; convirtiendo a la gestación, el proceso de parto y el post parto en una vivencia segura y positiva.

Nos propusimos identificar los beneficios, concientizar y verificar la efectividad que proporciona la psicoprofilaxis obstétrica de Emergencia, aplicada en una gestante primípara en Trabajo de Parto en el Hospital Regional Moquegua.

Participo una Paciente de 24 años, con una Edad Gestacional de 39.4 SDG, con una paridad G2PoA1, con 07Atenciones pre-natales, sin ningún factor de riesgo y sin preparación en PPO.

Al final de la labor del trabajo de parto, el periodo puerperal y con la participación del Obstetra especialista; vemos a una paciente sensibilizada y motivada con un cambio de actitud que ayudo en las etapas de la dilatación y colaboradora en el periodo expulsivo, logrando mejorar el aporte de oxígeno al producto y una relajación adecuada, evitando así el agotamiento materno; obteniendo un RN sexo femenino, con 3750 gr y un Apgar óptimo (9 al minuto y 10 a los cinco minutos), con apego materno inmediato.

Palabras Claves: maternidad segura, psicoprofilaxis de emergencia, control del dolor.

ABSTRACT

The obstetric psychoprophylaxis is part of comprehensive obstetric care in pregnant women, so that there is cooperation with greater participation in the TDP, and due to the presence of the SARS COV 2 epidemic, it does not allow this activity to be provided in person.

This didactic process makes the pregnant woman and her family environment develop behaviors and attitudes that will benefit the health of the future newborn and patient himself; converting pregnancy, the birth process and the postpartum period into a safe and positive experience.

We set out to identify the benefits, raise awareness and verify the effectiveness provided by the Emergency obstetric psychoprophylaxis, applied to a first-time pregnant woman in labor at the Moquegua Regional Hospital.

A 24-year-old patient participated, with a gestational age of 39.4 SDG, with a G2PoA1 parity, with 07Antenatal Care, without any risk factor and without preparation in PPO.

At the end of labor, the puerperal period and with the participation of the specialist obstetrician; We see a sensitized and motivated patient with a change of attitude that helped in the stages of dilation and collaborated in the expulsive period, managing to improve the supply of oxygen to the product and adequate relaxation, thus avoiding maternal exhaustion; obtaining a female NB, with 3750 gr and an optimal Apgar (9 at minute and 10 at five minutes), with immediate maternal attachment.

Keywords: safe motherhood, emergency psychoprophylaxis, pain control.

CAPÍTULO I

EL TEMA O PROBLEMA

1.1 PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

La gestación va hacer un proceso complejo donde se llevan cambios funcionales, anatómicos, fisiológicos, metabólicos entre otros, y esta sobrecarga puede ser angustiada para ellas. Así mismo, un parto, es una de las experiencias mucho más conmovedoras y emocionantes en la etapa de una mujer, y depende mucho como sea esta experiencia, la misma que marcara en forma positiva o negativa a la paciente.

Y a medida que la fecha de parto se va acercando, surgirán probablemente muchas dudas en el entorno familiar y especialmente en la gestante: “Qué sentiré, cómo será tener un hijo, Qué haré para controlar el dolor, A dónde me llevaran. Quién me ayudará en este momento”.

Dar a luz es un proceso que incluye un esfuerzo, un desgaste de energía, un trabajo adicional hasta el momento del parto. El organismo de la mujer se prepara para este acontecimiento, el nacimiento de un nuevo ser, y es a través de

Trabajo de Parto, desde sus inicios con la dilatación, pasando por el 2do periodo, expulsivo del RN y por último el 3er periodo, alumbramiento placentario. El trabajo de parto y el parto pueden durar desde unas cuantas horas hasta más allá de las 24 horas (1)

Cada vez la necesidad de mejorar Atención de la gestante se centra sólo en los nuevos avances científicos, sin considerar a la madre, sus niños y su pareja como los personajes claves en esta atención, así como la posibilidad de una atención humanizada a la gestante.

A pesar de los buenos resultados perinatales que se tenga, la gestante y su familia observan de forma negativa la relación con el personal del hospital, probablemente por cuidados obstétricos intervencionistas donde la tecnología y los procedimientos son realizados de manera fría, y en ocasiones, marca negativamente a la madre para experiencias futuras. (1)

Conocido es que una de las prioridades de la Obstetricia, es mantener adecuadamente el Bienestar Materno-Fetal, pero en pacientes que desconocen el proceso fisiológico del trabajo de parto, el Parto y como consecuencia de esto se presentan las contracciones uterinas que ocasionan el dolor, el que se muestra durante el mismo y al no tener ninguna preparación en Psicoprofilaxis obstétrica, no contribuye en mantener y alcanzar este objetivo.

De ahí que se reconoce los beneficios de la psico-profilaxis obstétrica (Orfa, 2021), tanto maternos como perinatales en: una disminución duración fase dilatación y la fase expulsiva, poco grado de ansiedad, mínimo uso de analgésicos, tasas de cesárea menores; y en el Recién Nacido: disminución

sufrimiento fetal, inicio precoz del apego materno, mejora la puntuación al minuto y cinco minutos del Apgar. (2)

La Psico-profilaxis obstétrica, como herramienta valiosa para los obstetras, se aboca en una preparación educativa completa brindando información adecuada y real, la que lleva como finalidad eliminar o anular las experiencias erradas o ideas negativas de lo que ocurre alrededor del parto preparándola para que adquiera actitudes emocionales y comportamientos positivos; venciendo el temor el mismo que ocasiona tensión y este origina el dolor. Se ve favorecida con ejercicios físicos, que no demanda mayor gasto energético, técnicas respiratorias y de relajación, que no tiene otra finalidad que la de crear Reflejos Condicionados Auténticos que la embarazada realizara durante el proceso de dilatación y expulsión del producto, logrando con esto un mejor desempeño y colaboración efectiva en la evolución del trabajo de parto menor tiempo del expulsivo y en el nacimiento del nuevo ser. (3)

1.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Al nacer un nuevo ser, trae importantes y diferentes cambios en la vida del entorno familiar, la pareja y la puérpera. Esto va a suponer un reto que puede producir muchos sentimientos encontrados: positivos o negativos y estados emocionales que varían con las experiencias ya vividas, no solo en sus capacidades y sus habilidades para que pueda enfrentar esta nueva situación.

Cuadros G. y Col. (Mendoza, Argentina, 2015), en su estudio de “psicoprofilaxis para un parto sin temor” entrevistado a 60 puérperas inmediatas de parto eutócico, concluye que 56,6% de pactes que no realizaron el programa de PPO, presentaron temor durante el parto. (4)

Se ha comprobado, que, en la mayoría de gestantes, en especial las primerizas, sus gestaciones y el nacimiento de un RN, forman muchas dudas, miedos, incertidumbres e inseguridad, las que deben de mejorarse, para orientar el bienestar del entorno del recién nacido, la madre y de la familia.

La elaboración del presente trabajo académico tiene como finalidad abordar el dolor que se sucede en el Trabajo de Parto, como una problemática que afecta a la gran mayoría de las gestantes, en esta etapa crucial de su vida, a través de un abordaje oportuno en las atenciones prenatales con la orientación en PPO y luego de manera circunstancial usando Psicoprofilaxis de Emergencia (PPO EMG) cuando la paciente se encuentre en la labor del parto, en cualquiera de sus fases, se debe de tratar de minimizar y erradicar conductas y actitudes negativas, como: incertidumbre, inseguridad, ansiedad, stress, tensión, el miedo y porque no en minimizar la sensación de dolor que se presenta con cada contracción uterina, olvidándose de respirar adecuadamente y relajarse cuando se presenta la dinámica uterina, haciendo que el intercambio gaseoso entre los músculos miometriales del útero y la placenta disminuya, por lo que la cantidad del aporte sanguíneo rico en oxígeno hacía el producto de la concepción, no sea el adecuado, incrementando el riesgo de morbi-mortalidad materno – perinatal. De esta manera se conseguirá con la PPO EMG, que se pueda evitar o minimizar la ansiedad y el temor aumentando, así la participación y la colaboración de la paciente será más activa tomando un rol preponderante durante la dilatación cervical, el expulsivo y el post parto o puerperio; fortaleciendo ese vínculo auténtico, real y experimentando una sensación agradable que redundara en el Recién Nacido y en ella misma.

Rubio F. (Lima, Perú, 2018) en el trabajo académico que realizó, menciona que la psico-profilaxis de emergencia brindada a paciente, influye positivamente en su actitud frente al trabajo de parto. (5)

Rosales C. (Ambato, Ecuador, 2017) en su trabajo de investigación encontró que, la PPO facilitó el parto normal en un 73%, frente a 27% de cesáreas; así mismo detalla que la disminución de la duración del trabajo de parto (en por lo menos 4 a 2 horas) está presente en un 56% de las gestantes, en una muestra de 70 partos evaluadas. (6)

Entonces, con esta actividad educativa de la PPO EMG, el que se da o deba darse desde el primer contacto que se tenga con las pacientes, desde el momento del ingreso por el servicio de emergencia hasta que llega a Sala de Partos, pasando por su estancia en hospitalización y los tres periodos del Trabajo de Parto; no significa que con esta actividad que realiza el personal de salud calificado en estas prácticas de PPO, se ejerza coacción o control sobre la paciente gestante.

García K. y col. (Huánuco, Perú, 2021), en su tesis, según la prueba de hipótesis con un valor de $p \leq 0,000$, concluyeron que la psicoprofilaxis de emergencia en el trabajo de parto de las primigestas, es efectiva. (7)

El caso que presentamos nos hace ver cuán importante es que una mujer embarazada que se encuentra en Trabajo de Parto y que no haya recibido una adecuada orientación en educación en Psicoprofilaxis Obstétrica desde el control prenatal, se le debe brindar la sesión de psico-profilaxis de emergencia (PPO EMG), para así lograr ese objetivo común que todos buscamos: mejorar el bienestar materno – fetal y lógicamente el de su entorno familiar.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES

2.1.1.1 ANTECEDENTES INTER-NACIONALES:

Teniendo en consideración las referencias bibliográficas de los trabajos de investigación previos revisados y que tienen correlación con el tema propuesto, hemos encontrado las siguientes experiencias:

García A. (Barcelona, 2019) La Psicoprofilaxis y Educación Materna. Historia de la Preparación al Parto en España.

Resumen: Aquí, la investigadora realiza una revisión de documentos de archivo de publicaciones médicas científicas y otros, desde una perspectiva de historia del dolor del parto, reconociendo como fueron los orígenes y la evolución de esta práctica en la segunda mitad del siglo XX, de la preparación para el parto en España.

Preguntándose sobre por las consecuencias de razonamientos sobre el control del embarazo y la atención del parto por los profesionales y las instituciones de salud, relacionándolos con las ideas genéricas sobre la preparación al parto y la naturaleza femenina: médicas, morales o psicoanalíticas.

