

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**“BENEFICIOS MATERNO-PERINATALES DE LA PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA EN LAS GESTANTES DE LOS CONSULTORIOS DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES DE
FEBRERO DEL 2017 A JUNIO DEL 2018.**

AUTOR:

MD. CRISTHIAN ALEJANDRO RODRIGUEZ NEIRA

TUTORA:

DRA. SANNY ARANDA CANOSA

GUAYAQUIL – ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el/la Dr.(a) Cristhian Alejandro Rodríguez Neira*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Sanny Aranda Canosa

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Cristhian Alejandro Rodríguez Neira.

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación "*Beneficios materno-perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica en las gestantes de los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales de febrero del 2017 a junio del 2018.*" previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

Cristhian Alejandro Rodríguez Neira



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, Cristhian Alejandro Rodríguez Neira

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Beneficios materno-perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica en las gestantes de los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales de febrero del 2017 a junio del 2018.”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

Cristhian Alejandro Rodríguez Neira

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS PREDEFENSA 10 DE DICIEMBRE.doc (D45579364)
Submitted: 12/12/2018 1:41:00 AM
Submitted By: crisrodnei@gmail.com
Significance: 4 %

Sources included in the report:

CINTHYA CHUQUIMARCA - PARALELO 1.docx (D27469862)

marco teorico ximena.docx (D15097180)

<https://core.ac.uk/download/pdf/54216973.pdf>

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000200008

<http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/358/1/EVALUACI%C3%92N%20DE%20HISTORIA%20CLINICA%20EN%20GESTANTE%20QUE%20ASISTIO%20AL%20PROGRAMA%20DE%20PSICOPROFILAXIS%20OBST%C3%89TRICA%20EN%20HOSPITAL%20NIVEL%20III%20HUAYHUAS%20RIVAS%20ROSA%20AMERICA%20.pdf>

<http://psicoeneo.blogspot.com/2012/03/la-psicoprofilaxis-perinatal-conforme.html>

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/6191/Huete_fc.pdf?sequence=1

Instances where selected sources appear:

1 AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a aquellos docentes y autoridades que buscaron que cada uno de nosotros alcancemos no sólo la formación profesional sino realización humana en todas circunstancias que el hombre enfrenta día a día; a todos ellos mi agradecimiento, posiblemente incógnitos y de vista inmediata, pero calaron en mi ser y formación profesional. Particularmente, quiero hacer mi agradecimiento a la Dra. Mercedes Pasamontes, quien fue la mayor motivadora durante este proceso de aprendizaje y que compartió los mismos ideales y enfoque en la relación médico-paciente y a la Dra. Hilda Fernández quien con dedicación ha dado sugerencias para que la investigación cumpla con las exigencias académicas.

2 DEDICATORIA

El hombre alcanza logros y siempre decimos “Gracias Dios mío”; hoy quiero decirlo y escribirlo porque el esfuerzo y resultado de la presente investigación se lo dedico al único que hace de la vida una satisfacción en cada ser, DIOS. También, a aquellos que me señalaron el camino del bien y la perseverancia mi abuela: Pilar Vargas Rosales, familiares y a las personas especiales que me han rodeado y han sido la luz del camino para llegar a una meta profesional anhelada y que se vuelve realidad.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO

DIRECTOR DEL POSGRADO

f. _____

ARANDA CANOSA, SANNY

COORDINADORA DOCENTE

f. _____

BATISTA PEREDA, YUBEL

OPONENTE

**SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
II COHORTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

TEMA: BENEFICIOS MATERNO PERINATALES DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA EN LAS GESTANTES DE LOS CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES DE FEBRERO DEL 2017 A JUNIO DEL 2018

ALUMNO: CRISTHIAN ALEJANDRO RODRIGUEZ NEIRA

FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACION TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACION SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACION TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

3ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 AGRADECIMIENTO.....	VI
2 DEDICATORIA.....	VII
3ÍNDICE DE CONTENIDOS	X
4ÍNDICE DE TABLAS	XII
5ÍNDICE DE ANEXOS.....	XIV
6 RESUMEN	XV
7 ABSTRACT.....	XVI
8 INTRODUCCIÓN:.....	1
9 EL PROBLEMA.....	5
9.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	5
9.2 FORMULACIÓN Y JUSTIFICACIÓN	5
10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	7
10.1 GENERAL.....	7
10.2 ESPECÍFICOS.....	7
11 MARCO TEÓRICO	8
11.1 ANTECEDENTES:	8
11.2 MARCO LEGAL	17
11.3 PSICOPROFILAXIS	21
11.4 CONTRAINDICACIONES.....	28
11.5 CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS PARA LA PRÁCTICA DE EJERCICIOS FÍSICOS	28
11.6 CONTRAINDICACIONES RELATIVAS PARA LA PRÁCTICA DE EJERCICIOS FÍSICOS	28
11.7 MOTIVOS PARA LA INTERRUPCIÓN DE LOS EJERCICIOS FÍSICOS ANTES DE INICIAR LA SESIÓN DE PPO	28
11.8 NORMAS DEL SERVICIO.....	29
11.9 INFRAESTRUCTURA	30
11.10 UBICACIÓN DEL SERVICIO DENTRO DE LAS UNIDADES	31
11.11 EQUIPAMIENTO.....	31
11.12 EL PARTO	31
11.12.1 Concepto	32
11.13 FACTORES DEL PARTO	32

11.14 PERIODOS DEL TRABAJO DE PARTO.....	32
11.15 TIPOS DE PARTO	33
11.16 PARTO NATURAL.....	34
11.17 PRINCIPALES COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES	35
12 HIPÓTESIS	37
13 METODOLOGÍA.....	38
13.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	38
13.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:	38
13.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio. -.....	38
13.2.2 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	39
13.2.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	39
13.2.4 Técnicas de análisis estadístico	39
A. 1.9 VARIABLES.....	40
1.9.1 Operacionalización de variables.	40
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN:.....	43
CONCLUSIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS.....	57
ENCUESTA:.....	57
CONSENTIMIENTO INFORMADO	59
SESIONES DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA.....	60

4 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN GRUPOS ETARIOS. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. FEBRERO 2017 – JUNIO 2018.	43
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN ESTADO CIVIL. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. FEBRERO 2017 – JUNIO 2018.	43
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. FEBRERO 2017 – JUNIO 2018.	44
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN OCUPACIÓN. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. FEBRERO 2017 – JUNIO 2018.	45
TABLA 5 DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES Y ASISTENCIA A PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (PPO). CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. FEBRERO 2017 – JUNIO 2018.	45
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS PERIPARTO Y ASISTENCIA A PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (PPO). CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. FEBRERO 2017 – JUNIO 2018.	46
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN LA INCORPORACIÓN DE LACTANCIA MATERNA DENTRO DE LAS PRIMERAS 24HORAS Y ASISTENCIA A PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (PPO). CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. FEBRERO 2017 – JUNIO 2018.	47
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN LA PRESENCIA DE SIGNOS DE ALARMA Y ASISTENCIA A PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (PPO). CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. FEBRERO 2017 – JUNIO 2018.	48
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES MATERNAS Y ASISTENCIA A PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (PPO). CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. FEBRERO 2017 – JUNIO 2018.	49

TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN LAS COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO Y ASISTENCIA A PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (PPO). CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. FEBRERO 2017 – JUNIO 2018.	50
CONCLUSIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS.....	57

5 ÍNDICE DE ANEXOS

ENCUESTA:	57
CONSENTIMIENTO INFORMADO	59
Sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica.....	60

6 RESUMEN

Antecedentes: La Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) como herramienta fundamental en la atención integral, con certeza tiene un impacto relevante en la salud de las madres y bebés. El Doctor Roberto Caldeyro Barcia (Montevideo, 1921-1996), difundió su valor, desde la década de los 70, no hay dudas sobre los importantes beneficios maternos y perinatales que ofrece la PPO. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, experimental y transversal para determinar si habían beneficios para la madre y los procesos del parto y su producto como consecuencia de haber recibido psicoprofilaxis obstétrica en gestantes atendidas en el centro de salud Pascuales área de Medicina Familiar, periodo Febrero 2017 – Junio 2018. **Resultados:** De las 50 pacientes encuestadas refirieron 28 que fue parto eutócico lo que representa el 56% de estas 9 fueron del grupo que no realizaron PPO lo que representa el 36,0% y 19 del grupo que recibieron PPO lo que representa el 76,0%. **Conclusión:** La psicoprofilaxis obstétrica ofrece beneficios tanto para la madre, siendo su parto espontaneo con un periodo de dilatación optimo y fomentando la lactancia materna y apego precoz y la recuperación y captación temprana del bebé.

Palabras clave: ATENCIÓN PRENATAL, EMBARAZADA, ESTIMULACION, COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO, RECIEN NACIDO

7. Abstract

Background: The Obstetric Psychoprofilaxis (PPO) as a fundamental tool in comprehensive care, with certainty has a relevant impact on the health of mothers and babies. Dr. Roberto Caldeyro Barcia (Montevideo, 1921-1996), spread his courage, since the 70s, there is no doubt about the important maternal and perinatal benefits offered by the PPO. **Materials and methods:** A retrospective, experimental and cross-sectional study was conducted to determine if there were benefits for the mother and the processes of delivery and its product as a result of having received obstetric psycho-prophylaxis in pregnant women attended at the Pascuales Health Center Family Medicine area, period February 2017 - June 2018. **Results:** Of the 50 patients surveyed, 28 reported that it was eutocic delivery, which represents 56% of these 9 were from the group that did not perform PPO, which represents 36.0% and 19 of the group that received PPO, which represents 76. 0%. **Conclusion:** Obstetric psycho-prophylaxis offers benefits for bothmother, being her spontaneous birth with a period of optimal dilation and encouraging breastfeeding and early attachment and recovery and early uptake of the baby.

Keywords: PRENATAL ATTENTION, PREGNANT, STIMULATION, COMPLICATIONS OF LABOR, NEWBORN

8. INTRODUCCIÓN:

La psicoprofilaxis obstétrica (PPO) como instrumento esencial en la atención integral, con convicción que tiene un impacto destacado en la salud de las madres y bebés. Se considera el conjunto de actividades para ofrecer una preparación integral prenatal (teórica, física y psicológica) a la gestante, para un embarazo, parto y puerperio en las mejores circunstancias, sin inseguridad, disminuyendo las complicaciones y con la certeza de una rápida recuperación, además de contribuir a la disminución de la mortalidad materna perinatal. Se propone para que la pareja pueda vivir activamente y colaborar en el embarazo, parto y en la cuidado al recién nacido. Corresponde a la educación materna lograr que la vivencia del embarazo constituya una experiencia propia, natural y positiva.

La psicoprofilaxis obstétrica pretende establecer una relación agradable y de confianza entre el profesional y la embarazada, estudiar factores objetivos y subjetivos que influyen en el embarazo y el parto, identificar factores económicos, sociales y personales que puedan alterar el proceso del embarazo, parto y puerperio e incorporar elementos de educación para la salud para potenciar el auto cuidado en la mujer. El parto era visto como una experiencia normal por la que tenían que pasar las mujeres y el nacimiento era visto como una tarea normal y un rito de iniciación de ser mujer a ser una madre.

En Latinoamérica; el ilustre Profesor Doctor Roberto Caldeyro Barcia (Montevideo, 1921-1996), médico perinatólogo, impulsor y Director del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP – OPS/OMS), Montevideo, Uruguay, demostró y difundió su valor, desde la década de los 70, no hay dudas sobre los importantes beneficios maternos y perinatales que ofrece la PPO y que igualmente, beneficia al equipo de salud.(1)

Quedó comprobado científicamente que esta atención integral interviene en una prevención global de todas las contingencias desfavorables que pueden ser factores de riesgo en el embarazo, parto y post parto y que es ideal para la madre, el niño y equipo de salud. Por todos estos beneficios observados la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda realizar la psicoprofilaxis obstétrica. (1)

La gravidez es una fase fisiológica; por consiguiente, la vigilancia prestada a las gestantes debe ser planteada en los cuidados para su proceso normal, el uso de la tecnología apropiada y la inspección del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le perjudican.

El respeto a la evolución natural del embarazo debe liderar toda la atención sanitaria y cualquier intervención debe ser aplicada solo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer.

La observación de calidad a las embarazadas conlleva: el rastreo efectivo del proceso, la ejecución de las visitas domiciliarias, pruebas y procedimientos basados en la evidencia científica, la importancia de las usuarias y la adecuada coherencia entre todos los niveles de atención.

Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento y disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita (2)

Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la OMS comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetra) No obstante, el solo cumplimiento de estos controles no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita se brinde un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido(2)

En Latinoamérica varios países han dado pasos significativos, para reducir la mortalidad materna, como Uruguay, que en el periodo de 1990 al 2013, consiguió reducirla en un 67%, Perú en un 64%, Chile en un 60%, Brasil en 43% y Ecuador en 44% (OMS).

La tasa de mortalidad materna en el Ecuador fue de 69,5 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en 2010; este indicador ha oscilado entre 48,5 y 69,7 entre el 2001 y el 2010. La mayoría de muertes maternas ocurrieron por Trastornos hipertensivos durante el embarazo (34%), otras causas de muerte materna (35%), hemorragia postparto (14%), embarazo que termina en aborto (8%), anomalías de la dinámica del parto y distocia (5%) y sepsis puerperal (4%). Estas causas se consideran evitables si se mejoran las prestaciones de los servicios de salud, la accesibilidad de los usuarios y la educación prenatal (3).

En el 2011 la tasa de cesáreas en el Ecuador fue de 28.9%, cuando las recomendaciones internacionales indican que no se debe sobrepasar del 15%, motivo por el cual se debe implementar una estrategia que fortalezca la atención del parto normal disminuyendo el riesgo de complicaciones. Esta prestación permitirá la integración de la pareja y familia, facilitando el empoderamiento de la mujer para convertirla en la principal protagonista de su parto, con adecuación cultural, lográndose buenos resultados clínicos en las madres y sus bebés, además de pacientes y familias satisfechas con la prestación, siendo un aporte para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.(3)

En nuestro país el cuidado a la salud materno-infantil es una preferencia para el Ministerio de Salud Pública, su objetivo principal es la precaución de las complicaciones en el embarazo en base a un diagnóstico pertinente y una atención adecuada. La muerte materna es previsible en la mayoría de los casos, se ha comprobado que una intervención eficaz, y la inversión en el sostén de una maternidad sin riesgo no solo reduce la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuye a conseguir mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y las comunidades.

Estas intervenciones resultan más eficaces en función de costos del sector salud, especialmente en el primer nivel de atención; en el cual existe una norma técnica ; instrumento normativo, basado en las Escuelas doctrinarias (Inglesa, Soviética y Francesa), con el aporte de las escuelas eclécticas y la más alta evidencia científica, para brindar una preparación integral a la mujer durante su gestación, parto y post parto, que contribuya con múltiples beneficios para la madre, el bebé

y equipo de salud, y ante la necesidad imperiosa de disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, a partir de una atención integral, con calidad y calidez, proyectado a la pareja y familia e impartidas en las unidades que ofrecen atención de salud sexual y reproductiva del Sistema Nacional de Salud. (4)

Esta norma de psicoprofilaxis obstétrica, es importante para los establecimientos de salud, ya que guiará a los usuarios internos tanto de la red pública como de la red complementaria a realizar un abordaje óptimo, para hacer que cada mujer viva su gestación, parto y postparto como una experiencia natural y positiva, con la mejor calidad de vida, recibiendo una atención integral que se proyecte en múltiples beneficios para ellas, su pareja, familia, comunidad, incluso el equipo de salud (5)

En Ecuador, la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, ya cuenta con algunas experiencias exitosas, como en el Hospital Cayambe (Quito), donde desde el 2011, se brinda talleres de preparación prenatal integral, lo que nace de la necesidad de ofertar un servicio con calidad, además de reducir el temor de las madres respecto del proceso de parto, entre otros beneficios.

En la provincia del Guayas se ha logrado importantes aportes en otros establecimientos Guayaquil (Centro de Salud N° 12 y N° 13) y Daule donde se brinda la preparación prenatal de manera individual y grupal, con enfoque prioritario de género, familiar, comunitario e intercultural, consiguiendo potenciar la atención integral de la mujer desde la concepción hasta la etapa postnatal, incrementándose la cobertura de atención a las gestantes adolescentes ; traduciéndose en una estrategia que contribuye con la reducción de las cesáreas y de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, constituyéndose así en un Eje de la Prevención Prenatal (5).

Con esta intervención se logrará recobrar el rol protagónico a la madre, con el acompañamiento de su pareja y familia, en un contexto de estilos de vida saludables y con un enfoque de respeto a sus derechos y modelos culturales, propiciando y consolidando un estrecho vínculo afectivo prenatal, como principio

para el “nido” familiar (6) es decir, el ambiente favorable para el desarrollo físico, afectivo, intelectual y social del hijo, consolidando por la acogida y afecto de los padres, lo cual se traducirá en su bienestar general, favorable a su crecimiento y desarrollo desde su gestación

9 EL PROBLEMA

9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

La psicoprofilaxis es una herramienta de prevención en la atención obstétrica cuya planificación contribuye a determinar en los controles prenatales la preparación de las embarazadas, minimizar las complicaciones en el parto; mejorar la adaptabilidad y la relajación ante la dinámica uterina; y los beneficios en el puerperio, además en la estimulación temprana del recién nacido. En el centro de salud Pascuales en los consultorios de medicina familiar existe un desconocimiento del trabajo de parto, de las complicaciones y de los factores que favorecen la recuperación en el puerperio por lo que se empezó usar como herramienta de prevención en la atención obstétrica la psicoprofilaxis.

9.2 Formulación y Justificación

¿La psicoprofilaxis obstétrica disminuye las complicaciones del embarazo, parto y puerperio?

La psicoprofilaxis obstétrica es el conjunto de actividades que enriquecen al niño y la madre, además de estrechar el vínculo afectivo entre ambos desde la gestación. Es la clave para el desarrollo psicomotriz y la prevención de deficiencias asociadas a riesgos biológicos, psicológicos y sociales, que pueden estar presentes en un embarazo de bajo y alto riesgo, lo que motivó al autor a realizar un estudio con la aplicación de esta herramienta obstétrica en las gestantes de los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) para obtener beneficios tales como la disminución de las complicaciones durante el embarazo, parto y el puerperio. El presente trabajo investigativo es de gran interés para la sociedad en especial para las mujeres en estado de gestación, ya que mediante el mismo ellas podrán instruirse de la manera adecuada de prepararse durante el estado gestacional para el parto natural. Por lo que el tema planteado viene a ser de gran impacto ya que la psicoprofilaxis ayuda a las madres

guiándoles para actuar durante el parto, reduciendo así, la mortalidad materna asociada al parto, además de ser una ayuda para lograr un parto natural, espontáneo y no estresante para el feto por nacer. El estudio es factible ya que se cuenta con los recursos humanos, institucionales, bibliográficos y económicos necesarios para llevar a cabo esta investigación. Esta investigación es original ya que no se ha realizado un estudio de este tipo en el centro de salud y novedosa ya que la psicoprofilaxis no es aplicada en todos los centros de salud en el país y más aún en los centros de salud del Guayas

10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

10.1 General

Evaluar los resultados de la psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes de los consultorios atendidos por el Posgrado Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud Pascuales durante el período de febrero del 2017 a junio del 2018.

10.2 Específicos

Caracterizar las gestantes del estudio según variables sociodemográficas y clínicas. Describir los beneficios materno-perinatales de las gestantes que han recibido psicoprofilaxis obstétrica, del área de Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud Pascuales.

Establecer la posible relación entre las complicaciones maternas y del recién nacido con la realización de la psicoprofilaxis obstétrica.

1. MARCO TEÓRICO

11.1 ANTECEDENTES:

Durante el siglo XVII, los médicos se involucraron en el proceso del parto ya que en 1777 Le Boursier empieza a dictar en Francia cursos gratuitos para mujeres sobre la mejor manera de prepararse para el parto. Sin embargo, es a principios del siglo XX que con los estudios de Jacobson y de Dick Read que realmente se sientan las bases de la Educación Maternal. (7)

En Rusia, se desarrolló a partir de las experiencias de Paulov, Platono y Velvosky en el año 1944; y en Francia, Lamaze, a principio de 1950, observó el concepto de psicoprofilaxis como la combinación de respiración profunda para estimular la relajación, el tacto para reducir la percepción del dolor y la educación para resolver el miedo debido a la ignorancia del proceso. Una de las pacientes de Lamaze, Marjorie Karmel, junto con Elizabeth Bing, fueron quienes empezaron la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia o ASPO.

López J, Basulto D, Velásquez M (2007). "Cuidado psicoprofiláctico del embarazo: experiencias de mujeres y hombres" Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F. (8). Se buscó presentar experiencias y significaciones de hombres y mujeres en Psicoprofilaxis Perinatal (PP) para valorarla como técnica, que prepara para el nacimiento. Fueron entrevistadas 4 parejas embarazadas que asistían a psicoprofilaxis y observadas 5 parejas y 3 mujeres, con historial psicoprofilácticos, que presentaron ahí a sus hijos.

La psicoprofilaxis perinatal proporcionó conocimientos, desarrolló habilidades y reforzó actitudes de mujeres y hombres para atender la gestación, nacimiento y educación. También les permitió desafiar adversidades de atención hospitalaria y trato médico., comportamientos maternos entrenados (formas de respirar, distensión abdominal, posición en decúbito lateral) y presencia paterna durante el nacimiento incomodaron a ginecoobstetras. Los hallazgos indican que la psicoprofilaxis perinatal es beneficiosa para obtener bienestar, pero los servicios médicos no están preparados para asimilarla, dado el contexto cultural e institucional existente de dominación masculina y feminización de los procesos

reproductivos, y la debilidad actual de las políticas preventivas en salud reproductiva.

La revista Horizonte Médico en el año 2014 publica el artículo que se titula: “La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes, características y beneficios integrales”; hace referencia a variables como: asistencia al control prenatal, número de sesiones de psicoprofilaxis, el tipo de parto que tuvieron, la actitud frente a la llegada del bebé y la lactancia materna; donde se determinaron las características de las sesiones de psicoprofilaxis, las mismas que mejoran los procesos de preparación y resultados clínicos que benefician a la madre y el bebé.

La anterior revista en el mismo año 2014 publicó el artículo titulado: “Características de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia en el sector privado como una alternativa de su atención integral”; hace referencia a un grupo de embarazadas desde el año 2012 al 2014 entre 15 a 45 años que por motivos de desconocimiento, tiempo, recursos económicos o falta de apoyo de sus parejas no acudieron a su preparación prenatal integral y acudieron a la psicoprofilaxis obstétrica en la última semana donde el 64% tuvo un parto vaginal.

A nivel nacional:

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador , en el marco del cumplimiento de su rol de rectoría, instrucción, planificación, coordinación, control y gestión de la salud pública ecuatoriana, ha implementado diversas acciones encaminadas a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, debido a sus altas tasas, por lo cual se inició el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna, que constituye un pilar esencial dentro del Plan Nacional de la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

En el caso de la mortalidad infantil (Número de defunciones de niños y niñas menores a un año de edad por cada mil nacidos vivos), se ha reducido de 18,5 por mil nacidos vivos, en el año 2000, a 13,3 en 2006 y a 11,0 en 2010. De ahí, la importancia de identificar estrategias que permitan garantizar la salud materna y perinatal, que incorpore la psicoprofilaxis obstétrica, como parte de una atención

integral, sumándose al control prenatal. Por ello es importante contar con profesionales de la salud capacitados para ofrecer esta prestación en los establecimientos de salud de acuerdo a los niveles de atención y complejidad.

Para el abordaje de las sesiones de PPO, se contará con directrices para la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de estas acciones, para que la/el profesional de la salud las aplique de acuerdo a su contexto, contemplando la posibilidad de que se utilicen instrumentos e iniciativas locales, con adecuación cultural y buscando cubrir la demanda de atención, cumpliendo con estándares de calidad y protocolos internacionales.

Según Carolina Walker Chao (2013) cada mujer es diferente y cada embarazo será también diferente a pesar del trabajo automático y protocolario característico de los servicios de maternidad de los hospitales ningún parto es igual y ninguna mujer tiene los mismos síntomas; los factores físicos y psicológicos varían, por lo que cada parto es único y especial. Por lo tanto la preparación ha de ser individual, adaptada a las expectativas, miedos y/o personalidad de cada mujer.

El parto puede ser vivido como un aprendizaje extraordinaria física o emocional o puede implicar dramática si la mujer se encierra en sí misma, no supera su miedo, no controla su estrés y se deja acarrear por el descontrol. Las mujeres no son iguales y sus embarazos tampoco, a pesar del trabajo formal que se realice en el hospital, ningún parto es semejante y ninguna mujer presenta los mismos síntomas, los factores físicos y psicológicos se modifican, por lo que cada parto es único. Por lo tanto la preparación que se dé a la mujer debe ser personalizada y debe adaptarse a sus perspectivas, miedos y personalidad. El parto puede vivenciarse de modo positiva o adversa si la mujer no controla su miedo y estrés.

