



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LA TÉCNICA DE PUJO EN LAS
PRIMIGESTAS PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ,
2016**

**TESIS PRESENTADO POR: MARÍA ALEXANDRA ABIGAIL
ROMERO CHÁVEZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
OBSTETRICIA**

2016

ÍNDICE

CARÁTULA	I
PÁGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	V
CAPÍTULO I PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	2
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	2
1.2 Delimitación de la investigación	6
1.3 Formulación del Problema	6
1.4 Objetivos de la investigación	7
1.5 Hipótesis	7
1.5.1 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	7
1.6 Diseño de la Investigación	8
1.6.1 Tipo de investigación	8
1.6.2 Nivel de la investigación	8
1.6.3 Método de la investigación	8
1.7 Población y muestra	8
1.7.1 Población y muestra	8
1.8 Técnicas e instrumentos	10
1.8.1 Técnica	10
1.8.2 Instrumento	10
1.9 Justificación e Importancia de la investigación	12
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	14
2.1 Fundamentos teóricos de la Investigación	14
2.1.1 Antecedentes	14
2.1.2 Bases teóricas	24
2.1.3 Definición de términos	66
CAPÍTULO III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	69
3.1 Presentación de resultados	69
3.2 Interpretación, análisis y discusión de resultados	101

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	105
4.1 Conclusiones	106
4.2 Recomendaciones	107
FUENTES DE INFORMACIÓN	107
ANEXOS	112
Consentimiento informado.	
Matriz de consistencia.	
Instrumento de recolección de datos.	
Juicio de expertos.	
Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio.	

Dedico a:

Mis padres que siempre confiaron en mí y en la capacidad que tengo para cumplir mis metas trazadas, de la misma manera a mi familia que siempre me acompañó y me dio su apoyo incondicional en todo momento.

Agradezco a:

Dios por sobretodo porque es por su voluntad que he logrado culminar una de las metas más importantes en mi vida, mi titulación. A las obstetras del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, por haberme permitido realizar mi investigación en cada una de sus rotaciones. A mis asesoras, las licenciadas: Oscátegui y Navarro, porque con su apoyo logré culminar con éxito mi investigación. A mis padres porque sé que siempre contaré con ellos, a mi familia, por la muestra de cariño y aliento que tienen conmigo, y un agradecimiento especial a mi prima Caroline Neyra y sus compañeros de la carrera de Economía, por su gran apoyo brindándome la tranquilidad y la asesoría en la elaboración de los resultados de mi investigación.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo:** Determinar el nivel de cumplimiento de la técnica de pujo en primigestas preparadas en psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2016. **Material y métodos:** el presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal, de nivel aplicativo y método cuantitativo. La población consta de 30 primigestas que culminan con la preparación de psicoprofilaxis obstétrica, por tal motivo se considera como muestra 30 primigestas preparadas en psicoprofilaxis obstétrica, siendo sus partos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. En la presente investigación se utilizará como instrumento la lista de chequeo, el cual tuvo como **resultados:** se encontró que del 100% de primigestas, el 60% del total, sus edades se encuentran entre los 18 y 20 años, el 26.7% entre los 21 y 23 años, y el 13.3% entre los 24 y 26 años. En relación a las atenciones prenatales, el 23.3% del total de primigestas tuvieron seis atenciones prenatales, 20% tuvieron siete atenciones prenatales, 23.3% llegaron a tener ocho atenciones prenatales, 26.7% tuvieron nueve atenciones prenatales, 3.3% del total tuvieron once atenciones prenatales y por último 3.3% tuvieron doce atenciones prenatales. En cuanto a la duración del periodo expulsivo el 70% han tenido una duración de su periodo expulsivo entre los 9 y 19 minutos, 16.7% tuvieron un periodo expulsivo con una duración de 20 a 30 minutos y el 13.3% su periodo expulsivo duró entre 42 y 55 minutos. Se observa también que en relación con el APGAR de los recién nacidos el 6.7% de los recién nacidos tuvieron un APGAR de 7 al minuto de vida, 56.7% tuvieron un APGAR de 8 al minuto de vida, y por último, 36.7% tuvieron un APGAR de 9 al minuto de vida. A su vez, se observa que del total de recién nacidos, 10% tuvieron APGAR de 8 a los cinco minutos de vida y 90% llegaron a tener 9 de APGAR a los cinco minutos de vida. Finalmente, se obtuvo que del total de la muestra estudiada el 33.3% del total (10) lograron un Muy Alto nivel de cumplimiento de la técnica de pujo, el 46.7% (14) lograron un Alto nivel de cumplimiento de la técnica de pujo, 16.7% del total (5) tuvieron un Nivel Medio de cumplimiento de la técnica de pujo, y por último, se obtuvo un 3.3% del total de primigestas (1) que tuvieron un Bajo Nivel de cumplimiento de la técnica de

pujo. **Conclusiones:** la asistencia a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y la culminación de las mismas, le permite a la primigesta lograr un adecuado nivel de cumplimiento de la técnica de pujo, siendo en su mayoría un Nivel Muy Alto y Alto, logrando entre estos el 80% del total de primigestas que se evaluaron. El correcto nivel de cumplimiento de la técnica de pujo le permitió a la primigesta lograr un menor tiempo de duración del periodo expulsivo, siendo el 86.7% del total de primigestas las que lograron tener una duración de su periodo expulsivo entre los 9 y 30 minutos, y dentro de este grupo, el 70% logró una duración entre los 9 y 19 minutos. El nivel adecuado del cumplimiento de la técnica de pujo se vio en estrecha relación con la puntuación al momento de realizar el test de APGAR que obtuvieron los recién nacidos al minuto y a los cinco minutos de vida. Observándose que al minuto y los cinco minutos de vida el total de recién nacidos obtuvieron una puntuación mayor o igual a 7.

Palabras clave: Psicoprofilaxis obstétrica, gestación, Periodo expulsivo, Recién nacido, APGAR, Técnica de Pujo.

ABSTRACT

This study was planned with the aim: To determine the level of compliance with the technique of pushing in primigestas prepared in obstetrical psycho Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2016. Material and Methods: The present research is a descriptive, prospective study cross section of applicative level, quantitative method. The population consists of 30 primigestas culminating in the preparation of obstetric psicofilaxis for that reason it is considered as sample 30 primigestas prepared in obstetrical psycho, being of the same, their births, in the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital. In the present investigation checklist, which had as results will be used as an instrument: it was found that 100% of first time, 60% of the total, their ages are between 18 and 20 years, 26.7% between 21 and 23, and 13.3% between 24 and 26 years. Regarding prenatal care, 23.3% of primiparous had six prenatal care, 20% had seven prenatal care, 23.3% came to have eight prenatal care, 26.7% had nine prenatal care, 3.3% of the total had eleven prenatal care and finally 3.3% had twelve prenatal care. As for the duration of the expulsive period 70% have had a duration of expulsive period between 9 and 19 minutes, 16.7% had a expulsive period lasting 20 to 30 minutes and 13.3% its expulsive lasted between 42 and 55 minutes. It is also noted that in connection with the APGAR for newborns 6.7% of newborns had a APGAR 7 to the minute of life, 56.7% had an APGAR of 8 to minute of life, and finally, 36.7% had a APGAR 9 to the minute of life. In turn, it is observed that the total newborns, 10% had an APGAR of 8 to five minutes of life and 90% came to have 9 APGAR at five minutes of life. Finally, it was found that the total sample studied, 33.3% of the total (10) achieved a very high level of compliance with the technique of pushing, 46.7% (14) achieved a high level of compliance technique of pushing, 16.7% of the total (5) had a standard level of compliance with the technique of pushing, and finally, 3.3% of total primigestas (1) who had a low level of compliance technique of pushing was obtained. Conclusions: attendance at sessions of obstetrical psycho and completion thereof, allows the primigesta achieve an adequate level of compliance with the technique of pushing, being mostly a very high level and Alto, achieving among these 80% of primigestas total that were evaluated. The correct level of compliance with the

technique of pushing allowed the primigesta achieve a shorter duration of the second period, with 86.7% of total primigestas which managed to have a duration of expulsive period between 9 and 30 minutes, and within this group, 70% achieved last between 9 and 19 minutes. The appropriate level of compliance was pushing technique closely with the score at the time of the Apgar score obtained newborns at one minute and five minutes of life. Noting that the minute and five minutes to live the total newborns obtained greater than or equal to 7 score.

Keywords: Obstetric Psicoprofilaxis, gestation, second stage, Newborn, APGAR, pushing technique.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años la sociedad ha sido protagonista de diversos cambios, dentro de ellos, la concientización a la adecuada preparación que deben tener las mujeres gestantes, en mayor medida, si es la primera vez que se produzca la gestación, teniendo en cuenta que la gestante llevará consigo temores, desconfianza, el rechazo al dolor del parto, entre otros pensamientos y creencias equivocadas, las cuales deben ser eliminadas para el momento crucial del parto, puesto que se debe tener en cuenta que puede llegar a producir efectos negativos dentro de todo el proceso del parto como el poco apoyo, la poca participación, y no poder disfrutar de un momento importante que marcará la vida de la gestante, como la posterior recuperación de la misma.

Se debe recalcar también, que cada mujer es única y las experiencias que posean serán independientes unas de otras, siendo el comportamiento de cada gestante variable.

Es por ello que desde inicios de la historia, la experiencia del parto ha ido cambiando, puesto que han existido diversos estudios en los cuales se buscaba mejorar la calidad de atención durante el parto, logrando concluir que dentro de los pilares para que un parto sea exitoso, es fundamental la correcta forma de pujar de la madre. Razón por la cual es considerado el pujo como el último esfuerzo que realice la gestante para la llegada de su hijo, sin olvidar que para ello no solo basta con el instinto de pujar, sino es tener la técnica correcta lo que facilitará la salida del feto y evitará así que el parto llegue a complicarse. Lo cual se cumplirá al poseer una preparación previa, asistiendo a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, que le permitirá saber cómo actuar en el momento del parto, sobre todo al no poseer experiencias previas, logrando en la primigesta la confianza y seguridad, por los conocimientos ya aprendidos, para realizar una correcta técnica de pujo, permitiendo disfrutar de su parto y participando activamente.

CAPÍTULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Desde el inicio de la vida hasta el día de hoy, la maternidad y el nacimiento de un niño ha sido sinónimo de la creación de diversas prácticas originado por el rechazo que se tiene al sufrimiento y al dolor durante el parto. Y a pesar que el parto es un acontecimiento natural, la sociedad lo califica como un periodo agobiante, produciendo en la futura madre efectos traumáticos que llegarían a complicar el proceso del parto generando en ellas un estado emocional negativo, poco apoyo y participación en el parto, producto del temor, que es en muchos casos desencadenante de una gran tensión que va en aumento a medida que se acerque el día del parto, agregado de la preocupación por la espera de esta nueva etapa en su vida.¹ El parto es pues considerado uno de los acontecimientos más relevantes en la vida de la mujer, sobre todo si

es la primera vez que sucede este acontecimiento, ya sea por las circunstancias emocionales que se asocian, como por las consecuencias que generan tanto en ellas como en el recién nacido. La actitud que presentan las mujeres frente a su primer parto no será homogénea y va depender de diversas causas, las cuales condicionan el comportamiento de la mujer en el parto.²

La mujer actuará ante su embarazo y parto, con una ideología que viene ya determinada por cada sociedad y por cada momento en la historia. Y si bien en todas las culturas la madre tiene asignado un papel que la convierte en la responsable de las tareas y los cuidados que se relacionan con el parto, el grado de la responsabilidad ya mencionada se ha ido modificando al transcurrir del tiempo por la influencia de diversos factores, siendo entre estos factores la situación económica, el nivel cultural o el tipo de relación que lleva con la pareja y familia.³

Hasta el siglo pasado los partos se daban en las casas y formaban parte de las experiencias entre los miembros de la familia, siendo el soporte y el apoyo de la familia indispensable para la mujer. A mediados de los sesenta, al darse la construcción de grandes hospitales, el parto como otros innumerables aspectos de la vida pasaron a convertirse en un acto público vivido entre extraños.³ El control del embarazo, la mejora de la calidad de la alimentación y condiciones de vida, unidos al uso de medios de vigilancia materno-fetal lograron ser factores que permitieron la disminución de la morbilidad materno-perinatal, no cabe duda entonces decir que, los partos hospitalarios les proporcionó una mayor seguridad, pero se perdió notablemente el apoyo afectivo y la falta de control por parte de la parturienta al momento de parir.³

En vista de la necesidad de buscar una solución de tan traumático momento para la gestante, diversas escuelas psiquiátricas y obstétricas plantearon la educación materna durante el periodo de gestación, el cual se basaría en el entendimiento de los fenómenos fisiológicos del embarazo, parto y de las distintas situaciones a las cuales pueda ser

sometida, lo cual permitiría enfrentar el temor de dicho evento fisiológico.⁴

A inicios del siglo XX se comenzó con la búsqueda de aliviar el dolor del parto tal como fue descrito en el año 1914 por el médico Grantly Dick Read en su obra "Parto sin dolor" dando inicio a la explicación científica de la psicoprofilaxis obstétrica.⁴ En el año 1933 se propone por primera vez dar un curso formal a la embarazada a través de técnicas de relajación para disminuir el estrés y dolor durante el parto; luego, en 1940, en Rusia, Platonov, Nicolaiev, aplicaron técnicas a las parturientas para que condicionen sus respuestas al trabajo de parto, y estas fuesen positivas. Siendo desde entonces las técnicas psicoprofilácticas utilizadas, posteriormente difundidas por Europa y América.⁴ En el año 1952, Lamaze, en Francia, busca erradicar los miedos y supersticiones que se tenía, educando a las gestantes para aquellos reflejos condicionados y disminuir el dolor, lo que permitió que la mujer logre colaborar de manera activa en el parto y facilitar así una relación más positiva con su hijo.⁴ Estudios realizados en EE.UU desde la última década de los noventa mostraron que según la adecuada preparación que se les brinde a las gestantes en el embarazo, se vería plasmada en la correcta técnica que se tenga al momento de parir, la capacidad de poder autocontrolarse, la correcta forma de respirar y sobre todo la correcta ejecución del pujo. En el año 1994, se realizó un estudio el cual tuvo como objetivo comparar aquellos pujos en gestantes que llevaron una preparación psicoprofiláctica (n = 163) y las que no llevaron ningún tipo de preparación (n = 157) en el periodo expulsivo, siendo en las mujeres que llevaron preparación psicoprofiláctica menor la duración de su periodo expulsivo. Otro estudio realizado (n = 128) también en 1994, buscó determinar la incidencia de complicaciones uroginecológicas posparto y del suelo pélvico al ejecutar la técnica de pujo en relación con aquellas gestantes que hayan asistido a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, siendo su evaluación a largo plazo (tres meses después del parto), se evidenció que existió una disminución en las complicaciones

uroginecológicas en aquellas gestantes preparadas. Un pequeño estudio inglés realizado en el 2000 tuvo como fin determinar el efecto del pujo en las gestantes preparadas frente a las gestantes no preparadas sobre la duración del parto y otros resultados, así como en la satisfacción materna; siendo el periodo de dilatación y expulsivo mayor en aquellas gestantes que no asistieron a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica. Otro estudio realizado en el 2007 (meta análisis) muestra que aquellas mujeres con preparación psicoprofiláctica presentan un mayor número de partos vaginales, menor riesgo de partos instrumentados y un menor tiempo de pujo, indicando así los resultados obtenidos que el parto con una preparación psicoprofiláctica, incrementa con seguridad y efectividad los partos vaginales reduciendo los partos instrumentados y el tiempo de pujo.⁵

En el Perú, a mediados de 1953, Lucio Castro Medina publicó un artículo acerca de la preparación psicofísica de una gestante. En 1989 se realizó estudios en el Hospital Edgardo Rebagliati, donde se evidenciaron las diferencias en cómo reaccionan ante el parto las mujeres que hayan llevado o no preparación psicoprofiláctica.

Es así, que al poder evidenciarse las grandes ventajas que se logra al acudir a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, el MINSA (Ministerio de Salud) a partir de 1995 consideró dentro de los lineamientos normativos, la psicoprofilaxis obstétrica, valorada como una actividad de carácter obligatorio en la atención de las madres gestantes de nuestro país,⁴ razón por la cual se vieron en la necesidad de realizar la primera Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, teniendo como finalidad estandarizar los procesos de la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, en los servicios de Obstetricia de todos los establecimientos de salud para contribuir así a la reducción de la morbilidad materna y perinatal, la cual fue aprobada el 6 de mayo del 2011.¹⁶

Gracias a la aplicación de la psicoprofilaxis obstétrica en los diversos establecimientos de salud, ha permitido que la mujer llegue a adquirir una

mejor actitud durante el trabajo de parto, el parto en si, al tener una correcta aplicación de las técnicas de relajación, respiración y pujo, las cuales se reflejan en la significativa disminución de las complicaciones y la colaboración activa de la gestante durante el parto y por la reducción del tiempo promedio del trabajo de parto (fase activa, expulsivo y alumbramiento), ratificando así la gran importancia de su ejecución.⁴

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación temporal: el presente trabajo se realizará entre los meses de Agosto y Setiembre del año 2016, por ser considerado un periodo que permite establecer el objetivo planteado.

1.2.2 Delimitación espacial: esta investigación se realizó en el servicio de Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, el cual se ubica en la Av. Sáenz Peña, cuadra 6 s/n del distrito de Puente Piedra. Forma parte de la Categoría II – 2 y posee un sexto nivel de complejidad.

1.2.3 Delimitación social: en la actualidad el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz cuenta con un total de 761 trabajadores en los 32 servicios que presenta, de los cuales 140 son médicos de diferentes especialidades, contando con 19 médicos gineco – obstetras y 54 obstetras. En el servicio de Gineco – Obstetricia por mes aproximadamente 60 primigestas son controladas y 140 primigestas tuvieron su parto en el Hospital. En el servicio de psicoprofilaxis obstétrica 30 primigestas al mes aproximadamente acuden a todas las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (seis sesiones) y 30 llegaron acudir al menos a una sesión. Por ello se considerará como población a estudiar, todas aquellas primigestas que completaron las seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año, 2016.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el nivel de cumplimiento de la técnica de pujo en primigestas preparadas en psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2016?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar el nivel de cumplimiento de la técnica de pujo en las primigestas preparadas en psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2016.

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Por ser una investigación descriptiva no se considera hipótesis.

1.5.1. Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

VARIABLE	INDICADORES	ÍTEMS
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LA TÉCNICA DE PUJO	IDENTIFICACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO	Reconoce el inicio del periodo expulsivo.
	POSICIÓN DE LA GESTANTE	Se coloca en posición decúbito dorsal.
		Separa las rodillas.
		Flexiona las piernas apoyadas en las pierneras de la camilla ginecológica.
		Los brazos se encuentran paralelos al cuerpo.
		Separa los muslos haciendo presión con las manos en las manijas de la camilla ginecológica.
	TÉCNICA DEL PUJO	Al inicio de la contracción se realiza una espiración forzada.
		Inspira profundo manteniendo la boca cerrada.
		Retiene el aire inspirado.
		Eleva la cabeza hacia adelante dirigiendo mentón hacia el pecho.
		Inicia el pujo con la boca cerrada.
		Contrae los músculos abdominales.
		Relaja zona perineal.
		Mantiene los muslos separados mientras puja.
		Deja de pujar al término de la contracción según las indicaciones dadas por obstetra.
	TÉCNICA DE RESPIRACIÓN JADEANTE	A la salida de la cabeza fetal la gestante inhala el aire por la nariz.
		Coloca la lengua a nivel del paladar.
		Exhala el aire de manera entrecortada con la boca abierta.

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de Investigación

El presente estudio realizado es descriptivo porque busca obtener los conocimientos a través de la recolección de datos, los cuales permiten presentar los hechos tal como sucedieron. Es prospectivo porque la información obtenida será a futuro. De corte transversal puesto que, los datos registrados se obtuvieron de manera única en un determinado momento.

1.6.2 Nivel de Investigación

El nivel del presente trabajo es aplicativo porque se realizará basado en hechos reales y concretos, de carácter netamente utilitarios, ya que servirán para garantizar la necesidad de la correcta aplicación del problema en cuestión, en este caso, el correcto cumplimiento de la técnica de pujo en primigestas preparadas en psicoprofilaxis obstétrica.

1.6.3 Método de investigación

Este estudio es cuantitativo porque se vale de cantidades para poder analizar la información obtenida con un nivel de error y confianza aceptable.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población y muestra

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz cuenta con el servicio de psicoprofilaxis obstétrica, servicio donde se logra la asistencia de 65 gestantes al mes, de las cuales son 45 gestantes de este grupo quienes llegan a completar con las seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, siendo 30 primigestas de este total las cuales completan con las seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica al mes en el establecimiento de salud ya mencionado. A su vez también, el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz al mes llega a registrar 230 partos, siendo dentro de este grupo, 140

partos de gestantes por primera vez. Por tal motivo se considera la muestra a evaluar en el presente estudio 30 primigestas preparadas en psicoprofilaxis obstétrica y sus partos sean en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

En vista que el Hospital aún no cuenta con espacios habilitados para partos con acompañantes, las parturientas deben afrontar este crucial momento sólo en compañía de las obstetras quienes atienden el parto, a pesar que la asistencia a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica hayan sido con sus parejas. Por ello, se definió como criterios para ser consideradas como unidad de análisis:

Criterios de inclusión:

- Primera gestación.
- Primigesta preparada que ingrese a Centro obstétrico en periodo expulsivo.
- Primigesta que haya completado con las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (seis sesiones).
- Primigesta preparada mayor de 18 años.
- Primigesta preparada con edad gestacional de 37 a 40 semanas.
- Primigesta preparada que no presente complicaciones durante el periodo expulsivo (distocia de hombros, distocia funicular, periodo expulsivo prolongado, líquido amniótico meconial, entre otros).
- Participación voluntaria en el estudio.
- Primigesta preparada sin analgesia.
- Parto eutócico.
- Parto horizontal.
- Líquido amniótico claro.
- Recién nacido vivo.

Criterios de exclusión:

- Más de una gestación.

- Primigesta que no haya completado las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.
- Primigesta menor de 18 años.
- Primigesta con edad gestacional menor de 37 semanas.
- Primigesta que presente complicaciones durante el periodo expulsivo (distocia de hombros, distocia funicular, periodo expulsivo prolongado, líquido amniótico meconial, entre otros).
- Primigesta que termine programada para cesárea.
- Primigesta que no desee participar de forma voluntaria en el estudio.
- Primigesta con analgesia.
- Parto vertical.
- Líquido amniótico meconial.
- Primigesta que presente circular simple ajustado al cuello.
- Primigesta que presente circular doble o triple al cuello.
- Óbito fetal.
- Presentación podálica.

1.8 TÉCNICA E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnica

En el presente trabajo de investigación para poder lograr la obtención de los datos necesarios se deberá pedir el permiso y la autorización oportuna y respectiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, para obtener la información más óptima.

Posteriormente se pedirá el permiso correspondiente a las pacientes (primigestas preparadas) a ser observadas, previo consentimiento informado. Para ello se poseerá como instrumento la lista de chequeo que se realizará a toda primigesta que cumpla con los criterios ya determinados.

1.8.2 Instrumento

El instrumento a aplicarse es una lista de chequeo, la cual fue elaborada teniéndose en cuenta la variable en el presente estudio.

En vista que el instrumento fue creado por la autora de la investigación mencionada, debió pasar por etapas de validación y confiabilidad. Para la validación respectiva, la lista de chequeo fue sometida a Juicio de expertos, tomando en cuenta la evaluación de tres jueces expertos en el tema de investigación (nivel de cumplimiento de la técnica de pujo en primigestas preparadas en psicoprofilaxis obstétrica), a los cuales se les proporcionó una ficha de validación que facilitó la evaluación, previas observaciones encontradas y corregidas.

En tanto a la confiabilidad del presente trabajo de investigación, se realizó una prueba piloto en 10 partos de primigestas preparadas en psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, cuyos resultados fueron analizados mediante SPSS y tuvo una confiabilidad de 0.73 mediante el alfa de Crombach, método de consistencia interna el cual permite estimar la fiabilidad de la lista de chequeo aplicada, a través del conjunto de ítems que midieron la dimensión teórica. La validez está referida al grado en que la lista de chequeo mide el nivel de cumplimiento de la técnica de pujo, lo cual asume que los ítems miden un mismo constructo y están correlacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados, es por ello que se considera fiable el instrumento aplicado.

La lista de chequeo, como instrumento de la investigación realizada, consta de dos partes: la primera parte basada en la recolección de los datos de la primigesta, y la segunda parte, la lista de chequeo, propiamente dicha.

En la recolección de los datos se dividirá en cuatro puntos básicos: como primer punto, los datos generales de la primigesta (edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, lugar de nacimiento y procedencia), en segundo punto, las características obstétricas (fórmula obstétrica y número de atenciones

prenatales), como tercer punto se tendrá en cuenta la asistencia a las seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica para considerar una primigesta preparada, y último punto, las características del parto (duración del periodo expulsivo y el APGAR del recién nacido).

La lista de chequeo se dividirá en cuatro momentos: primero será la identificación en la primigesta del periodo expulsivo, la cual cuenta con un ítem para evaluar; segundo, la posición de la gestante, que será evaluada por 5 ítems; tercero, la técnica de pujo, con 9 ítems; y por último, la técnica de respiración jadeante, que contará con 3 ítems para su respectiva evaluación. La calificación de la evaluación será con Si o No, teniendo una puntuación de 1 y 0, respectivamente.

Los resultados serán clasificados por Nivel Muy Alto de cumplimiento, Nivel Alto de cumplimiento, Nivel Medio de cumplimiento, Nivel Bajo de cumplimiento y Nivel Muy Bajo de cumplimiento, en la cual se podrá considerar un Nivel Muy Alto de cumplimiento de la técnica de pujo aquellas primigestas que se encuentren entre 18 y 16 puntos su calificación, aquellas primigestas que tengan entre 15 y 13 puntos se considerarán dentro del Nivel Alto de cumplimiento de la técnica de pujo, las primigestas que obtengan una puntuación entre 12 y 10 se considerará un Nivel Medio de cumplimiento de la técnica de pujo, aquellas primigestas que tengan una puntuación entre 9 y 6 formaran parte del Nivel Bajo de cumplimiento de la técnica de pujo, y por último, aquellas primigestas que obtengan una puntuación menor o igual a 5 serán consideradas un Nivel Muy Bajo de cumplimiento de la técnica de pujo.

Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento en la presente investigación fueron analizados, al igual que la prueba piloto, mediante SPSS y tuvo una confiabilidad de 0.73 mediante el alfa de Crombach, ya mencionado anteriormente.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El periodo expulsivo está definido como la segunda fase del trabajo de parto el cual se inicia al completar la dilatación cervical (diez centímetros) y culminando con la expulsión completa del feto, teniendo como protagonista en dicho proceso a la gestante, la cual debe realizar los pujos necesarios que logran la salida del niño en camino.

