



Beneficio materno en primigestas adolescentes entrenadas en la metodología del parto psicoprofiláctico en área urbana de León, Marzo-Septiembre 2001.

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas - León**



**Monografía
Para optar al título de:
Doctores en Medicina y Cirugía**

**BENEFICIO MATERNO EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES
ENTRENADAS EN LA METODOLOGÍA DEL PARTO
PSICOPROFILACTICO. ÁREA URBANA DE LEÓN,
MARZO- SEPTIEMBRE 2001.**

Autores:

- Br. Néstor Noel Jirón Aráuz
- Br. Anner José Huete Chavarria.
- Br. Norman Agustín Huete Jerez

Tutor:

Dr. Jairo García¹

Asesor:

Dr. Juan Almendárez Peralta²

León, Mayo 2004.

¹ Especialista en Guineo-Obstetricia. Profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas. UNAN – León

² Master en Salud Pública. Docente de la UNAN – LEON. Profesor Titular de Investigación en Salud



DEDICATORIA

La realización de este trabajo monográfico está dedicada a Dios nuestro señor, guía de nuestros pasos; a nuestras familias y personas que nos han ayudado a la culminación de esta fase de nuestras vidas, aportando así a una mejor calidez y calidad de nuestro desempeño profesional.



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios padre incondicional, a nuestros padres, hermanos y amigos, sobretodo a nuestros pacientes que han contribuido en nuestra formación profesional, a nuestra alma mater UNAN-LEON por su empeño en educar a mejores profesionales.



Índice

Contenido	Páginas
Introducción	1
Antecedentes	3
Planteamiento del problema	5
Justificación	6
Hipótesis	7
Objetivos	8
Marco teórico	9
Diseño metodológico	19
Resultados	23
Discusión de los resultados	30
Conclusiones	32
Recomendaciones	33
Bibliografía	34
Anexos	36



INTRODUCCIÓN

El parto, un proceso natural fisiológico que consiste en la expulsión de un feto que ha cumplido integralmente su ciclo de vida intrauterino y la grávida ha llegado al término de su embarazo. Laceraciones del canal del parto, hemorragia posparto, parto prolongado, muerte fetal, sufrimiento fetal agudo y cansancio materno son las principales complicaciones que pueden ocurrir en este período, las cuales están favorecidas en alguna medida por ciertos factores como el temor al parto y el sufrimiento que suscitan reflejos provocando un verdadero dolor. Dado que en nuestro medio la tasa de natalidad es alta en adolescentes estas complicaciones tienen mayor acentuación en este grupo.

En otros tiempos el parto transcurría <<En familia>> y en presencia de numerosas personas, los riesgos de muerte o de graves complicaciones hacían bastante inquietantes el acontecimiento. El parto en el propio domicilio tiende a desaparecer totalmente (en la actualidad solo subsiste en algunos medios rurales)

Hoy en día, sobretodo desde la adopción, de la educación para el parto, este acto se considera como un acontecimiento feliz y simplemente fisiológico, lo que no quiere decir trivial. Lo que ha estimulado el desarrollo de diferentes iniciativas que permitan disminuir las complicaciones durante el parto. Un comportamiento comprensivo, antes y durante el parto, de todos los miembros de la familia y del personal que atiende el parto son necesarios para el éxito de cualquier método.

En nuestro país se ha implementado diferentes formas de brindar servicios de salud con énfasis en el binomio madre-hijo, a través de instituciones gubernamentales como organizaciones no gubernamentales que prestan atención prenatal como es el caso de programas de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia, casas maternas, entrenamiento de parteras comunitarias, etc. Cuya labor está dirigida a reducir complicaciones y secuelas durante el embarazo y parto.



Entre las diferentes opciones que se tienen a mano se encuentra el entrenamiento psicoprofiláctico para el parto que consiste en un proceso de preparación a la gestante con contenidos teóricos y ejercicios prácticos orientado a disminuir la ansiedad, el temor y el dolor al momento de parir.

En Nicaragua se han desarrollado diferentes experiencias para la implementación de la educación para el parto, siendo la experiencia más próxima la que se desarrolló en el Centro de Atención y Recreación para Adolescentes de Sutiaba.

El presente estudio nos permitirá conocer los beneficios que conlleva la práctica psicoprofiláctica en adolescentes y la utilidad práctica que se puede obtener para mejorar la calidad del parto y atención a la mujer embarazada.



ANTECEDENTES

Hacia el año 1914 Dick Read, Tocólogo inglés, hizo una comprobación importante: el temor que experimentan las parturientas provoca una tensión neuromuscular, un espasmo, que aumenta el dolor. El temor al parto y al sufrimiento suscita reflejos que provocan un verdadero dolor. Dick Read preconizó una educación psicológica y una preparación física de relajación muscular a las que dio el nombre de <<Parto Natural>>. Aproximadamente por ese mismo tiempo, Pavlov y sus discípulos (Rusia), exponían una teoría sobre el dolor basada en la existencia de reflejos condicionados. En 1952, Lamazé, obstetra francés, aplica la teoría de reflejos condicionados al embarazo, de lo cual nace con todo éxito el hijo de una madre adiestrada psicoprofilácticamente. Desde entonces se ha venido fomentando ampliamente la técnica en China, Italia, Bélgica, España, Portugal y países americanos siendo aprobada por el Papa Pío XII.

En México (1983), Guzmán Avalo y colaboradores, hicieron un estudio de parto psicoprofiláctico *versus* atención obstétrica tradicional, obteniéndose como resultado, ventajas evidentes de la psicoprofilaxia en cuanto a cooperación y conocimientos de las mujeres adiestradas.