(9)

Según Sabrina Morales Alvarado, Alex Guibovich Mesinas, Maribel Yábar Peña (2014) Psicoprofilaxis obstétrica (PPO) es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre. La PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética.

La PPO disminuye las complicaciones y brinda una sobresaliente posibilidad de una rápida reposición, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal. La psicoprofilaxis del parto se describe como la preparación integral, teórica y física que se brinda durante el embarazo que tienden a mejorar el bienestar de la vida psicológica y física de la mujer gestante durante el parto, ayudando desafiar el embarazo y fortalecer la cooperación del padre, obteniendo un parto sin temor y un recién nacido feliz. Esta atención debe realizarse de modo personalizado y bajo criterio médico y probabilidad de riesgo.

La Psicoprofilaxis favorece la disminución de la mortalidad y la pronta recuperación de la madre.

Según Karina Galarza Vásquez (2013) El método psicoprofiláctico del parto proporciona conocimientos elementales sobre anatomía y fisiología en el embarazo, así como del alumbramiento. En los cursos de psicoprofilaxis se aprende la forma en que se vive un parto y los síntomas que lo anuncian, como contracciones, dilatación y expulsión. Asimismo, se tratan temas de nutrición y vida diaria durante la gestación. (9)

El principal objetivo de la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal es preparar a la gestante y su pareja, con proyección a familia, de manera integral, es decir, física, cognitiva y psicológicamente, a través de actividades educativas, técnicas de relajación neuromuscular, técnicas de actividad respiratoria, ejercicios gestacionales, posiciones antálgicas, técnicas de autoayuda y estimulación prenatal, acorde a sus condiciones obstétricas, para lograr en ella conocimientos, actitudes y prácticas saludables, que permitan su participación efectiva con tranquilidad y seguridad durante la gestación, parto, post parto y lactancia, de esta manera, mejorar su calidad de vida y condiciones generales y obstétricas .(10)

La psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, pretenden favorecer el desarrollo de tres dimensiones:

1. Dimensión actitudinal y emocional relacionada con cada fase del proceso del parto: debilidad a aceptar los cambios en el propio cuerpo, la sexualidad y la relación con la pareja, disposición para proteger al recién nacido a establecer el

vínculo afectivo, así como para atender sus necesidades dentro de un clima emocional positivo. Asimismo, la aceptación de las implicaciones emocionales respecto al tipo de parto y en la nutrición del recién nacido.

2. Dimensión comportamental, que contempla el perfeccionamiento de habilidades que permiten enfrentar de una manera competente el proceso de la gravidez, parto y posparto; estrategias ante los temores y molestias (dolores), técnicas de relajación, habilidades de relación y comunicación.

3. Dimensión cognitiva, relacionada con el proceso del nacimiento y sus implicaciones en las diferentes etapas: gestación, parto y posparto. Conocimiento de los signos de alarma, cuidados especiales, señales del inicio del trabajo de parto, puericultura, recuperación postnatal, plan de nacimiento entre otros componentes. Asimismo la PPO que incluye en cada sesión la estimulación prenatal (EPN), que ofrece una serie de beneficios a la madre, a su hijo, la familia e incluso al equipo de salud, ventajas que han sido resultados de investigaciones científicas publicadas en diferentes latitudes, al extremo que la Organización Mundial de la Salud lo incluye en la lista prácticas recomendables, como la importancia de la educación materna (11)

Marco Conceptual:

Apego.- Es la relación y vínculo estrecho afectivo que desarrolla el niño con sus padres, lo cual influirá en su confianza emocional, necesarios para un buen desarrollo de su personalidad (5, 6).

Aromaterapia.- Es un procedimiento alternativo mediante el uso de fragancias a través de aceites esenciales aromáticos (aceites extraídos de hojas, flores, troncos y raíces), con la razón de impulsar la salud y el bienestar del cuerpo, la mente y las emociones. El uso de estas esencias mediante diversos sistemas de aplicación puede restablecer el equilibrio y la armonía en la gestante, estado que beneficia al bebé (5,6)

Calistenia.- Movimientos suaves, rítmicos y progresivos que se utiliza en especial al inicio de la preparación física de la gestante con el propósito que logre un

estiramiento natural para un mayor bienestar, elasticidad y flexibilidad durante los movimientos de la preparación física (5,6).

Cromoterapia.- Es el tratamiento de diferentes patologías utilizando como generador físico terapéutico la interacción de longitudes de frecuencia en regiones seleccionadas del espectro electromagnético con los sistemas biológicos. Las regiones de interés son la ultravioleta cercana, visible e infrarrojo cercano, que constituyen las radiaciones electromagnéticas no ionizantes.

Equipo didáctico básico de Psicoprofilaxis Obstétrica.- Denominado también Kit de PPO, es el conjunto de herramientas, piezas, objetos o productos que constituyen el material didáctico básico para facilitar la sesión de PPO. Está constituido por una colchoneta, dos almohadas y un cojín.

Estimulación.- Es la transmisión de una acción que logra una manifestación a partir de los órganos de los sentidos.

Estímulo.- Agente o causa que provoca una reacción o una respuesta en el cuerpo o en una parte de él.

Estimulación intrauterina.- Es el empleo de procesos, métodos, instrumentos y/o técnicas diversas con la finalidad de conseguir una respuesta existente y objetiva en el embrión/feto. Clínicamente la EIU es empleada con fines diagnósticos. Ejemplo: estimulación vibro acústica para conceder pruebas de bienestar fetal.

Estimulación Prenatal (EPN).- Acciones que promueven y motivan en la madre el vínculo afectivo mientras la gestación, propiciando sentimientos de acogida, cariño y comodidad respecto de la venida del hijo. La Estimulación Prenatal es parte de la preparación psico-afectiva de la Psicoprofilaxis Obstétrica. Asimismo, se define como el conjunto de procesos y acciones que potencian y promueven el desarrollo físico, mental, sensorial y social del ser humano desde la concepción hasta el nacimiento; mediante técnicas realizadas a través de la madre con la asistencia activa del padre, la familia y la comunidad (5, 6)

Gestante.- Mujer en estado de gravidez, desde la fecundación hasta el parto

Gimnasia Obstétrica.- Actividad física a través de ejercicios y movimientos generales y/o localizados que realiza la gestante para lograr bienestar general, entre ellos: refuerzo de músculos, elasticidad de tejidos, flexibilidad de articulaciones, mejor oxigenación tanto pulmonar como celular, comodidad, entre otros. La gimnasia gestacional se debe realizar con prudencia y de acuerdo a las condiciones de la gestante.

Musicoterapia.- Es un método alternativo terapéutico mediante el uso de estructuras musicales, tonos, sonidos, melodías y otros, con la finalidad de lograr motivación, relajación, meditación y estimulación durante la sesión de psicoprofilaxis obstétrica, logrando así un mejor estado psico-físico, optimizando el estado emocional, cognitivo y espiritual en la gestante o puérpera y su pareja durante su preparación .

Patrones de reactividad fetal.- Es la observación de la respuesta objetiva de las reacciones del feto intraútero mediante el uso de la tecnología como equipos ecográficos, para apreciar su respuesta frente a algún estímulo intrauterino.

Preparación física.- Entrenamiento que se brinda a la gestante de acuerdo con sus condiciones generales y obstétricas para que obtenga beneficios corporales y mentales. La alista para lograr una gestación, parto y recuperación en mejores condiciones. Esta puede ser a través de ejercicios gestacionales, técnicas de actividad respiratoria, técnicas de relajación neuromuscular, posiciones antálgicas y/o masajes localizados, entre otros

Preparación psicoafectiva.- Apoyo emocional que se brinda a la gestante/pareja gestante, permitiéndole disfrutar la llegada del bebé sin temores o ideas negativas, logrando en este tranquilidad, seguridad y bienestar permanente.

Preparación teórica.- Información real y oportuna que se brinda a la gestante para que conozca y entienda aspectos relacionados con su jornada obstétrica, lo cual la

ayuda a tener tranquilidad y seguridad, empoderándola respecto de los cuidados de salud y generando en ella una cultura de prevención.

Psicoprofilaxis de emergencia.- Es la preparación brindada a la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto, o la que se ofrece a la parturienta durante su labor. Es importante la adaptación de un programa o sesión intensiva teniendo en cuenta las prioridades. Busca esencialmente la tranquilidad, colaboración y participación de la gestante/parturienta para un mejor control emocional. La principal herramienta de la PPO en parte de la escuela soviética ya que busca el “automatismo de la respuesta condicionada” para facilitar una mejor actitud, rol activo y experiencia obstétrica en la madre (23, 24).

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

Posiciones aconsejables.- Posturas recomendables para la madre por prevenir y reducir dificultades, incomodidades o perjuicios durante la evolución de su gestación.

Posiciones antálgicas.- Posturas que reducen las molestias, incomodidad o dolor en el cuerpo o alguna sus partes.

Posiciones prohibidas.- Posturas no recomendables para la madre por sus probables riesgos o perjuicios.

Sesión prenatal.- Unidad de medida de cada atención de un programa de PPO en la cual se desarrolla el contenido de la preparación integral a la gestante/pareja

gestante. Se denomina también: Consulta de PPO, dado que implica un diagnóstico obstétrico y un tratamiento de PPO individualizado de acuerdo a las condiciones exhaustivas de cada gestante.

Técnicas de estimulación prenatal.- Se describe como el conjunto de procedimientos organizados para la estimulación de los sensorios fetales que permiten potencializar los sentidos intraútero, optimizando el desarrollo mental y sensorial del futuro bebe; éstas dependerán de la etapa de maduración en la cual se encuentre el feto. Se describen en técnicas táctiles, auditivas, motoras y visuales.

Técnicas de relajación.- Son las diferentes modalidades de lograr un estado de reposo tanto físico como mental en la madre, con la finalidad de hacerle ahorrar energía, lograr alivio de tensiones o molestias, y mejorar su capacidad de concentración. Las técnicas de relajación pueden ser de manera profunda, o progresiva (técnica de Jacobson y Shultz), utilizadas como técnicas básicas en sofrología, para un mejor autocontrol de las molestias.

Técnicas de respiración.- Son las diferentes modalidades de efectuar la oxigenación pulmonar, la que a su vez mejora la oxigenación celular en la madre y el bebé, dependiendo del momento y la necesidad de la gestante o parturienta, con lo cual logrará también mayor comodidad, tranquilidad, facilitando la relajación y control de las molestias propias de cada fase de la gestación o trabajo de parto.

Técnicas de vinculación prenatal.- Acciones o dinámicas que buscan propiciar el lazo afectivo en la gestante/pareja gestante respecto de la llegada de su hijo, para que su llegada sea asumida de manera natural, positiva, con acogida y afecto.

Vínculo prenatal.- Lazo afectivo que se propicia en la gestante/pareja gestante respecto de la llegada de su hijo, para que su llegada sea asumida de manera natural, positiva, con acogida y afecto

11.2 MARCO LEGAL

Constitución de la República del Ecuador

Art. 32.- La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Art. 154.- A las ministras y ministros de Estado, además de las atribuciones establecidas en la ley, les corresponde: 1. Ejercer la rectoría de las políticas públicas del área a su cargo y expedir los acuerdos y resoluciones administrativas que requiera su gestión.

TÍTULO VII, RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR: Capítulo primero: Inclusión y equidad
Sección segunda: Salud

Art. 358.- El Sistema Nacional de Salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El Sistema Nacional de Salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, sobre la base de la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del Sistema Nacional de Salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y

normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de: - Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. - Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura. - Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud. - Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos. - Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución. - Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y posparto. - Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales. - Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Art. 365.- Por ningún motivo, los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos sobre la base de criterios de población y en las

necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017

Objetivo 3. Mejorar la Calidad de vida de la población.

Política 3.1 “Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de inclusión y Equidad Social”

Política 3.2 “Ampliar los Servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y hábitos de vida de las personas”.

Indicadores

Meta Indicador 3.1 “Reducir la razón de mortalidad materna en 29%” Indicador

3.2 “Reducir la tasa de mortalidad infantil en un 49%” Indicadores de Apoyo

Indicador 1. Tasa de mortalidad neonatal (1000 nacidos vivos) Indicador 2.

Porcentaje de nacimientos en mujeres de 12 a 17 años.