La técnica del pujo, es la tarea que debe realizar la gestante por excelencia para la salida del feto, la cual al ser realizada de manera correcta facilitará en gran medida el desplazamiento del mismo a través del canal del parto evitando así demoras innecesarias y complicaciones. Se debe tener en cuenta también que al no poseer una correcta técnica del pujo puede llegar a causar en la madre: alteraciones hemodinámicas, lesiones de los músculos perineales y ligamentos uterinos, mayor incidencia de partos instrumentados, hemorragias por desgarros cervicales, atonía uterina, entre otros. Por otro lado en el feto puede causar desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal, hipoxemia, cambios en el equilibrio del pH fetal, sufrimiento fetal agudo (SFA), asfixia, traumas obstétricos como lesiones neurológicas y anatómicas (fractura de clavícula). A diferencia de aquella primigesta que realice una correcta técnica poseerá: menor fatiga o cansancio, menor incidencia de traumatismos perineales, mayor protección del suelo pélvico, menor tasa de incontinencia y prolapso de órganos pélvicos en el futuro y favorecer a la lactancia materna exclusiva.

Por ello, se concluye que es de suma relevancia la correcta realización de la técnica de pujo, la cual ha sido aprendida por las gestantes en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, liberándola de temores y con mejores condiciones para una recuperación óptima y rápida que permitan lograr que se asuma con tranquilidad y confianza esta nueva etapa en la vida de la gestante educada. Se tomará en cuenta también, que la adecuada preparación determinará experiencias futuras en la vida de la mujer, como partos posteriores e incluso el vínculo madre – hijo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES

Antecedentes Nacionales

Tafur Rodas, María Teresa en su trabajo realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de marzo a mayo del 2015, con el **objetivo:** Determinar la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en la actitud frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de marzo a mayo del 2015. **Material y Método:** Estudio cuasi-experimental, de corte transversal, prospectivo, en el que se incluyó a 60 gestantes en trabajo de parto que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, las cuales fueron divididas en dos grupos: grupo de estudio (n=30), al que se le aplicó la guía de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia y grupo control (n=30), al que no se le aplicó la guía. Para el análisis descriptivo, en las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central (mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar) y en las

variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para el Análisis Inferencial, se utilizó la prueba Chi cuadrado, el cual fue significativo cuando tenía un valor $p < 0.05$. Obteniendo como **resultados** que: Las actitudes de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia frente a las que no recibieron fueron estadísticamente significativas durante el periodo de dilatación ($p < 0.001$), expulsivo ($p < 0.001$) y alumbramiento ($p < 0.001$). Asimismo, las primigestas que recibieron Psicoprofilaxis de emergencia tuvieron una actitud positiva (56.6%) durante el trabajo de parto en comparación con las pacientes del grupo que no recibió la intervención, pues ninguna presentó una actitud positiva, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). **Conclusiones:** la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia influye de manera significativa ($p < 0.001$) en la actitud positiva frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de marzo a mayo del 2015.⁶

Vidal Polo, Paola, Santiago Alvarado, Ángela en su trabajo realizado en sala de partos del Instituto Especializado Materno Perinatal, con el objetivo: Conocer los factores asociados a la participación activa de la parturienta con preparación en Psicoprofilaxis Obstétrica, en sala de partos del Instituto Especializado Materno Perinatal en el año 2004. **Material y métodos:** se realizó un estudio Comparativo, Observacional, Prospectivo, en parturientas atendidas en Sala de Partos del Instituto Especializado Materno Perinatal, se evaluaron 60 parturientas con preparación en Psicoprofilaxis Obstétrica y 60 sin Preparación en Psicoprofilaxis Obstétrica. Se analizaron 12 variables, sobre los Factores asociados a la Participación Activa de la Parturienta con y sin Preparación en Psicoprofilaxis Obstétrica. Obteniendo como **resultados:** se observó que el 90%

de las pacientes con Psicoprofilaxis Obstétrica participaron activamente, dentro de las cuales el 53.7% fue bueno, el 18.5% fue muy bueno y el 3.7% fue excelente; a comparación de las parturientas sin Psicoprofilaxis obstétrica donde el 73.3% participó activamente; pero el 90.9% de este grupo tuvo una participación regular, solo el 9.1% fue buena. El grado de Instrucción tiene asociación con la participación activa en ambos grupos de estudio. Las parturientas con Psicoprofilaxis obstétrica que participaron activamente, son en un 55.6% de secundaria completa y en un 33.3% de estudios superiores. Además Observamos que las parturientas sin Psicoprofilaxis obstétrica con Secundaria incompleta, superior no universitaria incompleta y Superior universitaria completa, absolutamente todas participan activamente, a pesar de no haber llevado el curso de Psicoprofilaxis Obstétrica. El factor ocupación tiene asociación con la participación activa, con un $p < 0.05$, los resultados obtenidos son, que la ocupación de las parturientas con Psicoprofilaxis obstétrica que participaron activamente es en un 81.5% amas de casa y aquellas que no participan activamente son empleadas en un 66.7%. Existe asociación estadísticamente significativa entre la planificación del embarazo y la participación activa, observamos que, todas las parturientas que participaron activamente y que llevaron Psicoprofilaxis obstétrica planificaron su embarazo. Cabe resaltar que absolutamente todas las que no participaron activamente, no planificaron su embarazo, a pesar de tener Psicoprofilaxis obstétrica. Dentro del grupo de las parturientas sin Psicoprofilaxis obstétrica que participaron activamente, el 54.5% planificó su embarazo y dentro de las que no participaron activamente, el 75% no lo planificó. Existe asociación estadísticamente significativo entre la paridad y participación activa con un $p = 0.049$. Las Parturientas con Psicoprofilaxis obstétrica que participaron activamente fueron

primigestas nulíparas en un 59.3% y todas las segundigestas nulípara (40.7%).⁷

Llave Reducindo, Edmundo Cristian en su trabajo en el INMP durante el año 2013, con el **objetivo:** Comparar los resultados materno-perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el INMP durante el año 2013. **Material y método:** Estudio de tipo Observacional, descriptivo-comparativo, retrospectivo, de corte transversal. Se trabajó con la población de pacientes que culminó su gestación en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2013, conformado por el grupo de pacientes con 6 sesiones de psicoprofilaxis (n=264) y el grupo de pacientes con menos de 3 sesiones (135 pacientes). Se estimaron las frecuencias absolutas y relativas para variables de cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Se utilizó para el análisis bivariado la prueba Chi cuadrado para las variables cualitativas. Toda interpretación estadística se realizó con un nivel de significancia del 95%. Obteniendo como **resultados:** La edad promedio de las usuarias fue de 27.29 años, con grado de instrucción secundaria (65.7%). El 66.2% de las participantes asistió a seis sesiones y el 33.8% asistió a menos de tres sesiones de psicoprofilaxis. El 72% de las pacientes que participaron de 6 sesiones de Psicoprofilaxis y el 78.5% con menos de tres sesiones, tuvieron un parto vaginal. La mayor proporción de pacientes con seis y menos de tres sesiones de psicoprofilaxis tuvieron un inicio de trabajo de parto espontáneo (70.8% y 64.4% respectivamente). A la mayoría de las participantes de seis sesiones de psicoprofilaxis (58.8%) y menos de tres sesiones (59.2%) se les realizó episiotomía. La analgesia epidural fue aplicada al 25.3% y al 16% de las pacientes (seis sesiones y menos de tres sesiones). La duración promedio del primer periodo del parto en el grupo de pacientes con seis

sesiones y con menos de tres sesiones de psicoprofilaxis fue similar. La duración promedio del segundo periodo de parto en aquellas pacientes del primer grupo fue ligeramente mayor (0.24 horas) comparado con el segundo grupo (0.22 horas). La duración promedio del tercer periodo de parto en las participantes con seis sesiones fue menor (0.10 horas) que las participantes con menos de tres sesiones (0.11 horas). El resultado de peso del recién nacido fue similar en ambas participantes entre 2500 gr a 3999 gr (6 sesiones: 92.8% y menos de tres sesiones: 94.1%). Hubo mayor porcentaje de recién nacidos con peso \geq 4000 gr en el grupo de pacientes con menos de tres sesiones (5.9%) en comparación al grupo de pacientes con seis sesiones (4.9%). La talla del recién nacido en ambos grupos se encontró entre 49.6-55 cm (seis sesiones: 65.9% y menos de tres sesiones: 72.6%), con Apgar al minuto de 7 a 10 (96.6% en recién nacidos de pacientes con seis sesiones de psicoprofilaxis y 91.1% en recién nacidos de pacientes con menos de tres sesiones). La mayoría de pacientes con seis sesiones educativas (72.7%) y con menos de tres sesiones (66.7 %) tuvieron contacto piel a piel con los recién nacidos. **Conclusiones:** el inicio de trabajo de parto espontáneo, el parto vaginal, la duración del periodo de dilatación y del expulsivo fueron similares en las usuarias que completaron las seis sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y las que participaron en menos de tres sesiones; sin embargo la duración del periodo de alumbramiento fue menor en el grupo que participó de las seis sesiones ($p=0.009$). Los resultados perinatales como el peso, la talla, el Apgar a los cinco minutos y el contacto piel a piel fueron similares en las usuarias que completaron las seis sesiones y en las que participaron en menos de tres; sin embargo, el Apgar al minuto fue significativamente mayor en el primer grupo ($p=0.014$).⁸

Zavala Calderón, Yasmin Lizzet en su trabajo realizado en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de abril a mayo del 2015, con el **objetivo:** Determinar los factores que influyen en el comportamiento de las gestantes durante el trabajo de parto en el Servicio de Centro Obstétrico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de abril a mayo del 2015. **Material y Método:** Es de tipo observacional, de diseño transversal, descriptivo correlacional, prospectivo. La muestra estuvo conformada por 200 gestantes que acudieron al Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el período de abril a mayo del 2015. Para el análisis de los datos de las variables cuantitativas se estimó medidas de tendencia central (medias y promedios) y medidas de dispersión (desviación estándar), para el análisis de variables cualitativas (nominal) se estimó frecuencias absolutas y porcentajes (frecuencias relativas). Para el análisis inferencial se estimó el cálculo de la prueba Chi cuadrado con un nivel de confianza (IC) del 95% ($p \leq 0.05$). Obteniendo como **resultados** que del total de gestantes el 88% tiene comportamiento inadecuado y el 12% tiene comportamiento adecuado. Dentro de los factores sociales la edad de la madre tiene influencia significativa con el comportamiento de las gestantes en trabajo de parto ($p=0.001$). El 33.3% de gestantes que tienen un comportamiento adecuado y el 8% de gestantes que tienen un comportamiento inadecuado tienen la edad menor de 20 años, de manera que existe una influencia entre la edad menor de 20 años de la gestante y el comportamiento adecuado. Por otro lado, el 50% de gestantes que tiene un comportamiento adecuado y el 76,1% de gestantes que tiene un comportamiento inadecuado tienen una edad comprendida entre 20 a 35 años, evidenciándose una influencia entre la edad de 20 a 35 años y el comportamiento inadecuado. Dentro de los factores obstétricos el factor que influyó en el

comportamiento de las gestantes fue la gestación planificada ($p=0.035$) ya que el 29.17% de las gestantes que planificaron su gestación tuvieron un comportamiento adecuado comparado con solo el 8.52% de las gestantes que presentaron un comportamiento inadecuado. Dentro del factor psicológico el factor el miedo al parto ($p=0.035$) se relacionó de manera significativa con el comportamiento de las gestantes durante el trabajo de parto; es decir, que solo un 50% de las gestantes que manifestaron miedo al parto tuvieron un comportamiento adecuado mientras que el 78.4% tuvo un comportamiento inadecuado. Dentro del factor clínico el 16.7% de las gestantes con comportamiento adecuado, y el 42% de las gestantes con un que comportamiento inadecuado durante el trabajo de parto tuvieron ruptura espontánea de membranas, evidenciándose que existe una influencia entre la ruptura espontanea de membranas y el comportamiento inadecuado. Dentro del factor humano, el 66.7% de las gestantes que tuvieron un comportamiento adecuado y el 43.2% que tuvieron un comportamiento inadecuado fueron atendidas por un profesional obstetra que evidenciándose una influencia significativa entre el comportamiento adecuado y la atención recibida por el obstetra ($p=0.016$). Asimismo a las gestantes que se les dejó sola “mínimamente” tuvieron un adecuado comportamiento en el trabajo de parto en un 66.7%, mientras que a las gestantes que le dejaron sola “casi siempre”, tuvieron un inadecuado comportamiento en el 47.7%. ($p<0.001$).

Conclusiones: dentro del factor social, obstétrico, psicológico, clínico y humano los factores que influyen en el comportamiento de las gestantes durante el trabajo de parto es la edad, la gestación planificada, la ruptura espontánea de membranas, la atención recibida por el profesional obstetra y la compañía a la paciente en trabajo de parto.⁹

Antecedentes Internacionales

Villamagua Conza, Diana, Cajamarca Durán, Angélica María en su trabajo realizado en el hospital Julius Doepfner de la ciudad de Zamora en el año 2015 con el **objetivo**: determinar la aplicación de la psicoprofilaxis en las mujeres embarazadas atendidas en el hospital Julius Doepfner. **Material y Métodos**: El diseño de la investigación fue descriptivo, bibliográfico, campo, transversal, las técnicas utilizadas fueron la encuesta y la observación con los instrumentos el cuestionario y la guía de observación respectivamente, aplicados a una muestra de 40 mujeres embarazadas obteniendo los como **resultados**: el 42,50% de las gestantes se encuentra entre las edades de 19 y 30 años, unión libre con el 47,50%, de instrucción bachiller el 65%, del sector urbano el 67,50 %, de etnia mestiza con el 72,50%, de nivel socioeconómico el 77,50%, primíparas el 65%; en la aplicación de las técnicas de la psicoprofilaxis en el embarazo, el 100% de las gestantes no aplican ejercicios psicoprofilácticos. Como factores de la no aplicación de la psicoprofilaxis se encontró que el 22,50% de las gestantes encuestadas no aplican por embarazo de alto riesgo, causado por enfermedad hipertensiva con el 10%, el 7,50% por amenaza de aborto, con igual porcentaje el riesgo de parto prematuro y placenta previa con el 2,50%; el 10% de las mujeres encuestadas admiten llevar un embarazo no deseado y el 100% afirman que por el desconocimiento no aplican este método. Se realizó un plan de intervención que consistió en educación, promoción y práctica de las técnicas de psicoprofilaxis realizadas en el Hospital Julius Doepfner. **Conclusiones**: se concluye que no existe aplicación de las técnicas de psicoprofilaxis por parte de las mujeres embarazadas, cuyo factor principal es el desconocimiento.¹⁰

Quiroz Mora, Carlos Andrés, Rivera Ojeda, Robert, Salazar Ciendua, Laura Ximena, Solís Cárdenas, Diana Patricia en su trabajo realizado en el Centro de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Hospital Bertha Calderón Roque. Agosto–Noviembre, 2014, con el **objetivo**: comprobar la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en el periodo pre-parto en las adolescentes embarazadas del Centro de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Hospital Bertha Calderón Roque. Agosto- Noviembre, Managua, Nicaragua, 2014. Los objetivos son: Identificar las características socio demográfico de las embarazadas adolescentes; Establecer el nivel de conocimiento adquirido durante el curso psicoprofiláctico en las gestantes; Determinar la actitud de las gestantes en el periodo de preparación al parto; Describir las condiciones físico-anatómicas de las adolescentes embarazadas en pre parto. **Material y Métodos**: correspondió un estudio de campo de tipo no experimental transeccional descriptivo ya que se describieron los resultados de las embarazadas, con un enfoque cuantitativo estudiando los hallazgos para posterior cuantificarlo, de corte transversal porque se estudia en un tiempo establecido, es prospectivo porque se realizó conforme se presentaron los hechos, contando con un universo de 10 adolescentes de 14 a 19 años. La muestra fue elegida por conveniencia que cumplían los criterios de inclusión. La recolección de información se aplicó una encuesta para evaluar el conocimiento de las adolescentes acerca de este tema. La observación directa permitió conocer la actitud de ellas al respecto, se realizó una valoración musculoesquelética y un examen del suelo pélvico. Obteniendo como **resultados**: se encontró que un 50% de las encuestadas tiene conocimiento bajo, el 60% mostro buena actitud y en cuanto a las condiciones físicas anatómicas el 80% adopta mala postura durante el embarazo,

esto se debe a la segregación de hormona relaxina afectando más a unas que a otras.¹¹

Artieta Pinedo, Isabel, Paz Pascual, Carmen, Grandes Gonzalo, Remiro, Fernández de Gamboa, Gurutze, Odriozola Hermosilla, Itziar, Bacigalupe, Amaia, Payo, Janire en su trabajo realizado en Bizkaia, España tiene como **objetivo**: evaluar los beneficios de AE durante el proceso de parto, el control de los posibles efectos de confusión de otras variables y que implica una evaluación exhaustiva del proceso de nacimiento. **Material y métodos**: Estudio observacional prospectivo se llevó a cabo en Bizkaia, España, para seguir 616 de bajo riesgo las mujeres nulíparas embarazadas de 18-42 años hasta el parto. Las mujeres que habían asistido a diferentes números de sesiones AE se compararon en términos de lo siguiente: si llegaron al hospital en trabajo de parto establecido, si recibieron anestesia epidural antes de la fase activa del parto, la duración de la primera y segunda etapas (es decir, la dilatación y entrega), la ansiedad (hospital Anxiety and Depression Scale), tipo de nacimiento, lesiones perineales, la satisfacción con la experiencia, y la puntuación de Apgar 5 minutos. Los resultados fueron ajustados por edad, nacionalidad, nivel de educación, la clase social, la personalidad y el hospital donde ocurrió el nacimiento. Obteniendo como **resultados**: las mujeres españolas que habían asistido a clases AE experimentaron menos ansiedad durante el parto que las que no tenían (Hospital Anxiety and Depression Scale puntuación ajustada diferencia = -1.5, 95% intervalo de confianza = -0,1 a -3,0), mientras que no se encontró lo contrario para las mujeres inmigrantes (ajustada diferencia = 2,4; intervalo de confianza del 95% = -0,6 a 5,4; AE x interacción nacionalidad, p = .02). No se encontró relación dosis-respuesta entre AE y la ansiedad, y no se observaron beneficios para las demás variables. **Conclusiones**: La educación prenatal no se encuentra asociado con beneficios

durante el parto. La investigación posterior se debe centrar en el rediseño y la evaluación de AE a la luz de las necesidades actuales de las mujeres.¹²

Vidal Martí, Arlene, Reyes López, Marta Madelín, Fernández Rabasa, Yusleidys, González Cuesta, Glenda, Acosta Garrido, Tamara, Yero Arniella, Luís Ángel en su trabajo realizado en el Hogar Materno Área II tiene como **objetivo**: determinar la seguridad y satisfacción de las gestantes al recibir el curso básico sobre la preparación psicofísica para el parto. **Material y Métodos**: estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo realizado en el Hogar Materno Área II, con el universo de 113 embarazadas ingresadas en el período de febrero 2008 a mayo 2009, las cuales recibieron el curso básico sobre preparación psicofísica para el parto. Se analizaron las variables: edad gestacional, paridad, conocimientos previos sobre psicoprofilaxis y conocimientos alcanzados después de finalizada las sesiones, grado de seguridad y satisfacción de las embarazadas durante la labor del parto. Obteniendo como **resultados**: predominó la edad gestacional de 29-35 semanas (48,6 %), el nivel de escolaridad de pre-universitario (47,8 %). Al iniciar el curso no tenía conocimientos el 68,5 %; al finalizar el curso refirió haberse capacitado el 87,7 %; después del parto, 96,4 % se sienten seguras y satisfechas de haber recibido clases. **Conclusiones**: el curso de preparación psicofísica para el parto brindó seguridad y satisfacción a la gestante durante el embarazo y el parto.¹³

2.1.2 BASES TEÓRICAS

PSICOPROFILÁXIS OBSTÉTRICA

No hace mucho tiempo se consideraba la preparación para la llegada de un hijo el cuidado de la alimentación, la visita al médico y demás hábitos, esperando nueve meses hasta el momento del

parto sabiendo que el dolor que lo acompañaría sería muy intenso. En los últimos años la situación mencionada ha ido variando puesto que se vio una gran preocupación por abordar temas que se encuentren orientados a mejorar la salud materna, preparación física, psicológica y emocional para lograr así la llegada de un hijo, adoptando una actitud positiva ante la nueva situación. Razón por la cual existe una nueva orientación de los programas de psicoprofilaxis obstétrica acorde al nuevo modelo de atención integral en salud (MAIS) que encuentra como centro a la persona en todas sus dimensiones (biológica, física, social y emocional). En la actualidad la psicoprofilaxis obstétrica es el conjunto de actividades, métodos y técnicas ligadas a brindar una atención integral a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, con la participación activa de la pareja y la familia.¹⁴

La psicoprofilaxis obstétrica es considerada mucho más que la simple prevención psíquica del dolor del parto, como lo fue en un inicio, por ello a lo largo de los años se ha ido transformando en una preparación integral para evitar los factores de riesgo del embarazo, parto y puerperio, evitando riesgos en el recién nacido.¹⁴

La educación que se brinda para el parto es aquella preparación que busca darle solución a las necesidades que se expresan y se sienten. Existe variedad de programas que surgieron como una respuesta a las necesidades que se presentan. Según León Chertok dentro de una serie de puntos en común se resume en: dotar de una información sobre reproducción humana, del trabajo de parto y el parto en sí, lograr una relajación óptima y el aprendizaje de técnicas de relajación para amortiguar las sensaciones negativas que acompañan al proceso del parto.¹

Por ello desde una óptica psicológica se busca disminuir el grado de ansiedad que acompaña el proceso de parto, siendo el parto considerado un proceso natural que trae consigo un elevado nivel

de tensión que aumenta debido a la angustia que se posee de lo desconocido. Es por eso que la educación para el parto busca enfrentar la angustia, disminuirla y generar así una adaptación.¹

A. OBJETIVOS

- Capacitar a la gestante, teórica, física y psicológicamente acerca de todos los cambios fisiológicos propios del embarazo, parto y puerperio, y las complicaciones que conlleva.
- Captar a la mayor cantidad de gestantes para que acudan a la atención prenatal y promover el parto institucional.
- Desarrollar actividades específicas por grupos de gestantes, teniendo en cuenta los factores: edad, paridad y situaciones especiales.
- Incentivar la participación activa de la gestante durante el trabajo de parto y el parto.
- Fomentar la participación y el acompañamiento de la pareja durante todo el embarazo, el parto y puerperio.
- Desarrollar sesiones de gimnasia obstétrica de acuerdo a la historia clínica de cada gestante.
- Capacitar a las gestantes para los cuidados correctos del recién nacido.
- Promover la lactancia materna.
- Fomentar la elección de un método de planificación familiar después del parto.¹⁵

B. BENEFICIOS

- Menor grado de ansiedad en la madre.
- Permite adquirir y lograr una actitud positiva.
- Correcta respuesta durante las contracciones uterinas.
- Correcta ejecución de las técnicas de relajación, respiración y masajes.

- Mayor posibilidad de llegar al establecimiento de salud en fase activa de trabajo de parto, evitándose innecesarias y repetidas evaluaciones.
- Menor duración de la fase de dilatación relacionada al promedio.
- Menor duración del periodo expulsivo relacionada al promedio.
- El esfuerzo de la gestante es más eficaz.
- Logra tener una óptima concentración y le permite identificar el significado de su función.
- Menor uso de fármacos.
- Menor riesgo de complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto.
- Menor riesgo de complicaciones obstétricas durante el periodo expulsivo.
- Aumentar las posibilidades de la participación activa de la pareja.
- Menor incidencia de partos por cesárea.
- Recuperación más rápida y cómoda.
- Mejora la calidad de la lactancia sin complicaciones,
- Menor incidencia de depresiones post parto.¹⁶

C. FUNDAMENTOS

Existen tres fundamentos básicos:

Cognitivo: los conocimientos principales sobre anatomía y la fisiología del embarazo, parto y puerperio les permite comprender todos los cambios en su organismo durante estas etapas, permitiendo detectar riesgos que se presenten y actuar de manera oportuna; de igual forma se sabrá como evoluciona el niño en camino y le permite darle el cuidado, atención y estimulación, haciendo participe a la pareja y al entorno más cercano.

Psicológico: una adecuada orientación y motivación que se le brinde a cada gestante ayudará a sentirse contenta, tranquila y segura durante el embarazo, permitiéndole disfrutarlo, venciendo temores y pensamientos negativos que se encuentran vinculados con la tensión y el miedo al dolor. Comprendiendo también los diferentes cambios de estado de ánimo, emociones y sentimientos.

Físico: el cuerpo necesita un buen entrenamiento para poder responder al esfuerzo que se le atribuye al parto, para lo cual se necesita realizar de manera primordial gimnasia obstétrica.¹⁴

D. BASES DOCTRINARIAS

Diversos estudios de la Antropología Social lograron observar que hasta fines del siglo XIX, el principal interés del profesional de Obstetricia se centraba en el parto como un proceso fisiológico. Pero fue hasta tomar un enfoque integral del embarazo y parto, el cual permitió llegar a conclusiones provechosas y prácticas. Por ello se acepta en la actualidad los beneficios de la adecuada preparación psicoprofiláctica, la cual se basa en las escuelas tradicionales.¹⁴

ESCUELA INGLESA

Representante: Grantly Dick Read

Postulado: el temor es el principal agente productor del dolor en un parto normal. Read publicó en 1933 sus observaciones sobre el parto natural, denominándolo “Parto sin temor”. Describió dos tipos de dolor que se presentan en el parto, siendo de orígenes diferentes y distinta forma de tratarlos: el primero, producto de anomalías de la dinámica del parto; llamado el dolor primario o verdadero; el segundo, considerado común, es consecuencia del

miedo que ocasiona la tensión, siendo este el dolor el cual se debe evitar. Read describió así la triada “temor – tensión - dolor”; el temor da origen a la tensión muscular y psíquica, la tensión produce la disminución del umbral de percepción del dolor logrando que los estímulos no dolorígenos se identifiquen como dolorosos y los estímulos dolorígenos se evidencien. De esta forma la sensación de dolor se cuantifica, causando el dolor mayor temor y por consecuencia mayor tensión, cerrándose así un círculo vicioso con una intensidad de dolor cada vez mayor.

Bases teóricas:

- (*) Origen del dolor.
- (*) Tensión de las fibras musculares uterinas.
- (*) Estado emocional.
- (*) Síndrome Temor – Tensión – Dolor.

Método:

- (*) Establece un orden de importancia en los cuatro elementos de su técnica de preparación: Educación – Respiración – Relajación – Gimnasia.
- (*) Mejora el estado general de la embarazada.
- (*) Favorece el ingreso de oxígeno para la madre y el feto.
- (*) Refuerza los músculos necesarios para el periodo expulsivo.
- (*) Exige una adecuada atención por parte del profesional que asiste a la gestante y un ambiente propicio donde se desarrollará el parto.