Conclusión: Demostró que el parto en las mujeres, conforman una confluencia: de valores, expectativas culturales, normas, preocupaciones políticas, relaciones sociales y la ciencia; y no sólo un proceso fisiológico.

Así mismo, pone énfasis en la fundamentación teórica o de la propia educación prenatal y de los aspectos controvertidos de la obstetricia contemporánea, ya que al momento de asignar nuevos roles entre el personal de salud ocasiona las disputas por controlar la voluntad de las pacientes, su conciencia, el raciocinio y su sensibilidad. (3)

Rosales C. (Ambato, Ecuador 2017) La Efectividad de la Psicoprofilaxis Durante el Embarazo.

Resumen: Es un estudio de carácter descriptivo-observacional, donde busca corroborar mediante escalas de valoración, encuestas y la observación directa de la efectividad del método de PPO.

El estudio estaba integrado 30 pacientes a las que se tomó una encuesta de seguimiento postparto. Y por diecisiete gestantes que realizaron sesiones de psicoprofilaxis del parto.

Resultados: Se señaló que este proceso afecto en forma favorable en más del 50 % de las pacientes, tanto en el momento del parto eutócico, así como la reducción del tiempo de TdP y la disminución dolor en el parto, una mejoría

en la incontinencia urinaria y del suelo pélvico y, por lo tanto concluyo que, si es efectiva la psicoprofilaxis del Parto, así como la PPO de emergencia.

Conclusiones: El autor concluye:

- La psicoprofilaxis ha demostrado ser beneficiosa en el proceso gestacional y efectiva facilitando el parto normal en un 73% frente a las cesáreas, que poseen un 27%.
- La psicoprofilaxis mejora la experiencia del parto en un 83%, manifestó una actitud positiva, influenciando una mejor reacción física corporal en este proceso y brinda a la madre un menor grado de ansiedad.
- Se destacan los beneficios que proporciona este método: en teoría el TdP puede durar entre las 10 a 15 horas; gracias a la práctica de la Psicoprofilaxis en el embarazo y de emergencia, se ha disminuido el tiempo del parto de 4 a 6 horas, con un 56%. (6)

Tello S. (Guayaquil, Ecuador, 2016) La Psicoprofilaxis Obstétrica durante el Parto en el Centro De Salud de Rio Verde Esmeraldas. Un Protocolo de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia.

Extracto: El siguiente estudio de investigación tuvo por objeto, analizar el impacto en las mujeres gestantes que asistieron al Centro de Salud Rio Verde, a las que se les brindó la PPOEMG en el momento del parto eutócico, en relación a su participación efectiva en el proceso del parto y la percepción del dolor durante el mismo. Esta investigación utilizó una metodología cualitativa, de tipo comparativo – observacional, basándose en el estudio de casos y la población lo conforman 32 mujeres aplicándoles una encuesta estructurada, las que se encuentran en periodo puerperio inmediato (24

horas): y 18 pacientes no recibieron PPO, por acudir en una etapa adelantada del parto.

Concluyó:

- Que la PPO EMG, representa una alternativa durante su embarazo, para aquellas gestantes que no tuvieron la oportunidad de recibir una educación en Psicoprofilaxis obstétrica y que además sirve como herramienta de prevención obstétrica en la disminución de la morbi-mortalidad de la madre y los RNs.
- De la misma razón, un apoyo fundamental para la parturienta, es la participación activa de su pareja en el momento la práctica de la educación profiláctica, la que se tiene que fortalecer, ya que es el apoyo psicológico y ayuda en las técnicas de respiración y relajación. (9)

Cuadros G, Gelves V, Mendoza C. (Mendoza, Argentina, 2016).

Psicoprofilaxis para un Parto sin Temor.

Resumen: Los autores en el siguiente estudio, realizaron observaciones del programa “Psicoprofilaxis Para un Parto sin Temor”, en donde se investigó la efectividad de este programa, realizándose en un Centro de Salud de Cuyo Mendoza. Dicho estudio es de tipo cualitativo y cuantitativo, retrospectivo, transversal y descriptivo, dichos datos fueron obtenidos por medio de encuestas personales y anónimas a púerperas inmediatas, teniendo como muestra a 60 pacientes.

Conclusión: Este estudio concluyó que: 1) El 83% de las participantes tuvo un nivel de ansiedad moderada, y las que no tuvieron PPO 96%. 2) El 73.4%

de las pacientes mostraron una reducción del temor ante el parto, 56,6% tuvieron temor.

Entonces, el programa Educación en PPO, desempeña un papel importante con los fines en cuanto a la preparación de la embarazada. (4)

2.1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Existe poca investigación actualizada sobre el tema, pero se logra recabar la siguiente información:

García K, Núñez K, Vera M. (Huánuco, Perú, 2021) Psicoprofilaxis de Emergencia en Primigesta de Trabajo de Parto. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco. Julio a diciembre, 2019.

Síntesis: Los investigadores se plantaron determinar en las pacientes primigesta en el trabajo de parto que acudieron al Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, la efectividad de la Psicoprofilaxis de emergencia.

El diseño es de tipo prospectivo, cuasi - experimental, longitudinal.

La muestra, está compuesta por 60 pacientes: 30 de ellas pertenecieron al grupo control y 30 al grupo de estudio, las que fueron seleccionadas de acuerdo a criterios de exclusión e inclusión.

El instrumento fue una ficha de chequeo y la técnica empleada fue la observación no participante.

Resultados:

Hubo una duración adecuada en ambos periodos de la labor de parto: dilatación y alumbramiento, en el 100% de gestantes del grupo de estudio; el 53,3 % del grupo control, presentaron una duración inadecuada.

Respecto a la relajación y respiración en las primigestas en trabajo de parto con y sin PPO EMG: El 43,3% durante el periodo expulsivo, realizaron adecuadamente una respiración lenta y profunda; y el 48,3% efectuaron siempre respiración jadeante en el alumbramiento.

Conclusiones: De acuerdo a la comprobación de la prueba de hipótesis, con un valor de $p \leq 0,000$ se concluye que, la PPO EMG en el trabajo de parto de las primigestas, es efectiva. (7)

Orfa A. (Lima, Perú, 2021). Efectividad de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la Disminución de Riesgos Maternos y Perinatales.

Resumen: La autora realiza una exploración y descripción de la evidencia científica disponible a nivel internacional y local, sobre el efecto en lograr disminuir los riesgos maternos y perinatales durante el trabajo de parto y la Psicoprofilaxis Obstétrica

Consistió en la exploración de distintos títulos científicos en la base de datos indexadas como: EBSCO, Scient Direct, Scielo, PLoS One, PubMed, etc. Quedando conformada la muestra por 31 artículos de investigación, entre los periodos del 2010 al 2020.

Concluye: Que la totalidad de estudios que se revisaron, el 100 % de ellos mostraron evidencia que la Psicoprofilaxis Obstétrica, da beneficios favorables en el TdP, redundando en la salud de la madre y el niño. (2)

Díaz F. (Cajamarca, Perú, 2019) Efectividad del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en Primigestas atendidas en el Centro de Salud de Fila Alta – Jaén – 2012.

Síntesis: La autora se propuso comprobar cuan efectivo es el programa de psicoprofilaxis en obstetricia, en pacientes primigestas que acudieron al Centro de Salud de Fila Alta - Jaén – año 2012.

Este estudio concierne a una investigación, tipo cuasi-experimental y longitudinal, con 10 gestantes de muestra atendidas durante su Atención Prenatal.

Como instrumentos se utilizaron: Ficha de recolección de datos, cuestionario, lista de cotejo e historias clínicas, y las técnicas empleadas: observación y análisis documental, encuesta, entrevista.

Se concluyó, que:

El programa de Psicoprofilaxis obstétrica, durante la evolución del embarazo, parto, puerperio: resultó ser muy efectivo; redundando en la salud del neonato de las primigestas que acudieron al C.S. de Fila Alta.

Corroborando la hipótesis sostenida, la que señala que el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, es efectiva. (8)

Rubio F Ma. (Lima, Perú 2018) Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en Trabajo de Parto de Primigesta sin Control Prenatal en el Hospital Cayetano Heredia.

Resumen: El caso revisado es el resultado de una aplicación de sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, en una embarazada que no tuvo preparación de PPO y sin control del embarazo, siendo fundamental su cuidado para terminar el parto; obteniendo buenos resultados durante la labor de parto, el parto y en el post-parto en la madre y su bebé,.

Concluye: que la intervención oportuna en el cambio del comportamiento y actitud de la gestante, hará que este proceso se convierta en una práctica positiva, agradable y saludable; por parte de la obstetra en la preparación de la PPO de EMG; contribuyendo así a la disminución de las complicaciones por una mala técnica respiratoria y de relajación. (5)

Tafur M. (Lima, Perú 2015) Influencia de la PPO de Emergencia en la actitud frente al Trabajo de Parto de las Primigesta Atendidas en el Instituto Materno Perinatal de marzo a mayo del 2015.

Sinopsis: La autora trata de determinar la influencia que ejerce la Psicoprofilaxis de emergencia en las acciones de las primigestas frente al trabajo de parto, de las pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante meses de marzo a mayo del año 2015.

Métodos: Es un estudio cuasi-experimental, prospectivo, de corte transversal, en el que se toma como muestra a 60 gestantes en trabajo de parto que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, que fueron divididas en dos grupos: un grupo de 30 gestantes a quienes se le aplicó la guía de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia y un segundo grupo de control al que no se le aplicó la guía (30 pactes).

Resultados: Las actitudes de las gestantes que recibieron PPO EMG frente a las que no lo hicieron fue estadísticamente significativas durante el periodo de dilatación, $p < 0.001$; el periodo expulsivo, $p < \text{más } 0.001$ y periodo de alumbramiento, $p < 0.001$.

Las gestantes primigestas que recibieron la sesión educativa EMG, tuvieron una actitud positiva del trabajo de parto en un 56.6 %.

Concluye: La sesión Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, influye significativamente en la actitud positiva de las primigestas, frente a la labor de parto ($p < 0.001$) en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante meses de marzo a mayo del 2015. (10)

2.1.1.3 ANTECEDENTES DE LA LOCALIDAD

Al realizar la revisión de estudios sobre el tema planteado, en nuestra localidad, no se encontró trabajos académicos o de investigación alguna, por lo que nos interesamos en realizar dicha propuesta investigativa.

MARCO TEÓRICO: PSICOPROFILAXIS DE EMERGENCIA (PPO EMEG)

1. HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA PSICOPROFILAXIS

Es inevitable remontarse a los anales de la historia de la PPO, la que nos permite evaluar los cambios que se han producido en el cuidado materno, con el tiempo transcurrido.