Código de la Niñez y de la Adolescencia

Art. 25: El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas, para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas, con peso inferior a 2.500 gramos.

Ley Orgánica de Salud

Art.4 La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 6, numeral 6 Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera.

Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal 2008

Su objetivo es mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad fértil y neonatos en las redes provinciales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional, así como al conocimiento de los riesgos y buenas prácticas familiares y comunitarias para reducir las muertes maternas y neonatales evitables.

Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva 2007

Se menciona como una actividad la creación de las unidades de Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) incluyendo la Atención Calificada del Parto (ACP) y los Cuidados Obstétricos Completos (COC), a los cuales se añadió el componente neonatal». Ley Organica de Participación Ciudadana, en la cual nos indica la corresponsabilidad del ciudadano en esta actividad.

PROFILAXIS

Según Jiménez, Merino, Sánchez (2009) profilaxis se conoce también como Medicina Preventiva. Está conformada por todas aquellas acciones de salud que tienen como objetivo prevenir la aparición de una enfermedad o estado "anormal" en el organismo.

Leavell Hr, Clark E (1958) manifiestan que la profilaxis trata de prevenir los riesgos para la salud humana derivados de la contaminación física, química o biológica del medio ambiente donde el hombre vive y trabaja, y de los alimentos que consume.

Para Gérvas J, Pérez Fernández M. (1985) la profilaxis es la encargada de la prevención de las enfermedades basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos. Salvo excepciones, es muy difícil separar la medicina preventiva de la medicina curativa, porque cualquier acto médico previene una situación clínica de peor pronóstico.

La profilaxis es también citada como medicina preventiva y está conformada por el conjunto de acciones cuyo primordial objetivo es prevenir la aparición de una enfermedad o de riesgos para la salud que puedan proceder de la contaminación

física, química o biológica del medio ambiente donde el hombre vive o trabaja y de los alimentos que consume.

Los servicios preventivos para las mujeres son los que advierten condiciones perjudiciales para el bienestar y salud de la mujer, se consideran entre éstas a las enfermedades, discapacidades, lesiones, conductas y estados funcionales que tienen consecuencias directas para la salud de la mujer. Para “prevenir” la aparición de una condición se debe detectarla en una etapa temprana, cuando es más tratable; o retardar el progreso de una condición que pueda empeorar o causar daño adicional. Por tanto la prevención puede incluir el suministro de vacunas, pruebas de detección, asesoramiento y educación, administración de alimentación y medicación, procedimientos aprobados y demás medicamentos y dispositivos de venta libre. IOM

11.3 PSICOPROFILAXIS

La palabra Psicoprofilaxis proviene del griego PSICO, mente, PROFILAXIS, limpieza, por lo que la palabra psicoprofilaxis significa limpieza de la mente. La psicoprofilaxis tiene como objetivo el educar a la pareja para el nacimiento de su bebé, promueve prácticas saludables, convirtiéndose en un modo de vida de la pareja. Su propósito no es evitar el dolor, sino reducirlo mediante la aplicación de técnicas de relajación que contribuyen a disminuir o eliminar el estrés y/o temor que algunas mujeres sienten ante el parto.

Según Carolina Walker Chao (2013) cada mujer es diferente y cada embarazo será también diferente a pesar del trabajo automático y protocolario característico de los servicios de maternidad de los hospitales ningún parto es igual y ninguna mujer tiene los mismos síntomas; los factores físicos y psicológicos varían, por lo que cada parto es único y especial. Por lo tanto la preparación ha de ser individual, adaptada a las expectativas, miedos y/o personalidad de cada mujer. El parto puede ser vivido como una experiencia extraordinaria física o emocional o puede resultar dramática si la mujer se encierra en sí misma, no supera su miedo, no controla su estrés y se deja llevar por el descontrol.

Las mujeres no son iguales y sus embarazos tampoco, a pesar del trabajo formal que se realice en el hospital, ningún parto es igual y ninguna mujer presenta los mismos síntomas, los factores físicos y psicológicos se modifican, por lo que cada parto es único. Por lo tanto la preparación que se dé a la mujer debe ser personalizada y debe adaptarse a sus perspectivas, miedos y personalidad. El parto puede vivenciarse de manera positiva o adversa si la mujer no controla su miedo y estrés.

Según Sabrina Morales Alvarado, Alex Guibovich Mesinas, Maribel Yábar Peña (2014) Psicoprofilaxis obstétrica (PPO) es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre. La PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética. La PPO disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal.

La psicoprofilaxis del parto se describe como la preparación integral, teórica y física que se brinda durante el embarazo que tienden a mejorar el bienestar de la vida psicológica y física de la mujer embarazada durante el parto, ayudando a afrontar el embarazo y fortalecer la cooperación del padre, obteniendo un parto sin temor y un recién nacido feliz. Esta atención debe realizarse de manera personalizada y bajo criterio médico y perspectiva de riesgo. La psicoprofilaxis favorece la disminución de la mortalidad y la pronta recuperación de la madre.

Según Karina Galarza Vásquez (2013) El método psicoprofiláctico del parto proporciona conocimientos elementales sobre anatomía y fisiología en el embarazo, así como del alumbramiento. En los cursos de psicoprofilaxis se aprende la forma en que se vive un parto y los síntomas que lo anuncian, como contracciones, dilatación y expulsión. Asimismo, se tratan temas de nutrición y vida diaria durante la gestación.

Posteriormente, inicia la práctica de ejercicios con los siguientes objetivos: Conocer los diferentes tipos de respiración que serán útiles durante el parto. Adiestrar a los músculos que tendrán que efectuar un esfuerzo particular.

Aprovechar al máximo el descanso entre cada contracción. También se tratan temas de la vida diaria como la nutrición, luego se practicará, ejercicios, tipos de respiración durante el embarazo y relaja Según Elena Leyva Hernández (2008)

El propósito principal de este método es el de equilibrar la corteza cerebral de la mujer embarazada creando durante esta etapa cadenas complejas de reflejos condicionados que serán aplicables durante el alumbramiento. La mujer embarazada aprende a dar a luz. Al completar esta educación, comprende el mecanismo del parto y puede adaptarse cuando llegue el momento. Gracias a este tipo de educación, las mujeres pierden la actitud pasiva que adoptan cuando llega el parto, saben lo que va a suceder y aprenden adaptarse y a controlar las modificaciones que ocurren en su organismo durante el alumbramiento.

Desde mucho tiempo atrás los dolores de parto se han aliviado con anestesia, en un principio utilizando cloroformo y posteriormente usando diversos medicamentos siguiendo los progresos de la bioquímica y la farmacología. Los modos de atacar el dolor han sido cuatro y son:

- Reducir la sensibilidad local del útero.
- Interrumpir la transmisión de las sensaciones dolorosas entre el útero y cerebro (epidural, caudal continua, infiltración de ganglios o nervios que ingresan al útero).
- Disminuir o suprimir la conciencia del dolor (escopolamina, etc.).
- Actuar sobre los tres factores locales de transmisión de la sensación por medio de la anestesia total o parcial.

Ventajas de la PPO en la madre.

1. Menor grado de ansiedad en la madre, permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva y de tranquilidad.

2. Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando apropiadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás técnicas de autoayuda.
3. Mayor posibilidad de ingresar al centro de atención, en franco trabajo de parto, con una dilatación más avanzada.
4. Evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto.
5. Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal.
6. Menor duración de la fase expulsiva.
7. Menor duración del tiempo total del trabajo de parto.
8. Esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención en el objetivo y significado de su labor.
9. Menor uso de fármacos en general.
10. Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas.
11. Manifestará menor incomodidad y/o dolor durante el trabajo de parto, bajo el fundamento de saber aplicar toda su fuerza física, equilibrio mental y capacidad de concentración, con miras a controlar las molestias.
12. Tendrá amplias posibilidades de éxito en la evaluación final del mismo. 13. Aprenderá a disfrutar mejor de su gestación y parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto a todo el proceso.
14. Ampliará las posibilidades de gozar de la jornada con participación de su pareja incluso durante todo el trabajo de parto.
15. Mejor vínculo afectivo con el bebé, pudiéndolo disfrutar de manera natural y positiva, con criterios reales y positivos, sin perjuicio del bebé, ni especulaciones técnicas respecto de la estimulación.
16. Menor posibilidad de un parto por cesárea.
17. Menor riesgo de un parto instrumentado.
18. Recuperación más rápida y cómoda.
19. Aptitud total para una lactancia natural.
20. Menor riesgo a tener depresión postparto.
21. Mejor perspectiva y decisión sobre el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Ventajas de la PPO en el bebé:

Mejor curva de crecimiento intrauterino.
Mejor vínculo prenatal.
Enfoque adecuado sobre la estimulación intrauterina.
Menor Índice de sufrimiento fetal.
Menor Índice de complicaciones perinatales.
Menor Índice de prematuridad.
Mejor peso al nacer.
Mejor estado (apgar).
Mayor éxito con la lactancia materna.
Mejor crecimiento y desarrollo

Ventajas de la PPO para el Equipo de Salud

Trabajo en un clima con mayor armonía.
Mayor confianza, comprensión y colaboración de la pareja gestante.
Mejor distribución del trabajo. Ahorro de recursos humanos.
Ahorro de recursos materiales.
Ahorro de tiempo.
Disminución de riesgos maternos y perinatales.
Mejor actitud y aptitud de todos.
Ahorro de presupuesto.
Fomenta el parto institucionalizado en condiciones seguras a través de la información impartida de manera oportuna.

Las actividades de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación pserán de exclusiva planificación, organización y ejecución de los profesionales de salud en todas las unidades de salud tanto de la red pública como de la red complementaria del país, y en casos excepcionales en donde no exista este recurso humano podrá ser otro profesional. Para la planificación elaborarán un plan de actividades intramurales correspondiente al 80% de su dedicación laboral para Unidades Urbanas y del 30% para Unidades Rurales según el Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e intercultural (MAIS-FCI).

Planificación.- Para la planificación de las sesiones se deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

Población Objetivo: Gestantes esperadas

Contar con los materiales necesarios para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal con adecuación intercultural, las sesiones pueden ser individuales o grupales, máximo 8 gestantes con su respectiva pareja.

Se coordinará con profesionales de otras especialidades si el caso amerita para sesiones específicas requeridas, por ejemplo: nutricionista, pediatra, odontólogo, parvulario, entre otros.

Ejecución de las sesiones:

Actividades generales desarrolladas durante las sesiones:

Valoración permanente del riesgo Obstétrico de la gestante, teniendo como instrumento de evaluación la Libreta de Salud Integral

Pre- test en la primera sesión o Contenido teórico de acuerdo a la sesión programada.

Desarrollo de la preparación física de acuerdo a las condiciones obstétricas. o Gimnasia gestacional, con calistenia previa

Ejercicios de relajación neuromuscular

Ejercicios de actividad respiratoria

Preguntas y respuestas (Retro alimentación) o Post test en la última sesión

Profesionales Obstetricas/tras con uniforme de Psicoprofilaxis Obstétrica

Verificar que la gestante no haya ingerido alimentos una hora antes de las sesiones. La captación de las gestantes para estas actividades se realizará a través de las consultas prenatales a partir del primer trimestre de gestación. Los horarios se adecuarán a la población objetivo y al contexto local. La duración de cada sesión será de 2 horas. La selección de grupos se realizará teniendo en cuenta los antecedentes o factores de riesgo. Las sesiones se brindan semanalmente hasta completar el mínimo de 6 sesiones en total. Las sesiones deben ser sucesivas y continuas. El contenido se describe en Anexo 1.

Se debe reprogramar las sesiones faltantes, en los casos que no pudieron asistir las gestantes.

Las gestantes que acuden en la semana de su fecha probable de parto, pueden recibir de una a tres sesiones de PPO de emergencia.

Las actividades se realizan a través de sesiones teórico-prácticas, incluyendo la gimnasia obstétrica.

Las sesiones y novedades se registrarán en la Libreta de Salud Integral: Embarazo, niñez y adolescencia

Recomendaciones para la gestante:

Puntualidad y permanencia

Presentar la Libreta Integral de Salud: Embarazo, Niñez y Adolescencia.

Puede solicitar constancia de asistencia.

Portar un cuaderno de notas, lapicero y reloj.

No llevar objetos de valor.

Debe usar ropa cómoda de acuerdo a la etapa de gestación y respetando sus patrones culturales.

Llevar consigo sus documentos personales. Recomendaciones generales a tener en cuenta:

Repasar los ejercicios anteriores al inicio de cada sesión.