Gimnasia:

- (*) Read no considera esencial para el parto.

(*) Considera una ayuda que no debe ser exagerada ni sobreestimada.

(*) Mejora el estado físico en general.

(*) Permite mayor flexibilidad de los músculos y articulaciones pelvianas.

(*) Los ejercicios se deben realizar de manera lenta siendo conscientes de lo que están ejecutando.

Beneficios:

(*) La disminución de la ansiedad y el temor.

(*) Mayor o menor alivio del dolor.

(*) Uso de medicamentos en menor cantidad, sin descartarse su uso.

(*) Menos intervenciones quirúrgicas.

(*) Trabajo de parto y parto más corto.

(*) Menor pérdida sanguínea en el periodo del alumbramiento.

Origen del temor:

Read considera el temor como punto de inicio de los problemas que rodean al parto. Sostiene que el miedo al dolor, a la muerte durante el parto, a la llegada de un niño con malformaciones, entre otros, son reflejos condicionados que se imponen en la mujer de acuerdo a su cultura, recordando lo señalado por Pavlov (1927) que hechos placenteros podían condicionarse como causantes de temor o miedo, si estas eran ofrecidas repetidas veces como elementos aterradores.¹⁴

ESCUELA RUSA:

Representante: Platonov, Velvolski, Nicolaiev.

Postulado: conocido también con el nombre de “Parto sin dolor” se basa en los principios de la fisiología de Pavlov y en la teoría de los reflejos condicionados. Fue hasta 1947, el neuropsiquiatra ruso Velvoski y el obstetra Nicolaiev aplicaron por primera vez una técnica de atención del parto que lo denominaron “método psicoterapéutico de analgesia en el parto”, comprendiendo cuatro partes: una introducción en donde se expone las ideas generales de los reflejos condicionados, descripción de la técnica de preparación, se le incluye a la organización del servicio y la preparación del personal y por último el método propone una evaluación de los resultados.

Reflejos: el significado de la palabra reflejo es definido como aquella respuesta automática e involuntaria que realiza todo ser vivo ante la presencia de un estímulo. Una respuesta reflejo en la mayoría de los casos implica un movimiento, pudiendo consistir también en la activación de la secreción de una determinada glándula.

Reflejos incondicionados: desde una perspectiva neurológica, cuando se presenta un estímulo dolorígeno, este es captado a través de terminaciones sensitivas que se dirigen hacia el cordón de la médula espinal (estación internuncio), siguiendo hacia el cerebro, permitiendo así la conciencia del dolor. Pero existe dentro de la estación internuncial una terminación sensitiva que se dirige hacia el cordón anterior de la médula, donde se genera una respuesta motora que ordena a nuestro cuerpo alejarse del estímulo que causa dolor. Nuestra corteza cerebral no ha identificado el hecho, ni adoptado una decisión sobre ello, el cual constituye el reflejo incondicionado. El reflejo

incondicionado es característico por ser innato, es decir, se nace con él, es de transmisión filogenética (propio de nuestra especie), inconsciente, no se necesita aprenderlo y no desaparece de manera espontánea.

Reflejo condicionado: son aquellos reflejos automáticos que se adquieren a través de la enseñanza de los mismos, son conscientes y necesitan estar integrados. El reflejo condicionado tiene como origen un reflejo incondicionado preexistente, por lo que puede ser modificable.

Técnica psicoprofiláctica:

1. Asistencia a controles prenatales de manera seguida.
2. Creación de una nueva actitud de la gestante hacia el parto (emociones positivas, alegría y satisfacción de la maternidad).
3. Aclarar los temores en relación con el parto, haciendo énfasis en el reflejo condicionado: parto = contracción.

Estos conocimientos se consideran primordiales como base doctrinaria y teórica del Método Psicoprofiláctico. Dicho método supone la existencia de un reflejo condicionado que a lo largo de los años lo han asociado el dolor al parto; como consecuencia, la técnica ya mencionada nos permitirá transformar dicho reflejo condicionado desagradable en un reflejo de reacción positiva y agradable, asociándolo parto feliz, niño saludable.

Método:

(*) Los elementos prácticos se constituyen por la respiración y determinados ejercicios.

(*) La respiración es similar a la del ritmo fisiológico (15 a 18') y es más profunda al momento de contracciones menos intensas, lo cual favorece una mejor entrada de oxígeno, mejora el ritmo contráctil y estado fetal, tonifica la corteza cerebral que le permite mantener un estado de ánimo favorable.

(*) Los ejercicios se realizan con masajes en forma circular sobre el hipogastrio presionando puntos analgesiantes (crestas iliacas, región lumbosacra) lo que permite en el momento del pujo acortar el periodo expulsivo.¹⁴

ESCUELA FRANCESA:

Representante: Fernand Lamaze

Postulado: en 1952 el francés Lamaze junto al Dr. Pierre Vellay, publicaron su primer libro titulado "Parto sin dolor por el método psicoprofiláctico". Lamaze luego de estudiar las teorías de Read y de Velvovsky, Nicolaiev y Platonov llegó a la conclusión que estas escuelas no eran incompatibles. Siendo sus aportes:

(*) Propuso el método "Parto indoloro" sin realizar ningún aporte doctrinario.

(*) Desarrollo una metodología de ocho sesiones, de las cuales se incluía una a la pareja.

(*) El método enseña ejercicios de respiración y relajación, siendo la respiración jadeante aquella que permite aliviar el periodo expulsivo.

Base metodológica:

1. Posee los mismos principios de la doctrina rusa, crear un foco cortical el cual sea capaz de inhibir aquellos estímulos originados en la contracción uterina.

2. Los detalles de la aplicación no son los mismos.
3. Se utiliza la respiración acelerada en reemplazo de la respiración profunda rápida.
4. Se logra integrar al esposo, permitiéndole una participación activa.¹⁴

ESCUELA ECLÉCTICA:

Representante: Frederick Leboyer, Ricardo Gavensky.

Postulado: consideran el eclecticismo, la elección en cada sistema, teoría, método, entre otros, de lo mejor o verdadero. Llegando a concluir: “Parto sin dolor – parto sin violencia”. Presta gran atención en el recién nacido, proporcionándole las mejores condiciones para un nacimiento, siguiendo la óptica del recién nacido.

Bases teóricas:

- (* Preparación adecuada de la gestante para el parto.
- (* Se considera para una buena atención del parto las condiciones ambientales: personal capacitado, lugar para la atención del parto adecuado, luz indirecta, fondo musical suave, lenguaje a media voz, evitar ruidos innecesarios del instrumental, ambiente tibio para el recién nacido.
- (* A la salida del niño, instantes antes de cortar el cordón umbilical, se debe introducir en un recipiente de agua tibia.
- (* Favorecer el momento propicio del encuentro padre – madre – hijo.

Ricardo Gavensky, médico argentino creador de la escuela sudamericana, basado en las doctrinas rusa, inglesa y francesa permitió la incorporación de la psicoprofilaxis en el Perú, dándole a la psicoprofilaxis un enfoque más amplio, al relacionarlo con otras ramas médicas, separa el valor de

los elementos teóricos y prácticos de los procedimientos a realizarse, precisa su metodología, aporta nociones de psicología, psicopatología e hipnosis.

El valor de los elementos prácticos que forman parte del método de la Escuela Ecléctica son:

Escuela rusa: Parto – contracción

Creación de reflejos condicionados positivos.

Escuela inglesa: Temor – tensión – Dolor.

Escuela francesa: Respiración jadeante.

Errores en la preparación:

(*) Del personal responsable de la preparación:

Personal no calificado.

Desconocimiento del perfil de la gestante.

Preparación insuficiente.

Intervalo de tiempo entre última clase y el parto muy lejano.

No guardan relación las clases teóricas con las prácticas.

Pobre apoyo del equipo de atención.

Desconfianza del método.

(*) De la gestante:

Irregularidad en la asistencia.

Inestabilidad emocional.

Falta de un buen acompañamiento.

Poca motivación en su entorno.¹⁴

E. DESARROLLO DE SESIONES

PRIMERA SESIÓN: “Cambios durante el embarazo y Signos de alarma”.

OBJETIVOS:

- Enseñar a reconocer la anatomía y fisiología del aparato reproductor y los cambios que se experimentan durante el periodo del embarazo.
- Enseñar a reconocer los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.
- Entrenar en gimnasia de ablandamiento.

TEORÍA:

- Anatomía y fisiología del aparato reproductor.
- Menstruación, ovulación, fecundación, nidación, placentación y desarrollo fetal.
- Cambios fisiológicos y emocionales en el embarazo.
- Importancia y beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica.
- Signos y síntomas de alarma.

ACTIVIDADES:

- Recepción y bienvenida de las gestantes participantes y acompañantes.
- Entrega de la tarjeta de Psicoprofilaxis.
- Presentación individual de cada participante.
- Ejercicios de calentamiento y estiramiento muscular en posición de pie.
- Ejercicios de flexibilidad.
- Posturas adecuadas durante el embarazo.
- Posiciones de relajación.
- Posición ideal de relajación (PIR).

SEGUNDA SESIÓN: “Atención prenatal y autocuidado”.**OBJETIVOS:**

- Resaltar la importancia de la atención prenatal para lograr una maternidad saludable y segura con la participación activa de la familia y comunidad.

- Educar a la gestante en el reconocimiento y manejo oportuno de los signos y síntomas de alarma (retroalimentación en cada sesión) y su manejo oportuno en el establecimiento de salud.
- Identificar y aclarar los mitos, creencias y costumbres relacionados al embarazo, parto, puerperio y el niño por nacer.

TEORÍA:

- Atención prenatal: importancia, periodicidad, exámenes auxiliares, entre otros.
- Plan de parto con enfoque intercultural.
- Derechos y responsabilidades compartidas.
- Violencia basada en género.
- Nutrición y alimentación: suplemento de hierro y ácido fólico.
- Revalorar alimentos locales, no drogas, alcohol, tabaco.
- Cuidados durante el embarazo (preparación de pezones, higiene, recreación, descanso, relaciones sexuales, mitos, creencias, costumbres).

ACTIVIDADES:

- Bienvenida y recepción de tarjetas.
- Integración del grupo y motivación.
- Retroalimentación.
- Ejercicios de calentamiento.
- Ejercicios de fortalecimiento de la columna vertebral.
- Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico.
- Relajación y visualización en DLI.
- Felicitar la participación y el trabajo de las gestantes asistentes.
- Posiciones de relajación.
- Posición ideal de relajación (PIR).

TERCERA SESIÓN: “Fisiología del parto”.

OBJETIVOS:

- Dar a conocer las causas fisiológicas y psicológicas del dolor en el parto.
- Reconocer los signos y señales del inicio del trabajo de parto.
- Informar sobre la importancia del contacto precoz piel a piel de la madre y el recién nacido.
- El rol de la pareja y la familia,
- Ejercitar las técnicas y estrategias para disminuir el dolor en el parto.

TEORÍA:

- Contracción uterina. Relación temor – dolor.
- Inicio de labor de parto y signos de alarma.
- Métodos naturales de control del dolor.
- Rol de la gestante, pareja y la familia.
- Mitos, creencias y costumbres.
- Visualización.
- Hidroterapia (infusiones).
- Derechos y responsabilidades.

ACTIVIDADES:

- Integración del grupo y motivación.
- Retroalimentación.
- Ejercicios de calentamiento.
- Reconocimiento de la contracción uterina y control horario.
- Técnicas de respiración en contracción uterina.
- Posturas antálgicas.
- Masajes integrales y localizados.
- Posiciones de relajación.
- Posición ideal de relajación (PIR).

- Participación activa del acompañante en el proceso del parto y su ayuda para practicar los ejercicios.

CUARTA SESIÓN: “Atención del parto y Contacto precoz”.

OBJETIVOS:

- Enseñar a las gestantes sobre el parto y sus periodos.
- Brindar información acerca de los tipos de partos y las posturas de parto con adecuación intercultural ya atención humanizada.
- Preparar a las gestantes para el parto y sus periodos mediante técnicas de relajación y respiración.

TEORÍA:

- Tipos de partos: fisiológico (horizontal y vertical) y cesárea.
- Posturas para el parto (posición horizontal, posición vertical, variedades y posición instintiva).
- Importancia y tipos de la relajación y respiración.
- Relajación: activa, pasiva, imaginación y visualización,
- Respiración: superficial, profunda, jadeo, durante la dilatación y el periodo expulsivo.

ACTIVIDADES:

- Integración del grupo y motivación.
- Reforzar grupos musculares y prepararlos para el esfuerzo del parto.
- Dar mayor flexibilidad y elasticidad a los tejidos y articulaciones que intervienen en el parto.
- Mejorar el estado general mediante el estímulo de la respiración.
- Alivio de síntomas molestos en el embarazo.
- Técnica de pujo.
- Prensa abdominal,
- Simulacro de pujo con técnica de respiración superficial.

- Posiciones de relajación.
- Posición ideal de relajación (PIR).

QUINTA SESIÓN: “Puerperio y Recién nacido”.

OBJETIVOS:

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

TEORÍA:

- Cuidados en el puerperio (normal y pos cesárea).
- Signos de alarma durante el puerperio.
- Signos de alarma en el recién nacido.
- El baño y masajes en el recién nacido.
- Rol de la pareja y la familia como soporte emocional durante el puerperio y en la atención del recién nacido.
- Sexualidad en el puerperio.
- Maternidad y paternidad responsable.
- Planificación familiar.
- Lactancia materna (beneficios y técnicas).
- Cambios psicológicos.

ACTIVIDADES:

- Ejercicios de calentamiento.

- Ejercicios de control neuromuscular de miembros superiores, pectorales, circulatorios, perineales (Técnica de adoración, del gato).
- Técnica y postura de amamantamiento.
- Respiración sostenida.
- Relajación progresiva profunda (Jacobson).
- Rutina de gimnasia pos parto: estiramiento a nivel del tronco.
- Ejercicios pos parto (periné, pectorales, abdominal).
- Posiciones de relajación.
- Posición ideal de relajación (PIR).

SEXTA SESIÓN: “Reconocimiento de los ambientes”.

OBJETIVOS:

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

TEORÍA:

- Visita guiada: recorrido de las áreas físicas que integran el proceso del parto vaginal o cesárea, incluyendo exteriores de sala de operación y sala de recién nacido.
- Retroalimentación y satisfacción del usuario.

ACTIVIDADES:

- Integración del grupo y motivación.
- Retroalimentación.
- Recomendar practicar ejercicios en casa.
- Clausura del programa.¹⁶

F. PREPARACIÓN FÍSICA DE LA GESTANTE

La preparación física de la gestante se encuentra orientada en liberar molestias propias del embarazo, disminuyendo molestias ya existentes, mejorando la circulación, brinda una mayor elasticidad y permite recuperar la confianza nuevamente. Se considera dos tipos de preparación: activa y pasiva, o con apoyo de un mediador. Permite abarcar:

- Preparación de la piel: mamas, abdomen, muslos.
- Posturas: sentarse, levantar peso, caminar, levantarse.
- Ejercicios de respiración y relajación.
- Gimnasia obstétrica.

Consideraciones:

- La obstetra debe realizar los ejercicios con las gestantes.
- La ropa que utilicen debe ser la apropiada.
- Buena ventilación e iluminación.
- Se debe tener en cuenta la edad gestacional.
- Tener a disposición de las gestantes un dispensador de agua.
- Música apropiada que sirva como agente motivador.
- Tener en cuenta la respiración en cada ejercicio a ejecutarse.
- No realizar ejercicios después de haber ingerido algún tipo de alimento.

Beneficios:

- Aumenta el nivel de energía de la gestante.
- Alivia dolores de espalda, disminuyen los calambre, estrés, tensión muscular, entre otros.
- Permite a la gestante controlar su cuerpo y emociones durante el embarazo y el parto gracias a las técnicas de respiración y relajación que se le enseñe y aprenda.

- Mejora la circulación disminuyendo la tensión, aliviando las molestias que son propias de la mala circulación sanguínea, en mayor medida a nivel de miembros inferiores (calambres, varices, dolor suprapúbico).
- Mejora el estado general de la gestante antes y después del parto al trabajar todos los grupos musculares en flexibilidad y fuerza.
- La continuidad de la práctica de ejercicios posee una acción positiva para el niño en camino, puesto que recibirá mayor cantidad de oxígeno a la sangre permitiéndole mejorar su metabolismo.¹⁷

POSTURAS EN EL EMBARAZO

Una gestante esta propensa que al aumento de peso y el alojamiento de las coyunturas y ligamentos le ocasionen dolores de espalda y pelvis y también un desequilibrio anormal.

Mientras mayor sea el tamaño del útero producirá una mayor presión en el abdomen, a su vez, los ligamentos en los cuales se apoya empezarán a estirarse, produciendo muchas veces punzadas cerca a los muslos (parte baja del vientre). Para poder mantener en buena forma los músculos de la espalda y poder reducir y aliviar el dolor de espalda, se le recomienda a las gestantes:

(* Usar zapatos bajos.

(* Practicar la postura y las diversas formas de levantarse y cargar objetos.

(* Practicar balanceo pélvico.

Postura de pie: pararse con pies separados unos diez centímetros, volteando los dedos un poco hacia fuera y doblar un poco las rodillas. Inclinar las caderas hacia atrás

ligeramente sin arquear la espalda. Mantener la cabeza derecha.

Postura acostada de espalda: poner dos o tres almohadas debajo de las rodillas y colocar una toalla enrollada por debajo de la curva del cuello. En el caso de utilizar almohada para la cabeza, colocarla por debajo de los hombros. Descansar los brazos en almohadas colocadas a los costados o sobre el abdomen. Se debe tener en cuenta esta posición los últimos meses de gestación, puesto que el mantenerse mucho tiempo de esta manera impide una correcta circulación de la sangre del bebe.

Recostado de lado: acostarse de lado, doblando las rodillas. Para mantenerse más cómoda, se sugiere colocar almohada entre las rodillas y debajo del brazo superior, cabeza y útero. El brazo inferior al encontrarse libre se puede colocar delante del cuerpo, debajo de la almohada que está detrás de la espalda.

Postura sentada: sentarse en un silla firme con respaldo pero que tenga comodidad para la zona de la espalda, manteniendo la cabeza derecha sobre los hombros. El soporte de los brazos debe estar a la altura adecuada (ni muy alto, ni muy bajo). Mantener las rodillas a una altura mayor que las caderas. Usar cojines pequeños detrás del cuello o la cintura para que permita apoyar estas zonas del cuerpo.

Levantarse de una silla o sofá bajo: mover las caderas hacia delante hasta el borde del mueble. Poner un pie delante del otro y voltear las caderas hacia el pie delantero. Usar los brazos y los músculos fuertes de los muslos para que le permitan levantarse.

Acostarse y levantarse: de una posición sentada, utilizar las manos y apoyarse hacia una posición acostada de lado. Si prefiere voltearse de espada, voltear los hombros y caderas juntos. Descansar unos minutos antes de levantarse, así permitirá reducir los mareos.

Agacharse para levantar y cargar objetos: poner un pie delante del otro antes que se agache. Usar los músculos fuertes de las piernas para levantarse. Siempre mantener la espalda derecha. Levantar el objeto hacia una zona del cuerpo y cargarlo al nivel de la cintura, cerca del cuerpo.¹⁷

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

A través de la relajación se busca poner en reposo el cuerpo (física y neuromuscular) y la mente (psíquica o emocional).

Existen variedad de métodos que se aplican a la preparación del parto que se logran distinguir según la base que posea: muscular o psicológica, siendo relajación progresiva o de Jacobson; autosugestiva o de Schultz, sofronización de Caicedo, relajación Stanilavski, entre otros. Se utilizara entonces aquel sistema que reúna las ventajas de ambos métodos, siendo por un lado la relajación controlada y progresiva de los músculos inútiles para el trabajo de parto y por otra parte modificar el nivel de conciencia, haciendo uso de algunos ejercicios de autosugestión.

Los objetivos primordiales de la relajación son:

(*) Proporcionar sedación y paz interior, disminuyendo la tensión y angustia, que serán sustituidos por el autodomínio.

(*) Evitar la contracción innecesaria de músculos corporales estirados que no deben intervenir al momento del parto. Esto permite un notable ahorro de energía que se empleara al momento del parto mejorando la oxigenación del feto.

(*) Mejorar la funcionalidad uterina. Al desaparecer la tensión y el ahorro de la energía permite una mejor coordinación en la dinámica uterina siendo así más efectiva.

Al realizarse con efectividad la relajación permitirá una dilatación cervical mucho más fácil, acortando el periodo de dilatación debido a la mayor eficiencia en la contractibilidad uterina.

El autodomínio que logre alcanzar la gestante con la preparación le permitirá una perfecta colaboración en el momento del periodo expulsivo, adoptando la posición, respiración y esfuerzo muscular más adecuado. Los ejercicios de relajación buscan la relajación progresiva y ordenada tanto física como psicológica de los grupos musculares. Siendo entre estos:

Posición básica de relajación:

A pesar de que no existe una posición única para lograr la relajación, la manera más idónea es en posición decúbito supino o dorsal (acostada boca arriba) sobre una cama con una almohada bajo la cabeza, debajo de las rodillas, tener los brazos extendidos y ligeramente separados del cuerpo con vista hacia el techo.

Es adecuado que se lleve a cabo los ejercicios de relajación en una habitación silenciosa, lejos de interferencias (teléfonos, visitas, entre otros.) y con música suave y relajante, previamente haber ejecutado un ejercicio de concentración.

Entrenamiento de la concentración:

Es la etapa previa a la relajación, y es de gran importancia ya que cumple una función primordial en el momento del parto durante las contracciones del expulsivo. Al tomar la posición básica de relajación se les recomienda quedar inmóviles por unos minutos efectuando el siguiente ejercicio mental: elegir una idea, como la representación de la travesía del niño durante el trabajo de parto; cerrar los ojos y representar mentalmente lo que había pensado centrándolo en su pensamiento y luego de ello sin cerrar los ojos imaginar lo que había pensado fijando su mirada en un punto fijo. La concentración mental es un elemento primordial para que todos los ejercicios de relajación específicos tengan éxito.

El método Jacobson es básicamente muscular y trabaja el cuerpo de manera analítica o progresiva, es decir, parte por parte. Se busca a partir de la concentración y relajación muscular la disminución de las tensiones corporales y evita gastos innecesarios de energía que se necesitaran luego. Se tensa grupos musculares durante siete segundos relajando luego abruptamente por 20 a 60 segundos. Este patrón de tensión – relajación se repetirá secuencialmente para varios grupos musculares en diversas zonas del cuerpo.

Instrucciones:

(*) Antes de iniciar la relajación, dejar cinco minutos para alcanzar una respiración óptima.

(*) Todos los músculos deben mantener contraídos durante siete segundos.

(*) Al solicitarse la relajación de un músculo tiene que ser por completo, no de forma gradual, observando la diferencia entre el estado de relajación y de tensión.

(*) Realizar dos ciclos de tensión – relajación por cada grupo muscular en el siguiente orden: brazos, piernas, vientre, nuca y cabeza.

(*) Los grupos musculares a relajar deben percibir la tensión para luego relajarlos y sentir que se relajan.

(*) Pretende conseguir en la persona el máximo control psicológico y corporal que permita controlar cuerpo y mente.¹⁸

TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN

Un control adecuado de la forma en que respiramos es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a diversas situaciones de estrés y saber manejar los aumentos de la activación fisiológica provocados por los mismos. Hábitos adecuados de respiración son importantes porque aportan al organismo la cantidad de oxígeno suficiente para nuestro cerebro.

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control consciente de la respiración y asimilarlo para que se mantenga en situación de estrés.¹⁴ Los diversos ejercicios respiratorios permite brindar a la gestante diversos beneficios durante el proceso de parto:

(*) Ayuda a aumentar el umbral de dolor de la gestante.

(*) Mejora la capacidad para que logre afrontar una contracción uterina.

(*) Permite que aumente el buen funcionamiento del útero.

(*) Proporciona una conveniente oxigenación tanto materna como fetal.

(*) Proporciona relajación.

Respiración superficial o torácica:

Esta respiración se realizara durante el periodo de dilatación entre cada contracción sirviendo para poder relejarse. Se realiza la inspiración por la nariz elevando el tórax de manera que despliega las costillas. Realiza la expiración por la boca apretando las costillas lo que permite disminuir el volumen de la caja torácica.¹⁸ Se debe tener cuidado al utilizar este tipo de respiración, debido a que podría producir una hiperventilación si el ritmo de inspiración – expiración es demasiado rápido.¹⁹

Respiración lenta y profunda:

Este tipo de respiración servirá para disminuir el dolor. Se inicia la inspiración al tomar aire por la nariz distendiendo progresiva y lentamente el abdomen. La expiración se realiza al expulsar el aire por la boca y contrayendo el abdomen.¹⁸

Respiración jadeante:

Esta técnica respiratoria ayuda a controlar el deseo de pujar durante el periodo expulsivo. Se inicia al tomar el aire por la nariz llenando el abdomen y se expulsa por la boca de manera entrecortada sucesivamente mientras se vacía el abdomen. Esta técnica debe ser de manera intercalada con la respiración abdominal puesto que cansa.²⁰

G. GIMNASIA OBSTÉTRICA

En la actualidad la práctica de la actividad física se recomienda durante la gestación porque consigue mayor

equilibrio emocional, físico y psicoafectivo, y permite mejor salud maternofetal. Siendo dentro de sus beneficios:

- Permite controlar el aumento de peso producto del embarazo.
- Preparación muscular y física para el parto (abdomen, pelvis, glúteos).
- Mejora la capacidad de coordinación de la respiración.
- Mejora el volumen muscular.
- Mejora el tono muscular.
- Mejora postura corporal.
- Mejora la resistencia al dolor durante el parto.
- Disminuye la tensión en la espalda y piernas.
- Brinda mayor oxígeno a la madre y a su vez mejor oxígeno para el feto.¹⁷

EJERCICIOS EN LA MADRE:

Ejercicios circulatorios:

- La gestante de espaldas con las piernas extendidas, pies apoyados y elevados, debe realizar rotaciones del tobillo izquierdo hacia afuera aproximadamente unas seis veces, luego hacia adentro, una seis veces también. Debe repetirse el mismo ejercicio con el tobillo derecho.
- La gestante de espaldas, flexionar la pierna derecha y estirla (tres veces), descansa unos minutos y luego realiza el mismo ejercicio con pierna izquierda.
- La gestante flexiona la pierna derecha y con el pie derecho realiza rotación en el tobillo con dirección a la izquierda (seis veces), descansa unos minutos, y realiza las rotaciones del tobillo derecho con dirección a la derecha. El mismo ejercicio debe realizarlo con la pierna izquierda.

- La gestante debe levantar la pierna derecha de manera recta y rotar el tobillo derecho en dirección hacia la izquierda (seis veces), luego de un descanso realizar la rotación con el mismo pie con dirección hacia la derecha. El mismo ejercicio se debe realizar con la pierna izquierda.