En 1985, Calderón González María y colaboradores, efectuaron un estudio en Colombia acerca de la efectividad del curso psicoprofiláctico; este trabajo se realizó por la necesidad en la práctica ginecoobstétrica de orientar a la madre en el momento del parto, los resultados obtenidos fueron satisfactorios, haciéndole cambiar de actitudes frente a éste, disminuyendo el temor, la tensión y el dolor que suelen experimentar la mayor parte de las mujeres en el trance de dar a luz.



En 1988, en Colombia, Areas Elba Lucía, realizó un estudio de las diferencias entre los conocimientos del trabajo de parto y puerperio entre mujeres que asistieron a curso de psicoprofilaxia y las que no recibieron ningún entrenamiento para demostrar la importancia de realizar cursos de forma continua como parte del cuidado prenatal.

En nuestro país, el 25 de mayo de 1985, el licenciado Ramón Alfaro y colaboradores fundan en Estelí “La Casa del Parto”, donde se impartía el curso psicoprofiláctico a toda mujer embarazada, el cual consistía en enseñar una serie de seis clases teórico-práctica a partir del quinto mes de gestación.

En 1990, el doctor Jairo García y colaboradores, crea el centro CARAS (Centro de atención y recreación de adolescentes de Sutiaba), en donde uno de los objetivos es en la actualidad la atención médica a mujeres adolescentes; dicha atención incluye control prenatal y entrenamiento psicoprofiláctico, impartida por médicos generales y estudiantes de último año de la carrera de medicina.

Por lo cual se nos hace de importancia dar a conocer el impacto que tiene el entrenamiento psicoprofiláctico como parte de la atención prenatal, especialmente en las mujeres adolescentes de nuestro medio.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los beneficios de Parto Psicoprofiláctico para las madres adolescentes atendidas en el hospital de León en el período comprendido entre marzo-septiembre del 2001?



JUSTIFICACIÓN

Los resultados del presente estudio nos permitirán aportar a la búsqueda de alternativas de mejoramiento de la calidad y calidez de la atención obstétricas, tanto en la ciudad de León como de otros sitios donde existan compromisos con este tema. Sobre todo en el cuidado del parto de las adolescentes.

Además nos permitirá promover mejores lazos afectivos entre la futura madre e hijo, fortaleciendo el compromiso social del adolescente en el rol de paternidad y maternidad responsable. Se podrán disminuir las complicaciones durante el parto y puerperio, reduciendo los costos de atención y estancia hospitalaria y otros gastos adicionales para la familia.

En fin contribuir así a la calidad del estado de salud del binomio madre-hijo.



HIPOTESIS

Las adolescentes entrenadas psicoprofilácticamente durante su embarazo tendrán dos veces menos complicaciones durante el parto que las que no reciben entrenamiento.



OBJETIVO

Establecer los beneficios que se obtienen al desarrollar la metodología de parto psicoprofiláctico en adolescentes primigestas; en relación a las que no reciben dicha metodología específicamente en lo relacionado a:

- ✘ Vía del parto.
- ✘ Menor tiempo de trabajo de parto medido en horas.
- ✘ Mejorar estado del feto durante el trabajo de parto, y del recién nacido al final del trabajo de parto y de la madre durante todo el proceso.



MARCO TEORICO

El término psicoprofilaxis, significa prevención por medios psíquicos, este término aplicado al trabajo de parto requiere dos categorías: preparación psíquica, y luego adiestramiento físico.¹²

Hay algo básico del embarazo que es importante entender más allá de todas las interpretaciones y consideraciones que se puedan hacer del mismo, el escenario donde sucede todo esto es el cuerpo. En el cuerpo de la embarazada tienen lugar muchísimos cambios y transformaciones, que muchas veces ella registra y otras veces no; se dice que su nivel de conciencia está puesto en su cuerpo y todo lo que este emite y transmite, por lo tanto, el abordaje que se haga del embarazo debe tomar en cuenta esto¹⁹. Al integrar en la preparación para la maternidad el nivel físico, emocional, mental, espiritual y social nos ayuda a trabajar el cuerpo y la mente de manera simultánea al momento del parto con conocimientos fundamentados científicamente que proporcionan a los padres de manera clara y precisa la práctica y la sabiduría necesaria para resolver las situaciones a la que enfrenta la gestación, parto y puerperio.¹⁶

Algunos de los beneficios de la psicoprofilaxia perinatal cuyo objetivo principal es que la mujer tenga una experiencia gratificante son entre otros: aumentar el grado de autoestima, proporcionar mayor seguridad y tranquilidad, disminuir la ansiedad en el parto, desvanecer dudas sobre el suceso del nacimiento, reforzar los lazos de pareja, conocer los cambios físicos y emocionales del embarazo y como aliviar alguno de estos, poder confiar en el cuerpo sin la necesidad de uso excesivo de la tecnología partiendo del punto de que el embarazo es salud y no enfermedad.⁸

Read (1914), tocólogo inglés que fue el primero en idear y ejecutar en forma sistemática una conducta preventiva de analgesia verbal para evitar los dolores del parto, atribuyó