Participación activa de la pareja o persona que haga el acompañamiento.

Atuendo apropiado en la gestante.

Horario cómodo de las sesiones y de acuerdo con las necesidades de las gestantes.

Realizar el entrenamiento físico lejos de las principales comidas.

Utilizar melodías o sonidos variados, agradables para cada gestante.

Realizar los ejercicios en series ya que sirven para hacer pausas y descansar durante el entrenamiento físico.

Reforzar en cada sesión el reconocimiento de los signos de alarma que pueden ocurrir en la gestación, el parto (pérdida de sangre, pérdida de líquido amniótico, falta de movimientos del bebe, contracciones uterinas antes de los 8 meses, señales de pre eclampsia, fiebre, dolor abdominal o pélvico muy intenso y que no calme), o el postparto (flujo maloliente, fiebre, hemorragia profusa vaginal, inflamación mamaria, ardor al orinar, entre otros).(5)

11.4 CONTRAINDICACIONES

En líneas generales la PPO no tiene contraindicaciones, pero, podrían coexistir algunas limitaciones de índole física o mental que dificulte alguna tramo del proceso de la preparación integral. No obstante, la PPO es un compromiso y un derecho de toda pareja gestante para optimizar su calidad de vida y condiciones de salud en esta etapa tan trascendental de la vida. Tienen derecho a receptor información, motivación, salvaguardia y bienestar, y el/la profesional de salud tendrá la capacidad discrecional para circunscribir determinados contenidos en la preparación especialmente física, limitando o eliminando algunos ejercicios gestacionales por su característica, acción o impacto, lo cual podría ser de riesgo en determinadas situaciones especiales. (5)

11.5 CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS PARA LA PRÁCTICA DE EJERCICIOS FÍSICOS

El profesional médico tendrá la capacidad discrecional para reconocer el tipo y frecuencia de ejercicios gestacionales que no deberán realizar aquellas gestantes que estén en una situación especial de tipo médica, como por ejemplo, en presencia de una gestación múltiple, cardiopatía, nefropatía, determinados procesos infecciosos o inflamatorios, preeclampsia, placenta previa, incompetencia cervical, o portadora de cerclaje, antecedente de ruptura precoz de membranas, parto prematuro, sangrado vaginal, sospecha de distress fetal o retraso del crecimiento intrauterino u otras patologías obstétricas diagnosticadas (12).

11.6 CONTRAINDICACIONES RELATIVAS PARA LA PRÁCTICA DE EJERCICIOS FÍSICOS

Cualquier entidad que dificulte u ocasione malestar, incomodidad perjuicio a la gestante. La selección del tipo y frecuencia de ejercicio será con plena vigilancia y de acuerdo a la situación especial de tipo médica, como: gestación múltiple, enfermedad hipertensiva, arritmia cardíaca, anemia, diabetes, enfermedad pulmonar, obesidad o delgadez excesiva, tabaquismo, ingesta de alcohol, y antecedentes de prematuridad.

11.7 MOTIVOS PARA LA INTERRUPCIÓN DE LOS EJERCICIOS

FÍSICOS ANTES DE INICIAR LA SESIÓN DE PPO

Se recomienda evaluar a la gestante para reducir cualquier riesgo en su actividad física. Asimismo, se debe considerar la posibilidad que la gestante presente algún signo o síntoma como por ejemplo un espasmo muscular (cuando no calienta adecuadamente), náuseas o vómitos (cuando ingirió alimentos en corto tiempo), lo que será motivo para la interrupción de los ejercicios físicos.

Para la suspensión de los ejercicios hay que tener en cuenta la presencia de los siguientes signos o síntomas:

Náuseas y/o vómitos

Mareos

Dolor de cabeza

Hipertensión arterial

Alteraciones en la visión

Rigidez muscular

Ansiedad excesiva Dolor pélvico o abdominal no controlado

Edema generalizado

Dolor precordial o palpitaciones

Sensación de falta de aire.

Sospecha de flebitis

Escaso aumento de peso (menos de 1 kg./mes en los últimos dos meses). • Pérdida de líquido amniótico

Pérdida de sangre por vagina.

Falta de movimientos fetales

Contracciones uterinas persistentes sugestivas de parto prematuro (más de 6-8 contracciones/hora).

11.8 NORMAS DEL SERVICIO.

Todas las Unidades que ofertan servicios en salud sexual y reproductiva deberán ofrecer el Servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal de acuerdo al riesgo obstétrico.

Toda gestante será derivada al servicio de PPO y EPN en la primera consulta.

El inicio de la preparación para el parto debe realizarse en la primera oportunidad de abordar a la gestante.

Las sesiones realizadas serán registrados en la Historia Clínica y en la Libreta de Salud Integral: Materno, Infantil y Adolescencia.

El personal de Salud de la Unidad de Salud deberá estar entrenado y acreditar periódicamente el fortalecimiento de su desempeño.

Se recomienda la permanencia de por lo menos 6 meses del recurso humano, evitando alta rotación, a fin de lograr empatía con las gestantes y adherencia al servicio con el personal realmente calificado para esta atención.

El acceso a este servicio será prioritario (citas y atención).

Se conformarán grupos de gestantes de auto apoyo, quienes se organizarán para conformar el “Club de madres” y demás actividades de coordinación con la comunidad.

11.9 INFRAESTRUCTURA

La sala de PPO debe contar con:

Buena iluminación: natural o artificial, con intensidad manejable de acuerdo con el momento de la sesión.

Buena ventilación: la cual puede ser natural. En temporada de mucho frío se sugiere airear la sala antes de iniciar la sesión, luego se puede mantener las ventanas juntas o cerradas.

Espacio suficiente: de acuerdo con la cantidad de gestantes/parejas gestantes participantes. Se recomienda contar con un espacio mínimo de 2.5 metros cuadrados por pareja gestante.

Servicios higiénicos (o muy cerca de la sala de PPO).

Privacidad: El ambiente destinado para desarrollar las sesiones de PPO no debería estar a la vista del público. Es recomendable que sea de uso exclusivo para las sesiones prenatales. No es prudente realizar las actividades de PPO en áreas de circulación general, como las salas de espera, que no califican para estas actividades

Características físicas del ambiente:

Pisos: superficie resistente de fácil limpieza, con capacidad de aislamiento térmico.

Paredes: lisas, lavables, de colores relajantes y motivadores (mezcla de cálidos con fríos).

Cielo raso: fijo/desmontable, de color blanco, con capacidad de aislamiento acústico y de fácil mantenimiento.

Mobiliario fijo: superficies lisas, lavables, esquinas romas. Temperatura ambiental: se requiere una temperatura de confort entre 18 y 24 grados centígrados.

Calidad ambiental: Debe generar calidez, tranquilidad, cercanía cultural, se permite y se recomienda el uso de elementos decorativos relacionados con el medio ambiente (ejemplo: flores, animalitos, cielos, agua, entre otros), la familia (gráficos de bebés, del grupo familiar, etc.) y el entorno cultural (tejidos, gráficos autóctonos, estelas, etc.)

11.10 UBICACIÓN DEL SERVICIO DENTRO DE LAS UNIDADES

Se establecen que el uso de los espacios para estas actividades puede ser: - Compartido. - con espacios de usos similares que ya existen en los establecimientos y que son gimnasios para rehabilitación o salas de uso múltiple (polifuncional) cuando la demanda es baja. - Uso exclusivo.- relacionado con consulta externa, cuando la demanda es suficiente según la población de gestantes asignada. Uso continuo durante 8 horas. Las sesiones serán en número de 6, cada una con una duración de 2 horas.

11.11 EQUIPAMIENTO

Para desarrollar las actividades de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal se dispondrá en las unidades de materiales básicos y opcionales.

Materiales básicos. - Son materiales que no deben faltar en las Unidades de Salud, quienes deberán realizar las adquisiciones anuales. La cantidad de materiales dependerá de la demanda de gestantes que la Unidad de Salud tenga, esta planificación de necesidades la realizará el profesional de salud cada año en coordinación con la Dirección Distrital. Las especificaciones técnicas se detallan en cuadro 1 del Anexo 2.

Materiales opcionales. - Son materiales que de ser posible deberán adquirir las Unidades de Salud, caso contrario se solicitará a cada gestante que adquiera dicho material, además de otros materiales que se requiera

11.12 EL PARTO

11.12.1 Concepto

El parto es el componente el cual se produce la expulsión del feto desde el claustro materno al exterior en un tiempo parcialmente conciso. Es un momento decisivo en la vida de los, seguramente el más importante, de cuyo progreso dependerá la calidad vital posterior.

11.13 FACTORES DEL PARTO

Fuerza expulsiva

Esta dada principalmente por las contracciones de la musculatura 'uterina, y en forma accesoria por la prensa abdominal (diafragma y músculos abdominales). Para evaluar la contractibilidad uterina, se deben considerar los siguientes parámetros:

Útero

Intensidad de la contracción uterina

Frecuencia de la contracción uterina

Intervalo íter contráctil

Duración de la contracción uterina

Canal del parto

Lugar por donde pasa el feto hacia el exterior

El feto

Producto de la concepción, desde la 12 semana hasta el momento del parto. (6)

11.14 PERIODOS DEL TRABAJO DE PARTO

Periodo de Dilatación

Inicia con el primer dolor verdadero de parto y finaliza con la dilatación completa del cérvix. Este primer período tiene una duración aproximada de 6 a 8 horas en la multípara y entre 8 a 12 horas en la nulípara.(6)

Periodo Expulsivo:

El período expulsivo comienza con la dilatación completa y la expulsión del feto. Durante el mismo el feto completa el descenso, rotación y amoldamiento de la cabeza al canal del parto. Las fuerzas que participan son las contracciones uterinas y la contracción voluntaria de los músculos abdominales que intentan expulsar el contenido uterino. Este tiene una duración de:

En nulíparas hasta 2 horas (promedio 50 minutos)

En multíparas hasta 1 hora (promedio 30 minutos)

Período de Alumbramiento

Durante el alumbramiento se produce el desprendimiento de la placenta y las membranas del saco amniótico. Este período dura de 5 a 30 minutos.

11.15 TIPOS DE PARTO

Parto Vaginal Espontáneo: se denomina parto vaginal espontáneo a aquel comprendido por la expulsión del bebé por el canal de parto (vagina) sin la ayuda de métodos o medicamentos, y la expulsión de la placenta procedente del útero. La posición tradicional adoptadas por las mujeres en este tipo de nacimiento se denomina decúbito dorsal, es mencionar, acostada boca arriba, con los pies a la altura de los glúteos.(8)

Parto Abdominal o Cesárea: la palabra cesárea se utiliza para referirse a la cirugía llevada a cabo en el abdomen de la madre. Se trata de una incisión en la pared abdominal con el propósito de extraer al niño.

Para Ñáñez H, Ruiz AI, Ángel E, Bautista A, Sabogal JC. (1999) Señalan que existen dos tipos de partos principalmente conocidos como:

Parto Eutócico – Normal – Espontaneo – Natural.- En este tipo de parto no se identifican alteraciones en su transcurso: el feto se encuentra en posición fetal cefálica y flexionada, su salida tendrá lugar por vía vaginal.

Parto Distócico – Quirúrgico – Cesárea.- En este tipo de parto se presentan alteraciones en su transcurso por lo que son necesarias maniobras o intervenciones quirúrgicas.

11.16 PARTO NATURAL

Refiere la Organización Mundial de la Salud, 1996 que el parto normal es: “da comienzo espontáneo, de bajo riesgo al comenzar el parto y permaneciendo así durante el trabajo de parto y el nacimiento. El bebé nace espontáneamente en presentación cefálica entre 37 y 42 semanas completas de embarazo. Tras el nacimiento, la madre y el bebé se hallan en buenas condiciones.”

El parto es un evento natural, el mismo que ocurre en la mayoría de veces de forma espontánea donde la madre y el feto participan activamente. El parto es una experiencia familiar y social (27).

Según Marisa Villagrán Becerra (2012) El Parto Natural es la circunstancia en la que el niño nace sin ayuda externa y se intenta que la madre disfrute de ese proceso con plena consciencia al momento de nacer su hijo. La idea es entonces preparar a la mujer proporcionándole las condiciones físicas y mentales para que pueda acompañar al niño desde el nacimiento. Muchos de estos partos se producen en la casa de la mujer o en otro lugar elegido por los padres. (25)

Para cada mujer el nacimiento de su bebé es un evento valioso en su vida. No obstante a la mujer le interesa la defensa en el nacimiento, asimismo busca que éste sea lo más personalmente representativo posible. Tener presente la experiencia del nacimiento y la infancia de su bebé en años posteriores de su vida. La trascendencia y la característica antigua de la del nacimiento, le otorga que el poder que puede tener sea reparador o nocivo. La confianza de una mujer en sus propias capacidades, y el aumento de las oportunidades de tomar decisiones significativas basadas en información real pueden simbolizar la diferencia entre una experiencia frustrada o pasiva, y una de empoderamiento cuantioso.