Ejercicios dorsales:

- La gestante en posición de Buda, debe extender ambos brazos hasta las muñecas a la altura de los hombros, rotando los hombros hacia adelante y hacia atrás de manera alternada en series de seis.
- La gestante en posición de Buda, debe elevar los brazos por encima de la cabeza, uniendo sus manos para forzar la extensión firme de la espalda.
- La gestante en posición de Buda, con ambos brazos por detrás de la cabeza, debe realizar un giro suave hacia la izquierda, luego debe realizarlo hacia la derecha (repetirlo cuatro veces).
- La gestante de espaldas flexiona las piernas apoyando los talones con proximidad a los glúteos, debe elevar las caderas y dejarlas en el aire por cinco segundos, luego de un pequeño descanso repetir el ejercicio cuatro veces.
- La gestante de espaldas girar de cintura hacia la derecha apoyando la cadera y rodilla, luego volver a la posición inicial. Repetir el mismo ejercicio hacia el lado izquierdo.
- La gestante en posición de gato eleva la cabeza y a la vez inspira hundiendo la espalda, extendiendo la pelvis hacia atrás.

- La gestante en posición de gato flexiona la cabeza dirigiendo el mentón al pecho, eleva la espalda de modo que la arquea.
- La gestante en posición de gato debe estirar los brazos hacia adelante hasta quedar sentada en los talones, de manera que extiende la espalda.

Ejercicios pectorales:

- La gestante en posición de Buda, coloca ambos brazos flexionados con los codos a la altura de los hombros, sujetándose ambas muñecas aproximando sus manos hacia el codo contrario de la mano ejerciendo fuerza hacia los músculos pectorales mayores (sostén de las mamas).
- La gestante en posición de Buda con las manos abiertas unir las palmas de ambas manos y hacer presión entre ellas.
- La gestante en posición de Buda con las manos abiertas debe presionar los dedos de ambas manos uno a uno, uniendo solamente los pulpejos haciendo presión logrando hacer fuerza desde los brazos hasta el pecho.
- La gestante en posición de Buda, con ayuda de la pareja o algún familiar debe colocar los brazos detrás de la cabeza tratando de juntar los codos hacia adelante mientras que el acompañante presiona hacia afuera ligeramente.

Ejercicios perineales:

- La gestante de espaldas flexiona la pierna derecha, realiza una abducción externa de la pierna contando cuatro segundos y la extiende. Repetir el mismo ejercicio con la pierna izquierda.

- La gestante de espaldas eleva la pierna derecha y la extiende tratando de formar un ángulo recto respecto al tronco, realizar movimientos semicirculares y volver a su posición inicial. Luego de un pequeño descanso, repetir el mismo ejercicio con la pierna izquierda.
- La gestante en posición decúbito lateral derecho flexiona la pierna izquierda y levanta la rodilla hacia el vientre apoyando el pie izquierdo en la pierna derecha. Repetir el mismo ejercicio con la pierna derecha.
- La gestante en posición de Buda, apoya las manos en las rodillas y las inclina suavemente hacia el suelo (seis veces).
- La gestante en posición de Nuda, con las plantas de los pies juntas, intenta juntar los pies hacia periné y mantenerlo por unos segundos, luego estirar.
- La gestante de espaldas con las piernas flexionadas y los brazos a los lados, apoya los pies y levanta los glúteos contrayendo la vagina, mantenerse tres segundos y volver a posición inicial.¹⁸

H. PSICOPROFILAXIS EN EL TRABAJO DE PARTO POSICIONES PARA EL PERIODO DE DILATACIÓN:

POSICIÓN: “de pie”

Ventajas:

- Se aprovecha de la gravedad durante y entre cada contracción.
- Las contracciones son menos dolorosas.
- Las contracciones son más productivas.
- El feto está alineado en el ángulo de la pelvis.
- Disminuye el dolor de espalda y acelera el trabajo de parto.

Desventajas:

- Cansada mucho durante periodos largos.
- Causa mucha dificultad en caso usarse anestesia.

POSICIÓN: “de pie inclinada hacia delante”**Ventajas:**

- Se aprovecha de la gravedad durante y entre cada contracción.
- Las contracciones son menos dolorosas.
- Las contracciones son más productivas.
- El feto está alineado en el ángulo de la pelvis.
- Disminuye el dolor de la espalda.
- Acelera el trabajo de parto.
- Permite descansar más que al estar de pie.

Desventajas:

- Durante períodos largos produce mucho cansancio.
- No funciona con anestesia.

POSICIÓN: “caminando”**Ventajas:**

- Movimiento pélvico favorece descenso de cabeza fetal.
- Se aprovecha de la gravedad durante y entre cada contracción.
- Las contracciones son menos dolorosas y más productivas.
- El feto está alineado en el ángulo de la pelvis.
- Disminuye el dolor de espalda.
- Acelera el trabajo de parto.

Desventajas:

- Cansa en periodos largos.
- No se puede realizar con algún tipo de analgésico.

- No se puede aplicar mientras se realice un monitoreo electrónico fetal.

POSICIÓN: “sentada derecha”

Ventajas:

- Buena posición para descansar.
- Permite un beneficio por la gravedad.
- Se puede utilizar mientras se realiza un monitoreo electrónico fetal.

Desventajas:

- Puede alargar el trabajo de parto cuando se aplica por periodos largos.

POSICIÓN: “semisentada”

Ventajas:

- Buena posición para descansar.
- La gravedad la favorece.
- Es aplicable mientras se realiza un monitoreo electrónico fetal.
- Puede ser utilizada cuando se realiza tacto vaginal.

Desventajas:

- Aumenta el dolor de espalda.
- En algunos casos alarga el trabajo de parto al usarse por periodos largos.

POSICIÓN: “sentada, inclinada hacia delante con apoyo”

Ventajas:

- Buena posición para descansar.
- Disminuye el dolor de espalda.
- Permite un beneficio por la gravedad.
- Se puede utilizar al realizarse un monitoreo electrónico fetal.

- Posición adecuada para realizar masajes en la espalda.
- Permite mayor control emocional.

Desventajas:

- Puede alargar el trabajo de parto cuando se aplica por periodos largos.

POSICIÓN: “sobre manos y rodillas”

Ventajas:

- Contribuye a disminuir el dolor de espalda.
- Ayuda a la rotación del niño por nacer.
- Permite el balanceo de la pelvis.
- Se aplica al caer los latidos cardiacos fetales por utilizar otras posiciones.

Desventajas:

- Puede alargar el trabajo de parto cuando se aplica por periodos largos.

POSICIÓN: “de rodillas, inclinada hacia delante con apoyo”

Ventajas:

- Menor tensión en muñecas y manos.
- Contribuye a disminuir el dolor de espalda.
- Ayuda a la rotación del niño por nacer.
- Permite el balanceo de la pelvis.
- Se aplica al caer los latidos cardiacos fetales por utilizar otras posiciones.

Desventajas:

- No es conveniente al realizarse tacto vaginal.
- Manos y rodillas pueden adormecerse al ser usada por un periodo largo.
- Interfiere en el monitoreo fetal.

- Puede causar cansancio en la gestante al ser usada por periodos largos.

POSICIÓN: “echada de costado”

Ventajas:

- Adecuada posición para descansar.
- Es conveniente para realizar diversas intervenciones.
- Impulsa progreso del trabajo de parto al alternarse con la caminata.
- Segura en caso de haberse administrado analgésicos.

Desventajas:

- Interfiere en el monitoreo fetal.
- Resulta cansado por períodos largos.

POSICIÓN: “en cuclillas”

Ventajas:

- Tiene ventaja por la fuerza de gravedad.
- Es cómodo.
- Calma el dolor de espalda.
- Aumenta la alineación del feto y el descenso en la pelvis.

Desventajas:

- Provoca que las contracciones sean menos efectivas y más largas.
- No es conveniente al momento de realizar un tacto vaginal.

POSICIÓN: “echada sobre su espalda (posición supina)”

Ventajas:

- Es conveniente para realizar tacto vaginal.
- Permite el descanso de la gestante.
- Conveniente para el monitoreo electrónico fetal.

Desventajas:

- No permite descenso del feto si la presentación es alta.
- Produce cansancio en periodos largos.
- Siente sensación de adormecimiento en las piernas por periodos largos.
- Puede provocar hipotensión supina y peligro en el feto.
- Aumenta el dolor de espalda.
- Causa psicológicamente un desequilibrio emocional.
- Contracciones largas, dolorosas y menos productivas.²¹

POSICIONES PARA EL PERIODO EXPULSIVO:**POSICIÓN: “semisentada”****Ventajas:**

- Favorece a quien asiste el parto y apoyo de gestante.
- Facilidad para ser trasladada.

Desventajas:

- Puede agravar hemorroides si existieran.
- Restringe movimientos sacros si se desea ampliar diámetros de la pelvis.
- Podría retrasar el paso de la cabeza fetal debajo del pubis.

POSICIÓN: “decúbito lateral”**Ventajas:**

- Es neutral con respecto a la gravedad.
- Favorable en caso de hipertensión materna.
- Menor riesgo de desgarro perineal.
- Disminuye la presión en caso de hemorroides.
- Disminuye el dolor a nivel lumbar.
- Permite una mejor relajación entre pujo y pujo.

Desventajas:

- No es cómoda para quien asiste el parto.

- No es favorable en procedimientos de emergencia.

POSICIÓN: “sobre manos y rodillas”

Ventajas:

- Es neutral con respecto a la fuerza de gravedad.
- Ayuda a la rotación fetal.
- Disminuye las posibilidades de desgarros perineales.
- Disminuye presión sobre hemorroides, en caso existan.
- Permite libertad de movimientos pélvicos.
- Permite reducir el dolor de espalda.

Desventajas:

- Produce cansancio en la gestante por periodos largos.
- No es cómoda para quien asiste el parto.
- No ayuda procedimientos a realizarse de improvisto.²¹

PARTO

Se le denomina aquel mecanismo a través del cual se produce la expulsión del feto desde el claustro materno al medio externo en un relativo corto tiempo.²²

FACTORES:

Fuerza expulsiva: se basa principalmente por las contracciones realizadas por la musculatura uterina, y de manera adicional la prensa abdominal (diafragma y músculos abdominales). Para evaluar si es realmente efectiva la contractibilidad uterina, se debe tener en cuenta los siguientes parámetros:

- Tono del útero.
- Intensidad de la contracción uterina.
- Frecuencia de la contracción uterina.
- Intervalo entre contracción y contracción.
- Duración de la contracción uterina.

Canal del parto: aquel espacio por el cual el feto recorrerá para poder salir hacia el exterior.

Feto: producto de la concepción, desde las doce semanas de vida hasta el momento del parto.²²

MECANISMO DEL PARTO:

1° TIEMPO: ACOMODACIÓN Y ORIENTACIÓN

Es aquel proceso dinámico en el cual el polo cefálico del feto que se ubica por encima del estrecho superior de la pelvis, desciende y penetra en la excavación pélvica. Dicho fenómeno mencionado se produce durante las últimas semanas de gestación o presentarse en el mismo inicio del trabajo de parto. Para que logre producirse el encajamiento se requiere de algunos movimientos a mencionar:

Flexión: permite que el feto descienda en la excavación pélvica, el cual se produce al transmitirse la presión de la contracción uterina a través de la columna vertebral, logrando que se flexione la cabeza a nivel de la articulación occipitoatloidea al encontrar resistencia con las paredes pelvianas, el suelo del mismo o por el cérvix. Al flexionarse la cabeza fetal permitirá ubicar los diámetros menores de la cabeza fetal, la que actuara como palanca.

Orientación: la cabeza fetal al ubicarse en el estrecho superior de la pelvis tiende a orientar su diámetro mayor (occipitofrontal) con uno de las mayores diámetros oblicuos de la pelvis materna, el cual cumple con la Ley de Selheim, que nos dice que “dos óvalos desiguales únicamente pueden quedar orientados conjugando sus ejes mayores”.²²

2° TIEMPO: DESCENSO Y ENCAJAMIENTO

Es el mecanismo por el cual la presentación fetal atraviesa la excavación pélvica. Como bien se sabe, el estrecho medio es de

forma circular, la cabeza mientras va descendiendo no necesita de cambios en su posición ni su actitud, es por ello que desciende siguiendo el mismo diámetro oblicuo que ocupó en el estrecho superior. Para poder realizarse el descenso se producen dos movimientos que son:

Sinclitismo: este movimiento se produce cuando la sutura sagital desciende ocupando el eje pélvico, de modo tal, que equidista de la sínfisis y promontorio.

Asinclitismo: este movimiento se produce cuando la sutura sagital no coincide con el eje pélvico, el cual permite dos movimientos:

Asinclitismo anterior: la sutura sagital se encuentra próxima al promontorio, de modo que primero se presenta el hueso parietal anterior (presentación parietal anterior).

Asinclitismo posterior: la sutura sagital se encuentra más próxima a la sínfisis, razón por la cual se presenta primero el hueso parietal posterior (presentación parietal posterior).

Dentro del proceso normal del parto, suele darse un ligero asinclitismo, los cambios sucesivos entre el asinclitismo anterior y posterior favorecen el descenso al permitir que la cabeza fetal pueda aprovechar las zonas más amplias de la cavidad pélvica.²²

3° TIEMPO: ROTACIÓN INTERNA

Es aquel movimiento el cual permite que la cabeza fetal cambie de posición mientras va descendiendo para poder coincidir su diámetro mayor con el eje mayor del estrecho inferior. Para poder lograr el objetivo, la cabeza rota 45° y la sutura sagital se coloca

en dirección anteroposterior, lo que permite que el occipital fetal se oriente hacia la sínfisis.

En posición izquierda: la cabeza fetal al descender Occípito Iliaca Izquierda Anterior (OIIA) rotara 45° y se orientara en Occípito Iliaca Anterior (OIA).

En posición derecha: la cabeza fetal que desciende en Occípito Iliaca Derecha Anterior (OIDA) girara hasta colocarse en Occípito Iliaca Anterior.²²

4° TIEMPO: EXTENSIÓN

Es aquel mecanismo que permite que la cabeza fetal modifique su actitud para atravesar el estrecho inferior y abandonar el canal del parto. Durante el descenso por el estrecho medio, la cabeza se encontraba flexionada, pero para poder salir, debe vencer la barrera que posee (sínfisis), razón por la cual debe realizar movimientos alrededor de la sínfisis, logrando así extender la cabeza. Con cada contracción y el pujo de la gestante, la cabeza ira progresando a través de un mecanismo de vaivén (avanza mientras dura la contracción y retrocede cuando termina).

El retroceso de la cabeza fetal cesara cuando la cabeza se fije al estrecho inferior, es decir, el momento que el occipucio se coloque detrás de la sínfisis, coincidiendo con el momento en el cual la vulva rodea el perímetro biparietal del feto, es en aquel momento en el que se dice que “ha coronado”. Luego, apoyándose en la sínfisis, se completara la extensión, con lo que ira apareciendo la frente, nariz, boca y mentón. De inmediato, la cabeza descenderá y el mentón se ubicara sobre la región perineal materna.²²

5° TIEMPO: ROTACIÓN EXTERNA

La cabeza cambiara de posición en forma espontánea y se colocara en posición transversa, de manera que la cara del feto mire hacia el muslo materno del lado opuesto a su posición. Es

decir, si el feto ingreso a la pelvis e posición izquierda, su cara debe mirar hacia el muslo derecho de la madre; a diferencia si ingreso el feto en posición derecha, deberá mirar hacia el muslo izquierdo de la madre.²²

6° TIEMPO: EXPULSIÓN

Luego de la rotación externa, inmediatamente aparece por debajo de la sínfisis el hombro anterior del feto, y poco después, el hombro posterior. Siendo el parto del resto del feto por flexión lateral, quiere decir, por una continuación del canal del parto.²²

PERIODO EXPULSIVO

Se denomina de esta manera al momento en el cual la dilatación es completa (diez centímetros), es decir, permite la salida del feto. Durante el mismo el feto debe completar su descenso, rotación y amoldamiento de la cabeza al canal del parto.

Las fuerzas que intervienen son las contracciones uterinas y la contracción voluntaria de los músculos abdominales que intentan expulsar el contenido que se encuentra en el útero.

En el momento que el feto logra desprenderse, el útero se empieza a retraer para adaptarse a su menor contenido. Sin embargo, la placenta aun se encuentra en el interior adherido a él. Este periodo lleva una duración promedio de acuerdo al número de embarazo que se presente:

En nulíparas dura hasta 2 horas (promedio 50 minutos).

En multíparas dura hasta 1 hora (promedio 30 minutos).²³

PUJOS

Los pujos son fuertes contracciones de los músculos espiratorios de las paredes torácica y abdominal (músculos: rectos anteriores, oblicuos y transversos). En el periodo expulsivo, los pujos refuerzan la propulsión fetal que es causada por las contracciones uterinas. Dentro de los cuales existen:

Pujos espontáneos

Llamado también el pujo fisiológico esta precedido por una corta inspiración, después de la cual la glotis se cerrara parcialmente durante la duración de la contracción de los músculos espiratorios. Cada pujo causara una rápida y breve elevación de la presión abdominal, la que se transmitirá a través de la pared uterina y esto se suma a la presión ejercida por el miometrio para elevar la presión intrauterina. En los registros de la presión intrauterina, los bruscos aumentos que son causados por cada pujo se superponen a la elevación de la presión mucho más lenta y prolongada a causa de la contracción uterina.

Durante cada contracción uterina se producen de dos a seis pujos (promedio: cuatro pujos). La amplitud de los pujos (elevación que es a causa de la presión intrauterina) tiene un valor promedio de 50 mmHg, los que sumados a la intensidad de la contracción uterina (48 mmHg) y al tono uterino (12 mmHg), los pujos elevaran la presión intrauterina a un valor total de 120 mmHg como promedio. La duración de cada pujo espontáneo medido en su base posee un valor promedio de cinco segundos.

La amplitud y la duración de los pujos espontáneos aumentan a medida que progresa el periodo expulsivo, este aumento puede encontrarse vinculado a la creciente distensión que se produce en el canal del parto. Entre los pujos consecutivos que se llegan a producir de manera espontanea durante una contracción uterina existe un intervalo de dos segundos como promedio. La parturienta respira durante dicho intervalo, lo que contribuye a mejorar su oxigenación y la del feto. El deseo inevitable de pujar aparece cuando la dilatación cervical haya completado.

Este deseo es producto de la distensión vaginal, vulvar y perineal, a causa de la presentación que va progresando en el canal del parto propulsado por la contracción uterina.

El primer pujo durante cada contracción uterina se inicia cuando la contracción haya elevado la presión amniótica a un valor aproximado de 35 mmHg, que representa el umbral de distensión del canal del parto, necesario para desencadenar el deseo de pujar. Por tal motivo, en condiciones normales, los esfuerzos de pujo espontaneo son producidos únicamente durante el acmé de la contracción uterina, y no cuando el útero se encuentre relajado. Esta congruencia permite la adición eficaz de las presiones expulsivas desarrolladas por el miometrio y los músculos de la pared toracoabdominal materna, respectivamente. No es correcto que la madre puje aun faltando completar la dilatación, tampoco es conveniente pujar cuando el útero se encuentre relajado, porque no se lograra obtener la adición de las presiones ya mencionadas. En ambas condiciones los pujos serán poco o nada eficaces para la propulsión fetal e incluso llegan a ser perjudiciales.²³

Pujos dirigidos

Son aquellos pujos conducidos por quien atiende el parto. De manera usual se instruye a la parturienta para que cierre totalmente la glotis y puje con fuerza, de manera sostenida y de manera prolongada durante el mayor tiempo posible. Al realizare el pujo la madre se encuentra en apnea, lo que impide el aporte e oxígeno necesario a sus tejidos y al feo, así como la eliminación del CO₂ en ambos, además del aumento de la presión venosa y capilar materna producto del aumento prolongado de la presión

toracoabdominal. Cuando la glotis se encuentra totalmente cerrada, cada pujo causa una elevación de la presión toracoabdominal o intrauterina de 50 a 100 mmHg, mayor que cuando la glotis se encuentra abierta. El pujo cuando la glotis está cerrada tiene un efecto expulsivo mucho mayor sobre el feto, pero a su vez son mayores las caídas producidas en la frecuencia cardiaca fetal y los disturbios causados en la hemodinámica materna.²³

2.1.3 Definición de términos básicos

Psicoprofilaxis obstétrica: preparación integral prenatal para un embarazo, parto y pos parto sin temor, en las mejores condiciones y con la posibilidad de una rápida recuperación.⁴

Gestante preparada en psicoprofilaxis obstétrica: aquella gestante que ha recibido las seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.⁴

Parto: expulsión del producto (feto) y sus anexos con un peso mayor de 500 gramos y con más de 22 semanas de gestación.²²

Periodo expulsivo: fase del trabajo de parto que se inicia al completar la dilatación cervical (diez centímetros) y culmina con la salida total del feto.²³

Pujo: fuerza que se suma a la que realiza el musculo uterino al contraerse para que esta sea más efectiva.⁵

APGAR: sistema formal que evalúa la necesidad de asistencia médica al recién nacido en los primeros minutos de vida, se obtiene al minuto y a los 5 minutos. Expresa la adaptación cardiorespiratoria y la función neurológica del recién nacido.²⁴

Temor: miedo, sentimiento de inquietud o incertidumbre.²⁵

Ejercicios respiratorios: respiración producida por los estímulos químicos directa o indirectamente a través de quimiorreceptores y se caracteriza por ser amplia y profunda.¹

Ejercicios de relajación: esfuerzo corporal donde los músculos están en reposo de manera voluntaria y libre con el objetivo de percibir paz, calma.¹

Calistenia: llamado también calentamiento, permite estirar y trabajar todos los músculos antes de una actividad física con el fin de evitar posibles lesiones en las articulaciones.¹⁶

Esferodinamia: es una técnica que se practica sobre pelotas de diferentes tamaños dirigida para la corrección postural amplia, la movilidad articular, la coordinación y mejorar el equilibrio.¹⁶

Gimnasia obstétrica: ejercicios específicos para gestantes que permite tonificar, fortalecer, dar flexibilidad y elasticidad a los tejidos y articulaciones que intervienen en el parto.¹⁶

Musicoterapia: es el uso de la música o de los elementos musicales, el sonido, el ritmo, la melodía, la armonía, para facilitar y promover la comunicación, el aprendizaje, la expresión, con el objetivo de atender las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas a través de la música las madres alcanzan un estado de armonización psicofísica generando cambios beneficiosos para ella y su bebe.¹⁶

Masoterapia: el masaje es la aplicación de una influencia mecánica efectuada con las manos sobre la piel, brindando una experiencia relajante y terapéutica produciendo equilibrio emocional, paz, tranquilidad y confianza. Permite tratar y prevenir enfermedades.¹⁶

Sesión educativa: es una técnica grupal de enseñanza que se utiliza en la educación de personas adultas. Fomenta el análisis, la reflexión y el dialogo sobre un tema particular.¹⁶

Estimulo: cualquier elemento externo o interno capaz de provocar una reacción positiva o negativa, trayendo consigo estos estímulos comportamientos observables.¹⁶

Estimulación: brindar información que puede ser recibida por lo sentidos.¹⁶

Visualización: es una técnica mental, que consiste en ver algo con la imaginación, es elaborar una imagen, darle vida y grabarla.¹⁶

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

De la muestra estudiada 30 primigestas tuvieron su parto en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el 2016, siendo el total de primigestas evaluadas, consideradas preparadas en psicoprofilaxis obstétrica al asistir a sus seis sesiones, cumpliendo con los criterios de inclusión en el presente estudio.

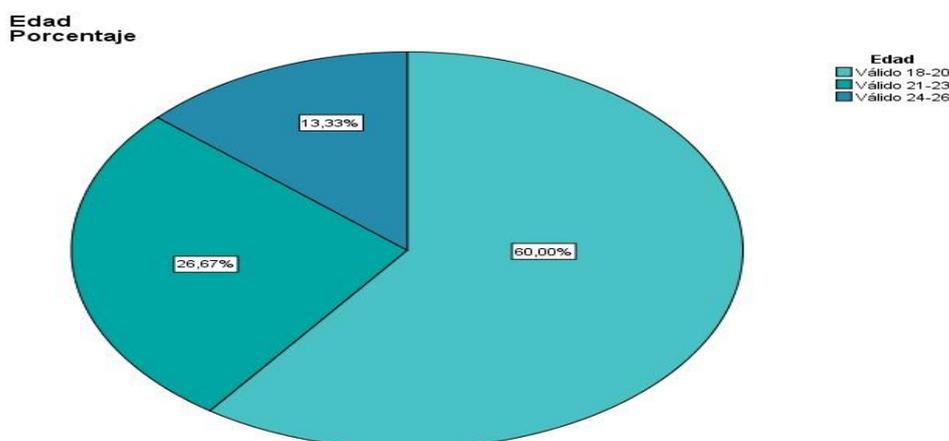
DATOS GENERALES:

TABLA N° 1:

		EDAD	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	18-20	18	60,0
	21-23	8	26,7
	24-26	4	13,3
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 1:



Fuente: IBM SPSS

En la muestra estudiada, se observa que del total de primigestas, el 60%, sus edades se encuentran entre los 18 y 20 años, siendo dentro de este grupo dieciséis primigestas adolescentes (18 y 19 años), equivalente al 53.3% del total, el 26.7% entre los 21 y 23 años, y el 13.3% entre los 24 y 26 años.