Desde inicios de la humanidad y durante un buen tiempo, el embarazo era un enigma y el proceso de tener un hijo ha representado en la mujer un proceso duro, laborioso y doloroso y por tanto, estaba lleno de desconciertos y sorpresas, que no siempre gozaban de un final feliz, y pobremente se tomaban medidas que ayudaran a tener un parto sin complicaciones. (11)

Entonces, la práctica del parto fue vivida por las madres como algo negativo y perjudicial: sufrimiento, dolor, angustia y el riesgo de muerte; hizo que el temor al nacimiento aumente y esté presente esta experiencia negativa, en casi todas las culturas. (11)

A pesar de esto, las parteras han ido empleando remedios milagrosos, mágicos, matizados con un halo de supersticiones, seguidos de infusiones, tisanas y brebajes, con el único fin de disminuir en lo posible las molestias del parto.

Entonces, el objetivo era reducir el dolor y para eso tuvieron que enfrentarlo directamente a través de la preparación física con técnicas de respiración, relajación, algunos ejercicios de gimnasia, etc., así mismo el uso de la información y, en un período en la que la analgesia epidural, no se utilizaba en la obstetricia, por lo que a estas acciones educativas y/o actividades, se les llegó a designar como “Cursos Para el Parto Sin Dolor”. (11)

Y además, esto añadido al conformismo cristiano de “parirás con dolor”, haciendo una alusión histórica de una mandato divino, en donde el parto era considerado como algo impuro y había que purgarlo... con, dolor o sufrimiento! (12)

En el siglo V a.C. Hipócrates, adiestraba en ciertos aspectos de la atención de los partos, a las matronas. Los sacerdotes egipcios, allá en el siglo III a.C., aleccionaban a las parturientas, para clamar a sus dioses, el nacimiento de un nuevo ser. El Tribunal de la Santa Inquisición, en la Edad Media, a través de los mandamientos de los escritos bíblicos, intervino en la actitud hacia el proceso de reproducción. Entre los aztecas de la América precolombina, a la joven embarazada, se le ofrecían baños con rituales, hierbas y pastos aromáticos y ceremonias, así como relajación y algunas sesiones de ejercicio.

En Europa durante el Renacimiento, se considera al nacimiento como un evento más abierto y no ensombrecido, lleno de mitos. Ya para el siglo XIX, la iglesia católica, se opuso duramente al uso de la analgesia farmacológica durante el parto. Fue Simpson, James. Obstetra de Edimburgo, quien en 1847, introduce el Éter,

como anestésico. Se administró cloroformo en el nacimiento del príncipe Leopoldo, en 1853, por John Snow, a la Reina Victoria, con lo que se alejó la “huella” relacionada con el atenuante del dolor en el momento del parto.

En 1880 en Rusia, con un éxito parcial sobre el parto sin dolor se realizaron los primeros experimentos mediante hipnosis, en mujeres histéricas y dormidas, diez años después, en mujeres normales se realizaron ensayos con muy buenos efectos. El fisiólogo ruso Iván Pavlov en 1902, consagró la base científica de la hipnosis, al trabajar con la teoría de los reflejos condicionados. Los obstetras rusos Platonov y Velvosky, en 1920 aplicaron el hipnotismo y la sugestión a la técnica del parto sin dolor. El obstetra inglés Grantley Dick Read, en 1940 y 1950, abordó las teorías de un “parto sin temor. Ya era conocido en otros países, el sistema soviético de Psicoprofilaxis, para 1951.

En América Latina a inicios de los años 50, se comenzó a difundir la Psicoprofilaxis por el argentino Ricardo Gavensky, publicando el libro “Parto sin Temor y Parto sin Dolor”, en 1955. Posteriormente en 1957, este método fue introducido a México por Stoopen y Stefanovich, y se forman instructoras en Psicoprofilaxis Perinatal y se practicó por primera vez en 1959; en la revista de Ginecología y Obstetricia de Colombia en 1962, se presentó un artículo sobre PPO por Juan José Baéz. (13)

No obstante estas doctrinas, originaron un gran cambio que amplió el abanico de direcciones posibles, marcando tanto a los profesionales de la salud y a las embarazadas, como alternativas de tratamiento que implicaban la disminución del dolor y empezaron a competir con las visiones culturales dominantes del parto “obligatoriamente doloroso”.

Entonces, es fundamental la Preparación Integral para la Maternidad y el parto, que no sólo es un conjunto de prácticas o actividades que acompañen, guíen, apoyen a esa mujer, en un período especial de su vida, colaborando en su adaptación al nuevo estado grávido; si no también, de estrategias reunidas y análogas en la que intervengan la experiencia de cada uno de los componentes del equipo de salud, a fin de transmitir a la comunidad los conocimientos necesarios para ejercer una paternidad segura y responsable. (14)

Fue el prestigioso médico perinatologo Roberto Caldeyro Barcia, quien demostró y difundió desde los años de 1970, las gracias y bondades perinatales y maternas que ofrece la PPO, así como para el conjunto de trabajadores de la salud. Fue el pionero de la humanización de la atención obstétrica, Director del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) del Uruguay,

El progreso y perfeccionamiento de la psico-profilaxis obstétrica (PPO) en nuestro país Perú, se venía dando de forma muy remota y esporádica, casi tímidamente y se inicia formalmente en 1995, en donde se da por primera vez mediante una Norma Técnica-Administrativa, la educación psico-profiláctica para la gestante, en donde se da al obstetra esa responsabilidad. En 1996, se realiza en Lima el Primer Congreso Internacional de PPO. En el año 1998 ASPPO (Asociación de Psicoprofilaxis Obstétrica), publica el primer manual de psico-profilaxis obstétrica. 2006 EsSalud, publica su Guía de estimulación Prenatal.

Con el tiempo se ha reconociendo la importancia y los beneficios de la psico-profilaxis obstétrica marcando de esta manera en el país, una nueva etapa para la salud de las madres y Recién Nacidos. De la misma forma se han ido desarrollando muchas acciones institucionales, las que han permitido el incremento de

establecimientos de salud que han incorporado como parte de la atención integral dirigidas a la gestante, la Psicoprofilaxis Obstétrica. (15)

2. CONCEPTOS SOBRE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (PPO)

Profilaxis tiene su origen en el latín: *“praevenire”*, cuyo significado es “adelantarse”, y del griego: *“prophylátto”*, que representa “yo tomo las precauciones”. Entonces, Psicoprofilaxis viene a significar: “adelantarse mentalmente a lo que va a ocurrir o prevenir”. (16)

Esta expresión se refiere a toda actividad educativa, que hay que brindar durante el embarazo, parto y/o puerperio, preparando en su desarrollo físico, integral, teórico, y psicoafectiva, para alcanzar una labor obstétrica de trabajo de parto en los más altos entornos positivo y saludables para la madre y su RN, creando una práctica armoniosa, satisfactoria y feliz; fortificando el rol pro - activo y la participación de la pareja, la familia y el padre.

La Psicoprofilaxis debe practicarse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética; así mismo contribuye a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal - perinatal, disminuyendo las complicaciones obstétricas y neonatales y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación de la paciente con sentido positivo. (17)

De acuerdo a Norma Técnica de PPO del MINSA (2016), la que define como el paso educativo/formativo en la preparación completa e integral de la gestante, la cual le permitirá desenvolver comportamientos y una actitud verdaderamente positiva y hábitos saludables, haciendo de este proceso una experiencia saludable y feliz, para la madre, el nuevo nacido y el ambiente de los familiares; frente a su

gestación y todo el proceso del parto y puerperio, el producto de la concepción y su recién nacido.

Se sabe que la PPO, al educar psicológicamente y físicamente a la parturienta, ayuda en gran medida a la disminución de las complicaciones obstétricas antes y después del embarazo, y al optimizar la oxigenación de la madre y en el producto y al disminuir el período del trabajo de Parto. (18)

3. LOS OBJETIVOS DE LA PSICOPROFILAXIS

La PPO, tiene los siguientes fines:

- Preparar físicamente, social, y psicológicamente mediante actividades educativas, que permitan conseguir en ella las preparaciones y actitudes básicas apropiadas, para una participación eficaz con tranquilidad y seguridad durante el periodo gestacional y post parto y lactancia.
- De acuerdo con los factores de riesgo identificados, se debe preparar las sesiones de entrenamiento obstétrico. (18)
- Suministrar educación sobre hábitos y estilos saludables para la gestante.
- Mejorando la comunicación de los familiares/padres, ayudara a realzar la importancia de la familia, como soporte de una mejor relación familiar.
- Promover en la familia, la pareja y la gestante, una actitud positiva frente a la gestación. Fomentando la participación protagónica y consciente en las parejas, en el proceso social, psíquico y orgánico.
- Procurar los instrumentos precisos a la embarazada para que pueda encausar el dolor y estrés materno, mediante las técnicas de relajación, visualización y respiración. (19)

4. BENEFICIOS O AYUDAS DE LA PSICOPROFILAXIS

Informar sobre los favores y gracias de la PPO a las futuras madres y padres, es darles conscientemente los mejores contextos para su evolución como persona, y que es de vital importancia, al tener en cuenta los beneficios, tanto personales como sociales.

Las contribuciones y alcances que se derivan desde diferentes lugares de la investigación de la PPO, son fundamentales para comprender los beneficios de la educación prenatal. (20)

Son muchas las instituciones inclusive la OMS, que recomiendan la PPO, por los efectos beneficiosos y positivos, los que se mencionan a continuación:

a. Promoción del parto natural o fisiológico

Es importante que las gestantes sean conscientes de todo lo relacionado con su gestación y beneficio del parto natural, informándola adecuadamente y de esta forma será consciente de tomar una mejor decisión para la salud de su hijo y de ella misma, y al conversar con los profesionales de la salud y tomar como opción el parto por vías naturales, podrá ejecutar su empoderamiento materno.

El nacimiento a través de un parto natural utilizando la psicoprofilaxis, el RN se verá favorecido con un mayor aporte de oxígeno, el que tomará con la primitiva respiración; en cada contracción uterinas durante el parto lo estimulan, de tal forma que en el momento del nacimiento puede respirar mejor. La gestante que ha pasado por una experiencia agradable de un parto natural, expresa a entablar un vínculo más estrecho con el RN,

preparándose de mejor manera para el transcurso de la lactancia, la cual le va a predisponer a un estado emocional más óptimo. (21)

En estos partos, donde transcurre en un tiempo de convivencia de la parturienta con su pareja desde el inicio de la gestación, así como el apoyo que éste le ofrezca; les va a permitir desarrollar y favorecer con cada paso de pareja conyugal a pareja parental, la formación y el apego del vínculo madre - padre - hijo.

b. Integración/participación de la familia y pareja al proceso del trabajo de parto

Impulsa activamente la intervención positiva de la pareja durante todo el acontecimiento obstétrico (embarazo, parto - puerperio), para evitar las situaciones no positiva que pueden obstaculizar el proceso normal, favoreciendo al manejo adecuado del rechazo a temores, sufrimientos o las molestias, que se exteriorizan durante el trabajo de parto y la etapa de la gravidez; entonces, todas las actividades educativas, los procesos y los criterios que conforman las sesiones de Psicoprofilaxis que se brindan a la pareja y gestante, deben de proyectarse en un buen entorno de promoción y prevención de formas y condiciones de vida saludable para el entorno de la comunidad y la familia. (21)

c. Empoderamiento de la gestante y la mujer

El otorgar poder o fortalecer a la mujer, le da una buena base sólida para tener una maternidad feliz y saludable.