Aparte de la posibilidad de dar a luz en casa con una ayuda que garantice un riesgo mínimo existen muchas iniciativas para humanizar y personalizar el parto dentro de los hospitales. En algunos países es posible encontrar en el mismo hospital una sala de parto tradicional junto a una sala para el «parto natural». Por tanto, estamos a una fase de experimentación en la que se discuten no sólo los

espacios y los ambientes, sino también los papeles profesionales, y es difícil prever cuál de los muchos modelos de organización y gestión del nacimiento posible prevalecerá.

Lo innegable es que el mecanismo se ha activado actualmente, y la necesidad de restablecer el control del parto a la mujer y a la pareja, reconsiderando la naturalidad esencial del nacimiento, está cada vez más presente y extendida entre los facultativos (y también entre quienes se encargan de construir los planes sanitarios autonómicos y nacionales). Se trata de cambios lentos, porque implican la necesidad de transformar prácticas rutinarias ya consolidadas y deben proteger grandes dificultades burocráticas y organizativas de estructuras mastodónticas. Pero también porque conducen en última instancia a la cesión del poder del médico a la mujer parturienta con todo lo que ello implica.

En cualquier caso, son muchos los signos de cambio dentro de cada país, por lo que consideramos que el camino en dirección a la recuperación de la dimensión humana del parto ya no puede ser abandonado.

Características del Parto Natural

Según el Dr. Miguel Ángel Herráiz Martínez (2008) La principal característica del parto natural es que las embarazadas inician el parto de forma espontánea, nadie induce el parto, ya que se deja evolucionar a la paciente hasta que llega el momento de dar a luz. Llegados a este punto es donde dependiendo del tipo de parto, controlado o natural, se actúa de diferente manera, bien monitorizando y anestesiando a la paciente, bien dejando que la madre lleve las riendas y el bebé nazca sin intervención médica.

Otra característica que varía según se realice un parto u otro es la posición que adquiere la madre para el alumbramiento, ya que en el primer caso la madre está echada con las piernas abiertas, y en el segundo, la postura ideal y menos dolorosa es de pie, aunque la madre puede elegir la que quiera.

11.17 PRINCIPALES COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES

En la gran mayoría de casos, los partos transcurren de forma completamente normal, pero hay casos en los que la asistencia médica se vuelve imprescindible para preservar la salud, o la vida, tanto de la madre como del bebé. Una de las posibles complicaciones durante el parto afecta a las contracciones, que pueden ser débiles en exceso o notablemente irregulares. Existen unos mecanismos que predisponen a aumentar el riesgo de tener complicaciones durante el parto, como:

- Desproporción cefalopelvica (si el canal pélvico es demasiado estrecho o el feto demasiado grande, podemos encontrarnos que las constantes vitales del feto, por ejemplo su ritmo cardiaco, se vean afectadas negativamente por el esfuerzo que acarrea el proceso. En estos casos se recurren a cesáreas de emergencia.

- Contracción intrauterina anormal

- Embarazo múltiple

Parto prolongado (Si el parto se prolonga durante demasiado tiempo existe un verdadero riesgo tanto para la madre como para el feto, así que se debe recurrir a la cesárea de emergencia

- Mala posición fetal.

Los mecanismos nombrados anteriormente pueden llevar a una hipoxia perinatal, que es una de las complicaciones más frecuentes durante el parto. Durante la asfixia perinatal se dan unas modificaciones hemodinámicas que generan un aumento de la tensión arterial, adrenérgico inducida con vasoconstricción periférica y redistribución del gasto cardiaco, esto con el objetivo de proveer sangre oxigenada a los órganos vitales, excluyendo la circulación al resto de los órganos. Por ende la asfixia perinatal se considera como una agresión al feto o recién nacido debido a la falta de oxigenación generalizada, en diversos órganos. Su importancia fundamental es que puede contribuir a la aparición de parálisis cerebral y retraso mental.

Sus causas:

- Deterioro de la oxigenación materna

- Insuficiente irrigación placentaria

- Alteración del intercambio de gases en la placenta

- Interrupción de la circulación umbilical

- Incapacidad del feto para mantener una función cardiaca y circulatoria normal.

Sus principales manifestaciones clínicas incluyen alteraciones del nivel de conciencia, depresión, alteración del tono muscular y presencia de convulsiones. La intensidad de estas manifestaciones y su relación temporal permiten establecer un pronóstico de daño neurológico.

La disminución de oxígeno al feto (hipoxemia) ocasiona también la retención de CO₂ (hipercarbia) ambos mecanismos relacionan la acumulación de ácido láctico (acidosis) y este perfil químico es la base de la hipoxia perinatal que tiene incluso aumento en cuanto a la mortalidad y morbilidad en esta época de la vida. Igualmente es de temer las secuelas y complicaciones de la hipoxia perinatal, entre las secuelas principales están las lesiones cerebrales no progresivas que corresponden a lesiones muy graves como "las atetosis, retardo mental, cuadriplejía espástica, PCI, hasta déficits muy concretos en el desarrollo neuromuscular". Las complicaciones inmediatas se encuentran relacionadas con lesiones orgánicas secundarias alteraciones del riego vascular, por ej: hemorragia pulmonar, NEC, necrosis aguda cortical con insuficiencia renal consecuyente.

La detección y el control prenatal adecuados junto a la asistencia oportuna, normal del parto y del neonato disminuyen evidentemente dichas complicaciones, evitando posibles lesiones irreversibles que afectan drásticamente el desarrollo del recién nacido.

12 Hipótesis

La Psicoprofilaxis obstétrica favorece el parto eutócico espontáneo, mayor centímetros de dilatación al ingreso de las salas de parto, disminuye las complicaciones perinatales, el sufrimiento fetal agudo, bajo peso al nacer y propicia el apego precoz .

13 METODOLOGÍA

13.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO

Es un estudio de tipo experimental porque existe intervención del investigador impartiendo las técnicas, la consejería y el monitoreo de la psicoprofilaxis obstétrica. Es un estudio transversal, porque las mediciones se efectuaron en un momento determinado del periodo de estudio. Según el número de variables el estudio es analítico, ya que se estudiaron variables en dos grupos: las que recibieron y las que no recibieron psicoprofilaxis obstétrica y prospectivo porque la fuente de información es primaria, se tomaron los datos por el propio investigador. El contexto espacial y temporal de la investigación, se realizó en los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales, en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, en el periodo de febrero de 2017 a junio de 2018

13.2 Diseño de la investigación:

13.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio. -

Todas las gestantes de bajo riesgo que se atendieron en los consultorios de Medicina Familiar Comunitaria del centro de salud de Pascuales en el periodo de febrero 2017 a febrero 2018. Se formó un grupo de casos con todas las gestantes que realizaron psicoprofilaxis al menos en tres ocasiones y un grupo de controles con las gestantes bajo riesgo que en ese mismo periodo no realizaron psicoprofilaxis

Criterios de inclusión

Gestantes de bajo riesgo que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Gestantes que presentaron rotura prematura de membranas.

La muestra incluyó todas las gestantes que recibieron psicoprofilaxis en tres o más ocasiones, que formaron el grupo de casos y el grupo de los controles estará determinado por el número de casos (el mismo número de controles) de

embarazadas que en ese periodo no recibieron Psicoprofilaxis o recibieron menos de 3 sesiones. Para la selección de los controles se realizó un muestreo bietápico estratificado, teniendo en cuenta la fecha de captación del embarazo se consideró cada mes un estrato, para la selección de los componentes de cada estrato se usó el muestreo simple aleatorio, proporcional a la cantidad de embarazadas captadas en el mes.

13.2.2 Procedimiento de recolección de la información

Previa a la recolección de la información, la investigación fue aprobada por el comité de ética de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil, en su realización, se cumplieron con las normas éticas contempladas en la declaración de Helsinki, los participantes expresaron su consentimiento de participación voluntaria en el estudio de forma escrita. (Anexo1)

Para la recolección de información el autor de la investigación diseñó una encuesta validada por dos expertos, uno en medicina familiar y una bioestadística, este cuestionario posee dos aspectos a evaluar, primero se tomaron los datos generales de las gestantes para la caracterización sociodemográfica y clínica de las gestantes, el segundo aspecto es para determinar las complicaciones y beneficios materno perinatales que hayan presentado, para lo cual se revisaron las historias clínicas y base de datos de las embarazadas.

13.2.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

13.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Edad	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Nivel de instrucción	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Realización de psicoprofilaxis	Encuesta
Controles prenatales	Documental
Presencia de signos de alarma	Encuesta
Complicaciones maternas	Encuesta y documental
Complicaciones del recién nacido	Encuesta y documental
Lactancia materna	Encuesta

Teniendo en cuenta el número de embarazadas bajo riesgo que no hayan realizado psicoprofilaxis en cada mes del periodo de estudio, se calculó la proporción de gestantes que formaron parte de la muestra en cada uno de los meses. Se utilizó la base de datos de embarazadas de la población atendida por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, la que se transportó al Programa Estadístico SPSS versión 20, utilizando la prueba de hipótesis chi cuadrado entre los dos grupos de estudio.

a. 14. Variables.

14.1 Operacionalización de variables.

Variable	Indicador	Unidades , Categorías o valor final	Tipo / Escala
Edad	Años cumplidos	Años	Numérica discreta
Estado civil		Casada	Categórica nominal
		Unión libre	
		Soltera	
		Otro	
Nivel de instrucción	Último grado aprobado	Analfabeta	Categórica ordinal
		Primaria	
		Secundaria	
		Superior	
Ocupación	Actividad laboral que desempeña	Ama de casa	Categórica nominal
		Cuenta propia	
		Otros	
Realización de psicoprofilaxis	Asistencia a sesiones de psicoprofilaxis	Si No	Categórica nominal dicotómica
Controles prenatales	Número de controles recibidos	Números	Numérica discreta

Características periparto	Inicio de la labor de parto Dilatación de ingreso Tipo de parto	Espontáneo Inducido Centímetros de dilatación Eutócico Cesárea programada Cesárea de emergencia	Catagórica nominal Catagórica nominal Catagórica nominal
Lactancia materna primera 24 horas	Si No	Si No	Catagórica nominal dicotómica
Presencia de signos de alarma	Dolor abdominal Pérdida de líquido amniótico Sangrado transvaginal Fiebre Ausencia de movimientos fetales	Si No	Catagórica nominal dicotómica

Complicaciones maternas	Hemorragia del tercer trimestre Complicaciones hipertensivas Complicaciones sépticas Complicaciones periparto	Si No	Catagórica nominal dicotómica
Complicaciones en el recién nacido	Bajo peso al nacer(< 2,500gr) Dificultades respiratorias con apgar 0-5)	Si No	Catagórica nominal dicotómica

15. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Tabla 1: Distribución de mujeres según grupos etarios. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Febrero 2017 – Junio 2018.

En	Grupos de edad N=50	Nº	%	la
	15 a 19	11	22,0	
	20 a 24	25	50,0	
	25 a 29	6	12,0	
	30 a 34	6	12,0	
	35 a 39	2	4,0	

tabla # 1 de las 50 mujeres encuestadas, 25 eran del grupo etario entre 20 y 24 que representó el 50%.

En la investigación del Dr. José Flores Arrellano en el 2013 en la ciudad de Lima – Perú las edades fluctúan entre los 18 a 38 años cuya prevalencia está en un 65% (56 mujeres embarazadas) en la edad de 26 a 30 años lo que difiere en esta investigación.

Tabla 2: Distribución de mujeres según estado civil. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Febrero 2017 – Junio 2018.

Estado civil N=50	Nº	%
Casada	7	14,0
Unión libre	39	78,0
Soltera	4	8,0
Otro	0	0,0

En la tabla # 2 del total de encuestadas: 39 unión libre que representa el 78.0 %, su máximo nivel de instrucción fue 30 que culminaron la secundaria que representa el 60.0 %, y la ocupación que desempeñan: 41 amas de casa que representa el 82.0%.