TABLA N°2:

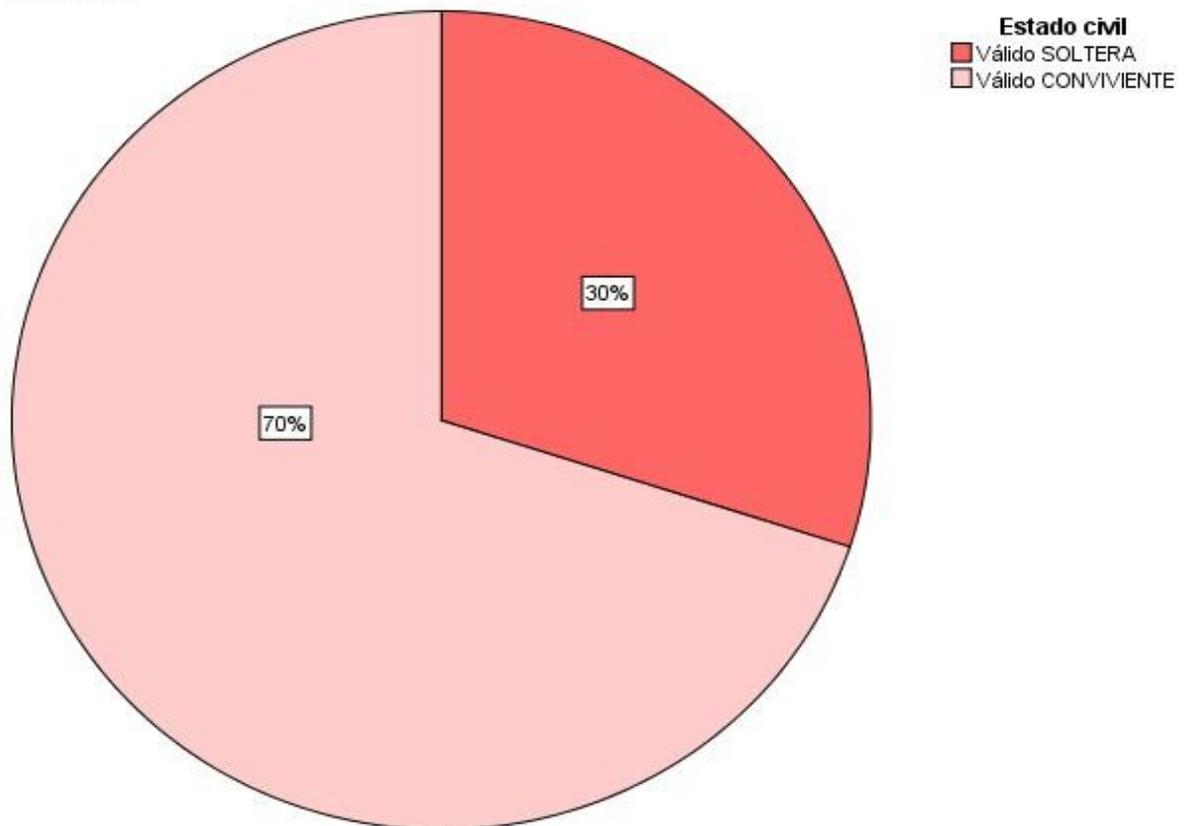
ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SOLTERA	9	30,0
	CONVIVIENTE	21	70,0
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 2:

**Estado civil
Porcentaje**



Fuente: IBM SPSS

En la muestra estudiada, se observa que del total de primigestas observadas el 30% son solteras y el 70% conviven con sus parejas.

TABLA N° 3:

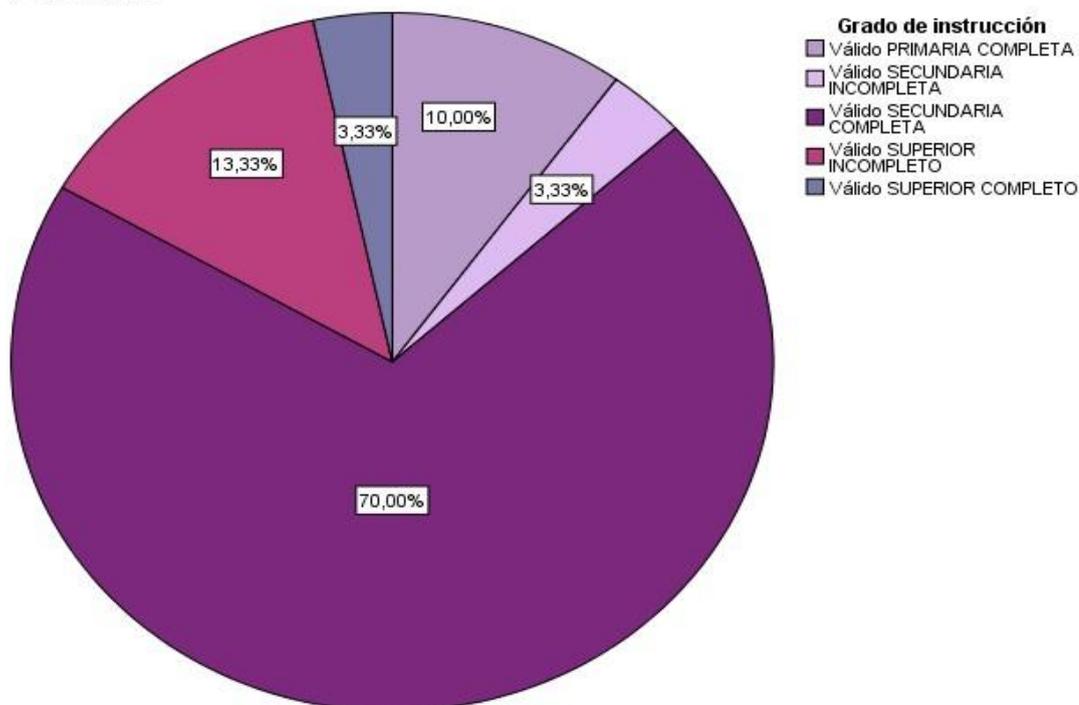
GRADO DE INSTRUCCIÓN

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	PRIMARIA COMPLETA	3	10,0
	SECUNDARIA INCOMPLETA	1	3,3
	SECUNDARIA COMPLETA	21	70,0
	SUPERIOR INCOMPLETO	4	13,3
	SUPERIOR COMPLETO	1	3,3
Total		30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 3:

**Grado de instrucción
Porcentaje**



Fuente: IBM SPSS

De la muestra estudiada, se observa que el 10% del total de primigestas han concluido sus estudios primarios, el 3.3% tienen estudios de secundaria incompleta, el 70% han concluido sus estudios secundarios, el 13.3% tuvieron una educación superior incompleta, por último, el 3.3% llegaron a completar sus estudios superiores.

TABLA N° 4:

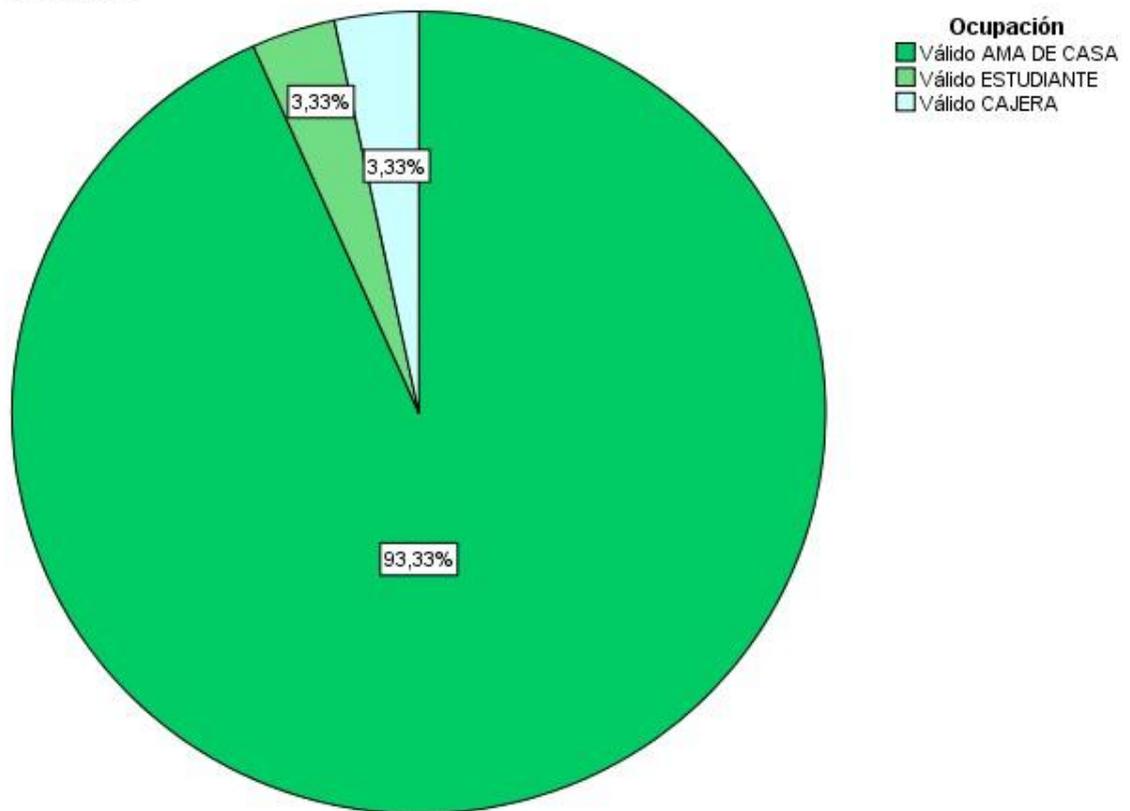
OCUPACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	AMA DE CASA	28	93,3
	ESTUDIANTE	1	3,3
	TRABAJA	1	3,3
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 4:

Ocupación
Porcentaje



Fuente: IBM SPSS

De la muestra estudiada, se observa que del 100% de las primigestas, el 93.3% se dedican a los cuidados del hogar, un 3.3% estudia y otro 3.3% trabaja.

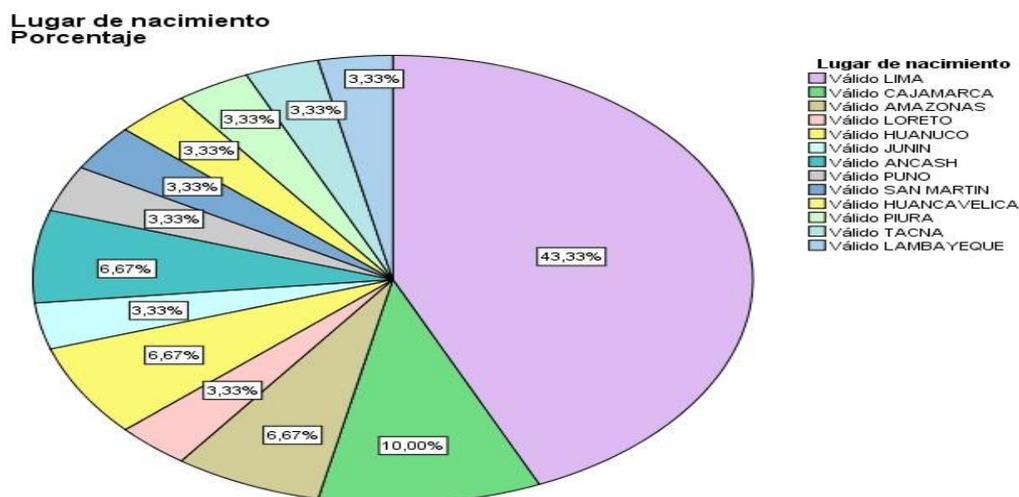
TABLA N° 5:

LUGAR DE NACIMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido LIMA	13	43,3
CAJAMARCA	3	10,0
AMAZONAS	2	6,7
LORETO	1	3,3
HUANUCO	2	6,7
JUNIN	1	3,3
ANCASH	2	6,7
PUNO	1	3,3
SAN MARTIN	1	3,3
HUANCAVELICA	1	3,3
PIURA	1	3,3
TACNA	1	3,3
LAMBAYEQUE	1	3,3
Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 5:



Fuente: IBM SPSS

Del total de las primigestas estudiadas, se observa que existe un 43.3% que han nacido en Lima, un 10% son de Cajamarca, 6.7% son de Amazonas, 3.3% son de Loreto, un 6.7% son de Huánuco, 3.3% son de Junín, el 6.7% son de Ancash, 3.3% son de Puno, 3.3% son de San Martín, 3.3% han nacido en Huancavelica, 3.3% han nacido en Piura, 3.3% son de Tacna, y por último, un 3.3% del total son de Lambayeque.

TABLA N° 6:

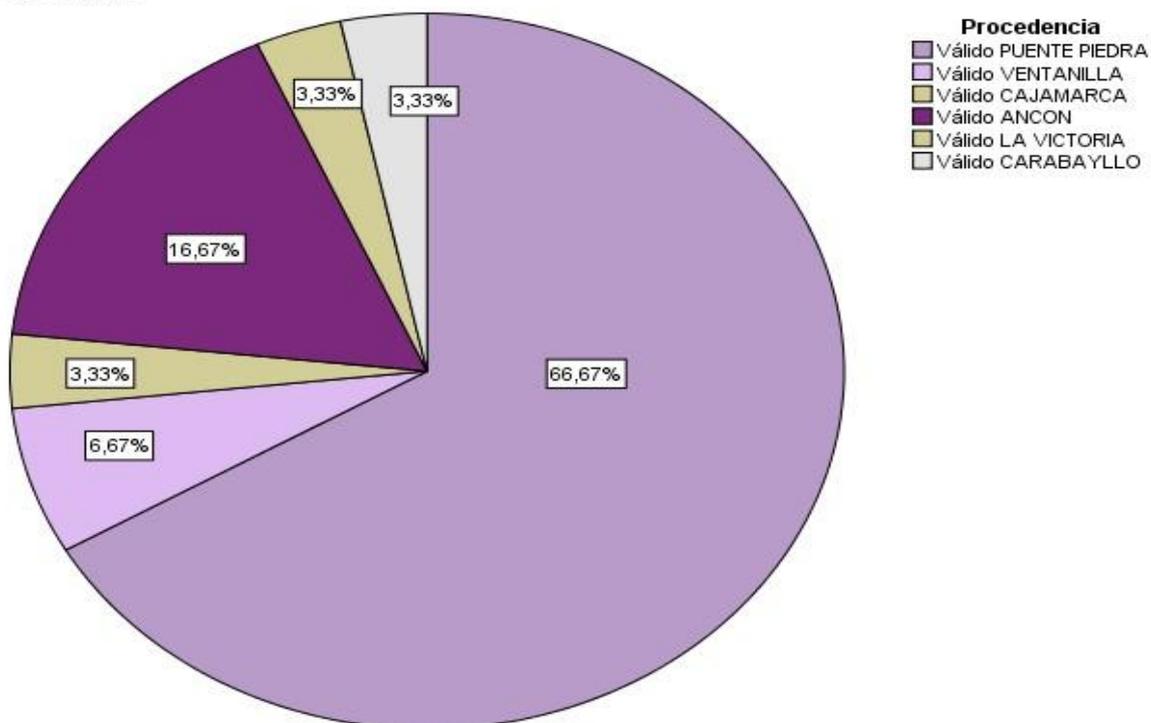
PROCEDENCIA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	PUENTE PIEDRA	20	66,7
	VENTANILLA	2	6,7
	CAJAMARCA	1	3,3
	ANCON	5	16,7
	LA VICTORIA	1	3,3
	CARABAYLLO	1	3,3
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 6:

**Procedencia
Porcentaje**



Fuente: IBM SPSS

En la muestra estudiada, se observa que el 66.7% de las primigestas viven en Puente Piedra, el 6.7% vive en Ventanilla, 3.3% se encuentra de viaje, el 16.7% vive en Ancón, 3.3% vive en La Victoria, y 3.3% del total vive en Carabayllo.

TABLA N° 7:

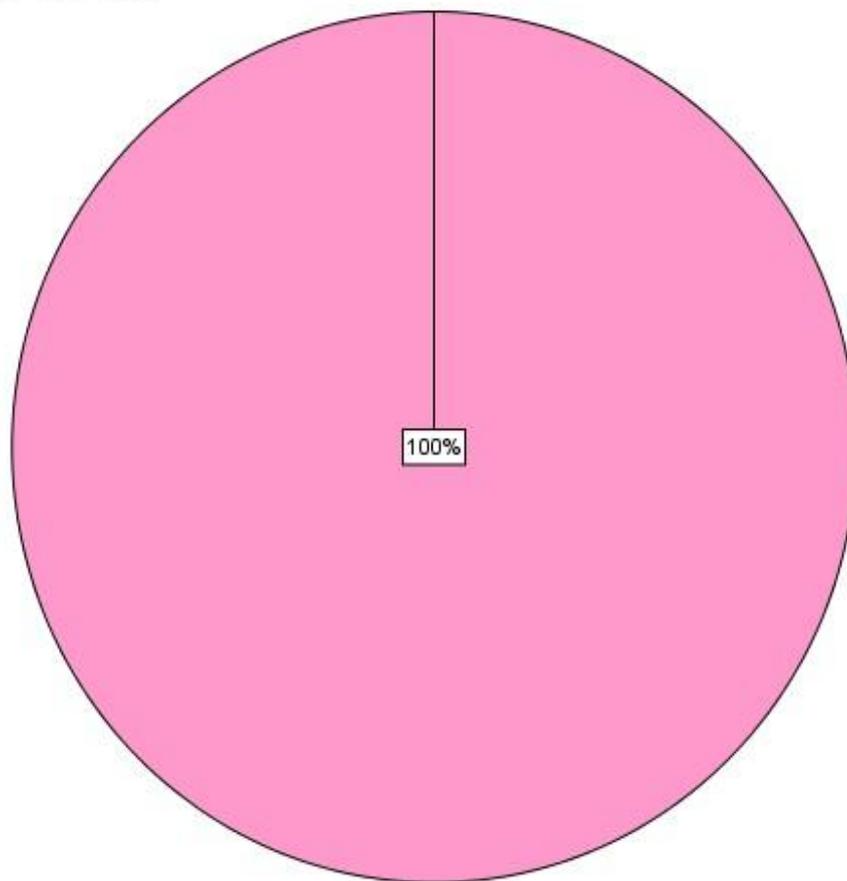
PARIDAD

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	G1P0000	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N ° 7:

Paridad
Válido G1P0000



Fuente: IBM SPSS

En la muestra estudiada, se puede observar que del 100% es su primera gestación.

TABLA N° 8:

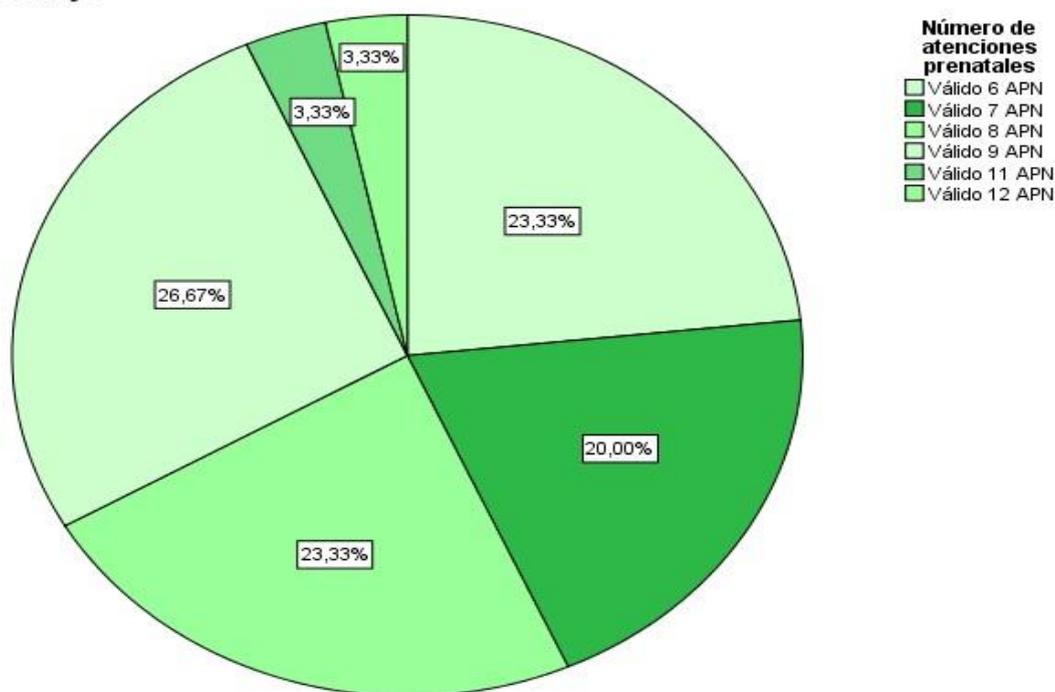
NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	6 APN	7	23,3
	7 APN	6	20,0
	8 APN	7	23,3
	9 APN	8	26,7
	11 APN	1	3,3
	12 APN	1	3,3
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 8:

Número de atenciones prenatales
Porcentaje



Fuente: IBM SPSS

En la muestra que se estudió, se pudo observar que el 23.3% tuvieron seis atenciones prenatales, 20% tuvieron siete atenciones prenatales, 23.3% llegaron a tener ocho atenciones prenatales, 26.7% tuvieron nueve atenciones prenatales, 3.3% del total tuvieron once atenciones prenatales y por ultimo 3.3% tuvieron doce atenciones prenatales.

TABLA N° 9:

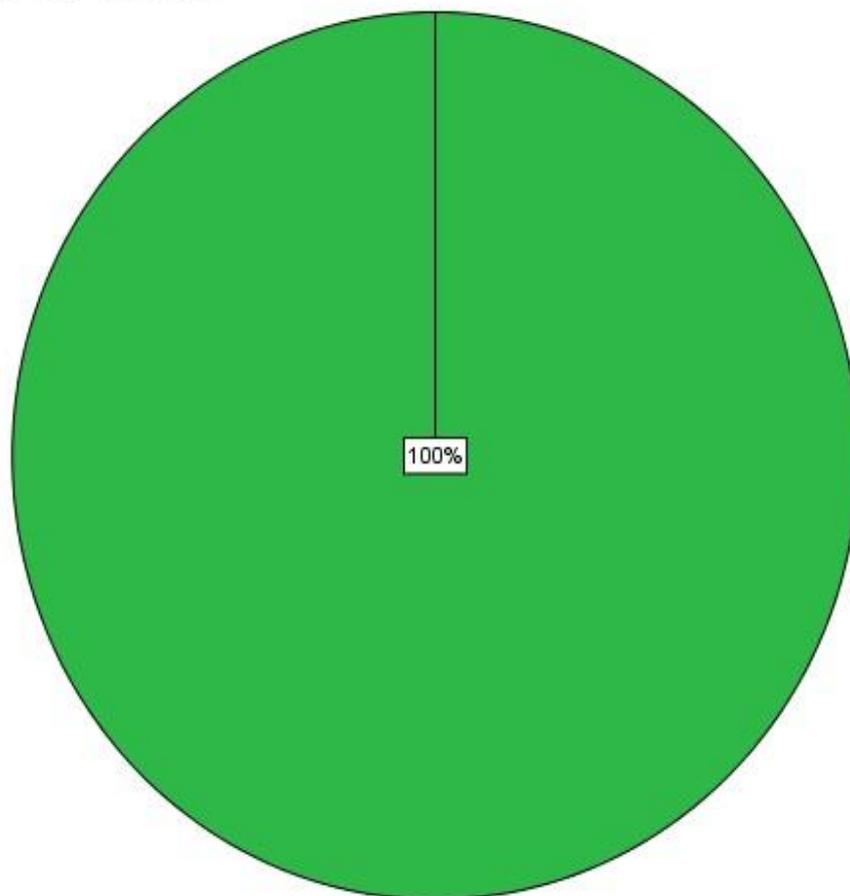
NÚMERO DE SESIONES ASISTIDAS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	6 SESIONES	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 9:

Número de sesiones asistidas
Válido 6 SESIONES



Fuente: IBM SPSS

En la muestra estudiada, se observa que el 100% de primigestas han asistido a las seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.

TABLA N° 10:

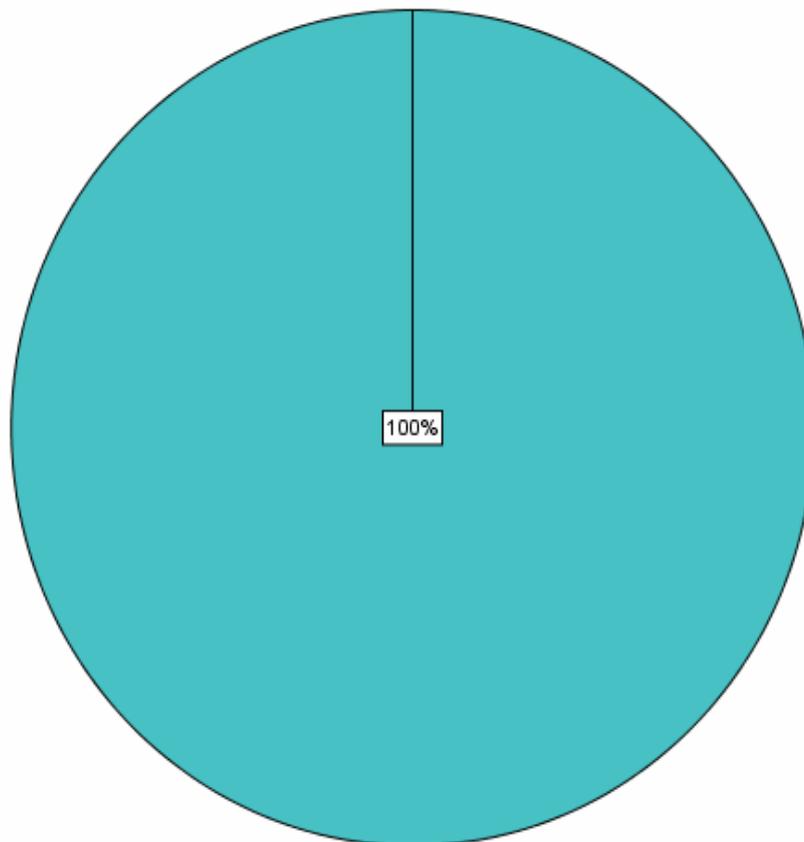
PREPARADA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 10:

Preparada
Válido SI



Fuente: IBM SPSS

En la muestra estudiada, se puede observar que el 100% de primigestas se consideran preparadas en psicoprofilaxis obstétrica.

TABLA N° 11:

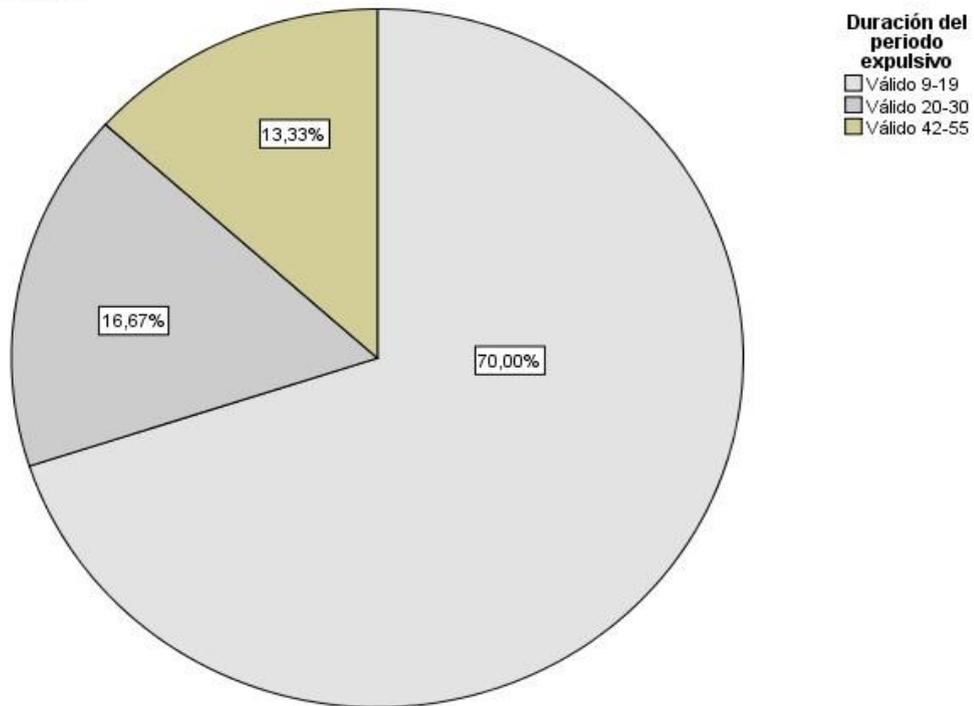
DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	9-19	21	70,0
	20-30	5	16,7
	42-55	4	13,3
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 11:

**Duración del periodo expulsivo
Porcentaje**



Fuente: IBM SPSS

En la muestra estudiada, se logra observar que del 100% de primigestas, el 70% han tenido una duración de su periodo expulsivo entre los 9 y 19 minutos, 16.7% tuvieron un periodo expulsivo con una duración de 20 a 30 minutos y 13.3%, su periodo expulsivo duró entre 42 y 55 minutos. Se puede observar que de la muestra evaluada, la mayoría de primigestas lograron un correcto nivel de cumplimiento en la técnica de pujo, puesto que la mayoría su periodo expulsivo fue de menor duración.