gran importancia al temor y a las emociones. El temor provocado por la ignorancia, las supersticiones y las influencias perniciosas del medio ambiente confiere a la mujer una carga emocional negativa que aumenta su receptividad (provocada por una tensión neuromuscular y un espasmo), con lo que se intensifica la percepción de los estímulos dolorosos transformando en álgidos aquellos que no lo son. De tal manera, un estímulo proveniente del útero (que normalmente es percibido como una sensación de malestar) es interpretado como dolor y provoca una respuesta mental acompañada de otra motriz de tensión perjudicial particularmente donde se originó. **Esa respuesta causa una perturbación dinámica del útero, que se manifiesta clínicamente por una actividad anormal del cérvix y una prolongación del parto**⁷. La isquemia así provocada en el órgano gestador engendra un dolor real, el cual exagera el temor. Es así como se establece el círculo vicioso de temor, tensión y dolor. Para romperse este círculo vicioso Read utilizó: “A) Medios educativos consistentes en nociones de anatomía y fisiología de la reproducción, poniendo énfasis en la naturalidad de dicho proceso y en el goce que implica la maternidad; B) Ejercicios respiratorios superficiales y costoabdominales, cuyo fin es satisfacer los mayores requerimientos de oxígeno en madre e hijo; C) Ejercicios de relajación tanto mental como muscular, verdadero antídoto de la tensión con lo cual –asegura- se cumple aquello de que a una mujer relajada corresponde un cuello blando; D) Gimnasia adecuada, elemento coadyuvante que permite obtener una mayor soltura osteoarticular y muscular¹².”

El método de la escuela soviética nació como consecuencia del fracaso de la hipnosis en masa utilizada como medio de analgesia obstétrica. Tras abandonar ésta, se adoptó el método de Read, dándole, sobretodo, una nueva interpretación a la luz de las ideas pavlovianas. Así, algunos consideraron el dolor en el acto del parto, como una manifestación colectiva agregada de origen cortical (reflejo condicionado creado a través del tiempo) De esta concepción surgió la idea de prevenirlo o evitarlo, suprimiéndolo como fenómeno adquirido, apelando a la conciencia activa de la mujer. Desde ese momento se hizo necesario estudiar el dolor del parto a la luz de la teoría de



la escuela de Pavlov, cuyos principios se constituyeron en los pilares sobre los que asienta el método psicoprofiláctico²⁰.

Teoría de Pavlov: “El acondicionamiento”:

El parto sin dolor se desarrolló de estudios de acondicionamiento (el aprender a través de repetición) Pavlov un científico ruso descubrió que se puede enseñar al individuo a reaccionar de una manera específica cada vez que se le dé una señal. El acondicionamiento es algo que pasa todos los días, por ejemplo, tomamos a un niño de tres años, su mamá acaba de guardar galletas en un jarro encima de la cocina, ve al niño, abre el jarro y le da una galleta, si hace esto varias veces la próxima vez que pase cerca del jarro, el niño se pondrá contento, a la expectativa, pues ha aprendido que cuando la mamá abre el jarro le da algo rico para comer.⁴

El acondicionamiento es la base del parto sin dolor, nos da una anestesia verbal, la técnica de respirar y soltar se practica rápidamente, cada vez comenzará con las palabras “empieza la contracción”. Después de mucha práctica, las palabras “empieza la contracción”, estarán temporalmente enlazadas al cerebro, con “soltar y respirar”, o sea que al oír el mandato la mujer responderá rápidamente con lo aprendido.¹³

Actualmente se sabe que el cerebro es la computadora maestra del cuerpo, regula todas las funciones del organismo sin que nos demos cuenta de lo que está haciendo.

Primitivamente se distinguía un sistema nervioso cerebro-espinal en relación con el mundo exterior y con los hechos de la conciencia, y otro autónomo que regía las funciones vegetativas, negándose la existencia de vinculaciones entre uno y otro. No se admitía, por lo tanto, una relación entre la corteza cerebral y los órganos internos (el útero entre ellos), que funcionaban aisladamente y en forma autónoma.

Después de Pavlov se descubrieron relaciones entre los dos sistemas y, por ende, entre los órganos y funciones que estos gobiernan. De tal modo, los estímulos exteriores influyen sobre las funciones vegetativas (vía corticoneuroendocrina)



Se sabía que las vías de conducción de la sensibilidad dolorosa llegaban al tálamo óptico y de allí a la corteza. Se aceptaba que la recepción del dolor era esencialmente talámica y que la corteza se limita a recibir la noticia dolorosa. Con Pavlov se llegó a descubrir que sin excitación cortical no hay dolor, ya que es en la corteza donde el impulso se transforma en dolor, determinando su presencia o ausencia, su carácter y su intensidad. Por tal razón, el método de la escuela soviética busca inhibir principalmente por intermedio de la palabra, viejos reflejos dominantes originados por las vinculaciones temporarias a raíz de ideas erróneas, creando en la corteza un nuevo y poderoso foco de excitación, capaz de impedir por inducción negativa la llegada de impulsos dolorosos, atenuándolo o apagándolo ya que son fenómenos agregados y por lo tanto necesarios para el parto.¹⁸

Los objetivos de la psicoprofilaxia se logran haciendo participar a la mujer a favor de su cuerpo y no contra él y logrando una actitud activa frente al parto convirtiéndose en un miembro útil y cooperador del equipo humano responsable del bienestar del binomio madre-hijo.¹⁹

Curso psicoprofiláctico:

He aquí el esquema general de un curso psicoprofiláctico y los ejercicios adaptados al nivel cultural de nuestra sociedad de nuestra sociedad que se habrán de cumplir en diferentes sesiones:

Primera Clase:

Se enseña someramente y con términos simples la anatomía de la pelvis y de los órganos genitales femeninos, así como también del cerebro en los aspectos que puedan interesar a la embarazada.



Segunda Clase:

Se enseñan conceptos fundamentales de fisiología de los órganos genitales. Se insistirá luego en la forma en que se inicia y desarrolla la gestación, pasándose por último los aspectos que se relacionan al trabajo de parto.