En la investigación del Dr. José Flores Arrellano en el 2013 en la ciudad de Lima – Perú.El estado civil en un 78 % son unión libre lo que no se aleja del estudio realizado en Perú (60% unión libre y otros países de Latinoamérica lo que indica que los aspectos de la formalidad está distante al aseguramiento del nuevo ser.(10)

Tabla 3: Distribución de mujeres según nivel de instrucción. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Febrero 2017 – Junio 2018.

Nivel de instrucción N=50	N°	%
Analfabeta	1	2,0
Primaria	14	28,0
Secundaria	30	60,0
Superior	5	10,0

En la tabla # 3 del total de encuestadas: 30 llegaron a tener su máximo nivel de instrucción secundaria lo que representa el 60%, seguido de la instrucción primaria en un 28,0%

En censo realizado en el 2010 por el INEC Promedio de años de escolaridad >= 10 años es de 9,0%.(28)

Tabla 4: Distribución de mujeres según ocupación. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Febrero 2017 – Junio 2018.

Ocupación N=50	N°	%
Ama de casa	41	82,0
Cuenta propia	0	0,0
Otros	9	18,0

En la tabla# 5 del total de encuestadas: 41 son amas de casa lo que representa el 82,0%.

En la investigación de Oña Karina y Rivadeneira Fernanda “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre consejería psicoprofiláctica a embarazadas, al cliente interno y externo del subcentro de salud del Tejar, provincia de Imbabura en el período junio - octubre del 2013: Los resultados demuestran que un 50% se dedican a quehaceres domésticos, un 33% son estudiantes, 6.6% mujeres que tienen una profesión (enfermeras y profesoras) y otras actividades corresponde al 3.3%.(31)

Tabla 5 Distribución de gestantes según el número de controles prenatales y asistencia a psicoprofilaxis obstétrica (PPO). Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Febrero 2017 – Junio 2018.

Número de controles prenatales p=0,5	Sin PPO N= 25		Con PPO N=25		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%

< 3	2	8	1	4	3	6
De 3 a 6	10	40	7	28	17	34
>6	13	52	17	68	30	60

En la tabla #5 del total de encuestadas el 60% tuvo más de seis controles prenatales, del cual el grupo que no recibió PPO:13 tuvieron más de 6 controles prenatales lo que representa el 52% y del grupo que recibió PPO 17 tuvieron más de 6 controles prenatales lo que representa el 68%.

En la investigación de Huete Cinthya Silvia.2017.Lima - Perú sobre “Relación entre asistir al curso de psicoprofilaxis obstétrica y el riesgo de presentar depresión post parto en puérperas”: que del total de puérperas sin riesgo de presentar depresión post parto, el 58,5% asistió a 6 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica.(32)

Tabla 6: Distribución de gestantes según las características periparto y asistencia a psicoprofilaxis obstétrica (PPO). Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Febrero 2017 – Junio 2018.

Características perinatales	Sin PPO		Con PPO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Inicio de labor de parto (p=0,04)						
Espontáneo	9	69,2	19	95,0	28	84,8
Inducido	4	30,8	1	5,0	5	15,2
Total	13	100,0	20	100,0	33	100,0
Dilatación al ingreso (p= 0,45)						
<5 cm	8	61,6	9	45,0	17	51,6
>6	5	38,5	11	55,0	16	48,5
Total	13	100,0	20	100,0	33	100,0
Tipo de parto (p=0,004)						
Eutócico	9	36,0	19	76,00%	28	56,0
cesárea electiva	6	24,0	5	20,00%	11	22,0
cesárea de emergencia	10	40,0	1	4,00%	11	22,0
Total	25	100,0	25	100,00%	50	100,0

En la tabla # 8 de las 50 gestantes encuestadas refirieron 28 que fue parto eutócico lo que representa el 56% de estas 9 fueron del grupo que no realizaron PPO lo que representa el 36,0% y 19 del grupo que recibieron PPO lo que representa el 76,0%. Las

cesáreas programadas fueron un total de 11 lo que representa el 22,0%.; mientras las cesáreas de emergencia se dieron 10 en el grupo que no recibieron PPO lo que representa un 40,0%

De las 28 que tuvieron parto eutócico el % 84,8 fue espontáneo y el 15,2 % inducido del grupo que recibieron PPO .Del grupo que no recibieron PPO 9 su labor de parto fue espontaneo lo que representa el 69,2% y 4 fue inducido lo que representa el 30,8%

La relación de inicio de labor de parto con la realización de PPO es estadísticamente significativa con la hipótesis dando una $p= 0,04$ al igual que el tipo de parto que da una $p=0,004$

En la investigación sobre aplicación de la Psicoprofilaxis y su importancia en el parto natural en el centro de salud n.- 3 de Ambato por la Lcda. María Játiva Parra .Del grupo que recibieron PPO solo dos tuvieron un parto inducido y las 13 restantes tuvieron un inicio de labor de parto espontaneo (87%) y del grupo que no recibieron terminaron el 73 % por parto inducido frente al 27% que fue espontaneo.(33)

Tabla 7: Distribución de gestantes según la incorporación de lactancia materna dentro de las primeras 24 horas y asistencia a psicoprofilaxis obstétrica (PPO). Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Febrero 2017 – Junio 2018.

Lactancia materna dentro de las primeras 24 horas P=0,3	Sin psicoprofilaxis N=25	Con psicoprofilaxis N=25	Total
Si	24	25	49
%	96,00%	100,00%	98,00%
No	1	0	1
%	4,00%	0,00%	2,00%

En la Tabla # 7 el 98% tuvo lactancia materna dentro las primeras 24 horas con el 100% en el grupo que recibieron y 96,0 % en el grupo que no recibió.

La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características beneficios integrales de Horiz. Med. vol.14 no.2 Lima abr./jun. 2014 el 93,3% recibieron lactancia

materna dentro de las primeras 24 horas y tuvieron una captación precoz del neonato.(2)

Tabla 8: Distribución de gestantes según la presencia de signos de alarma y asistencia a psicoprofilaxis obstétrica (PPO). Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Febrero 2017 – Junio 2018.

	Sin PPO N=25		Con PPO N=25		Total	
Signo de alarma	N°	%	N°	%	Total	%
Cefalea p=0,966						
Si	2	8,0	2	8,0	4	8,0
No	23	92,0	23	92,0	46	92,0
Dolor abdominal p=0,527						
Si	3	12,0	1	4,0	4	8,0
No	22	88,0	24	96,0	46	92,0
Sangrado transvaginal p=0,227						
Si	3	12,0	1	4,0	4	8,0
No	22	88,0	24	96,0	46	92,0
Pérdida de líquido amniótico p=0,976						
Si	1	4,0	1	4,0	2	4,0
No	24	96,0	24	96,0	48	96,0
Fiebre p=0,33						
Si	4	16,0	0	0,00%	4	8,0
No	21	84,0	25	100,00%	46	92,0

En la tabla #8 del total de 50 encuetadas 18 presentaron algún signo de alarma
El signo de alarma cefalea, 2 presentaron lo que representa el 8%; tanto en el grupo que no recibió como recibió PPO, el signo de alarma de sangrado transvaginal y dolor abdominal 3 presentaron lo que representa el 12% del grupo que no recibieron PPO y 1 que representa el 4% del grupo que recibieron PPO. El signo de alarma fiebre presentaron solo 4 lo que representa el 16% del grupo que no recibieron PPO.

En la Rev. Med Inst Mex. Seguro Social 2012:i identificaron y presentaron sangrado

transvaginal 22.9 %, cefalea 18.7 %, dolor abdominal ,10.2 % y ruptura de âmnios 10.8 %

Tabla 9: Distribución de gestantes según la presencia de complicaciones maternas y asistencia a psicoprofilaxis obstétrica (PPO). Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Febrero 2017 – Junio 2018.

Complicaciones	Sin PPO N=25		Con PPO N=25		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Complicación hemorragia del tercer trimestre (p=0,15)						
Si	2	8,0	0	0,0	2	4,0
No	23	92,0	25	100,0	48	96,0
Complicaciones hipertensivas (p=0,64)						
Si	3	12,0	2	8,0	5	10,0
No	22	88,0	23	92,0	45	90,0
Complicaciones sépticas (p=1)						
Si	1	4,0	1	4,0	2	4,0
No	24	96,0	24	96,0	48	96,0
Complicaciones periparto (p=0,009)						
Si	6	24,0	0	0,0	6	12,0
No	19	76,0	25	100,0	44	88,0

En la tabla #9 del grupo de encuestadas que recibieron las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO) presentaron las siguientes complicaciones: 2 trastornos hipertensivos que representan el 8,0 % y 1 presento complicación séptica que representa el 4,0%

Del grupo que no recibieron presentaron las siguientes complicaciones: 2 hemorragias del tercer trimestre (8,0%), 6 complicaciones periparto (24,0%) , 3 complicación hipertensiva (12,0%) y 1 complicación séptica que representa el 4,0%. En relación con las complicaciones periparto con la realización de PPO es estadísticamente significativa daño una p= 0,009.

En la investigación de la Dra. Arna Army “Epidemiología de la morbilidad materna extrema en unidad de cuidados intensivos “México. Abril 2012: presentaron complicaciones maternas en un 57% frente al 43% que no presentaron en un grupo que no recibieron PPO. (34)

Tabla 10: Distribución de gestantes según las complicaciones del recién nacido y asistencia a psicoprofilaxis obstétrica (PPO). Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Febrero 2017 – Junio 2018.

Complicaciones del recién nacido		Sin psicoprofilaxis		Con psicoprofilaxis		Total	
		Nº	%	Nº	%	Total	%
Peso (p= 0,14)	Bajo peso	1	4,0	0	0,0	1	2,00 %
	Peso riesgo	11	44,0	5	20,0	16	32,0
	Normopeso	13	52,0	19	76,0	32	64,0
	Macrosómico	0	0,0	1	4,0	1	2,0
	Total	25	100,0	25	100,0	50	100,0
Trastornos respiratorios con el apgar no favorable (p=0.07)	Favorable	22	88,0	25	100,0	47	94,0
	No favorable	3	12,0	0	0,0	3	6,0
	Total	25	100,0	25	100,0	50	100,0

En la tabla# 9 del grupo de gestantes que recibieron PPO y las que no recibieron PPO referente al peso del recién nacido: 32 fueron normopeso lo que representa el 64.0% de total.

En el grupo que no recibieron PPO: 11 fueron peso riesgo lo que representa el 11,0% .13 fueron normopeso lo que representa el 52,0% y 1 bajo peso lo que representa el 4,0%. En el grupo que recibieron PPO: 0 bajo peso (0,0%); 5 fueron peso riesgo (20,0%) ; 19 normopeso (76,0%) y 1 macrosómico (4,0%).

Referente al Apgar del grupo que recibieron PPO las 25 tuvieron apgar favorable lo que

representa el 100 % a diferencia de las que no recibieron PPO que 23 tuvieron apgar favorable lo que representa el 92 %.

En la investigación de Olivos Martínez (2012), observó que el Àpgar al minuto del recién nacido fue de 9 puntos, 53.6% para ambos casos. Mientras que en la de Muñoz Mejía N .Beneficios de la psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia en primiparurientas. Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Collique [tesis de Grado]. Lima 2013; señala que el 100% de los recién nacidos, hijos de gestantes con preparación tuvieron una valoración del test de Àpgar de 7 a 10 al minuto. (35)

CONCLUSIONES

En la población de estudio predomina el grupo de 20 a 24 años, el nivel de instrucción secundaria, la mayoría con estado civil de unión libre y un gran número de ocupación ama de casa.