TABLA N° 12:

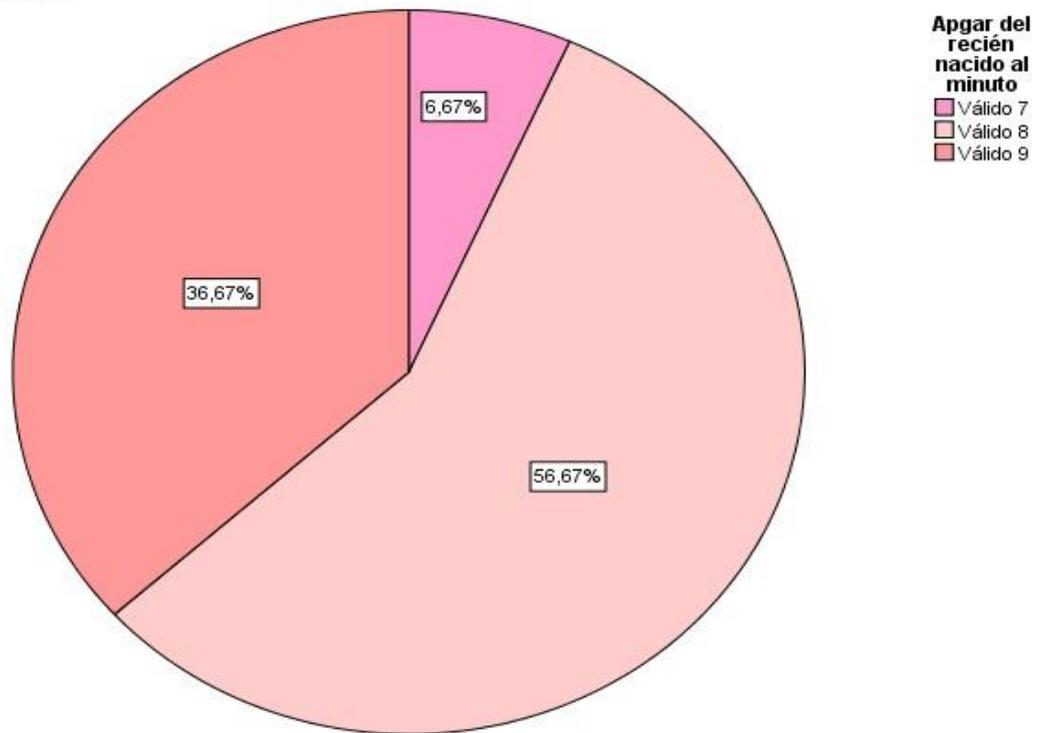
APGAR DEL RECIÉN NACIDO AL MINUTO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	7	2	6,7
	8	17	56,7
	9	11	36,7
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 12:

**Apgar del recién nacido al minuto
Porcentaje**



Fuente: IBM SPSS

En la muestra estudiada, se observa que el 6.7% de los recién nacidos tuvieron un APGAR de 7 al minuto de vida, 56.7% tuvieron un APGAR de 8 al minuto de vida, y por último, 36.7% tuvieron un APGAR de 9 al minuto de vida. Se observa entonces que posee una relación directa el adecuado cumplimiento de la técnica de pujo con el APGAR que posean los recién nacidos al minuto de vida.

TABLA N° 13:

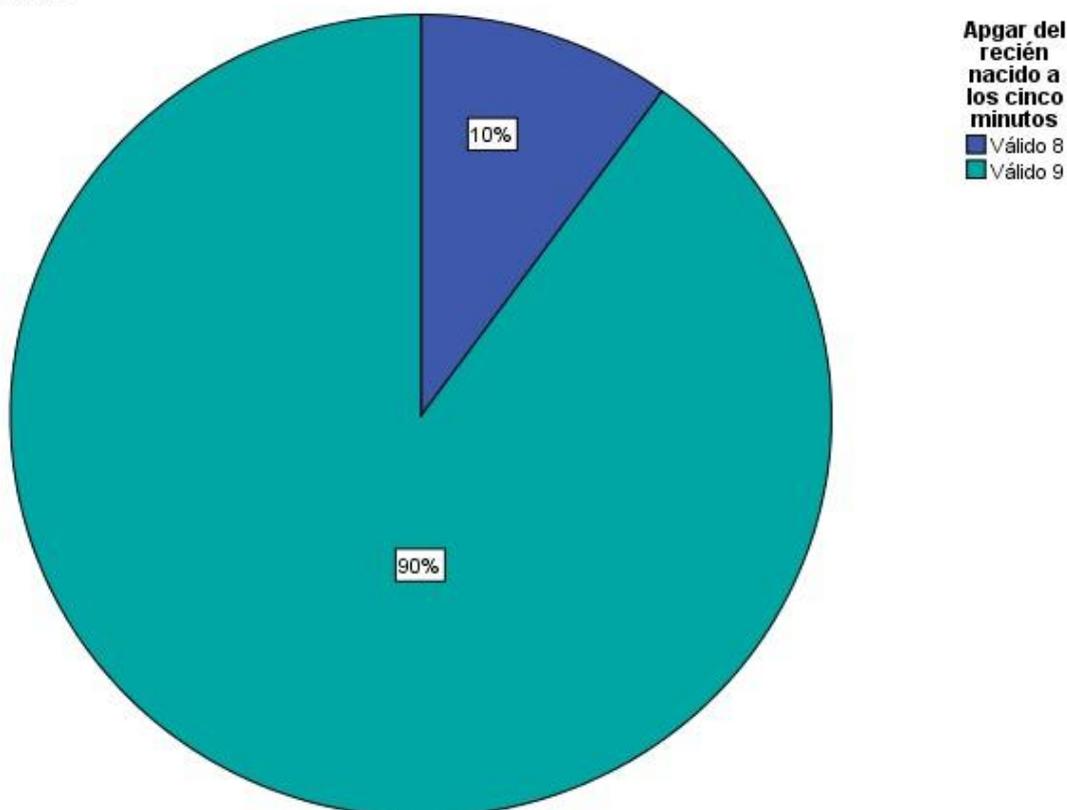
APGAR DEL RECIÉN NACIDO A LOS CINCO MINUTOS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	8	3	10,0
	9	27	90,0
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 13:

**Apgar del recién nacido a los cinco minutos
Porcentaje**



Fuente: IBM SPSS

En la muestra se observa que del total de recién nacidos, el 10% tuvieron un APGAR de 8 a los cinco minutos de vida y el 90% llegaron a tener 9 de APGAR a los cinco minutos de vida. Se encuentra entonces que la correcta aplicación de la técnica de pujo repercutirá en el APGAR que posean los recién nacidos a los cinco minutos de vida.

LISTA DE CHEQUEO

TABLA N° 14:

RECONOCE EL INICIO DEL PERIODO EXPULSIVO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 14:



Fuente: IBM SPSS

En la muestra estudiada, se observa que el 100% de primigestas reconocen el inicio del periodo expulsivo. Lo que demuestra que la totalidad de primigestas preparadas lograron aplicar de manera correcta lo aprendido en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.

TABLA N° 15:

SE COLOCA EN POSICIÓN DECÚBITO DORSAL

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 15:



Fuente: IBM SPSS

En la muestra estudiada, se observa que el 100% de primigestas se colocan en posición decúbito dorsal adecuadamente, demostrando que la totalidad de primigestas logran cumplir con la secuencia para el inicio de la técnica de pujo.

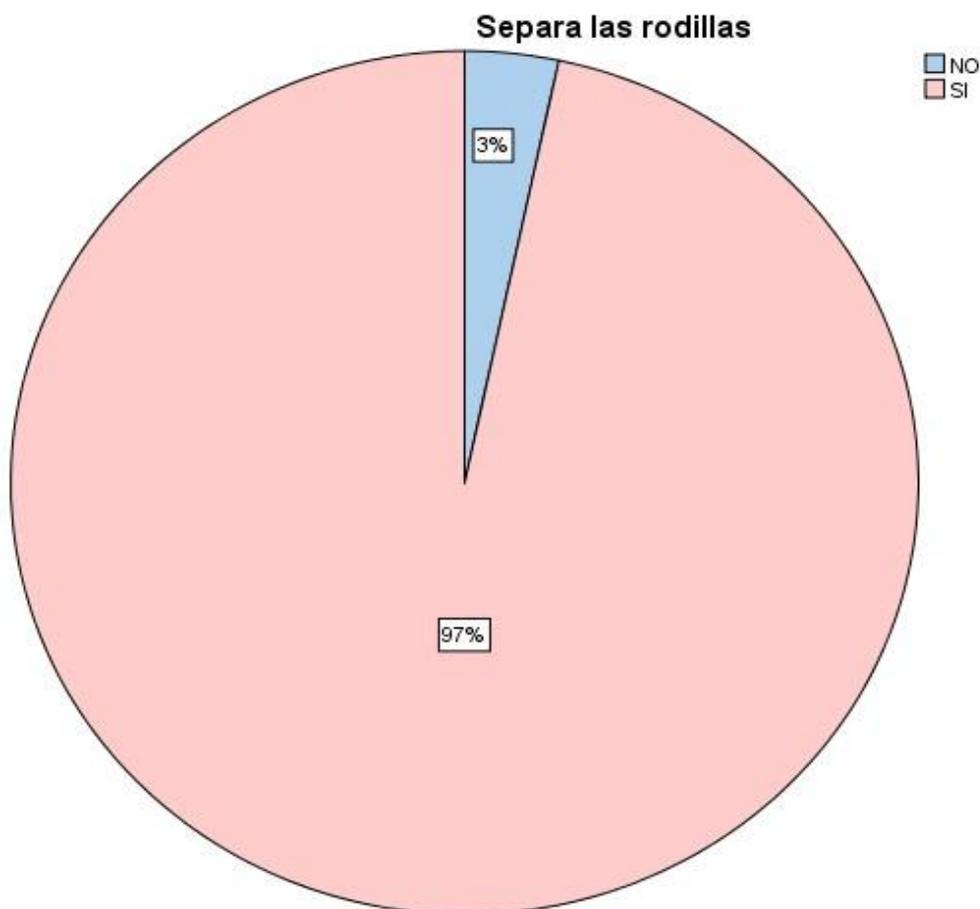
TABLA N° 16:

SEPARA LAS RODILLAS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	1	3,3
	SI	29	96,7
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 16:



Fuente: IBM SPSS

De la muestra estudiada, se observa que del 100% de las primigestas, el 3.3% de las primigestas no logran separar las rodillas al momento del parto, mientras que el 96.7% si logran separar las rodillas de manera adecuada. Demostrando que existe un gran predominio de primigestas (96.7%) que cumplen con la secuencia para una correcta aplicación de la técnica de pujo.

TABLA N° 17:

FLEXIONA LAS PIERNAS APOYADAS EN LAS MANIJAS DE CAMILLA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	1	3,3
	SI	29	96,7
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 17:



Fuente: IBM SPSS

De la muestra estudiada, se puede observar que del 100% de primigestas, el 3.3% no logra flexionar las piernas de manera adecuada, a diferencia del 96.7% que si logra realizarlo de manera adecuada. Se demuestra que la mayoría de primigestas (96.7%) cumplen con la secuencia para una correcta aplicación de la técnica de pujo.

TABLA N° 18:

LOS BRAZOS SE ENCUENTRAN PARALELOS AL CUERPO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	1	3,3
	SI	29	96,7
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 18:



Fuente: IBM SPSS

De la muestra estudiada, se observa que el 3.3% del total de primigestas no coloca los brazos de manera paralela al cuerpo y el 96.7% de primigestas si logra colocar los brazos paralelos al cuerpo. Demostrándose que gran parte del total de primigestas (96.7%) realiza una correcta aplicación de la técnica de pujo.

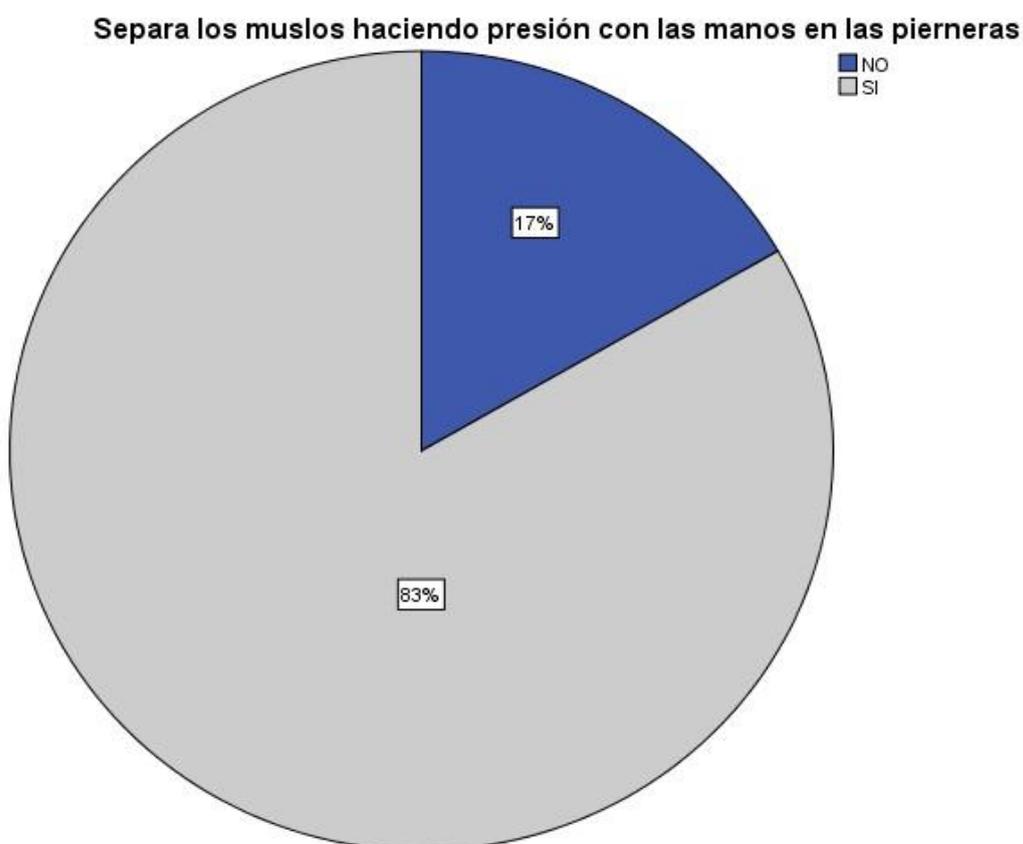
TABLA N° 19:

SEPARA LOS MUSLOS HACIENDO PRESIÓN CON LAS MANOS EN LAS MANIJAS DE CAMILLA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	5	16,7
	SI	25	83,3
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 19:



Fuente: IBM SPSS

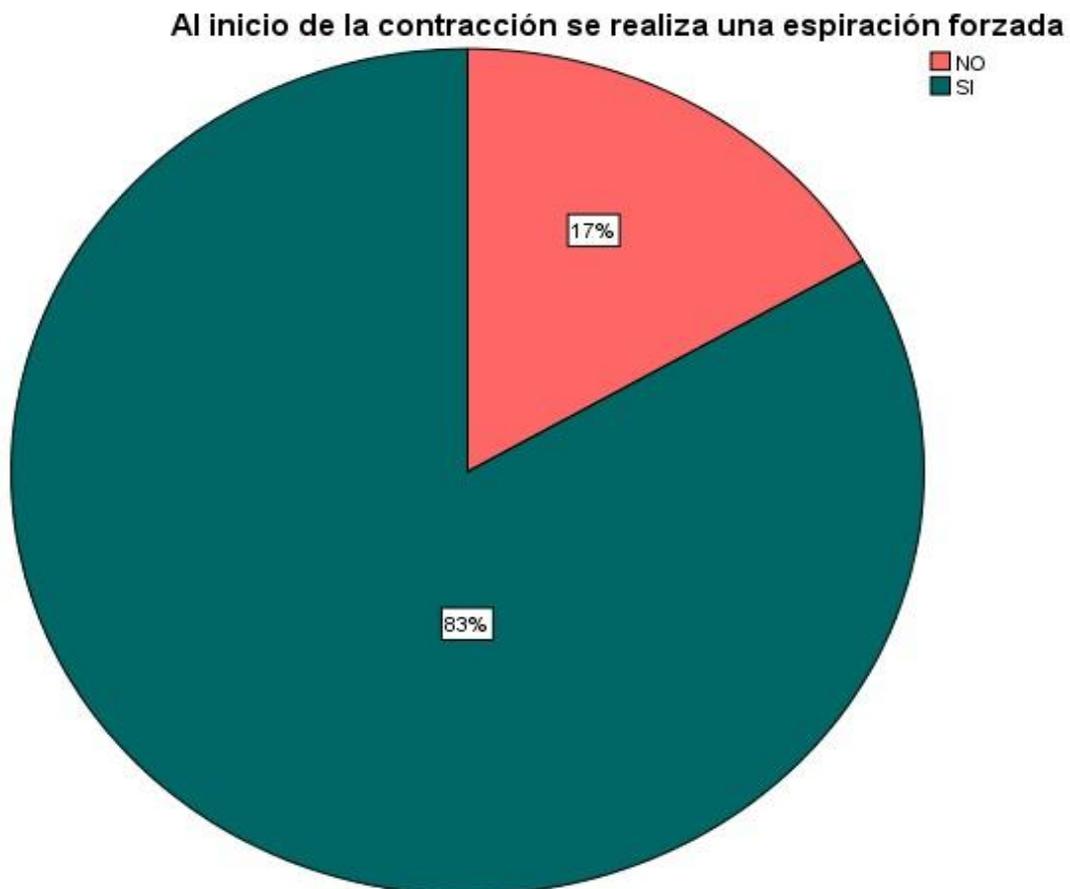
De la muestra estudiada, se puede observar que el 16.7% de primigestas no logra separar los muslos haciendo presión en las manijas de la camilla con las manos y el 83.3% de las primigestas si logra realizarlo de manera adecuada. Evidenciándose que el predominio de primigestas logra seguir con la correcta secuencia para la aplicación de la técnica e pujo.

TABLA N° 20:
AL INICIO DE LA CONTRACCIÓN SE REALIZA UNA ESPIRACIÓN FORZADA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	5	16,7
	SI	25	83,3
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 20:



Fuente: IBM SPSS

De la muestra estudiada, se observa que el 16.7% de las primigestas no realizan una espiración forzada al inicio de la contracción, a diferencia del 83.3% de las primigestas que si lo realiza de manera adecuada. Se puede evidenciar que el predominio de primigestas sigue de manera correcta la secuencia para la aplicación de la técnica de pujo.

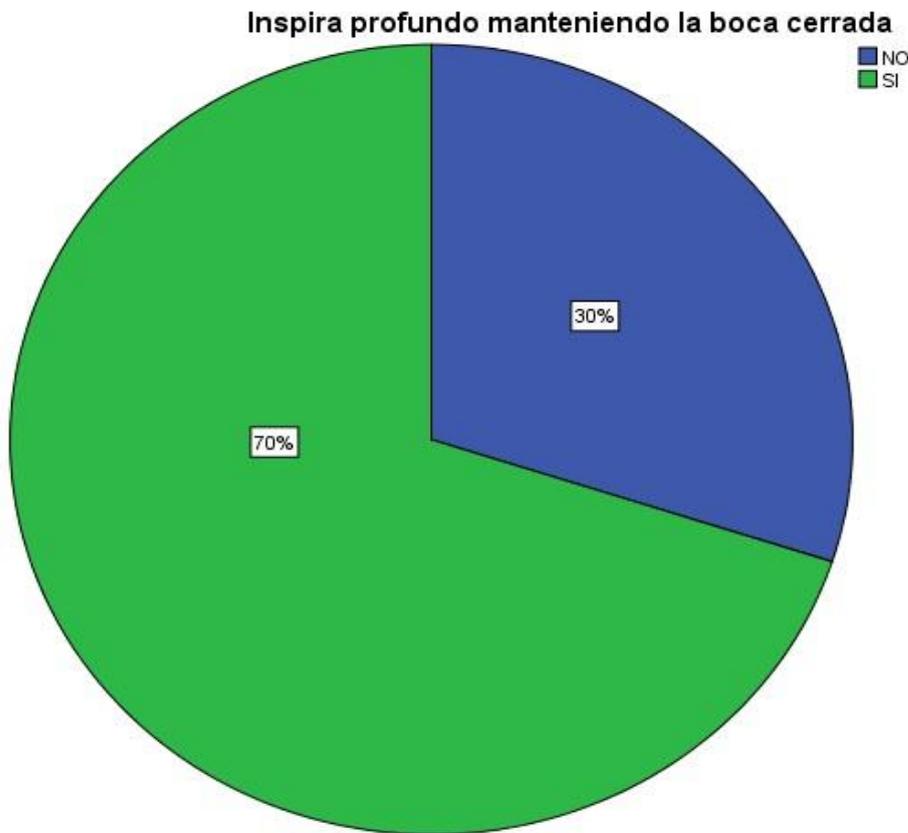
TABLA N° 21:

INSPIRA PROFUNDO MANTENIENDO LA BOCA CERRADA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	9	30,0
	SI	21	70,0
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 21:



Fuente: IBM SPSS

De la muestra estudiada, se encuentra que el 30% del total de primigestas no inspira profundo y mantiene la boca cerrada, mientras que, el 70% de las primigestas evaluadas si lo realiza adecuadamente. Se demuestra que a pesar que hay un pequeño porcentaje (30%) que no realiza de manera adecuada la secuencia, existe el predominio de primigestas que logran seguir la secuencia correcta para la aplicación de la técnica de pujo.

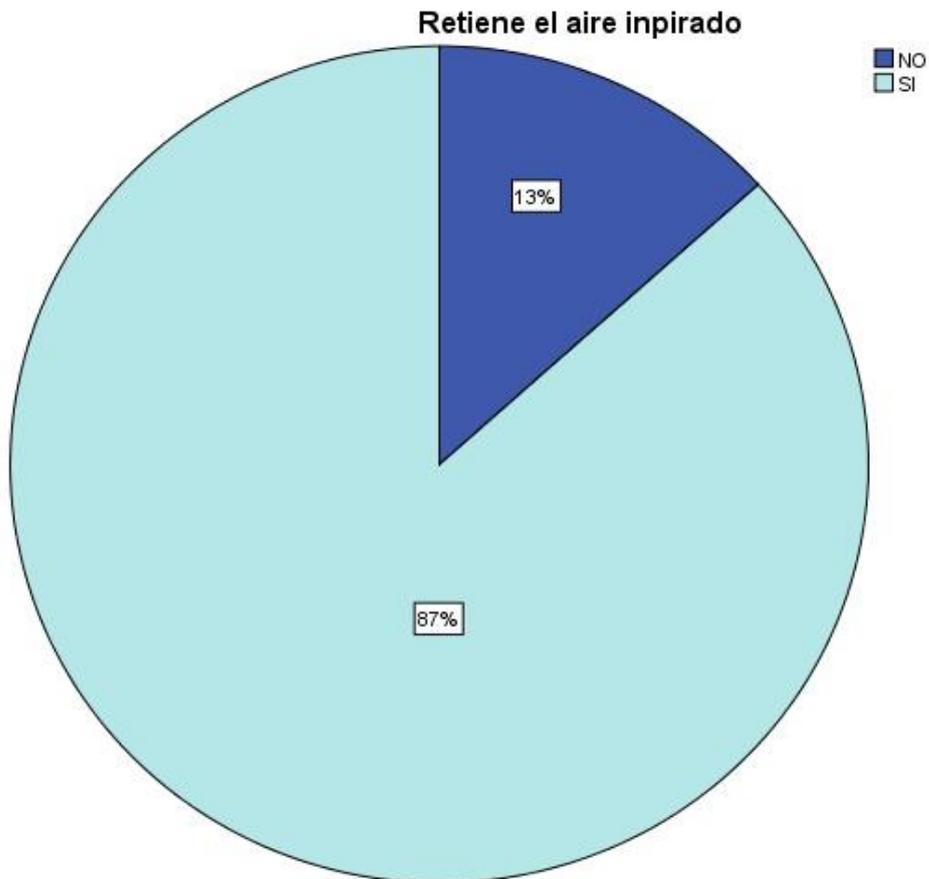
TABLA N° 22:

RETIENE EL AIRE INSPIRADO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	4	13,3
	SI	26	86,7
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 22:



Fuente: IBM SPSS

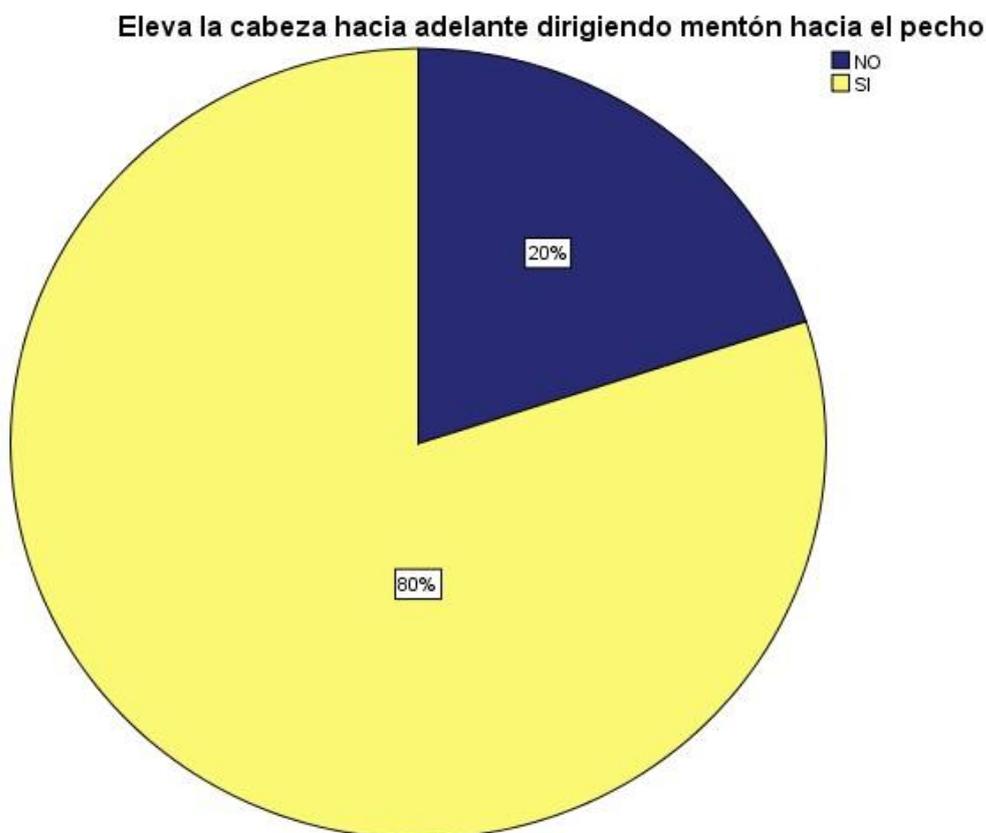
De la muestra estudiada, se encuentra que el 13.3% del total de primigestas observadas no retienen el aire inspirado y el 86.7% del total si logra retener el aire adecuadamente. Demostrándose que la mayoría de las primigestas observadas cumplen con la secuencia para una correcta aplicación de la técnica de pujo.