La gestante al responsabilizarse del autocuidado de su salud, buscará su bienestar y podrá tomar las decisiones adecuadas sobre ella; y para esto,

va a tener que utilizar toda su capacidad de reflexión, razonamiento y de libertad. Así mismo, debe de estar enterada e informada, ver las diferentes opciones y compartir sus decisiones, para lograr un parto natural, siempre que no existan contraindicación alguna para el parto por vía vaginal.

El beneficio de devolver el papel protagónico a la madre y la compañía de los familiares y de la pareja misma, va a mejorar los estilos saludables de vida y el respeto a sus patrones culturales y sus derechos; propiciando un ambiente adecuado para el futuro recién nacido desde el inicio del embarazo. (21)

d. Descenso de la mortalidad - morbilidad materna y perinatal

A través de la psicoprofilaxis como un medio preventivo y al fortalecer la atención integral de la mujer desde las etapas iniciales de la concepción hasta el período del postparto, mediante la educación a la gestante y sus familiares, traducándose en una estrategia que contribuye con la reducción de las cesáreas y de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, por lo que se logra que se incremente la cobertura de atención a las gestantes, convirtiéndose de esta manera en un eje de la Prevención Materna - perinatal (21)

5. VENTAJAS DE LA EDUCACIÓN EN PSICOPROFILAXIS

OBSTÉTRICA

a. Ventajas de PPO para la mamá gestante:

- Disminuye el nivel de angustia, permitiéndoles adquirir y tomar una conducta firme.

- A través del uso adecuado de las técnicas de relajación, respiración y masajes mejora la respuesta al momento de la dinámica uterina.
- Ingresa a los centros de hospitalización y/o Centros Obstétricos, en el franco o verdadero trabajo de parto, con una avanzada dilatación (> 4 cm).
- Menor tiempo del Periodo de dilatación.
- La fase expulsiva, disminuye y por ende una menor duración del Trabajo de parto, en relación al promedio.
- Evitar evaluaciones (tacto vaginal) repetidas e innecesarias antes de la hospitalización.
- Trabajo de Parto y esfuerzo materno más eficaces, sin pérdida del objetivo y significado del parto.
- Menor uso de drogas farmacológicas y uso de analgésicos, en general.
- Disminuye el peligro de presentar complicaciones obstétricas.
- Sentirá menor dolor o malestar en el momento del Trabajo de Parto, bajo la premisa de que aplique su esfuerzo físico, el equilibrio mental y su capacidad de controlar estas situaciones.
- Menor posibilidad de cesáreas.
- Recuperación del postparto más cómoda y rápida.
 - El riesgo de depresión postparto, disminuye.

b. Ventajas de la PPO en el Recién nacido:

- Mejora el vínculo afectivo-emocional prenatal.
- La gráfica de evolución intra-uterino, mejora.
- Probabilidad de sufrimiento fetal, tiene un menor índice.
- Mínimo riesgo de parto prematuro/inmaduro.

- Menores complicaciones perinatales.
- Mejor peso al nacimiento.
- Mejora la vitalidad fetal (APGAR).
- Mejor desarrollo y crecimiento.
- Éxito mayor con la lactancia materna. (22)

c. Ventajas para el equipo de salud:

- Promueve la colaboración de múltiples profesionales en la perspectiva completa de atención materna.
- Produce la intervención de las gestantes en la prevención y promoción de su correcta salud.
- Afronta mejor las situaciones de riesgo generadas por el embarazo, al aumentar los niveles de prevención.
- Estimular en los grupos de mayor riesgo, la participación activa y en la promoción de la salud.
- Fortalecer el desarrollo normal de la gestación, mediante la satisfacción de las necesidades de Salud. (14)
- Ahorro de recursos materiales, humano y mejor distribución del trabajo
- Fomentar parto institucional, en condiciones seguras, por medio de información oportuna. (22)

6. FUNDAMENTO DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

La Psicoprofilaxis obstétrica se basa en tres pilares fundamentales:

a. Fundamento físico:

- Para responder con el mínimo esfuerzo que se necesita en el transcurso del Trabajo de Parto, el cuerpo requiere de un adecuado entrenamiento, y se puede realizar con una gimnasia obstétrica pre-natal adecuada. (23)

b. Fundamento cognoscitivo:

- Estará al tanto de cómo se desarrolla su hijo, permitiéndole darle el mejor de los cuidados, una estimulación y atención más adecuada, uniendo en esta etapa o transcurso a la pareja y/o ambiente familiar.
- Los conocimientos básicos sobre fisiología del embarazo, parto y puerperio y la anatomía humana que se brinda; le permitirán aceptarlos y detectar los riesgos para proceder de manera oportuna, teniendo una mejor cuenta de los cambios que ocurren en su organismo durante estas etapas. (23)

c. Fundamento Sicológico:

- Comprenderá también que los cambios de emociones y los estados de ánimo y su sentimiento, como algo natural durante el embarazo
- Con una provechosa motivación y orientación positiva, ayudará a la gestante a considerarse más contenta, tranquila y segura de sí misma, durante este período, dominando las ideas negativas preconcebidas y temores, que además se vinculan mucho con la tensión y el miedo al dolor, permitiéndole disfrutar al máximo su gestación. (23)

7. LAS BASES CIENTÍFICAS DE LA PSICOPROFILAXIS EN OBSTÉTRICA

Las modificaciones durante el embarazo, la fisio-patología del dolor en la labor de parto y el desarrollo normal del proceso de parto, ha hecho que múltiples autores investiguen sobre los orígenes y las fuentes de este referido dolor y como evitarlas, viéndose y estudiando distintas maneras de aliviar el dolor.

a. Anestesia en el momento del parto:

A través del uso de fármacos, en el momento del parto se usan para bloquear la sensación táctil y dolorosa, provocando un "parto sin dolor".

Algunas veces estos fármacos en la madre como el recién nacido, pueden ocasionar efectos secundarios, a pesar que la gestante sea vigilada. (18)

b. Métodos hipno-sugestivos en el parto:

Esta técnica es personalizada, a través de la analgesia obstétrica, mediante el método hipnótico se pretende "moderar el dolor del parto", al despertar de la hipnosis, no recuerdan nada de lo ocurrido, con esto la paciente pierde la oportunidad de relación psicoafectiva entre ella y el recién nacido. Este método no permite que la gestante colabore con el periodo expulsivo. (18)

c. Uso de fármacos Analgésicos en el parto:

La utilización de drogas y/o sustancias químicas, son manejadas con la finalidad de abolir o disminuir el dolor en el proceso del nacimiento. Cada una de ellas presenta efectos reacciones adversas y contraindicaciones, las que logran afectar al feto y a la madre gestante, haciendo que en el centro respiratorio del feto se produzca una depresión. (18)

8. PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA: BASES DOCTRINARIAS

En las diferentes formas a través de las que se ofrece La PPO y en los diferentes escenarios, se vienen manteniendo la naturaleza clásica de las escuelas tradicionales y habituales.

Cada una de estas bases aportó los fundamentos en los que se sustentaron sus métodos elegidos y sus investigaciones:

a. Escuela Inglesa, constituida: Dick Read, Grantham: "*Parto sin Temor*".

Describe el Síndrome: Temor – Tensión - Dolor.

*Principio: < **El principal agente que ocasiona el dolor en un parto natural, es el Temor** >

Esta escuela considera que la preparación de la embarazada, se debe centrar en 4 pilares: Educación – Gimnasia – Relajación - Respiración

b. Escuela Rusa, representada: Nicolaiev, Velvovsky y Platanov: "*Parto sin Dolor*".

Establece que el dolor es un reflejo establecido y que el mismo puede descondicionarse en el momento del parto.

*Fundamento: < **El parto es un transcurso fisiológico y normal, en donde el dolor no es congénito y puede disminuir si la paciente participa más activamente** >

Durante las atenciones pre-natales, en la que se trata de cambiar la actitud de la gestante frente al parto: despejando temores y fortalecer el reflejo condicionado, parto = contracción uterina. (18)

c. Escuela Francesa: Fernand Lamaze: "*Parto indoloro*".

Estudió las teorías de Nicolaiev y Platonov y de Read, Velvovsky, propuso el método de parto indoloro, al concluir que estas escuelas no eran incompatibles, pero no realizó ninguna contribución doctrinaria. (16)

*Fundamento: < **Una base de la educación neuro – muscular por la PPO, para un parto indoloro** >

Sus teorías es casi parecidas o las mismas que la Escuela Rusa, una metodología única para la preparación de la embarazada en el parto natural, adicionando la participación activa de la pareja y/o el padre.

d. Escuela Ecléctica, por Ricardo Gavensky y Frederick Laboyer: “Parto sin dolor – parto no violento”

Reivindica los entrenamientos previos y el instinto natural de la mujer para desarrollar su parto argumentando que cada parturienta debía explorar en sus saberes internos propios, los que le servirán para el inicio del pasaje del parto humanizado y proporcionar ayuda al nacimiento y erradicar y suprimir la violencia del nacimiento del RN.