Tercera Clase:

Se dedica integralmente a explicar los motivos del dolor de parto. Se inicia poniendo en conocimiento de las embarazadas las causas anátomo-funcionales, para pasar luego a enseñar nociones muy elementales de funcionamiento de los reflejos condicionados insistiendo sobre lo importante del papel del miedo.¹⁸

Cuarta, quinta y sexta clase:

Se comienza a practicar de forma gradual, los ejercicios que a continuación se describen:

1. - Técnica: contracción y relajación total corporal:

La paciente deberá estar acostada o sentada, posteriormente se le ordenará que progresivamente vaya contrayendo los músculos del cuerpo desde la cara hasta los dedos de los pies permaneciendo así, unos dos minutos para luego ir relajando estos mismos músculos, pero de forma contraria o sea de los dedos de los pies hasta llegar a la cara; algo muy particular de este ejercicio es que la paciente deberá estar con los ojos cerrados y el profesor verbalmente indicará a la paciente que mentalmente sienta y vea como los músculos primero se contraen y luego como se relajan.

Objetivo:

Que la paciente aprenda a dominar de forma consiente movimiento de contracción y relajación corporal familiarizándose de esta manera con las contracciones y relajación uterina a la hora del trabajo de parto y tratar de dominar esta sensación de forma tal que le permita a la hora de parir controlarse



y no desesperarse, ya que esto puede llevar a la paciente a un agotamiento físico lo que es muy perjudicial tanto para ella, como para el niño principalmente.

2. - Técnica: Inhalación y exhalación profunda:

La paciente deberá estar de pie, sentada o acostada, posteriormente se le ordenara que inhale aire pero muy profundamente hasta sentir como se le expande el tórax, hasta casi ser dolorosas esta expansión; luego deberá sostener el aire dentro de los pulmones hasta sentir que ya no puede mantener ese aire dentro de los pulmones, para luego exhalar el aire muy lentamente hasta sentir que no le queda absolutamente nada de aire en los pulmones, terminando esta exhalación de una forma forzada y hasta cierto modo un poco dolorosa.

Objetivo:

Que la paciente logre concentrarse para dominar tanto el inicio con una inhalación profunda distrayendo su atención en esta acción, como la finalización de la contracción con la exhalación profunda, tratando de esta forma aumentar el umbral de la sensación dolorosa de la contracción.

3. - Técnica inhalación y exhalación rápida –superficial:

La paciente deberá estar de pie, sentada o acostada, luego se le ordenara que inhale por la nariz y exhale por la boca, rápida y superficial “como perrito cansado” esto deberá hacerse principalmente durante el tiempo que dure toda la contracción, en el primer periodo del parto.

Objetivo:

Que la paciente distraiga su atención en este tipo de respiración de forma consciente tratando de esta manera aumentar el umbral del dolor; a la vez tratar de forzar la entrada de oxígeno a los pulmones durante la contracción y de esta



manera inyectar más oxígeno, y por consiguiente aportárselo al niño, el cual lo necesita más en el momento en que fisiológicamente el oxígeno disminuye.

4. - Técnica: inhalación y exhalación mixta:

Después de dominar las técnicas anteriores por separado, se le enseñará a la paciente que integre las tres técnicas, ya que en el momento de trabajo de parto se emplea en espacios seguidos y continuos de la siguiente forma: se le ordenará en el momento de inicio de la contracción que inhale profundamente, acto seguido que inhale y exhale rápida y superficialmente durante todo el periodo de la contracción para que finalmente exhale lenta y forzosamente al momento que ella siente que la contracción se va retirando.

Objetivo:

Que la paciente integrando las técnicas distraiga y aumente el umbral del dolor de forma consciente, y a la vez favorezca la vitalidad del niño inyectándole el oxígeno necesario durante la contracción.

5. - Técnica: Rotación opuesta corporal:

La paciente deberá estar acostada, luego flexionará las piernas sobre los muslos y éstos sobre el abdomen, luego teniendo los miembros inferiores flexionados de esta forma hará movimientos de rotación corporal de la siguiente forma, con ambos miembros superiores extendidos lateralmente al cuerpo y manteniendo fijo el tronco, rota la cabeza hacia el lado derecho y a la vez cadera y miembros inferiores al lado contrario o sea hacia el lado izquierdo, luego esta misma maniobra al lado contrario.

Objetivo:

Que la paciente ejercite y fortalezca los músculos abdominales.



6. - Técnica: Roce Liger:

La paciente deberá estar acostada, sentada o de pie y en el momento de la contracción con la yema de los dedos de las manos rozará de forma vertical, horizontal o rotatoria la pared abdominal que está en contacto directo con el útero.

Objetivo:

La paciente relaje la pared abdominal durante la contracción.

7. - Técnica: Maniobra del Sastre y Rotación de los Pies.

La paciente deberá estar sentada en posición vertical erecta contra la pared, se le ordenará a la paciente que haga movimientos de extensión y flexión como si estuviera pedaleando una máquina de coser.

Objetivo:

Prevenir problemas de los miembros inferiores durante el parto.

8. - Técnica: Maniobra de la Bicicleta.

La paciente deberá estar acostada en el piso, luego se le ordenará que con las palmas de las manos colocadas por debajo de los glúteos levante los miembros inferiores y comience a realizar movimientos de pedaleo de una bicicleta.

Objetivo:

Prevenir problemas de miembros inferiores durante el parto.



9. - Técnica: Maniobra de Gato Arrecho.

La paciente deberá estar a gatas sobre el piso, los miembros superiores hacia adelante y los miembros inferiores hacia atrás y que la paciente inhale paulatinamente.

Objetivo:

Reforzar y Fortalecer los músculos dorsales y lumbares para evitar los dolores de éstos después de las 20 semanas de embarazo.

10. - Técnica: Contracción y Relajación del periné.

La paciente podrá estar acostada, sentada, en cuclillas o de pie y hará movimientos de contracción y relajación del esfínter anal, relajación lenta y contracción y relajación rápida, pero de forma alterna.