TABLA N° 23:
ELEVA LA CABEZA HACIA ADELANTE DIRIGIENDO MENTÓN HACIA EL PECHO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	6	20,0
	SI	24	80,0
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 23:



Fuente: IBM SPSS

De la muestra estudiada, se observa que el 20% de primigestas preparadas no elevan la cabeza hacia adelante ni dirigen su mentón hacia su pecho, a diferencia del 80% del total de primigestas preparadas que si lo realizan apropiadamente. Se puede evidenciar que la mayor parte de primigestas evaluadas efectúan de manera adecuada la secuencia para la aplicación de la técnica de pujo.

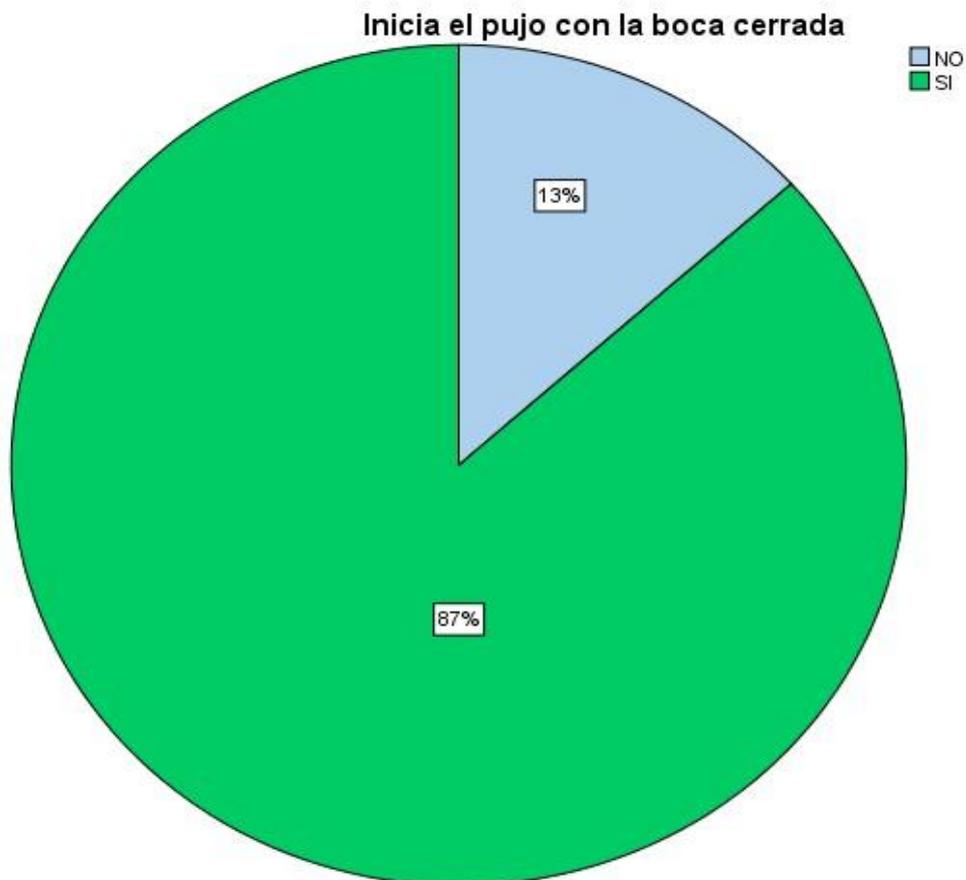
TABLA N° 24:

INICIA EL PUJO CON LA BOCA CERRADA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	4	13,3
	SI	26	86,7
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 24:



Fuente: IBM SPSS

De la muestra estudiada, se observa que el 13.3% de primigestas no inician el pujo con la boca cerrada, mientras que el 86.7% de primigestas preparadas si lo realiza de manera adecuada, demostrándose que la mayoría de las primigestas observadas cumplen con la secuencia para una correcta aplicación de la técnica de pujo.

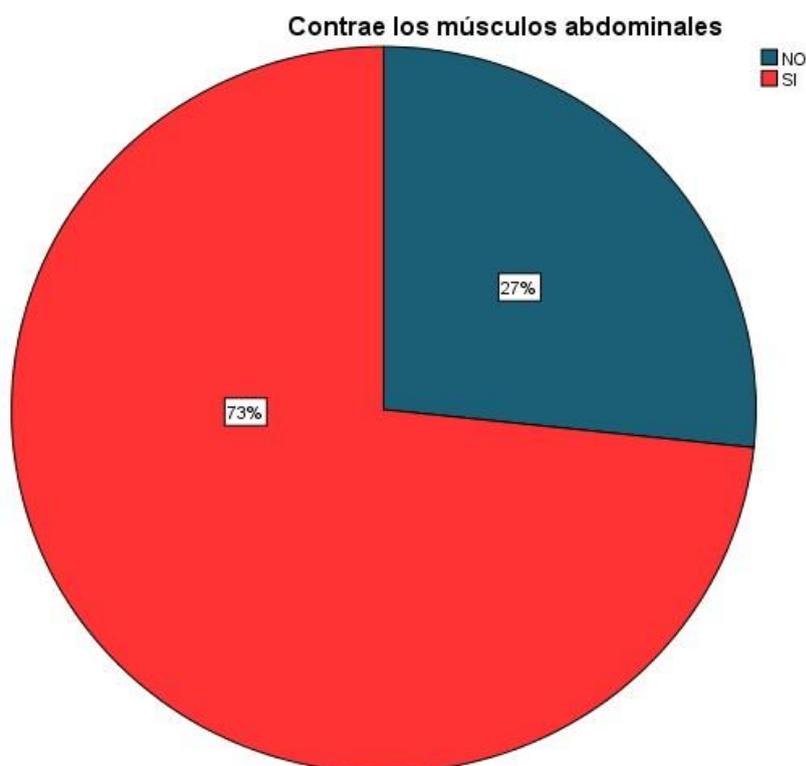
TABLA N° 25:

CONTRAE LOS MÚSCULOS ABDOMINALES

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	8	26,7
	SI	22	73,3
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 25:



Fuente: IBM SPSS

De la muestra, se observa que las primigestas que no contrajeron los músculos abdominales fue el 26.7% del total, mientras que el 73.3% de primigestas si lograron contraer los músculos abdominales de manera efectiva. Se demuestra que a pesar que se tiene un pequeño porcentaje (27%) que no realiza de manera adecuada la secuencia, existe el predominio de primigestas que logran seguir la secuencia correcta para la aplicación de la técnica de pujo.

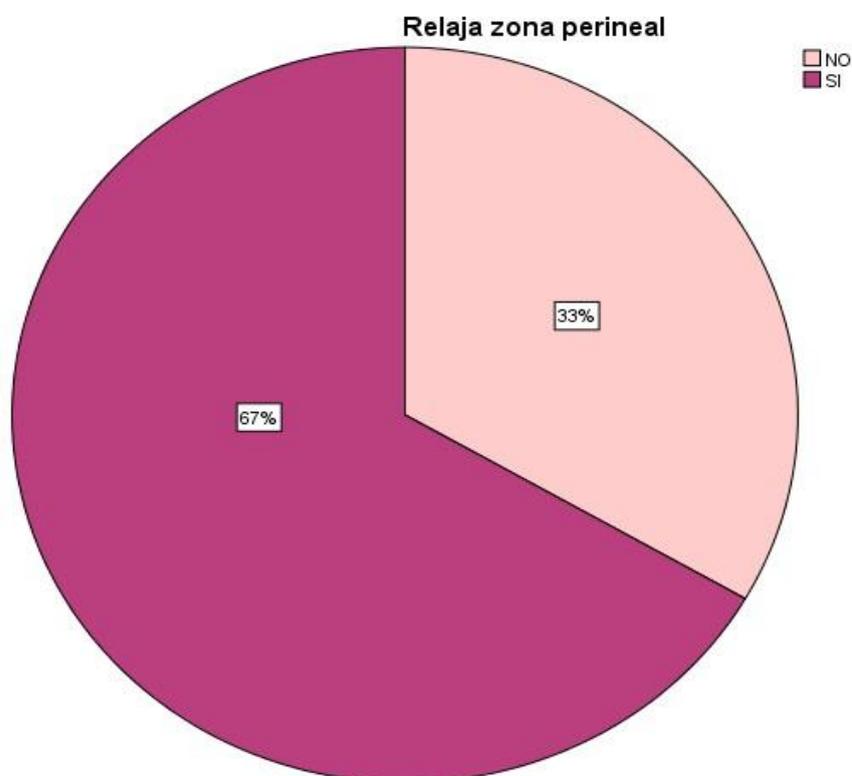
TABLA N° 26:

RELAJA ZONA PERINEAL

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	10	33,3
	SI	20	66,7
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 26:



Fuente: IBM SPSS

De la muestra estudiada, se observa que el 33.3% de primigestas no relaja la zona perineal, sin embargo, existe un 66.7% del total de primigestas que si logra relajar la zona perineal de manera apropiada. Se puede evidenciar que existe un pequeño porcentaje (33%) del total de primigestas que no logran realizar de manera adecuada la secuencia, sin embargo, aun existe el predominio de aquellas primigestas que lo realizan la secuencia de la aplicación de la técnica de pujo correctamente.

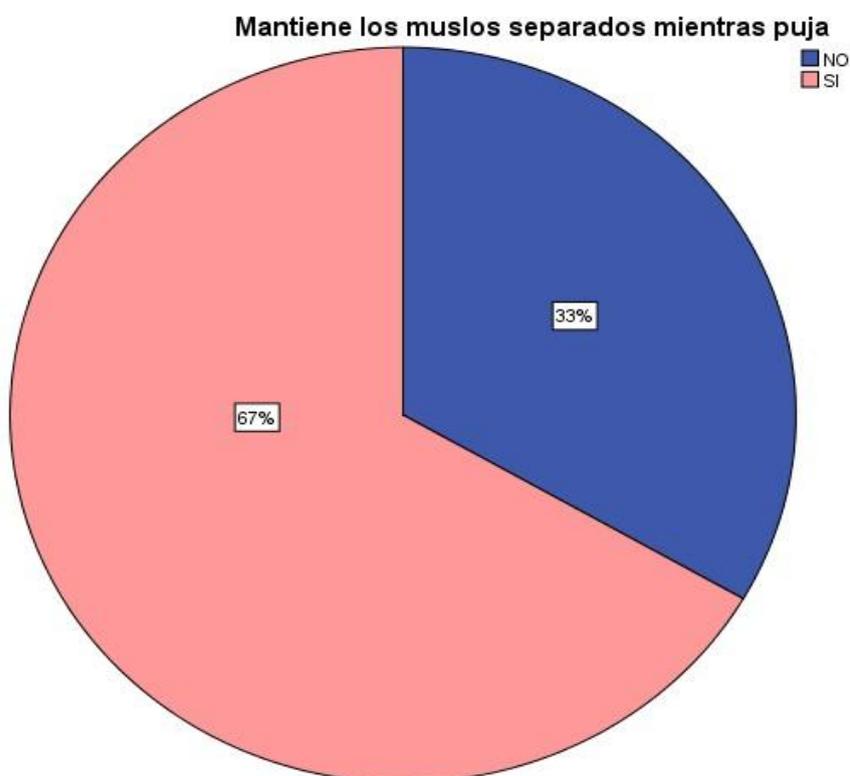
TABLA N° 27:

MANTIENE LOS MUSLOS SEPARADOS MIENTRAS PUJA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	10	33,3
	SI	20	66,7
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 27:



Fuente: IBM SPSS

De la muestra estudiada, se observa que el 33.3% de primigestas no logra mantener los muslos separados mientras puja, mientras que el 66.7% de primigestas si logra mantener los muslos separados mientras puja. Se evidencia que existe un pequeño porcentaje (33%) del total de primigestas que no logran realizar de manera adecuada la secuencia, sin embargo, aun existe el predominio de aquellas primigestas que lo realizan la secuencia de la aplicación de la técnica de pujo adecuadamente.

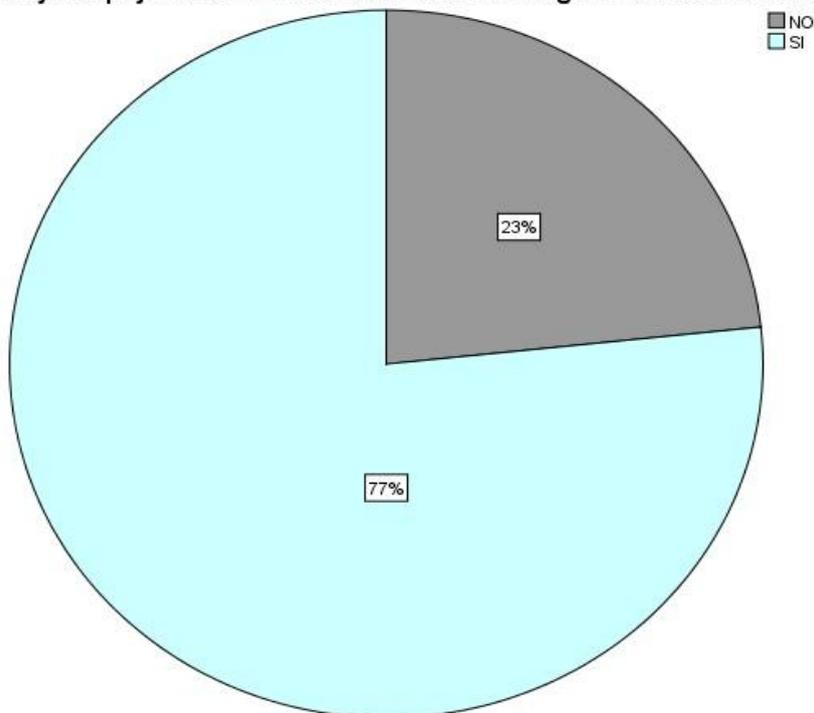
TABLA N° 28:
DEJA DE PUJAR AL TÉRMINO DE LA CONTRACCIÓN SEGÚN INDICACIONES DADAS POR OBSTETRA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	7	23,3
	SI	23	76,7
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 28:

Deja de pujar al término de la contracción según indicaciones dadas por obstetra



Fuente: IBM SPSS

De la muestra estudiada, se logra observar que el 23.3% de las primigestas no dejan de pujar al termino de la contracción según las indicaciones que brinda la obstetra, mientras que, el 76.7% de primigestas preparadas si lo logra hacer satisfactoriamente. Se demuestra que a pesar de un pequeño porcentaje (27%) que no realiza de manera adecuada la secuencia, existe el predominio de primigestas que logran seguir la correcta secuencia para la aplicación de la técnica de pujo.

TABLA N° 29:
A LA SALIDA DE LA CABEZA FETAL LA GESTANTE INHALA EL AIRE POR LA NARIZ

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	10	33,3
	SI	20	66,7
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 29:



Fuente: IBM SPSS

De la muestra estudiada, se observa que el 33.3% del total de primigestas no inhala el aire por la nariz a la salida de la cabeza fetal, a diferencia del 66.7% de primigestas que si lo realiza de manera adecuada. Se evidencia también, que existe un pequeño porcentaje (33%) del total de primigestas que no logran realizar de manera adecuada la secuencia, sin embargo, aun existe el predominio de aquellas primigestas que si lo realizan adecuadamente para la correcta aplicación de la técnica de pujo.

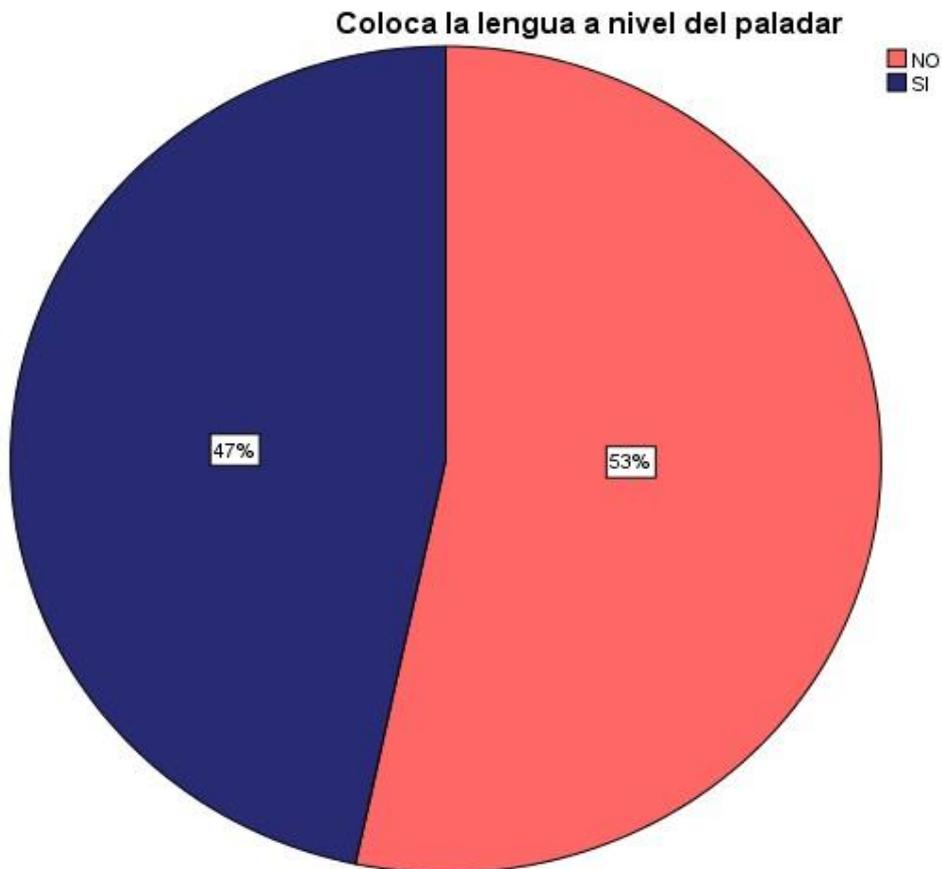
TABLA N° 30:

COLOCA LA LENGUA A NIVEL DEL PALADAR

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	16	53,3
	SI	14	46,7
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 30:



Fuente: IBM SPSS

De la muestra, se observa que del total de primigestas evaluadas el 53.3% no colocan la lengua a nivel del paladar, a diferencia del 46.7% de primigestas que si lo realiza. Se demuestra que existe un déficit en un porcentaje significativo (53%) de primigestas que no realizan de manera correcta la secuencia para la aplicación de la técnica de pujo.

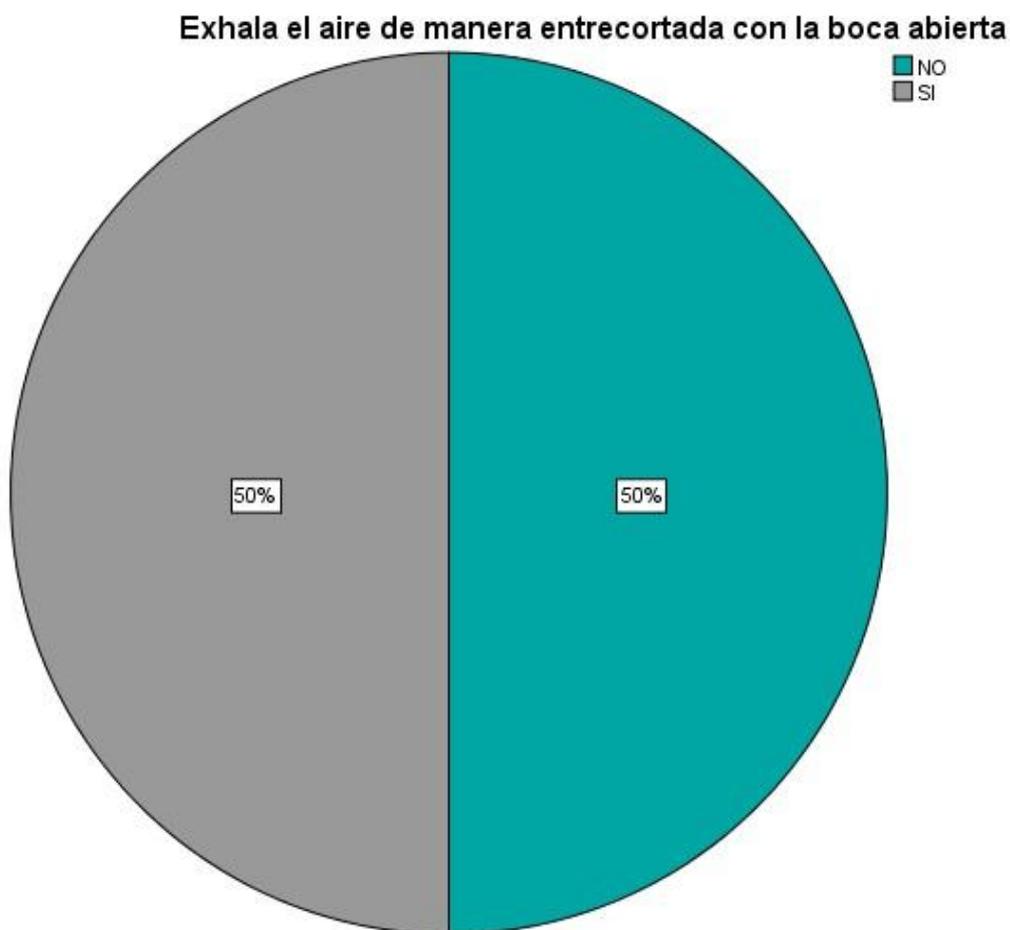
TABLA N° 31:

EXHALA EL AIRE DE MANERA ENTRECORTADA CON LA BOCA ABIERTA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	15	50,0
	SI	15	50,0
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 31:



Fuente: IBM SPSS

De la muestra estudiada, se observa que el 50% de primigestas exhala el aire de manera entrecortada, siendo también el 50% de primigestas las que no lo realizan de manera apropiada, lo que demuestra que del total de primigestas evaluadas, la mitad de ellas, no realiza adecuadamente la última secuencia para la correcta aplicación de la técnica del pujo.

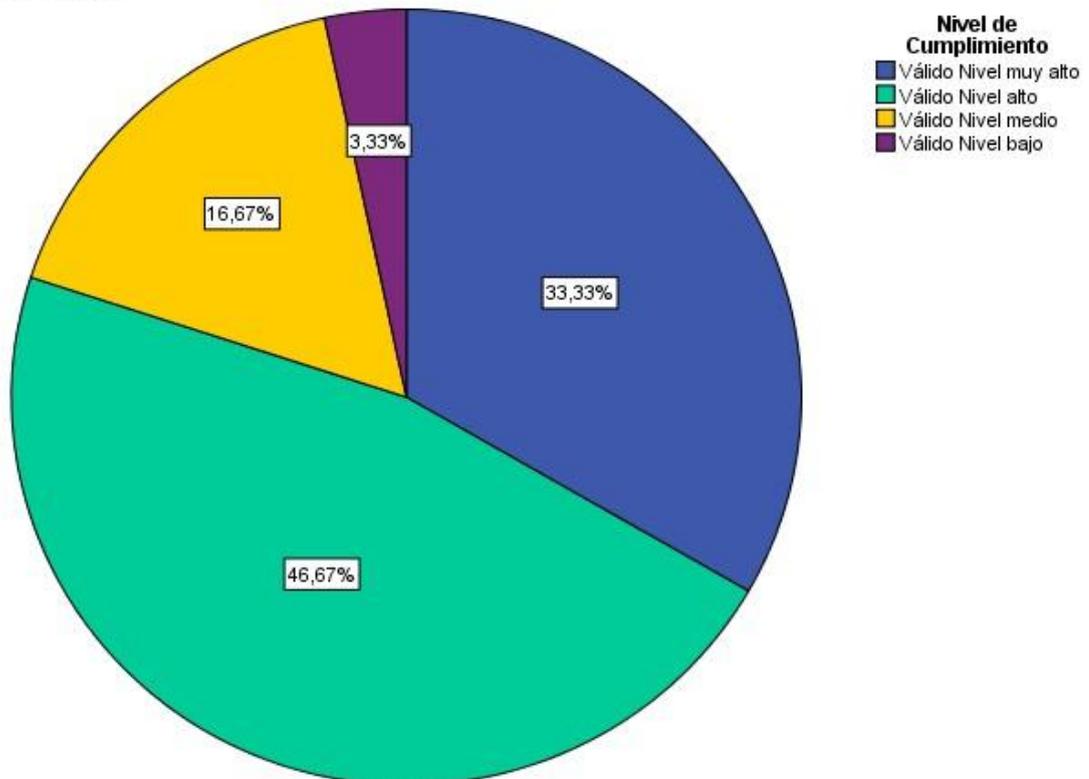
TABLA N° 32:

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nivel muy alto	10	33,3
	Nivel alto	14	46,7
	Nivel medio	5	16,7
	Nivel bajo	1	3,3
	Total	30	100,0

Fuente: IBM SPSS

GRÁFICO N° 32:

Nivel de Cumplimiento
Porcentaje



Fuente: IBM SPSS

De la muestra evaluada el 33.3% del total (10) lograron un Muy Alto nivel de cumplimiento de la técnica de pujo, el 46.7% (14) lograron un Alto nivel de cumplimiento de la técnica de pujo, 16.7% del total (5) tuvieron un Nivel Medio de cumplimiento de la técnica de pujo, y por último, se obtuvo un 3.3% del total de primigestas (1) que tuvieron un Bajo Nivel de cumplimiento de la técnica de pujo.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados hallados en el presente estudio la edad promedio de las primigestas en su mayoría fue entre los 18 y 20 años representando el 60% (dieciocho primigestas) del total, situación similar fue hallada en el estudio realizado por Llave Reducindo (2013), el cual llega a tener el 89.2% del total ⁸, a diferencia del estudio realizado por Játiva Parra (2015), donde solo llega a ser el 2% del total de las gestantes ²⁷, como también es el caso del estudio realizado por Galoc y Shapiama (2013) con un 7% de gestantes.²⁶

En relación con el estado civil de las primigestas se encontró que existe un predominio de mujeres convivientes con el 70% (veintiún primigestas) del total, caso parecido con el estudio realizado por Zurita Muñoz (2015) que llegan a ser el 80.5% del total de gestantes ²⁸, siendo las primigestas solteras el 30% (nueve primigestas) del total, caso parecido ocurre en el estudio realizado por Cubas Pérez y Vásquez Daza (2012) donde se encuentra que el 27.78% del total son gestantes solteras.²⁹ Cabe resaltar que es un porcentaje alto aún cuando se encuentra por encima la cantidad de mujeres que conviven con sus parejas. Razón por la cual se debe tener en cuenta que la respuesta que tengan las primigestas ante el parto puede ser afectada.