*Principio: < **Colabora con el momento del parto favoreciendo el encuentro de padre – hijo - madre. Un parto sin dolor, un parto sin violencia** >

Se debe capacitar y mejorar la organización y al trabajador de salud que atiende el parto y reforzar con una buena y adecuada educación en PPO, que se utiliza con la paciente gestante que asistente a los cursos. (16), (18)

9. EJES DE UNA MATERNIDAD CENTRADA Y SEGURA EN LA FAMILIA

Se sitúa a la madre, el entorno familiar y recién nacido, como los actores que fortalecidos con muchos y mejores conocimientos y habilidades sobre los

derechos que tienen en este período y pueden ejercerlos con la compañía y ayuda del conjunto de trabajadores de salud; al pasar por esta experiencia del embarazo, del parto y el nacimiento, ellos son los verdaderos protagonistas. (24)

Podemos decir, que una maternidad se estabiliza como segura y ajustada en la familia; cuando los trabajadores de salud y las instituciones unidas en conjunto, sustentan la continuidad de las atenciones, desde el primer contacto de la embarazada hasta el seguimiento después del parto, estos son ejes conceptuales donde se busca ayudar a mejorar la calidad de cuidado y disminuir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal, promoviendo una atención que se centre en los derechos de la madre y el niño, en los siguientes ejes:

a. Cultura organizacional centrada en la seguridad y la familia:

Los cuidados de las instituciones de salud que se centran en brindar una atención materna segura y que involucra a la familia; deben de contar con el compromiso de las jefaturas de servicio y el equipo de salud para lograrlo; y debe de ser una de sus mayores prioridades, buscar complementar la ayuda humanizada con los adelantos científicos. (24)

b. Salvaguarda de los derechos del recién nacido de la madre y el padre:

Promueve el respeto por las preferencias, los valores de las pacientes y las prácticas en la atención al parto; se esfuerza por garantizar una confianza y el derecho a nacer en un entorno sano y seguro y lograr que las relaciones entre las familias y las unidades de salud estén coordinadas, sean cálidas, que mejoren, sean respetuosas y efectivas. Garantizando y protegiendo los Derechos de los padres y de su recién nacido (RN). (24)

c. Fomenta la colaboración y la participación de la comunidad, la familia y padres en el cuidado de la madre y la protección de su hija o hijo durante el embarazo, el parto y el postparto:

Ayudará a desarrollar el empoderamiento de la familia y la gestante en la atención al RN primeramente y posteriormente del nacimiento. No sólo esto, si no que estimulará la colaboración activa y la permanencia continúa de los papás durante el internamiento de la hija, y el acercamiento de todos los miembros de la familia con el Recién Nacido. (24)

d. Uso de prácticas efectivas y seguras:

Se debe aceptar la capacidad e independencia de los padres a tomar decisiones conectoras sobre su salud y cada madre de familia y cada RN deben ser resguardados de prácticas y procedimientos que no estén basados en la evidencia científica o de intervenciones médicas superfluas así como de cualquier otra práctica que no sea respetuosa de la integridad física, de su cultura y dignidad, existiendo siempre el derecho de las personas. (24)

e. Fortificar otras decisiones de promoción de la salud peri-natal:

Trata de incorporar conocimientos preventivos y asistenciales afines a la salud a modo de la Psicoprofilaxis obstétrica, el parto natural, lactancia como iniciativa de promoción de la salud. (24)

10. ERRORES O DIFICULTADES EN LA PREPARACIÓN DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

Al momento de utilizar esta metodología educativa, de forma involuntaria o por carencia de experiencia en la preparación de estas sesiones, pueden cometerse algunos errores:

a. Dificultades por parte de la gestante y su entorno:

- Asistencia irregular a las sesiones de psico-profilaxis
- Gestante temerosa, por enfrentarse a lo desconocido (trabajo de parto)
- Falta de acompañamiento (pareja)
- Preparación fuera de momento o a destiempo (> edad gestacional)
- Poca motivación o participación del entorno familiar en las actividades de psicoprofilaxis

b. Errores del equipo encargado del desarrollo de la psico-profilaxis obstétrica:

- Desconfianza en el método que se enseña
- Apoyo insuficiente del equipo de salud
- Desconocimiento del perfil de la gestante
- Desarrollo incompleto y/o insuficiente o inexperiencia en psico-profilaxis
- Trabajador/personal no competente
- Falta de coherencia entre las clases de práctica y las teóricas
- Mayor intervalo de tiempo transcurrido entre la última clase de psico-profilaxis y el momento del parto (23)

11. CAMBIOS EMOCIONALES Y ADAPTACIONES DURANTE EL EMBARAZO

El feto se encuentra sumergido no solamente en el líquido amniótico, durante la etapa intrauterina, sino también dentro del “depósito emocional” de la mente de la madre y su padre, el mismo que debe ser propicio para que tenga un progreso emocional saludable. (25)

La mujer tiene la tarea psicológica de “convertirse en madre” sobre todo durante su primer embarazo, pudiendo observarse en los embarazos siguientes, y esto traerá como consecuencias positivas o negativas en el RN, en ese momento dejará de ser mujer y asumirá enérgicamente el rol de mamá. (25)

En la mayoría de las mujeres habrá algún estado de ambivalencia, aun cuando conscientemente hayan querido desear estar embarazada y es acá donde el apego de la mujer hacia el próximo hijo se inicia con la nueva noticia del embarazo.

Se considera al embarazo como un estado de relativa “transparencia psíquica” en el que los conflictos, los sentimientos y los temores, y recuerdos del pasado salen a relucir con mayor facilidad, acá hay un período “crítico” o de alta sensibilidad psicológica en la gestante. (25)

En el 1er Trimestre, las pacientes tienen una mayor predisposición a la dependencia emocional con relación a las personas de su entorno y es frecuente que perciba o advierta un agotamiento considerable, así como náuseas e incluso vómitos matutinos y mayor somnolencia. (25)

En el segundo Trimestre, la gestante tiene ya la tendencia a imaginarse y preocuparse en razón a su hijo que lleva adentro de ella. Es normal que la gestante converse con su hijo o piense cómo va a ser su hijo/a o que al sentir los movimientos del feto se toque el abdomen y comience a imaginarse en el sexo del bebe, o a quien de ellos se parecerá y cómo va a ser ella como madre. Todo esto ayuda a la mamá a prepararse para el nacimiento del nuevo ser. (25)

En el tercer trimestre de embarazo, se asocian nuevos cambios en la marcha y la apariencia, así como la necesidad de comer cada vez porciones más pequeñas y frecuentes ocasionado por el feto que ocupa una mayor área de la concavidad

abdominal, dando lugar a nueva sintomatología; todo esto producido por el útero que “empuja” y eleva a los diferentes órganos circundantes de la cavidad abdominal. Por los efectos de la progesterona y la elevación del diafragma (unos 4 cm por arriba de lo normal), la capacidad respiratoria de la gestante se ve modificada. (25)

El embarazo, hace a la mujer y a su pareja más frágiles y con una mayor necesidad de soporte emocional por ser este un momento lleno de cambios y complejo en el organismo de la madre. (25)

Muchas embarazadas perciben una desmedida preocupación y angustia, relacionadas con él bebe intra-útero, con el momento del parto, al dolor que va a padecer y posteriormente en el momento que nazca por el miedo a que el niño padezca de alguna enfermedad o fallezca. (25)

Es necesario, por parte del equipo de salud, de la gestante y su entorno estar atentos a estos cambios, de modo que se puedan detectar situaciones de nerviosismo y conflicto interno intenso, con la finalidad de buscar la manera de ayudarles en este difícil escenario, ya que es un momento trágico por las situaciones de cambio y retos para los futuros padres. (25)

12. FISIOLÓGÍA DE LA LABOR DEL DE PARTO

La labor de parto puede definirse como el borramiento y la dilatación progresiva del cuello cervical por el efecto de las contracciones uterinas que van a llevar a la expulsión de un feto viable y en buenas condiciones.

Una gestante se halla en franca labor de parto, en el momento que presenta:

– Ampliación del cérvix uterino, mayor de 2,5 cm.

- Dinámica uterina regulares, con una periodicidad de 2 ó + en diez minutos con una duración de 30 seg. ó más.
- La intensidad es capaz de dilatar el cuello uterino. (26)

De acuerdo a estas características, el Trabajo o Labor de Parto se divide en:

1. Primer periodo: Fase de Dilatación o Incorporación o Inicio de la Labor de Parto:

a. Contracciones uterinas del parto:

Las contracciones uterinas intensas, en algunas gestantes, que inician el parto, empiezan repentinamente. En algunas pacientes, el comienzo de la labor se anuncia mediante la expulsión involuntaria de una mínima cantidad de moco cervical manchado con sangre a través de los genitales. (27)

Los dolores de la labor del parto son ocasionados por la contracción regular del músculo uterino liso. Se han explicado varias causas probables:

- 1) Los haces musculares del periné al contraerse comprimen los ganglios nerviosos la parte inferior del útero y el cuello uterino
- 2) Durante la dilatación, el cuello uterino se estira o se abre
- 3) El músculo uterino al contraerse provoca hipoxia
- 4) Abombamiento y estiramiento del peritoneo que recubre el fondo o cúpula vaginal. (27)

El intervalo entre contracciones es mayor a 10 minutos en el inicio de la primera etapa o fase del parto, hasta tan solo 1 minuto o 45 segundos en la segunda etapa. Los intervalos de relajación entre contracciones, son esenciales para el bienestar fetal, permitiendo la oxigenación del mismo e

intercambio gaseoso entre madre-feto y la recuperación materna. El tiempo promedio que dura cada contracción del útero va variando entre los 30" y 90" segundos, en la fase activa de la labor de parto y se vuelven más intensas a medida que se va completando la dilatación. (27)

b. Cambios cervicales:

Como consecuencia de las Contracción Uterinas, suceden dos cambios: el borramiento del cuello cervical ya maduro y la dilatación cervical, entonces, esta actividad uterina producen una fuerza sobre las membranas corio-amnióticas que hace que aumente la presión hidrostática del saco amniótico, la misma que se forma como una cuña, dilate el canal cervical. La conformación de la "bolsa de aguas" del líquido amniótico, es un proceso producto de la presión, del borramiento y la dilatación cervical. (27)

El tamaño promedio de una cabeza fetal, es de unos 34 cm y para que pueda pasar por el cérvix del útero, tiene que sufrir un proceso de abertura del canal a un diámetro de 10 cm. Es en este momento, que se habla de cuello totalmente dilatado o una dilatación completa. En el borramiento cervical, el cuello uterino sufre un proceso de incorporación o absorción, manifestándose como un "acortamiento" desde una longitud desde 3 cm. hasta un orificio circular con bordes delgados. (27)

La dilatación cervical se divide en fases: latentes y activas. La duración de la **fase latente** es más sensible y variable a causas externas que tiene su final cuando completa la dilatación cervical; **fase activa**, suele sub

dividirse en la fase de: aceleración, máxima aceleración y desaceleración. (27)

2. Segundo Periodo: Descenso fetal o Expulsión:

El descenso activo de la presentación por lo general tiene lugar después de que la dilatación ha progresado, esto producto de las contracciones uterinas durante algún tiempo transcurrido de labor. En el transcurso del segundo periodo de la labor del parto, la rapidez del descenso fetal es mayor y se conserva hasta el momento en donde la parte que se presenta (polo fetal) se aproxime o apoye en el piso perineal. En las nulíparas, la parte que se presenta desciende lenta y constantemente. Pero, en las multíparas, en particular las de mayor paridad, el descenso puede ser rápido. (27)

El momento asociado a un adelgazamiento mayor del segmento central del periné, que se convierte de una masa de tejido muscular de 5 cm, es en este instante en que el periné se distiende al máximo, es el momento del periodo expulsivo fetal hacia el exterior, hay una dilatación vulvar 2 a 3 cm de diámetro y a través del cual pasará el feto (cabeza, hombros, tórax abdomen, miembros inferiores).