Objetivo:

Fortalecer los músculos del periné de forma consiente y voluntaria en el momento del expulsivo.

11. - Técnica: Maniobra de la Mariposa.

La paciente está sentada sobre el piso ambos miembros inferiores los flexionará con las plantas de ambos pies juntos y en esta posición las llevará hacia la región genital. Ubicará las manos sobre las puntas de los dedos de los pies y hará movimientos en abanico, o de abducción y aducción.

Objetivo:

Flexibilizar las articulaciones de la cadera, específicamente fémur y región del pubis, facilitando el parto.



12. - Técnica: Maniobra de Vasalva.

Es la más importante en el momento del expulsivo, la paciente debe inhalar aire profundamente, y mantenerlo dentro de los pulmones cerrando la glotis para después hacer un esfuerzo defecatorio de 10 a 15 segundos para luego soltar el aire.

Objetivo:

Persigue expulsar al niño de forma definitiva.

Séptima Clase:

Se procede a un repaso general de todo el método. Desde este momento en adelante se continúa haciendo practicar a la embarazada todos los aspectos enseñados, lo cual por otra parte, deberá hacer por su cuenta en su casa. Además se darán nociones sobre las intervenciones obstétricas, acompañándolas de las explicaciones necesarias sobre el arsenal terapéutico de que se dispone para tratar inconvenientes.⁹



DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio:

Analítico, Cohorte.

Área de estudio:

Sector urbano de referencia al Centro de salud de Sutiaba, municipio de León.

Universo:

Los resultados del estudio se extrapolarán a las mujeres adolescentes que han participado, participan o participarán del entrenamiento Psicoprofiláctico durante el período de su embarazo.

Muestra:

Tamaño de la muestra: Se estimaron 13 personas en el grupo expuesta y 39 en el grupo de no expuestos, tomando en consideración los requisitos para el cálculo de tamaño de muestras en estudios de cohorte que tienen el programa Statcal del Epi-Info, mediante los siguientes criterios: Nivel de confianza: 95.0%, Poder: 80.0%, por cada expuesto al programa educativo, tres personas no expuestas al mismo, un nivel de aprovechamiento del curso en los expuestos superior a 80%. Se espera que estime un RR mayor de 2.

Grupo expuesto: 13 adolescentes capacitadas en la metodología de parto psicoprofiláctico y que culminen su embarazo en el HEODRA.

Grupo no expuesto: 39 adolescentes captadas en el servicio de Gineco-Obstetricia de emergencia del HEODRA que inician trabajo de parto. Específicamente captadas al momento en que las adolescentes entrenadas estaban en trabajo de parto.



Asegurándose que nunca fueron entrenadas en la metodología del parto psicoprofiláctico y que tuviera algunas características parecidas al grupo de expuestas como edad y semanas de gestación.

Procedimiento de recolección de datos:

Los datos fueron recolectados en el HEODRA, en el departamento de Ginecoobstetricia, a través de un encuestador directamente de los expedientes clínicos de las adolescentes seleccionadas en nuestro estudio.

Criterios de Exclusión:

- a) Primigestas que iniciaron el curso psicoprofiláctico pero lo abandonaron antes de cumplir con las sesiones establecidas.
- b) Que, al momento del parto presente condiciones absolutas que justifiquen la cesárea.

Plan de Análisis:

Los datos se procesaran y analizaran estadísticamente en Epi-Info 6.04. Se compararán las características de ambos grupos en porcentaje y se estimará el riesgo relativo de los efectos observados en los grupos. Se estimará el intervalo del RR con un nivel de confianza del 95%, considerándose significativa la asociación si el límite inferior del RR es mayor de 1 o tiene un valor de P de Mantel y Haenszel ≤ 0.05 .

Los resultados se plasmarán en tablas.



Operacionalización de variables:

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Grupo	Aspecto que caracterizan la exposición de la adolescente a factores relacionados con el parto.	Registros del programa CARAS. Datos hospitalarios.	Expuesta No expuesta.
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al ingreso al estudio.	Referencias de la mujer embarazada	15-16 17 18
Estado civil	Tipo de relación conyugal establecida entre la embarazada y el padre del producto esperado	Referencias de la mujer embarazada	Soltera Unión estable Casada
Escolaridad	Nivel de instrucción alcanzado en el sistema educativo por la mujer embarazada.	Referencias de la mujer embarazada	Primaria. Secundaria. Universidad.
Ocupación	Actividad laboral desempeñada por la embarazada para la economía del hogar al que pertenece.	Referencias de la mujer embarazada	Ama de casa. Doméstica. Estudiante.
Horas de trabajo de parto	Es el tiempo, medido en horas, en el cual transcurre un conjunto de fenómenos fisiológicos y mecánicos que tienen por objeto la salida de un feto viable por los genitales maternos.	Referencias de la madre Registros hospitalarios.	Menor de 12 horas. 12 a 20 horas. Mayor de 20 horas.
Complicaciones del trabajo de parto	Es el fenómeno morboso producido durante el parto, que no es parte esencial del mismo.	Registros hospitalarios.	Parto prolongado. Cansancio materno. Necesidad de medidas de apoyo. Desgarros.



Variable	Concepto	Indicador	Escala
Vías del parto	Es el sitio anatómico a través del cual el producto es extraído de la cavidad uterina.	Registros hospitalarios	Vaginal. Cesárea.
Complicaciones del feto y recién nacido	Es el fenómeno morboso producido durante el parto y posparto.	Registros hospitalarios.	Sufrimiento fetal agudo. Depresión cardiorrespiratoria.