Los beneficios materno-perinatales que con mayor frecuencia se encuentran en las gestantes que reciben psicoprofilaxis son: el parto eutócico espontáneo, cesáreas programadas sin complicaciones, adecuado peso al nacer, apgar favorable, captación precoz e inicio de la lactancia materna dentro de las primeras 24 horas

Se presentan complicaciones maternas en ambos grupos, es decir las que reciben y las que no reciben psicoprofilaxis obstétrica, siendo las más frecuentes las hemorragias del tercer trimestre y los trastornos hipertensivos. Las complicaciones neonatales se presentan mayormente en los hijos de las del grupo que no reciben psicoprofilaxis obstétrica, presentándose con mayor frecuencia peso riesgo del recién nacido y trastornos respiratorias con el apgar no favorable como resultado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Morales S. Guibovich A Yábar M. Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos Rev. Horizonte medico [internet] 2014 [citado en el 2017ABR2013 Vol 14 N° 4] Disponible en www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727558X2014000400010&script=sciarttext&tlng=en.
- 2.- Yábar M. La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes, características y beneficios integrales. Rev. Horizonte médico [Internet] .2014 [citado en el 2017ABR13. Vol14 N°2] Disponible en www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727558X2014000200008&script=sci_arttext
- 3.Ministerio de Salud Pública del Ecuador- CONASA, Plan nacional de reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal, septiembre 2008
- 4.- Morales S. Características de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia en el sector privado como una alternativa en su atención integral. Rev. Horizonte médico [Internet] .2015 [citado en el 2017Abr13 Vol15N°1] Disponible en www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000100009.
- 5.Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014) Norma técnica de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal.
- 6-Romero M., Jiménez B., Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y posparto. Fisioterapia Vol 32, Issue 3, May–June 2010, 123–130.
7. Berrocal M., Cabrera P., Fuentes H. conocimientos sobre Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes atendidas en el Hospital referencial Docente Tuman, Junio – Agosto 2012. Tesis profesional. Chiclayo, Perú 2012.
8. Rivadeneira J., Mora K., Conocimientos actitudes y prácticas sobre consejería psicoprofiláctica a embarazadas, al cliente interno y externo del sub Centro de Salud en el Tejar en el Periodo de Junio a Octubre 2013. Mayo 2014. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/3469>
7. Seminario Internacional primera Infancia, Dra. Mary Young, Conferencia “El desarrollo Integral basado en la experiencia desde la concepción”, febrero 2014, Quito-Ecuador.
- 9.Morales S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Rev Horiz Med 2012; 12(2): 47-50.
10. Basadre C., Bello h., Benavides j., Bravo M., Carranza E., Lactancia materna exitosa en púerperas de menos de 48 horas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. Horiz. Med., abr./jun. 2013, vol.13, no.2, p.28-39.
10. Flores J. "beneficios maternos y perinatales de la psicoprofilaxis obstetrica en las gestantes atendidas en el hospital nacional Hipolito Unanue distrito, el

Agustino durante abril y junio del 2013" Lima- Perú 2013 .Disponible en repositorio.upsb.edu.pe/.../3/FLORES ORELLANO JOSE...

11. MINSA. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Perú. 2013. 79.

12. Morales S. Psicoprofilaxis Obstétrica – Guía práctica, 1ra. Ed. Lima: ASPPO. 2012. 200.

13. ASPPO (Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica). Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica, 3ra Ed. Lima: ASPPO. 2010. 290.

14. Herrera R, Reyes L, Broche J, Díaz A. Estudio preliminar de la aplicación en diferentes patologías con el equipo de cromopuntura cromoter. Umbral científico 2004; 4: 88-94.

15. Arif Muhammad, Bryan Kolb. Prenatal tactile stimulation attenuates drug-induced behavioral sensitization, modifies behavior, and alters brain architecture. Brain research 1400 (2011) 53-65.

16. Goldstein J., Handa R., Tobet S.. Disruption of fetal hormonal programming (prenatal stress) implicates shared risk for sex differences in depression and cardiovascular disease. Frontiers in Neuroendocrinology 35 (2014) 140-158.

17. Gaignic-Philippe, J. Dayan, S. Chokron, A-Y. Jacquet, S. Tordjman. Effects of prenatal stress on fetal and child development: A critical literature review. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 43 (2014) 137-162.

18. Lam N., Sentimiento de estigmatización relativo al embarazo y factores psicosociales asociados en madres púerperas adolescentes de Lima Metropolitana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela de PostGrado. Alerta Bibliográfica UNMSM, 2013.

19. Pecho S., Reflexiones acerca de la Estimulación Prenatal (EPN) y el consentimiento informado como indicadores de la calidad de atención en salud. Boletín Científico ASPPO 2014; 16(47): 8-9.

20. Aguayo CI, Ángulo AM. Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la Maternidad del hospital Paillaco entre septiembre de 2007 y febrero de 2008 [Tesis]. Chile: Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia y Puericultura; 2008.

21. Salas F. Aplicar Psicoprofilaxis Obstétrica en Primigestas Añosas, Propuesta De un Protocolo de Manejo, Hospital Dra. Matilde Hidalgo De Procel. [Tesis]. Ecuador: Universidad De Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Obstetricia; 2013.

22. Tafur M. 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. [Tesis]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.

23. Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, Pregnancy, and Mental Health. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2014;27(3):138-50.
24. Hospital Bertha Calderón Roque, Centro de Salud Sexual Reproductiva para Adolescentes. Manual de Procedimientos Curso Parto Psicoprofiláctico, 1ª Ed. Managua: 2010.
25. Prado I. Estrategias de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2009. *Boletín Científico ASPPO* 2011; 15(44): 4-5.
26. Phipps M, Raker C, Ware C, et al. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 208:192.e1-6.
27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización, Mejoramiento continuo de la calidad de atención Materno – Neonatal, Ecuador 2008.
28. INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ecuador, 2010.
29. Verny T. El vínculo afectivo con el niño que va a nacer. España:Urano; 2011.
30. López J, Basulto D, Velásquez M (2007). "Cuidado psicoprofiláctico del embarazo: experiencias de mujeres y hombres" Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México.
31. Mora K, Rivadeneira F(2013) "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre consejería psicoprofiláctica a embarazadas, al cliente interno y externo del subcentro de salud del Tejar, provincia de Imbabura en el período junio - octubre del 2013, Ibarra –Ecuador .
32. Huete C." Relación entre asistir al curso de psicoprofilaxis obstétrica y el riesgo de presentar depresión post parto en puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de marzo – abril 2017. Tesis (Lic. en Obstetricia). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, EAP. de Obstetricia. 2017. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6191>.
33. Jativa M." Aplicación de la psicoprofilaxis y su importancia en el parto natural en el centro de salud n.- 3 de Ambato" Tesis(lic, en estimulación temprana) . Ambato- Ecuador: Universidad Técnica de Amabto .Facultad de ciencias en la salud 2015. Disponible en: <https://www.scribd.com/.../366913338/Jativa-Parra-Maria-Eugenia>.
34. Verdecia A. Morbilidad materna grave en unidad de cuidados intensivos. *Rev.Información científica [internet]* 2017[citado en el 2016, Diciembre .Vol. 96 N°3]Disponible en:<http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/288/982>

35. Muñoz Mejía N .Beneficios de la psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia en primiparturientas. Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Collique [tesis de Grado]. Lima 2013.Disponible en: www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/.../zorrilla_g.pdf

ANEXOS

ENCUESTA:

Beneficios materno-perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica en las gestantes de los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales de Febrero del 2017 a Junio del 2018.

I.- DATOS GENERALES

- N° de Identificación : -----
- Edad: -----
- Estado Civil:
 - a) Casada () b) Conviviente () e) Soltera () d) Otro ()
- Grado de Instrucción:
 - a) Analfabeta () b) Primaria () e) Secundaria () d) Superior ()
 - Procedencia: -----
 - Ocupación: _-----
 - ¿Sabe usted que es la Psicoprofilaxis? SI..... NO..... ¿Qué es?
.....
.....
.....

Mencione cinco signos de alarma : -----

----- ¿presento alguno de ellos? Si () No ().

II.- DATOS ASISTENCIALES

- N° de Controles Prenatales : menos de 3 () 3 a 6 () mayor a 6()
- N° de Sesiones de Psicoprofilaxis: ninguna () menos de 3 () mayor de 3 ()
- Complicación durante el embarazo:

SI () NO ().

III.- DATOS DEL PARTO

- Inicio de labor de parto:
Espontáneo () Inducido ()
- Dilatación de Ingreso: -----
- Tipo de Parto:
a) Eutócico () b) Ces. Electiva () e) Ces Emergencia ()

IV.- DATOS DEL RECIEN NACIDO

- Sexo: -----
- Peso: -----
- Apgar: 1'----- 5'-----
- Contacto precoz piel a piel: Si () No ()
- Reanimación: Si () No ()
- Inicio de Lactancia Materna dentro de las primeras 24 horas : SI () NO ()
Ninguno (.)

Elaborada por Dr Cristhian Rodriguez Neira

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Sra:

Le invito a participar en un trabajo de investigación donde quiero conocer cuáles son los beneficios maternoperinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica en las gestantes de los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de Salud Pascuales de Febrero del 2017 a Junio del 2018.

Si desea participar, en la siguiente encuesta es con el fin de que nos cuente como fue el proceso de su embarazo y todas las situaciones que le han pasado a lo largo de este proceso. Le pido que participe como voluntaria, ya que sería muy valioso para mí contar con información al respecto.

La encuesta que le voy a realizar no va a durar más de 10 a 15 minutos y le otorgo absoluta confidencialidad; la información que recolecte solo tendrá acceso al investigador.

Me gustaría saber si tiene alguna pregunta o interrogante que le pueda preocupar antes de comenzar. Al finalizar la encuesta, si tiene alguna duda o consulta en relación a ud y a su bebe, podrá consultar conmigo y me comprometo en ayudarle en la medida que me es posible o a orientarle si esta es necesaria.

Si desea alguna información sobre este estudio, me podrá escribir a mi correo electrónico: crisrodnei@gmail.com o al celular: 0959087239.

“Yo he leído y entendido este documento de aceptación. Recibiré una copia de este documento”

Firma de la participante

CI: -----

Firma del investigador:

CI: -----

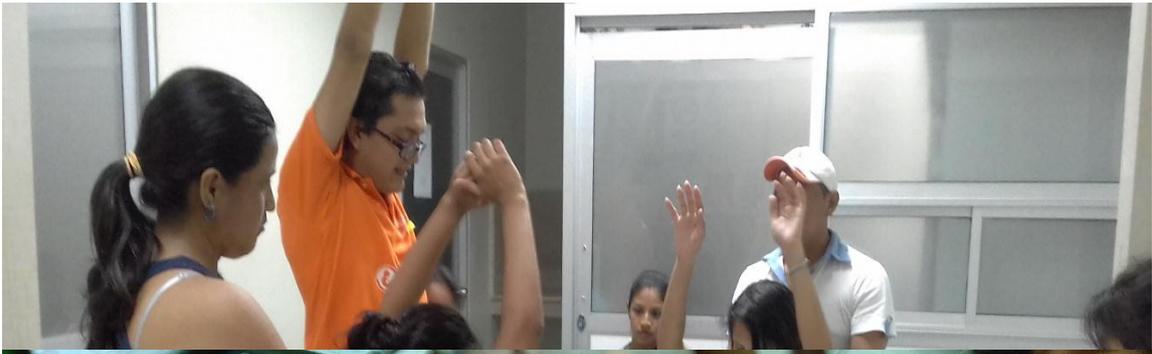
Sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica

Distrito 09D07

Centro de Salud Pascuales / Area del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria









DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Rodríguez Neira Cristhian Alejandro**, con C.C: # 0921787107 autor/a del trabajo de titulación: **Beneficios materno-perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica en las gestantes de los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales de Febrero del 2017 a Junio del 2018.** previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**) en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018

f. _____

Nombre: **Rodríguez Neira Cristhian Alejandro**

C.C: **0921787107**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Beneficios materno-perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica en las gestantes de los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales de Febrero del 2017 a Junio del 2018.		
AUTOR(ES)	Cristhian Alejandro Rodríguez Neira		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Sanny Aranda Canosa		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre de 2018	No. DE PÁGINAS:	80
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria y Obstetricia		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Atención prenatal, Embarazada, Estimulación, Complicaciones del trabajo de parto, Recién nacido		
RESUMEN/ABSTRACT	<p>Antecedentes: La Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) como herramienta fundamental en la atención integral, con certeza tiene un impacto relevante en la salud de las madres y bebés. El Doctor Roberto Caldeyro Barcia (Montevideo, 1921-1996), difundió su valor, desde la década de los 70, no hay dudas sobre los importantes beneficios maternos y perinatales que ofrece la PPO. Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, experimental y transversal para determinar si habían beneficios para la madre y los procesos del parto y su producto como consecuencia de haber recibido psicoprofilaxis obstétrica en gestantes atendidas en el centro de salud Pascuales área de Medicina Familiar, periodo Febrero 2017 – Junio 2018. Resultados: De las 50 pacientes encuestadas refirieron 28 que fue parto eutócico lo que representa el 56% de estas 9 fueron del grupo que no realizaron PPO lo que representa el 36,0% y 19 del grupo que recibieron PPO lo que representa el 76,0%. Conclusión: La psicoprofilaxis obstétrica ofrece beneficios tanto para la madre, siendo su parto espontaneo con un periodo de dilatación optimo y fomentando la lactancia materna y apego precoz y la recuperación y captación temprana del bebé</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593959087239	E-mail:crisrodnei@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: + 593 4 3804600 ext.: 1830 - 1811		
	E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			