En relación con la educación de las primigestas se observa que existe un 10% de mujeres (tres primigestas) que tienen solo estudios primarios, el 73.3% (veintidós primigestas) del total llevaron estudios secundarios, siendo solo el 70% (veinte primigestas) que completaron sus estudios secundarios, el 16.6% del total (cinco primigestas) tuvieron estudios superiores, completándolos solo el 3.3% (una primigesta). Se puede evidenciar entonces que existe un gran déficit en el nivel educativo de las gestantes, similar situación se produce en la investigación de Tafur Rodas (2015) donde sólo el 63.3% habían completado sus estudios secundarios.⁶

Respecto a la ocupación de las primigestas se evidencia que existe predominio de aquellas mujeres que se dedican al hogar con el 93.3% del total de la muestra estudiada (veintiocho primigestas), caso parecido con la investigación realizada por Tafur Rodas (2015) donde se encuentra que el 73.3% del total de la muestra se dedica a las labores domesticas ⁶, al igual que en el estudio de

Zurita Muñoz (2015) con un 91.5% del total.²⁸ Siendo aquellas primigestas dedicadas al estudio solo el 3.3% del total (una primigesta), al igual que aquellas primigestas que trabajan fuera del hogar con un 3.3% (una primigesta).

Se evidencia que dentro de la muestra estudiada existe una descentralización de los puntos de nacimiento de las primigestas, siendo como primer lugar Lima con el 43.3% del total, seguido por Cajamarca con el 10%, luego se encuentran los departamentos de Amazonas, Ancash y Huánuco con el 6.7%, para cada uno, y por último con un 3.3% cada uno se encuentran los departamentos de Loreto, Junín, Puno, San Martín, Huancavelica, Piura, Tacna y Lambayeque.

En cuanto a la procedencia de las primigestas, se puede observar que la mayor cantidad de gestantes que tuvieron su parto en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz residen en zonas aledañas al Hospital, como Puente Piedra con el 66.7%, Ventanilla con 6.7%, Ancón con el 16.7% y Carabaylo con el 3.3% del total de primigestas.

Respecto al número de atenciones prenatales en la muestra estudiada se puede evidenciar que el mínimo de atenciones recibidas ha sido de seis, siendo el 23.3% de primigestas que lo lograron, el 20% recibieron siete atenciones, 23.3% llegaron a recibir ocho atenciones, 26.7% recibieron nueve atenciones, por último, once y doce atenciones recibidas se lograron en 3.3%, cada uno. Lo que se evidencia que todas las gestantes que lograron recibir desde el mínimo de atenciones (seis) llegaron a completar con las seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, para ser consideradas gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica. Caso parecido se encuentra en la investigación de Llave Reducindo (2013) donde el 72.3% del total han recibido como mínimo seis atenciones prenatales.⁸

En el presente estudio se evidencia que del total de primigestas evaluadas y consideradas preparadas en psicoprofilaxis obstétrica, la gran mayoría tuvo un corto tiempo de duración de su periodo expulsivo, siendo el 70% entre 9 y 19 minutos, 16.7% entre los 20 y 30 minutos y solo el 13.3% llegaron a tener un tiempo de duración de su periodo expulsivo mayor a 40 minutos. Similar situación se encuentra en la investigación de Valle Cohaila (2006) donde se

encuentra que el 94.12% del total tuvieron una duración de su periodo expulsivo menor de 15 minutos y el 5.88% tuvo una duración mayor de 30 minutos.³⁰ De igual modo sucede en la investigación de Tafur Rodas (2015) donde se encuentra que la duración del periodo expulsivo en gestantes preparadas es de 14.7 minutos en promedio ⁶, se puede concluir entonces, que las gestantes que completen con la preparación en psicoprofilaxis obstétrica influirá en la duración del periodo expulsivo.

En relación al APGAR del recién nacido al minuto de vida en la muestra estudiada, se encuentra que en su totalidad logran tener un APGAR mayor o igual a 7, similar situación se encuentra en el estudio realizado por Valle Cohaila (2006), donde el 94.12% del total de recién nacidos obtienen APGAR mayor o igual a 7 al minuto de vida.³⁰

En la investigación se tiene como fin observar si las primigestas preparadas poseen un nivel adecuado de cumplimiento de la técnica de pujo. Al ser evaluadas se evidenció que el total de primigestas logran reconocer el inicio del periodo expulsivo, a su vez, al evaluar la correcta posición que adoptan las primigestas para el parto, se observa que logra realizarlo adecuadamente el 94.7% del total de primigestas. Por tercer punto se evaluó la técnica de pujo, donde se encontró que el 76.7% del total de primigestas realizó de manera correcta la secuencia para lograr una técnica de pujo efectiva. Por último, a la salida de la cabeza fetal se evaluó la correcta técnica de jadeo o respiración jadeante que posea la primigesta, donde se observó que 54.5% de primigestas cumplieron con el orden para realizarlo de manera correcta. Al finalizar se pudo encontrar que 81.5% del total de primigestas lograron tener una correcta técnica de pujo en su periodo expulsivo, pero cabe resaltar que existió una notable deficiencia en la ejecución del jadeo en las primigestas a comparación con los otros pasos para realizar una técnica de pujo correcta. Caso parecido se pudo observar en la investigación realizada por Julca Mestanza (2011) donde se encontró que de la muestra evaluada no necesitaron apoyo para sus respiraciones ($p=0.0003$), se relajaron fácilmente ($p=0.0000$) y su pujo fue efectivo ($p=0.0009$).³¹ Cabe mencionar también el estudio realizado por Tafur Rodas (2015) donde se encontró que las respuestas que tenían las gestantes

ante las actitudes durante el periodo expulsivo fueron en el 90% del total de su muestra.⁶

Finalmente, se obtuvo del estudio realizado que del total de la muestra evaluada el 33.3% del total (10) lograron un Muy Alto nivel de cumplimiento de la técnica de pujo, el 46.7% (14) lograron un Alto nivel de cumplimiento de la técnica de pujo, 16.7% del total (5) tuvieron un Nivel Medio de cumplimiento de la técnica de pujo, y por último, se obtuvo un 3.3% del total de primigestas (1) que tuvieron un Bajo Nivel de cumplimiento de la técnica de pujo. De similar forma se pudo encontrar en la investigación realizada por Valle Cohaila (2006) donde se observó que 82.35% del total de su muestra tuvieron una buena actitud en el periodo expulsivo y una correcta técnica de pujo y el 17.65% tuvieron una regular actitud y técnica de pujo.³⁰ A su vez también, otro estudio realizado por Galoc y Shapiama (2013) nos muestra que el 89% de gestantes aplica de manera correcta la técnica de pujo.²⁶ Por lo que se concluye que aquellas gestantes que lleven una preparación psicoprofiláctica tendrán una mejor actitud ante el parto, lo que permitirá así poder tener un buen nivel de cumplimiento de la técnica de pujo.

CONCLUSIONES

Luego de finalizar con la investigación se logra concluir que:

- La asistencia a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y la culminación de las mismas, le permite a la primigesta lograr un adecuado nivel de cumplimiento de la técnica de pujo, siendo en su mayoría un Nivel Muy Alto y Alto, logrando entre estos el 80% del total de primigestas que se evaluaron.
- El correcto nivel de cumplimiento de la técnica de pujo le permitió a la primigesta lograr un menor tiempo de duración del periodo expulsivo, siendo el 86.7% del total de primigestas las que lograron tener una duración de su periodo expulsivo entre los 9 y 30 minutos, y dentro de este grupo, el 70% logró una duración entre los 9 y 19 minutos.
- El nivel adecuado del cumplimiento de la técnica de pujo se vio en estrecha relación con la puntuación al momento de realizar el test de APGAR que obtuvieron los recién nacidos al minuto y a los cinco minutos de vida. Observándose que al minuto y los cinco minutos de vida el total de recién nacidos obtuvieron una puntuación mayor o igual a 7.

RECOMENDACIONES

Considerándose los resultados de la presente investigación:

- Captar e incentivar a las primigestas en general asistir a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica a través de charlas realizadas en el establecimiento de salud, donde se brinde información básica sobre los beneficios maternos y perinatales que se logra al aplicar lo enseñado en las sesiones de psicoprofilaxis, concientizando así a las gestantes y motivándolas a su asistencia.
- Lograr que el servicio de psicoprofilaxis obstétrica facilite horarios para que la asistencia de las primigestas sea masiva, sin olvidar el buen trato formando un ambiente cómodo y tranquilo, lo que garantizará la asistencia a todas las sesiones.
- Innovar diversas estrategias para retener la atención de las primigestas durante el desarrollo de las sesiones para lograr la correcta aplicación de todo lo enseñado al momento de su parto, brindándole la confianza y seguridad para realizarlo.
- Gestionar y coordinar por parte del servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica con Centro Obstétrico, que las gestantes, en mayor medida primigestas, puedan hacer una simulación de su parto en el mismo ambiente donde se realizara dicho evento, con la finalidad de lograr una mayor confianza en las parturientas y permita ejecutar de manera correcta la técnica de pujo.

FUENTES DE INFORMACION

1. Gavensky R. Psicoprofilaxis obstétrica: fundamentos básicos, principios de psicología general y aplicada, y práctica del método. 3° ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1971.
2. Torres Marti J.; Valverde Martínez J.; Melero López A.; Priego Correa E.; Arones Collantes M.; Pellicer Yborra B. Comportamiento materno durante el Parto según parámetros clínicos y sociológicos de la gestación. Prog Obstet Ginecol 2002; 45 (4): 137 – 144.
3. Alemany J.; Velasco J. Aspectos emocionales que rodean el nacimiento. Estado de la cuestión. Matronas Prof [en línea] 2005 [fecha de acceso: 19 de junio del 2016]; 6(4): 23-27. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/vol6n4pag23-27.pdf>
4. Barsallo J, Isla G. Parto seguro, Parto feliz, Niño sano. Psicoprofilaxis obstétrica. 3° ed. Lima: Dennis Morzán D; 2002.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
6. María T. Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia en la actitud frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de marzo a mayo del 2015 [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia]. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Consultado: 23 de mayo del 2016. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4398>
7. Paola V., Ángela S. Factores asociados a la participación activa en sala de partos de la parturienta con psicoprofilaxis obstétrica [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia]. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004. Consultado: 20 de junio del 2016. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/357/1/Vidal_pp.pdf
8. Edmundo L. Resultados materno perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica en el INMP durante el año 2013 [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia]. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.

Consultado: 18 de junio del 2016. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3699>

9. Yasmin Z. Factores que influyen en el comportamiento de las gestantes durante el trabajo de parto en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de abril a mayo del 2015 [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia]. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Consultado: 19 de junio del 2016. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4768>

10. Diana V.; Angélica C. Aplicación de la psicoprofilaxis en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Julius Doepfner de la ciudad de Zamora en el año 2015 [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería]. Zamora, Ecuador. Universidad Nacional de Loja; 2016. Consultado: 20 de junio del 2016. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13823/1/Tesis%20Lista%20Angelica.pdf>

11. Quiroz C.; Rivera R.; Salazar L.; Solís D. Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en el periodo pre-parto en las adolescentes embarazadas del Centro de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Hospital Bertha Calderón Roque. Agosto–Noviembre, 2014. Ciencia & Salud [en línea] 2014 [fecha de acceso: 19 de junio del 2016]; 3(10):31-38. Disponible en: <http://revistas.usc.edu.co/index.php/CienciaySalud/article/view/457/405#.V4e7hdLhCUk>

12. Artieta I.; Paz C.; Grandes G.; Remiro G.; Odriozola I.; Bacigalupe A.; Payo J. Los beneficios de la educación prenatal para el proceso de parto en España. Nursing Research [en línea] 2010 [fecha de acceso: 19 de junio del 2016]; 59(3):157 – 231. Disponible en: http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2010/05000/The_Benefits_of_Antenatal_Education_for_the.7.aspx

13. Vidal A.; Reyes M.; Fernández Y.; Gonzales G.; Acosta T.; Yero L. Preparación psicofísica para el parto: seguridad y satisfacción a las gestantes. Medisur [en línea] 2012 [fecha de acceso: 19 de junio del 2016]; 10(1): 17-21.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000100003&lng=es.

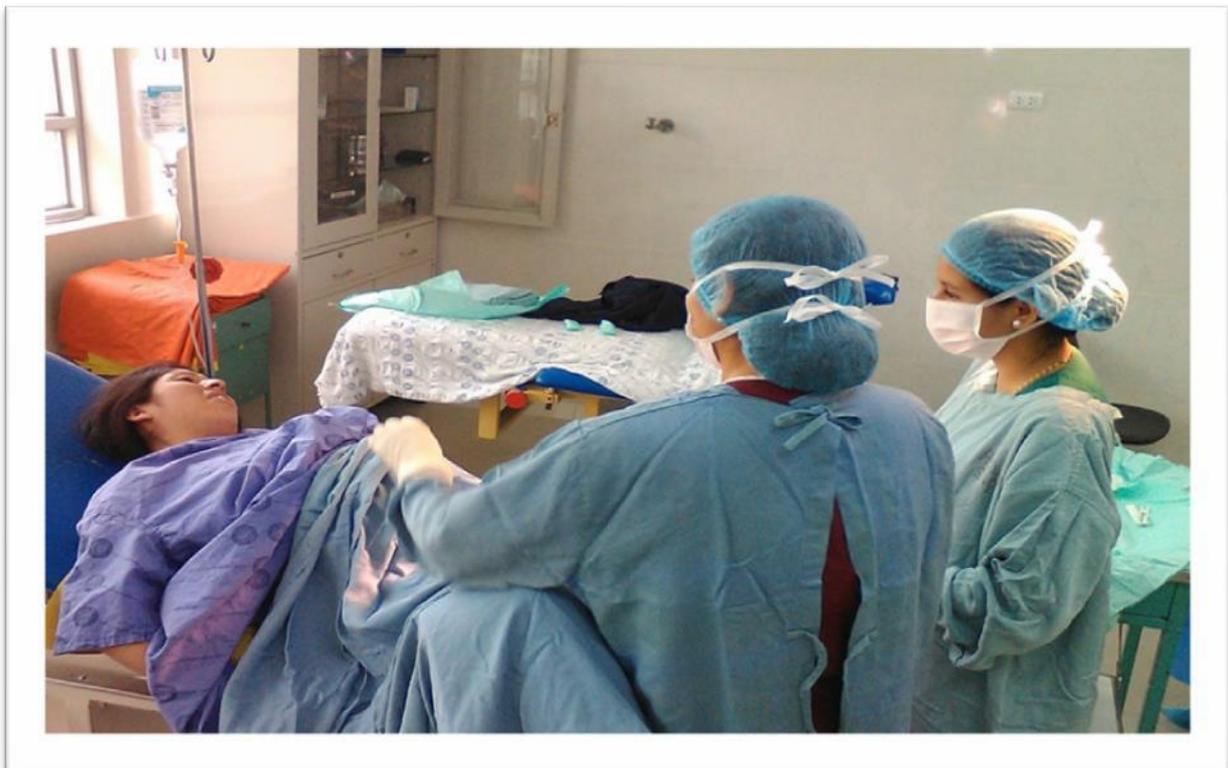
14. ASPPO (Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica). Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica. 3ra Ed. Lima: ASPPO; 2010.
15. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima: Ministerio de Salud; 2004.
16. Ministerio de Salud. Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Lima: Ministerio de salud; 2011.
17. ASPPO (Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica). Guía Práctica de Psicoprofilaxis Obstétrica. 1ra ed. Lima: ASPPO; 2012.
18. Ministerio de Salud. Manual de atención personalizada en el Proceso Reproductivo. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2008.
19. Fátima S. Aplicar Psicoprofilaxis Obstétrica en primigestas añosas, propuesta de un protocolo de manejo, Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel, de septiembre 2012 a febrero 2013 [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2012 – 2013. Consultado: 10 de junio del 2016. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1797/1/tesis%20terminada%20faty.pdf>
20. Salazar R. Influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Daniel Alcides Carrión Callao. [Tesis para optar el grado académico de Doctora en Educación]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2015.
21. Simkin P., Whalley J., Keppler A. Embarazo, Nacimiento y el recién nacido. 2° ed. Washington: Atlántida; 2001.
22. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams. Obstetricia. 23° ed. México DF: Mc Graw Hill Interamericana Editores; 2011.
23. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6° ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.
24. Tapia J, Gonzales A. neonatología. 3°ed. Santiago: Mediterráneo; 2011.

25. Hyde J. Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana. 4° ed. Madrid: Ediciones Morata; 1995.
26. Alis G., Sendy S. Actitud de la gestante durante el trabajo de parto después de la aplicación de un programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Hospital II EsSalud Tarapoto, Mayo 2012 - Abril 2013 [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia]. San Martín, Perú. Universidad Nacional de San Martín; 2013. Consultado: 23 de mayo del 2016. Disponible en: <http://tesis.unsm.edu.pe/jspui/handle/11458/526>
27. María J. Aplicación de la psicoprofilaxis y su importancia en el parto natural en el centro de salud N° 3 de Ambato [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Estimulación Temprana]. Ambato, Ecuador. Universidad de Ambato; 2015. Consultado: 15 de junio del 2016. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/15902/2/J%C3%A1tiva%20Parra%2c%20Mar%C3%ADa%20Eugenia.pdf>
28. Milagros Z. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido en el Hospital Vitarte, 2015 [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en obstetricia]. Lima, Perú. Universidad Alas Peruanas; 2015. Consultado en: 05 de julio del 2016. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal//mod/biblioteca/download.php?transparencia=60>
29. Madeleyne C., Jessica V. Influencia de la preparación psicoprofiláctica en los niveles de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto. Hospital Santa Gema – Yurimaguas. Mayo a diciembre 2010 [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia]. Tarapoto, Perú. Universidad Nacional de San Martín; 2012. Consultado: 25 de julio del 2016. Disponible en: http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_53_Binder1.pdf
30. Vanessa V. Programa de Psicoprofilaxis y Actitud de la gestante. Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna. Diciembre 2005 a febrero del 2006 [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia]. Tacna, Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2006. Consultado: 15 de julio del 2016. Disponible en:

<http://www.espanito.com/universidad-nacional-jorge-basadre-grohmann-facultad-de-obstet.html>

31. Julca G. Impacto de la psicoprofilaxis obstétrica en el parto y en la puérpera. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Puente Piedra Marzo 2011 [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2011.

ANEXOS



Primigesta se encuentra en posición decúbito dorsal lista para iniciar su parto.



Recién nacida obtuvo 8 de APGAR y 9 a los cinco minutos de vida.



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos (as)..... Se está trabajando en un estudio de investigación realizado por María Alexandra Abigail Romero Chávez de la Universidad Alas Peruanas, la cual servirá para la construcción de una tesis para obtener el título de Licenciado en Obstetricia. Dicha investigación tiene como objetivo: Determinar el nivel de cumplimiento de la técnica de pujo en primigestas preparadas en psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. La participación en este estudio es de manera voluntaria, la cual se basará en observar todo lo sucedido durante su parto. La información recogida será confidencial y anónima, por tanto, no se usará para ningún otro propósito fuera de los establecidos en esta investigación.

Acepto voluntariamente participar en la investigación: Nivel de cumplimiento de la técnica de pujo en primigestas preparadas en Psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2016, al haberme explicado de manera minuciosa y clara los objetivos y procedimientos del estudio, siendo mi participación voluntaria, anónima y confidencial. Por lo tanto al firmar el presente documento autorizo se me incluya como muestra de investigación.

Firma del participante

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LA TÉCNICA DE PUJO EN LAS PRIMIGESTAS PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, 2016.

PROBLEMA	OBJETIVO	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			MÉTODO
		VARIABLE	INDICADORES	ÍTEMS	
¿Cuál es el nivel de cumplimiento de la técnica de pujo en las primigestas preparadas en psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2016?	GENERAL Determinar el nivel de cumplimiento de la técnica de pujo en las primigestas preparadas en psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2016.		IDENTIFICACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO	Reconoce el inicio del periodo expulsivo.	NIVEL DE INV. Aplicativo TIPO DE INV. Descriptivo, Observacional, Prospectivo y de Corte Transversal MÉTODO Cuantitativo
			POSICIÓN DE LA GESTANTE	Se coloca en posición decúbito dorsal. Separa las rodillas. Flexiona las piernas apoyadas en las pierneras de la camilla ginecológica. Los brazos se encuentran paralelos al cuerpo. Separa los muslos haciendo presión con las manos en las manijas de la camilla ginecológica.	
				Al inicio de la contracción se realiza una espiración forzada. Inspira profundo manteniendo la boca cerrada. Retiene el aire inspirado.	

		VARIABLE Nivel de cumplimiento de la técnica de pujo	TÉCNICA DEL PUJO Eleva la cabeza hacia adelante dirigiendo mentón hacia el pecho. Inicia el pujo con la boca cerrada. Contrae los músculos abdominales. Relaja zona perineal. Mantiene los muslos separados mientras puja. Deja de pujar al término de la contracción según las indicaciones dadas por obstetra.	POBLACIÓN Y MUESTRA: 30 primigestas preparadas INSTRUMENTO Lista de chequeo.
	TÉCNICA DE RESPIRACIÓN JADEANTE A la salida de la cabeza fetal la gestante inhala el aire por la nariz. Coloca la lengua a nivel del paladar. Exhala el aire de manera entrecortada con la boca abierta.			



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

1. Edad: años
2. Estado civil:
- | | | | |
|---------|-----|-------------|-----|
| Soltero | () | Conviviente | () |
| Casada | () | Divorciada | () |
3. Grado de Instrucción:
- | | | | |
|------------|-----|----------|-----|
| Analfabeto | () | Primaria | () |
| Secundaria | () | Superior | () |
4. Ocupación:
5. Lugar de Nacimiento:
6. Procedencia:

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS.

1. G P
2. Número de atenciones prenatales:

III. PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA.

1. Número de sesiones asistidas: Preparada: Si () No ()

IV. CARACTERÍSTICAS DEL PARTO

1. Duración del periodo expulsivo:
2. Apgar del RN: 1' 5'

LISTA DE CHEQUEO

N°	ENUNCIADOS	SI	NO
I.	IDENTIFICACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO		
1	Reconoce el inicio del periodo expulsivo.		

II.	POSICIÓN DE LA GESTANTE		
2	Se coloca en posición decúbito dorsal.		
3	Separa las rodillas.		
4	Flexiona las piernas apoyadas en las piñeras de la camilla ginecológica.		
5	Los brazos se encuentran paralelos al cuerpo.		
6	Separa los muslos haciendo presión con las manos en las manijas de la camilla ginecológica.		
III.	TÉCNICA DE PUJO		
7	Al inicio de la contracción se realiza una espiración forzada.		
8	Inspira profundo manteniendo la boca cerrada.		
9	Retiene el aire inspirado.		
10	Eleva la cabeza hacia adelante dirigiendo mentón hacia el pecho.		
11	Inicia el pujo con la boca cerrada.		
12	Contrae los músculos abdominales.		
13	Relaja zona perineal.		
14	Mantiene los muslos separados mientras puja.		
15	Deja de pujar al término de la contracción según las indicaciones dadas por obstetra.		
IV.	TÉCNICA DE RESPIRACIÓN JADEANTE		
16	A la salida de la cabeza fetal la gestante inhala el aire por la nariz.		
17	Coloca la lengua a nivel del paladar.		
18	Exhala el aire de manera entrecortada con la boca abierta.		

ESCALA DE CALIFICACIÓN

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): *Fra Escalante Celis.*

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

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

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....
.....

Fra Escalante Celis
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

ESCALA DE CALIFICACIÓN

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): MERY VIOLETA MARQUEZ FELAYA

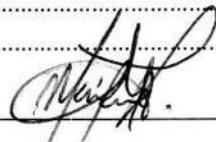
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

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

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....



 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

ESCALA DE CALIFICACIÓN

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): LUISA PARRA SILVA

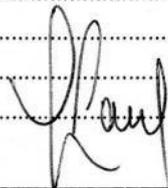
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

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

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....



FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA

MEMORANDUM N° 204-09/JDGO-HCLLH/2016

MINISTERIO DE SALUD	INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
UNIDAD DE APOYO A LA COEFICENCIA INVESTIGACION		
09 SET. 2016		
N° EXPEDIENTE	HORA	FIRMA
	7:43	S
RECIBIDO		

A : **Sr. Dante ANGULO BECERRA**
 Jefe de la Oficina de Docencia e Investigación del HCLLH

ASUNTO : Ref: **Memorandum N° 294-08/16-UADI-HPP-CLLH/SA**

FECHA : *Puente Piedra, 08 de septiembre de 2016*

*Por medio de la presente es grato dirigirme a usted, en atención al documento de la referencia, el Proyecto de Investigación presentada por la Srta. **Romero Chávez María Alexandra Abigail**, le informo que esta Jefatura no tiene ningún inconveniente para que puedan aplicar sus Instrumentos de Tesis de su Trabajo de Investigación Titulado **"Nivel de Cumplimiento de la Técnica de Pujo en las Primigestas Preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2016"**, en el Departamento a mi cargo.*

Asimismo deberá presentarse con la Lic. Obst. Norma Ruiz Murrieta.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Perú	Ministerio de Salud	Instituto de Gestión de Servicios de Salud	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
------	---------------------	--	----------------------------------

DR. WILFREDO HERNÁNDEZ GUERRA
 C.M.P. N° 29970, R.N.E. N° 14-466
 Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia

WHG/soq
 cc. archivo

HOSPITAL "CARLOS LANFRANCO LA HOZ"
CERTIFICA: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al documento original que he tenido a la vista y que fue devuelto en este mismo acto al interesado.
 Puente Piedra: 07 NOV. 2016

 MILAGRITOS E. PINILLOS YBAÑEZ
 FEDATARIA (SUPLENTE)
 R.D. N° 312 - 10/2015-DE-HCLLH/SA