3. Tercer Periodo/etapa: Expulsión de la placenta y membranas o alumbramiento:

Esta etapa empieza inmediatamente después de la expulsión fetal o parto fetal e involucra la separación de los revestimientos y la eliminación de la placenta. De forma que se va expulsando al recién nacido, el útero se contrae de manera espontánea, y en el momento en que el recién nacido nace por completo, el útero disminuye de tamaño, Esta disminución, hace que la superficie del útero

se reduzca a nivel del sitio de inserción placentaria, y la placenta tiene que engrosarse y doblarse, tirando de la decidua esponjosa de este sitio; por lo tanto se produce la separación placentaria, formándose un hematoma entre la placenta que se desprende y la decidua, logrando que la placenta se despenda y por efecto de las contracciones uterinas (son más intensas), se produce el descenso, expulsándose simultáneamente las membranas fetales y luego la placenta. (27)

13. EL DOLOR EN OBSTETRICIA

Se puede definir el dolor a manera de una sensación sensorial, multidimensionalmente desagradable y con carácter emocional que se encuentra asociado a un daño de un tejido o estructura real y/o potencial y que a lo largo de la vida puede ser percibido en numerosas circunstancias. Es sin duda que existe una mayor relación del dolor que se aprecia en el momento de la gestación, empezando por el miedo a la desconocida costumbre de la actividad del útero hasta el momento del parto. (28)

Hawkins (2010), enfatizó que los dolores de parto se reciben e interpretan de forma única y es una respuesta muy individual a los estímulos variables. Estos estímulos son modificados por circunstancias cognitivas, motivacionales, emocionales, sociales y culturales.

El dolor de parto es producido por la ampliación del cuello uterino (dilatación) y la actividad uterina; se transfieren mediante los aferentes viscerales del nervio simpático y a la vez estos ingresan por la médula espinal a T10-11-12 y L1. A continuación se transfieren los estímulos de dolor mediante los nervios sacros S2-S3 y S4 y el nervio pudendo, esto a consecuencia de la dilatación del periné.

Al apreciar el dolor se ve que se acrecienta con el miedo y la necesidad de moverse en varias posiciones.

Las respuestas fisiológicas de la mujer al dolor, pueden afectar el bienestar materno y fetal, y el avance del parto. Por ejemplo, la hiperventilación puede provocar la hipocapnia. (27)

Tiene mucha relación como la intensidad del dolor y como es percibida con la dilatación del cuello uterino, la frecuencia y duración de las contracciones uterinas.

Para que la dinámica uterina sea percibida como dolorosas, la presión originada por esta tiene que ser mayor a los 25 mmHg de intensidad.

Durante el periodo de dilatación, el dolor se localiza en la zona del útero y los sistemas adjuntos, y son ocasionados por:

- El plexo lumbosacro es presionado en una o más de sus raíces.
- La tracción y presión sobre el peritoneo parietal los anexos.
- Espasmos reflejos del músculo esquelético.
- El estiramiento y la presión sobre recto, la vejiga, uretra y demás estructuras pélvicas, son sensible al dolor.
- La dilatación del segmento inferior del útero y el cérvix del cuello. (28)

MANEJO DEL DOLOR EN OBSTETRICIA:

Existen dos posibilidades para disminuir el dolor en esta etapa del embarazo:

a. Uso farmacológico para el Manejo del dolor:

El encargado de esta atención directa (médico anestesiólogo) a la paciente, tendrá que consignar las indicaciones y/o procedimientos a seguir en relación al tipo de dolor que presenta la parturienta y establecerá cual va a ser el

tratamiento farmacológico más adecuado para manejar este padecimiento, y podrá utilizar:

- Meperidina; Fase latente del trabajo de parto,
- Anestesia locoregional o epidural; Fase activa del parto y el expulsivo,
- AINES, Clorhidrato de Tramadol, opioides; en Puerperas parto vaginal o Cesárea.

b. Manejo No farmacológico del dolor:

El tratamiento no farmacológico del sufrimiento durante la labor de parto, pueden utilizarse varias técnicas para su procedimiento:

- Apoyo durante el parto. Acompañamiento. Psicoprofilaxis obstétrica
- Maso terapia
- Musicoterapia
- Balón kinésico
- y cambios en la postura. (29)

14. TIPOS DE PSICO-PROFILAXIS OBSTETRICA (PPO)

Cuando se realiza una completa preparación de la madre embarazada, se pueden emplear distintos métodos de psico-profilaxis obstétrica:

a. **PPO Prenatal** (PPO PN):

Aquella que se ofrece en el momento del embarazo, es una preparación teórica, física e integral. Se realiza entre el 5 y 6 mes.

b. **PPO Intranatal** (PPO IN):

Aquellos preparativos que se brindan cuando la paciente se encuentra en Trabajo de Parto y se da de manera teórica, psicoafectiva e integral.

c. **PPO Postnatal** (PPO PTN):

Aquella preparación que se da a las mujeres después del parto, en forma íntegra, física teórica y psicoafectiva.

d. **PPO de Emergencia** (PPO EMG):

Es aquella educación que se ofrece a la gestante en el transcurso de la Etapa Activa de la labor del parto o faltando escasos días para el día del parto.

e. **PPO en condiciones especiales** (PPO SE):

Desarrollo completo y sistémico que se brindada a las embarazadas, cuyo embarazo presenta factores de riesgo o no reúne las situaciones ideales y/o normales y dependiendo de cada circunstancia personal o de riesgo identificado, necesitará de una aplicación individualizada. (15) (30)

15. LA PSICOPROFILAXIS DE EMERGENCIA (PPO EMG)

La Psicoprofilaxis en obstetricia tiene que practicarse siempre empleando el enfoque médico, utilizando e identificando factores de riesgo, ética y usando una manera individualizada.

Este componente forma parte de la PPO, lo que le permitirá formar comportamientos y hábitos saludables y por ende desarrolla una condición objetiva para enfrentar las distintas fases de la Labor de Parto y al recién nacido.

Esta forma de educación a la gestante para el parto se fundamenta en un desarrollo íntegro que se otorga a la embarazada, faltando unos cuantos días para su parto o a la que se ofrece en el mismo parto, esté la paciente en la Etapa de dilatación o en la Etapa expulsiva. (18), (31)

1. Inicio y término de PPO EMG:

2. Inicia la PPO de EMG, en el momento que la paciente ingresa a Centro obstétrico en verdadero trabajo de parto, hasta completar la dilatación (10 cm), luego continua en el momento del periodo expulsivo del RN y termina con el puerperio inmediato. (10)

2. Respiración que se utiliza durante la pisco-profilaxis de emergencia (PPO EMG):

La respiración es una función importante semi-voluntaria, la que puede modificarse, con la finalidad de obtener una adecuada oxigenación y una buena relajación. (32)

Las respiraciones que pueden valerse de en esta Etapa de la labor, son:

a. Respiración prolongada o bajo vientre o Respiración Abdominal:

Durante toda la actividad uterina, se debe prolongar y contener el máximo de tiempo permitido la respiración.

- Respiración por la boca, activa y prolongada, retrayendo el hipogastrio.
- Inspiraciones lentas y pasivas, exagerando e inflando el abdomen.
- Lentitud pos inspiratorio, que mejora la relajación y el intercambio de gases.
- Exhalación prolongada y activa. (32)

b. Espiración prolongada mediante una respiración torácica:

Respirar el máximo de tiempo posible a lo largo de todo o que dure la dinámica uterina (contracción).

- Descender el pecho prolongar por la boca la espiración activa.
- Inflar el pecho al momento de hacer una inspiración pasiva.

- Favorecer la relajación y el intercambio de gases con una pausa pos inspiratoria.
- Exhalación prolongada alargada y activa. (32)

c. Respiración “de emergencia” o superficialmente

Se debe asociar los efectos de la actividad del útero al ritmo de la respiración.

- Respiración más lenta y profunda al momento que empieza la dinámica.
 - El ritmo respiratorio debe ser más rápido y superficial (jadear) cuando aumenta la intensidad de las contracciones.
 - El ritmo respiratorio se vuelve más profundo y lento cuando disminuye la intensidad de la dinámica y finaliza realizando una inspiración honda.
- (32)

3. La relajación en la PPO EMG:

Este es un elemento muy importante en la PPO EMG, por que colabora en el desarrollo de la gestación y durante el Trabajo de Parto. Facilitando la adaptación a los nuevos cambios que se producen.

En el parto, esta relajación es un proceso que necesita de una actitud relajada y activa. (9)

La madre al hacer uso de las herramientas de relajación y respiración, para manejar el parto, crea una sensación de control y tiene una mejor comprensión de este proceso, y al sentirse empoderada, tiene control en el proceso del parto. (33)

Siendo esta, la **PIR**, (Posición Ideal de Relajación), donde la paciente adopta una posición acostada, especialmente de lado izquierdo, permitiendo que

disminuya la presión de las venas cavas, liberando la presión del útero sobre ellas, mejorando de esta manera el flujo sanguíneo hacía el feto. (14)

4. Participación de la pareja:

Al momento de aplicar a la paciente embarazada o a la que está por dar a luz las sesiones de psicoprofilaxis de Emergencia, se supone como algo imprescindible la relación activa de participación de la pareja y/o el padre, así como el acompañamiento por un familiar o él mismo. (34)

El conjunto de reacciones negativas que percibe la paciente en esta etapa, podrían dificultar el proceso y evolución normal de la labor, pero al promover e impulsar la participación activa de la pareja en todo momento del evento obstétrico (embarazo - nacimiento - puerperio), contribuirá a la conducción conveniente y a la minimización a las fatigas, a los rechazos o temores y/o dolores que se presentan durante la gestación y el trabajo de parto. (21) (29)

5. Recomendaciones en la aplicación de la PPO EMG, en el Trabajo de Parto:

- Conversar en tono seguro y cordial, con la finalidad de ganarse su seguridad.
- Evade expresarte o mencionar en todo momento, la palabra dolor.
- Llamarla siempre por su primer nombre.
- Si vemos que la paciente no respira adecuadamente o se desconcentra, tranquilizar con algunas palabras, como:
“Podría ser mejor si respiraras de esta manera...o ponte en esta posición...”
- Hablar de forma resumida y clara, explicando el proceso de la labor del parto.
- Mirarla siempre a los ojos cuando se le hable.

- No permitir que se descontrola o tenga situaciones negativas.
- Ofrecer contacto físico, secar su frente, tomarle la mano; siempre tener cuidado y prudencia respecto de su actitud a veces nerviosa o descontrolada.
- Recurrir y realizarlas con ella las técnicas de respiración.
- Incrementar la fortaleza del abdomen durante el “pujo” o una respiración sostenida.
- Brindar acompañamiento (si esto fuera posible) del padre/familiar. (34)

El/la Obstetra, es el agente operativo que ejerce evidentemente una función conciliadora y motivadora en este proceso, por sus conocimientos y la formación que recibe sobre temas obstétricos, pero no significa dejar de lado al resto del personal involucrado en esta atención, porque cada uno de los participantes del Aparato de Salud, deben tener un pleno conocimiento de los temas, las tareas y objetivos a alcanzar durante la labor del parto. (14)

16. PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y PANDEMIA POR COVID 19

La Organización Mundial de la Salud puso como una emergencia de salud internacional a la enfermedad del COVID-19 clasificándola como una pandemia en marzo del 2020. Para entonces el gobierno del Perú ante este problema, emitió el Período de Emergencia Sanitaria a nivel Nacional el 16 de marzo del 2020 como una medida de prevención sanitaria de la propagación del virus. (35)

Dentro de este contexto sanitario a nivel mundial por el COVID 19 y dentro de las medidas creadas para evitar el descontrol y el esparcimiento de la infección por SARS-COV 2 en el país, se dieron: la cuarenta obligatoria, el distanciamiento y confinamiento social, cierre de todos los locales a excepción de aquellos que brindaban servicios priorizando los de emergencia, esto significo

que se interrumpa todas las prestaciones de consulta externa de forma total, por lo cual la Consulta Prenatal de consultorios externos a nivel nacional, y por ende la Psicoprofilaxis obstétrica.