RESULTADOS

Descripción de la población de estudio:

Durante el trabajo participaron 13 adolescentes que fueron entrenadas en la metodología del parto psicoprofiláctico y cumplieron todos los requisitos establecidos para ser considerados grupos expuestos en el estudio. Al ser atendidas en labor y parto del servicio de Ginecoobstetricia del hospital escuela se seleccionaban adolescentes que no participaron de dicho entrenamiento pero que compartían características similares con el grupo expuesto como: estado civil, lugar de residencia, escolaridad, ocupación, edad hasta alcanzar un número de 39 (grupo no expuesto)

En cuanto al perfil general de los grupos, la variable edad para el grupo expuesto fue de 21.1% en la edad de 15 años, el 23.1% en las edades tanto de 16 y 17 años y el 38.8% en la edad de 18 años; en comparación con el grupo no expuesto que el 7.7% la edad de 15 años, 15.4% de 16 años, un 33.3% para 17 años y el 43.6% en la edad de 18 años, observándose que el grupo no expuesto a la capacitación era ligeramente mayor en edad (Ver cuadro 1)

En cuanto al estado civil se presentaron en el grupo expuesto, el 23.1% acompañadas y el 76.9% solteras; en comparación con el grupo no expuesto que fue de 41% acompañadas, el 20.5% casadas y el 38.5% solteras (Ver cuadro 1)

En cuanto a la escolaridad en el grupo expuesto representa el 7.7% primaria al igual que universidad y un 84.6% para secundaria; en comparación con el grupo no expuesto que fue de 10.3% para primaria, 89.7% secundaria y ninguno universitaria.
(Ver cuadro 1)

En la ocupación en el grupo expuesto el 61.5% son ama de casa, el 7.7% doméstica y el 30.8% estudiantes; en relación al grupo no expuesto fue ama de casa el 43.6%, doméstica 17.9% y estudiante el 38.5% respectivamente (Ver cuadro 1)



Beneficios de la capacitación en el parto psicoprofiláctico:

1. - Vía del parto

De las mujeres que participaron en el curso psicoprofiláctico un 15.0% terminaron en cesárea, mientras que en el grupo que no participó de este curso un 28.2% terminaron en cesárea. De igual manera en el grupo expuesto el 85.0% terminaron en partos vaginales mientras que el 71.8% del grupo no expuesto terminaron en partos vaginales. (Ver cuadro 2)

2. - Horas totales de trabajo de parto.

- a) Tiempo de borramiento y dilatación.
- b) Tiempo de expulsivo.
- c) Tiempo de alumbramiento.

En pacientes que presentaron partos vaginales el tiempo total de trabajo de parto fue dividido de la siguiente manera: menor de 12 horas, reflejando un 69.2% para el grupo de expuestos, en contraste con 15.3 % en los no expuestos; de 12- 20 horas para un 23.1% de los expuestos y un 56.4 % en los no expuestos; el tiempo mayor de 20 horas que corresponde al 7.7% de los expuestos y 28.2 % de los no expuestos. (Ver cuadro 2)

En las tres fases de trabajo de parto también fueron divididas en cuanto al tiempo, teniendo como resultado lo siguiente:

La fase de borramiento y dilatación en un tiempo menor de 8 horas un 7.7% correspondió a los expuestos contra un 7.7% de los no expuestos, en el intervalo de 8-16 horas obtuvimos un 69.2% de los expuestos, a diferencia de un 53.8% de los no expuestos, mientras que el período mayor de 16 horas proporcionó un 23.1% para los expuestos en comparación con un 38.4% de nuestros no expuestos. (Ver cuadro 2)

En la fase de expulsivo en un tiempo menor de 15 minutos fue de 46.1% en los expuestos, en cambio en los no expuestos se plasmó un 17.9%; en el intervalo de 15-29 minutos un 30.8% de los expuestos, mientras que en los no expuestos se concretó



un 38.4%. En el período mayor de 30 minutos un 23.1% representó al grupo de expuestos discrepando con un 43.5% de los no expuestos. (Ver cuadro 2)

En la fase de alumbramiento, la duración de esta menor de 15 minutos fue de 7.7% de los expuestos y 7.7% de los no expuestos, el intervalo entre 15- 30 minutos fue de 61.5% de los expuestos y un 61.5% de los no expuestos.

El tiempo mayor de 30 minutos fue de 30.8% para los expuestos y un 30.8% para los no expuestos. (Ver cuadro 2)

3. - Estado materno durante el parto: (Ver continuación cuadro 2)

a. Cansancio materno.

El cansancio materno se presentó en un 7.7% de las adolescentes adiestradas psicoprofilácticamente en comparación con un 38.5% de las no adiestradas.

b.- Necesidad de medidas de apoyo.

Las necesidades de medidas de apoyo (oxígeno, glucosa, decúbito lateral izquierdo) fueron de un 23.1% en los expuestos y de un 41.0% de los no expuestos.

C.- Episiotomía y desgarro.

La episiotomía se realizó en un 100% de los partos vaginales. (Fue difícil valorar los desgarros como efecto o protección de la capacitación ya que es política institucional realizar episiotomía a toda primigesta, aunque hubieron desgarro de primero y segundo grado durante el parto.

4. - Estado del recién nacido

a.- Asfixia en el recién nacido.

La variable del acápite de recién nacido o sea APGAR para ver el nivel de depresión respiratoria no fue concluyente por no encontrar ningún caso en ambos grupos.



Cuadro 1. Perfil de la población de estudio que participaron en el estudio de beneficios materno en primigestas adolescentes entrenadas en la metodología del parto psicoprofiláctico. Área urbana de León. Marzo – Septiembre del 2,001.