Para sustituir esta falencia, se echó mano a la telemedicina, usando para esto la tecnología de la comunicación e información en la prestación de servicios de salud y de atención médica. La que se usa para superar inconvenientes en situación de desastres y emergencias sanitarias. Aplicándose un programa educativo que incluye la Psicoprofilaxis obstétrica (ejercicios de preparación para el parto). (36)

Al incluirse en el aislamiento en casa a la gestante, se deja de lado la preparación de Psicoprofilaxis Obstétrica, como herramienta importante en la disminución de mortalidad y la morbilidad perinatal y materna; para suplir esta carencia crean el programa con ejercicios en donde puedan ser ejecutados por las embarazadas durante el confinamiento y desde casa, mediante la tele consulta, con la finalidad de disminuir las molestias propias del embarazo, preparando a las madres gestantes para un parto sin complicaciones y cómodo logrando una rápida recuperación de la madre y el RN, este esquema educativo es una forma de ayuda que trata de corregir el desacondicionamiento psicológico y físico originado por el encierro social, impuesto como una forma de prevención hacia el contagio por la COVID 19 y no descontinuar con la preparación PPO. (37)

El dolor durante el parto, durante todo el embarazo, no se produce ya que es poco perceptible y a medida que avanza el embarazo se presentan las Contracciones uterinas. Estas contracciones van cambiando su carácter, hasta volverse más poderosas, intensas e intermitentes y se asocian con dolor (38), al

recibir la tele consulta, la paciente estará más informada con una mejor actitud positiva frente a esta situación.

17. MÉTODOS ALTERNATIVOS A LA PSICO-PROFILAXIS

OBSTÉTRICA

Varias de las pacientes que recibieron y han sido adiestradas con una preparación para tener un “parto indoloro”, pero, a pesar de toda esta preparación, todavía sentían mucha incomodidad y alguna de ellas se sentían fracasadas o culpables por la sensación de dolor, actualmente ya no se atribuye el malestar del parto a elementos psicológicos, sino a factores físicos y propios del organismo.

Este reconocido que si la gestante presenta un gran terror profundo o signos de ansiedad por los antecedentes o experiencias negativas ya vividas (propias o ajenas) por un parto, pueden agravar la experiencia de este; no obstante, otras formas o métodos alternativos pueden ayudar a lograr una mejor experiencia, como la medicina complementaria. (25), las que detallamos:

- Esfera dinamia:

Facilita algunas posturas y movimientos que proporcionaran una preparación física prenatal y postnatal en la madre, mediante un entrenamiento físico con el uso de una pelota de plástico de gran tamaño. (17)

- **Aromaterapia:** la utilización de fragancias para promover la salud y el bienestar del cuerpo, mejorar las emociones y equilibrar la mente, por medio de aceites aromáticos primordiales. Puede restaurar la armonía y el equilibrio en la gestante un estado que beneficia mayormente al RN. (17)

- Cromoterapia:

Utiliza las radiaciones electromagnéticas no ionizantes (Rayos UV) como agente físico terapéutico en regiones seleccionadas del cuerpo. (17)

- **Maso-terapia:**

Ejercida con las manos a través de la manipulación músculos y de los tejidos blandos del cuerpo, cuyo propósito es aliviar o disminuir las molestias, provocando una relajación muscular, disminuye la fatiga física y emocional en la gestante o puérpera, mejorar la circulación y oxigenación, mejorando de por si el estado emocional en la paciente. (17)

- **Natación Prenatal Materna:**

Se utiliza como recurso, el agua, la que va a ayudar y servir como un preparativo pre-natal, que, por el efecto de hidromasaje homogéneo en todo el cuerpo de la gestante, va a reducir las molestias y generará una sensación de bienestar integral y por sus características y beneficios del agua, facilita los movimientos, la flexibilidad y reduce el esfuerzo físico. (17)

- **Sofrología:**

Con la finalidad de mejorar la actitud de la paciente con resultados terapéuticos, profilácticos o pedagógicos en medicina se utiliza la sofrología, la que trata del estudio de la conciencia, sus modificaciones y los medios físicos, químicos o psicológicos dispuestos a modificarse. (17)

- **Musicoterapia:**

Para lograr un mejor estado psico-físico, optimizando el estado emocional, cognitivo y espiritual en la gestante o puérpera, se debe de utilizar técnicas de motivación, la meditación, estimulación y relajación durante la sesión de

Psicoprofilaxis Obstétrica, para lo cual se utiliza estructuras musicales, tonos, sonidos, melodías y otros. (17)

Estos métodos alternativos y la ayuda de las sesiones de Psico- profilaxis obstétrica, fortalecerán a la gestante, a tener un cambio de actitud tanto física, mental como emocional, la cual redundará y favorecerá en la forma de ver y reaccionar durante el proceso del trabajo de parto, desde sus inicios, hasta el expulsivo del producto, la etapa crucial para el RN, así como la práctica de la LME (lactancia materna exclusiva.) (39)

2.2 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

2.3 GENERAL.-

Ofrecer a la gestante en trabajo de parto, la sesión de psico-profilaxis obstétrica de emergencia, para lograr una participación activa durante la labor del parto.

ESPECÍFICOS. -

1. Determinar la efectividad de la psico-profilaxis obstétrica de emergencia en paciente con trabajo de parto.
2. Concientizar a la gestante en trabajo de parto, sobre la eficacia de las técnicas de respiración y relajación en la fase activa de parto y en el periodo expulsivo.
3. Reconocer la ayuda que proporciona la psico-profilaxis obstétrica de Emergencia en gestante con trabajo de parto activo.
4. Desarrollar las técnicas y actividades que se llevarán a cabo en la aplicación de la sesión de psico-profilaxis obstétrica de emergencia.

2.4 ACTORES

Instituciones y Servicios Asistenciales:

- Hospital Regional Moquegua.
- Jefaturas de servicio de ginecología y obstetricia.
- Departamento de Gineco-obstetricia: servicios asistenciales de: emergencia – hospitalización - centro obstétrico – sala de partos – recuperación puerperio inmediato.

Personal involucrado:

- Médicos Gineco-obstetras del servicio
- Obstetras asistencial de hospitalización
- Obstetras asistenciales del servicio de centro obstétrico – sala de partos
- Obstetra especialista en psicoprofilaxis obstétrica
- Personal técnico asistencial
- Gestante primigesta en trabajo de parto, fase activa
- Pareja
- Familiares

2.5 ESTRATEGIAS

La presente experiencia, se llevará a cabo en la UPS Emergencia y Centro Obstétrico (sala de dilatación, sala de partos, recuperación puerperio inmediato), del Servicio de Gineco - obstetricia del Hospital Regional Moquegua, del mes de octubre del año 2021, por la obstetra especialista en PPO, en la que se identificará a una gestante nulípara en trabajo de parto fase activa (dilatación cervical > 4 cm), que no haya tenido preparación para el parto en los controles prenatales y sin factores de riesgo, en la que se impartirá la sesión educativa de

PPO EMG, con la finalidad de prevenir el estrés, disminuir la ansiedad que se percibe en todo el tiempo que dure la Labor del Parto (fase de borramiento y dilatación), parto (fase expulsivo), Alumbramiento (fase placentaria), post – parto inmediato, hasta el momento del alta médica.

La intervención consta de cuatro fases, en donde se sensibilizará, se educará y motivará en todo momento y permanente, a que aplique la gestante los conocimientos dados de manera adecuada: la inspiración y espiración en el momento de la dilatación y borramiento y al momento del periodo expulsivo (32), así como buscar la posición ideal de relación (33) luego de cada contracción uterina, para mantener el intercambio gaseoso adecuado entre ella y el producto, utilizando a cada instante las recomendaciones para aplicar la PPO EMG (35) sin perder de vista el acompañamiento (se realizará en forma virtual, tele medicina, por la situación de emergencia sanitaria Covid 19) (36) y en estos momentos también se aplicará las técnica alternativa de la Maso-terapia, con la finalidad de disminuir el estrés y calmar la ansiedad en la paciente, práctica que se hace necesaria en estos momentos.

FASE	ESTRATEGIA/ACTIVIDAD	META	INDICADOR	PERIODO	RESPONSABLE
1 fase: Gestión	Coordinación con jefatura del Departamento y servicio G-O para aplicar la experiencia.	02	% coordinac Realizadas	sept 2021	Obstetra especialista en PPO
	Coordinar Centro Obstétrico	01	% coord. Realizadas	sept 2021	
2 fase: Identificación de gestante en TdP	Identificar a paciente que cumpla los requisitos	01	# pctes Identificadas	Oct 2021	Obstetra especialista en PPO
3 fase: Aplicación de la Técnica de PPO EMG	- Técnica de motivación - Técnicas de respiración:	04	% técnicas Aplicadas	Oct 2021	Obstetra especialista en PPO

	Dilatación, expulsivo y pujo - Técnicas de relajación: PIR - Otras técnicas: Acompañamiento (virtual) y Masoterapia				
4 fase: Evaluación de la experiencia	Evaluación resultados esperados de la sesión de PPO EMG	02	% evaluac realizadas	Oct 2021	Obstetra especialista en PPO

2.6 RESULTADOS ESPERADOS

1. Una madre sana con mayor apego, un padre participante y con mayor afecto emocional y una familia satisfecha, con actitudes positivas y mejores experiencias de cara Parto con un Producto en buenas condiciones y apto para adaptarse a su entorno.
2. El apoyo constante de una persona con conocimientos (obstetrix especialista/capacitada) a la gestante en Labor del parto, calmará la ansiedad en la parturienta y fortalecerá la seguridad de ella misma, teniendo así una madre que contribuya con el bienestar del Recién Nacido.
3. Será efectiva, ya que colabora con la disminución de la morbimortalidad materna-perinatal y necesitará de menos procedimientos intervencionistas.
4. Al disminuir la morbimortalidad materna y perinatal, trae beneficios para ambos: mejor vitalidad fetal (Apgar > 8), menos sensación de dolor en el trabajo de parto por ende mejora el intercambio gaseoso entre la madre-placenta-feto y hay una menor posibilidad de asfixia intraparto.
5. La PPO EMG, influye significativamente en la concientización de la gestante, hacía el cambio de una actitud más positiva y colaboradora frente al recién nacido y la Labor del Parto.