Variables	Expuesto		No expuesto	
	No.	%	No.	%
Edad				
15	2	21.1%	3	7.7%
16	3	23.1%	6	15.4%
17	3	23.1%	13	33.3%
18	4	30.8%	17	43.6%
Estado civil				
Soltera	10	76.9%	15	38.5%
Acompañada	3	23.1%	16	41.0%
Casada	0	0.0%	8	20.5%
Escolaridad				
Primaria	1	7.7%	4	10.3%
Secundaria	11	84.6%	35	89.7%
Universidad	1	7.7%	0	0%
Ocupación				
Ama de casa	8	61.5%	17	43.6%
Doméstica	1	7.7%	7	17.9%
Estudiante	4	30.8%	15	38.5%
Total	13	25.0%	39	75.0%



Cuadro 2. Beneficios maternos durante el trabajo de parto en primigestas adolescentes entrenadas en la metodología del parto psicoprofiláctico. Área urbana de León. Marzo – Septiembre del 2,001.

Variables	Expuesto		No expuesto	
	No.	%	No.	%
Tipo de parto				
Vaginales	11	85.0%	28	71.8%
Cesáreas	2	15.0%	11	28.2%
Horas de trabajo de parto				
Menor de 12 horas	9	69.2%	6	15.3%
12 a 20 horas	3	23.1	22	56.4%
Mayor de 20 horas	1	7.7	11	28.2%
Fases de trabajo de parto				
Borramiento y dilatación				
Menor de 8 horas	1	7.7%	3	7.7%
8 a 16 horas	9	69.2%	21	53.8%
Mayor de 16 horas	3	23.1%	15	38.4%
Expulsivo				
Menor de 15 minutos	6	46.1%	7	17.9%
15 a 29 minutos	4	30.8%	15	38.4%
Mayor de 30 minutos	3	23.1%	17	43.5%
Alumbramiento				
Menor de 15 minutos	1	9,1%	2	7%
De 15 a 30 minutos	7	63,6%	18	64%
Mayor de 30 minutos	3	27,3%	8	29%
Total porcentual	11	100,0%	28	100%



Cuadro 2. Beneficios maternos durante el trabajo de parto en primigestas adolescentes entrenadas en la metodología del parto psicoprofiláctico. Área urbana de León. Marzo – Septiembre del 2,001. (Continuación)

Variables	Expuesto		No expuesto	
	No.	%	No.	%
Cansancio materno				
Sí	1	7.7%	15	38.5%
No	12	92.3%	24	61.5%
Necesidades de medidas de apoyo				
Sí	3	23.1%	16	41.0%
No	10	76.9%	23	59.0%
Total	13	25.0%	39	75.0%



Cuadro 3. Efecto del entrenamiento en la metodología del parto psicoprofiláctico en mujeres adolescentes primigestas.

EFEECTO	RR	IC 95%	VALOR P
Borramiento y dilatación < 12 horas	2.67	(1.18- 6.0)	0.00044391
Expulsivo < 30 minutos	2.36	(1.06- .23)	0.0023487
Parto por cesárea	1.83	(0.47- 7.21)	0.35598937
Cansancio materno	5.00	(0.73- 34.20)	0.0392503
Necesidad de apoyo	1.78	(0.62- 5.14)	0.2490636



DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el perfil general, el grupo expuesto fue ligeramente más joven, la mayoría soltera con un nivel académico predominante de secundaria y amas de casa; En contraparte con el grupo no expuesto donde predominó una mayor edad, la mayoría acompañadas y casadas con un nivel académico similar, y siendo doméstica y estudiante el oficio de ocupación más común en este grupo.

Nosotros inferimos que el predominio de menor edad en las adolescentes capacitadas, donde su relación conyugal era inestable, por lo que buscó fortaleza y ayuda, lo que aportó decisión y confianza en su preparación para una mejor conducta ante el parto, obteniendo resultados satisfactorios.

Se presentaron disminución en el tiempo y distintas fases de trabajo de parto, reduciéndose las complicaciones del mismo, como lo es el cansancio materno y las necesidades de medidas de apoyo; deduciendo que hubo un dominio del reflejo condicionado, creado a través de las sesiones de entrenamiento que les permitió romper el círculo de temor, tensión y dolor. De tal manera que el estímulo proveniente del útero que es interpretado como dolor y que provoca una respuesta mental acompañada de una motriz fue suprimido conscientemente por la mujer como efecto de la aplicación del aprendizaje durante los cursos de “parto psicoprofiláctico” ya que al disminuir el dolor se mejoró la actitud de la mujer desarrollando eficientemente la actividad uterina y por lo tanto, una disminución en estos diferentes periodos del parto.

Esto se debió a la concreta aplicación de las técnicas de respiración, contracción, relajación, pujo y conocimiento de la mejor conducta para el parto obtenida por el entrenamiento. Proporcionando a la embarazada expuesta a la metodología, a una disminución de la ansiedad y temor, logrando una relajación corporal completa lo que favorece los procesos neurológicos que conlleva a un mejor mecanismo de las fases



del Parto; obteniendo así un mejor desempeño y colaboración en la atención del mismo. Acarreándose de esta manera beneficios para el binomio madre - hijo.

Teniendo de esta manera una fuerte asociación entre la aparición de estos beneficios y el haber recibido o no el entrenamiento del parto psicoprofiláctico.



CONCLUSIONES

En base al análisis de los resultados podemos concluir que:

Las primigestas que fueron entrenadas en el curso de parto psicoprofiláctico clínicamente tuvieron un parto mucho más eficiente que se expresó en beneficios demostrados estadísticamente mediante riesgos relativos en cuanto a la disminución de las horas totales de trabajo de parto, disminución de los medios invasivos como la toma de una vía para aplicación de medidas de apoyo y una reducción de riesgos que implican la cesárea y su estancia hospitalaria.

Existiendo una fuerte asociación ente la aplicación del curso de parto psicoprofiláctico y los beneficios anteriormente mencionados, aprobando la hipótesis del estudio.



Recomendaciones

1. Promover de forma institucional la enseñanza y difusión de parto psicoprofiláctico a tal punto de que se convierta en política nacional de salud del programa de atención integral a la mujer y adolescencia y distintas casas maternas del país.
2. Desarrollar un modelo de monitoreo que apoye y revise la aplicación del parto psicoprofiláctico.
3. Brindar mayor apoyo técnico, humano y monetario a las instituciones encargadas del entrenamiento psicoprofiláctico por parte del MINSA.
4. Difundir los cursos de parto psicoprofiláctico a estudiantes de la facultad de ciencias médicas (medicina, enfermería, psicología) que permita una mejor formación profesional que contribuya al bienestar de la mujer embarazada.



Bibliografía:

- 1) Acosta Eduardo, hipoanalgesia en gineco-obstetricia tradicional. Fuente: enero-junio 1983, Liliacs CD- ROM.
- 2) American Fitness, Jean/Feb y the Pregnant Exerciser. Ángela María y Col. Preparación Profiláctica para el Parto Fuente: S.L; sn, 1986. 74p. Il us Tab. Lilacs CD – ROM.
- 3) Áreas Elba Lucia. Diferencias entre los conocimientos de trabajo de parto y puerperio entre mujeres preparadas en el curso psicoprofiláctico y las que no son. Fuente: Sn; 1988 73 p. Ilus, tab. Lilacs CD- ROM.
- 4) Carrera José María. El parto Ecológico, una forma más humanizada de dar a luz. 1989.
- 5) Calderón González y col. Efectividad del curso psicoprofiláctico en mujeres embarazadas en el último trimestre. Fuente. Sn; 1985, 33 p. tab. Lilacs. CD-ROM.
- 6) Castellano Miriam y col. Modulo de instrucciones a la comunidad sobre psicoprofilaxis obstétrica.
- 7) Cohen Jean. Enciclopedia de la vida sexual de la fisiología a la psicología. Tercera edición 1977. Librería editorial Argos, S.A.
- 8) Dávalos de Centeno Guadalupe. Psicoprofilaxis Perinatal. Disponible en: www.ask.com/psicoprofilaxis
- 9) García, Jairo. Entrenamiento de Parto Psicoprofiláctico. Centro de Atención y Recreación para Adolescentes de Sutiaba, CARAS, León, Nicaragua, 1999.
- 10)Guzmán Sánchez A. y Col. Parto Psicoprofiláctico Vs. Atención Obstétrica Tradicional.
- 11)Huete Alicia y col. Casa del parto, Estelí. Folleto y organización, 1999.



- 12) Magazine: Parents, August, 1995 by Schneider Phyllis. Section: Adult Health & Safety Good News Exercises and Pregnancy. Full Test.
- 13) Martos Perry, Nora. Prenatal CARE and Childbirth Preparation. 1980 BY Children without Pain Education League, Inc.
- 14) Ojeda Gutiérrez, Norlan y Cols. Beneficios Obtenidos en Primíparas y sus Recién Nacidos que fueron Entrenados en la Metodología del Parto Psicoprofiláctico. Sutiaba, León. 1999.
- 15) Pérez, Giraldo Beatriz. Preparación Psicoprofiláctica a la embarazada en el hospital San Rafael De Caqueza. Fuente: S.L: 1984. 74p. ILUS. Tab. Lilacs. CD- ROM.
- 16) Santa Fe Hospital. ¿Qué es la educación psicoprofiláctica perinatal? Disponible en: www.hospitaldesantafe.com.mx
- 17) Sasmar, Jeaneth L. Libro Educación para el Parto. 1986
- 18) Schwarcz Ricardo L. Obstétrica. Librería Editorial. El Ateneo. Buenos Aires, República de Argentina 1998. Tercera Reimpresión, Septiembre 1982.
- 19) Wechler Diana. Aportes del sistema natal a la psicoprofilaxis. Disponible en: www.ncbi.nlm.inb.gov
- 20) Wright Erna. Parto Psicoprofiláctico, Editorial Pox- México.



A

N

E

X

O

S



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Beneficio Materno en Primigestas Adolescentes entrenadas en la metodología del parto psicoprofiláctico en área urbana de León, Marzo - Septiembre 2001

Nombre y Apellido _____

Fecha _____ Hora _____ Edad _____

Estado Civil _____ Residencia _____ Escolaridad _____

Ocupación _____

Datos Ginecoobstétricos

Menarca _____

IVSA _____

Patología I Trimestre _____

Patología II Trimestre _____

Patología III Trimestre _____

Trimestre de Inicio de Parto Psicoprofiláctico I _____
 II _____
 III _____

Parto:

Horas de Trabajo de Parto. _____

Recibió Curso _____

No recibió Curso _____

Tiempo de:

Borramiento y Dilatación _____

Expulsivo _____

Alumbramiento _____

Complicaciones en período de Parto. ¿Cuáles?

Borramiento y Dilatación _____

Expulsión _____

Alumbramiento _____

Trae ruptura de Membrana:

Néstor Jirón Aráuz, Anner Huete Chavarría, Norman Huete Jerez.



Sí _____ ¿cuantas Horas? _____

No _____

Vía del Parto:

Vaginal _____

Cesárea _____

Causas de cesáreas

Absolutas _____

Relativas _____

Episiotomía

Sí _____

No _____

Desgarro.

Sí _____

No _____

Cansancio Materno.

Sí _____

No _____

Necesidad de Medidas de Apoyo

Glucosa _____

Oxígeno _____

Fármacos _____ ¿cuáles? _____

Recién nacidos.

Apgar _____