6. La duración de la Labor del Parto y Parto (dilatación y fase expulsiva), disminuye, en comparación al tiempo promedio de ambos sin preparación en PPO.

7. La PPO de EMG, dada en forma precoz, sistematizada y metódica, favorecerá el entorno de la gestante en el trabajo de parto y mejorará su visión del mismo.

CUADRO DE MEDICIÓN DE INDICADORES

FASE	ESTRATEGIA/ACTIVIDAD PROGRAMADA	META		INDICADOR	% EJECUTADO
		PROG	EJEC		
1 fase: Gestión	Coordinación con jefatura del departamento y servicio G-O para aplicar la experiencia	02	02	% coordinaciones realizadas $\frac{\# \text{ coord. Realizadas}}{\text{coord. Prog.}} \times 100$	100 %
	Coordinación con centro Obstétrico	01	01	% coordinación realizada	100 %
2 fase: Identificación de gestante en TdP	Identificar a paciente que cumpla los requisitos	01	01	# pacte identificada	100 %
3 fase: Aplicación de la Técnica de PPO EMG	- Técnica de motivación - Técnicas de respiración: Dilatación, expulsivo y pujo - Técnicas de relajación: PIR - Otras técnicas: Acompañamiento (virtual) y Masoterapia	04	04	% técnicas aplicadas	100 %
4 fase: Evaluación de la experiencia	Evaluación resultados esperados de la sesión de PPO EMG (01)	02	02	% evaluaciones realizadas	100 %

RECOMENDACIONES DE LA EXPERIENCIA

1. Promover y promocionar desde el primer nivel de atención, que toda gestante que acude a la atención prenatal deba contar con preparación en Psicoprofilaxis Obstétrica, implementando metodologías adecuadas, dentro de situaciones especiales (pandemias, situaciones de emergencia nacional, etc)

2. En el segundo nivel, en los Centros Obstétricos, se debe de garantizar con obstetras especialistas en Psicoprofilaxis obstétrica, para fortalecer la preparación de las gestantes que acudan en trabajo de parto.
3. Todo el personal de Centro Obstétrico, deberá estar capacitado y sensibilizado, para brindar una atención humanizada en el momento del parto.
4. Se debe brindar una información adecuada, precisa y clara sobre la PPO EMG, teniendo en cuenta la situación social de la gestante en trabajo de parto, logrando sensibilizarla, para una mayor colaboración eficaz.
5. En estudios posteriores, se debe ahondar sobre el beneficio que produce en la madre y el RN la aplicación de Sesiones oportunas psicoprofilaxis en obstetricia, para tratar de disminuir la mortalidad y morbilidad en la madre y el niño; con un seguimiento posterior al RN.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santiesteban S. Obstetricia y Perinatología: diagnóstico y tratamiento. La Habana Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
2. Orfa A. Efectividad de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la Disminución de Riesgos Maternos y Perinatales. (Tesis de especialidad) Lima-Perú: Universidad Norbert Wiener; 2021. [citado: 10 octubre del 2021]. Recuperado de:
http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/4883/T061_40324791_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. García A. Psicoprofilaxis y Educación Materna. Historia de la preparación al parto en España. (Tesis doctoral) España: Universidad Autónoma de España; 2019. [citado: 10 octubre del 2021]. Recuperado de:
<https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/667136/aga1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Rosales C. Efectividad de la Psicoprofilaxis Durante el Embarazo. (Tesis de licenciatura) Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2017. [citado: 12 octubre del 2021]. Recuperado de:
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/25906/2/Tesis%20%E2%80%9CEFECTIVIDAD%20DE%20LA%20PSICOPROFILAXIS%20DURANTE%20EL%20EMBARAZO.pdf>
9. Tello S. Psicoprofilaxis Obstétrica durante el Parto en el Centro de Salud de Rioverde Esmeraldas. Protocolo de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia. (Tesis de maestría) Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2016. [citada: 12 octubre del 2021]. Recuperado de:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/46601/1/CD%20178-20TELLO%20CARRILLO%20SHIRLEY%20MERCEDDES.pdf>

4. Cuadros G, Gelves V, Mendoza C. Psicoprofilaxis para un Parto sin Temor. (Tesis de licenciatura). Argentina: Universidad Nacional de Cuyo; 2016. [citado: 12 octubre del 2021]. Recuperado de:
https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/8515/cuadros-graciela-tesis.pdf.
7. García K, Núñez K, Vera M. Psicoprofilaxis de Emergencia en Primigestas en Trabajo de Parto. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco. Julio a diciembre, 2019. (Tesis de grado). Huánuco Perú: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2021. [citado: 14 octubre del 2021]. Recuperado de:
<http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/6117/TFO00387G24.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Díaz F. Efectividad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en Primigestas Atendidas en el Centro de salud de Fila Alta – Jaén – 2012. (Tesis Doctoral). Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2019. [Citado el 14 octubre del 2021]. Recuperado en:
<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2923/EFFECTIVIDAD%20DEL%20PROGRAMA%20DE%20PSICOPROFILAXIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Rubio F. Ma. Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en Trabajo de Parto de Primigesta sin Control Prenatal en Hospital Cayetano Heredia. (Tesis Segunda Especialidad). Lima Perú: Universidad Norbert Wiener; 2018. [citado: 14 octubre del 2021]. Recuperado de:
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/1889/ESPE>

CIALISTA%20-

20Rubio%20Peralta%2c%20%20Flor%20de%20Mar%2c3%ada.pdf?sequence=1
&isAllowed=y

10. Tafur MT, Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en la Actitud de las Pacientes frente al trabajo de Parto de las Primigestas Atendidas en el Instituto Materno Perinatal de Marzo a Mayo del 2015. (Tesis de grado). Lima Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2015. [citado el 14 de octubre del 2021]. Recuperado de:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4398/Tafur_rm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Sánchez J. Psicoprofilaxis Obstétrica para Matronas. Revista NPunto, 2020, Vol. III. Número 24.
12. La Biblia Latinoamericana. España: Editorial Verbo Divino; 2002.
13. Borges L, Sánchez R, Peñalver A, Gonzáles A, Pérez A. Psicoprofilaxis obstétrica: un camino ineludible para el logro del parto humanizado en Cuba. Cuba: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2020; 46(3): e607.
14. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Preparación Integral para la Maternidad: Guía para el Trabajo de Equipos de Salud Multidisciplinarios. Argentina: Dirección de Salud Materno Infantil; 2007.
15. Morales S, García Y, Agurto M, Benavente A. La Psicoprofilaxis Obstétrica y la Estimulación Prenatal en diversas Regiones del Perú. Lima: Revista Horizonte Médico – USMP. 2014; 14 (1), 42-48.

16. Borges L, Sánchez R, Sixto A, Peñalver A. Psicoprofilaxis Obstétrica desde la Perspectiva del Parto Natural y Humanizado. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Cuba; 2018.
17. Morales S, Guibovich A, Yabar M. Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. Lima: Revista Horizonte Médico – USMP. 2014; 14 (4), 53-57.
18. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación prenatal. Perú; 2012.
19. Aguirre C. Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Chimbote, Perú: Universidad los Ángeles de Chimbote; 2012.
20. De La Herrera A, Hurtado M, García P. Educación Prenatal y Pedagogía Prenatal: Nuevas Perspectivas para la Investigación, la enseñanza y la Formación. Colombia: Editorial REDIPE; 2018.
21. Zambrano K, Tórres P, Brito A, Pazmiño Y. Psicoprofilaxis Obstétrica y sus beneficios para las gestantes. Guayaquil, Ecuador: Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2018; Vol. 2 núm.3, pp. 242-259.
22. Ministerio de Salud Pública. Norma Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Ecuador; 2014.
23. Tercero R, Ramos M, López H. Manual de Método Psicoprofiláctico. Huehuetenango, Guatemala: Universidad Da Vinci de Guatemala; 2020.
24. Barbieri M. ¿Cómo transformar una maternidad tradicional en segura y centrada en la Familia? Manual de prácticas para iniciar el camino a la transformación. UNICEF; 2018.

25. Maldonado J M, Salud Mental Perinatal. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
26. Águila S, Breto A, Cabezas E, delgado J, Santisteban S. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana, Cuba: editorial Ciencias médicas; 2012.
27. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B., Casey B. Williams Obstetricia. 25° ed. Méjico: Mac Graw Hill Interamericana Editores; 2019.
28. Cortés F, merino W, Bustos K. Percepción del dolor durante el Trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados. Chile: Revista Chilena de Anestesia. 2020; 49: pp 614-624.
29. Amezcua A, Vega A, García M, López E, Salas M, Martínez J, *et al.* Valoración y manejo del Dolor en el Parto y Puerperio. Albacete, España: Gerencia de atención Integrada de Albacete; 2017.
30. Romero Y. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la Gestante y el Recién nacido en el Centro de salud Pedro Sánchez Meza de Chupaca Julio – Diciembre 2016. (Tesis de segunda Especialidad) Huancayo – Perú. Universidad Peruana los Andes; 2019. [citado el 20 octubre del 2021]. Recuperado de: https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1131/PTA037_20060144_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Seguro Social de salud – EsSalud. Atención Integral de la Salud Materna en las etapas Preconcepcionales, Embarazo, Parto y Puerperio en EsSALUD. Lima, Perú; 2017.
32. Generalitat de Catalunya. Educación Materna: Preparación para el Nacimiento. Barcelona: Dirección General de Salut Publica; 2009.

33. Wennertröm S, Dykes A. Parents who have received 'psycho-prophylaxis training' during pregnancy and their experience of childbirth - An interview study highlighting the experiences of both parents. Reino Unido: Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2021; VOL. 39, NO. 4, 408–421
34. Morales S. Características de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en el sector privado como una alternativa en su atención integral. Perú: Rev Horizonte Médico. 2015; 15 (1): 61-66
35. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. Diario El Peruano. [citado el 28 octubre del 2021]. recuperado en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-044-2020-pcm-1864948-2/>
36. Santibáñez L, Novoa R, Torres J, Jáuregui V, Rodríguez N, Guevara E, *et al.* Implementación de un modelo mixto de atención prenatal, presencial y virtual durante la pandemia COVID-19, en el Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima, Perú. Lima, Perú. Rev. Peruana de Ginecol Obstet., 2021; 67(2)
37. Machado M, Gómez I, Ramírez N, López N. Programa de Psicoprofilaxis obstétrica durante el confinamiento por la pandemia de la COVID-19. Cuba. Rev Ciencias Médicas, 2020; 24(06): e4584.
38. Dutta's DC, Konar H. Textbook of Obstetrics. 9° ed. New Delhi: The Health Sciences Publisher; 2015.

39. Basilio M. Atención prenatal y Psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del primer nivel de un distrito del Callao. Lima, Perú. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*. 2020;4 (1):11-5.