

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Efectividad de la psicoprofilaxis en la reducción de distocia funcional en gestantes en labor de parto atendidas en el Hospital el Esfuerzo Florencia de Mora.

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

AUTOR:

Víctor Manuel Valiente Saldarriaga

ASESOR:

Dr. Luis Verastegui Silva

Trujillo – Perú

2017

A DIOS, POR LAS BENDICIONES
RECIBIDAS EN EL DIA A DIA,
A MIS PADRES POR SU SACRIFICIO,
CONFIANZA Y AMOR.

AGRADECIMIENTO

A Dios, mi familia, docentes y amigos; por formar parte de este largo y arduo camino; porque cada palabra de aliento, consejo y enseñanza, son pieza importante de este logro tan anhelado.

TABLA DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES	
PORTADA	
PAGINA DE DEDICATORIA	
PAGINA DE AGRADECIMIENTOS	
TABLA DE CONTENIDOS.....	1
RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCION.....	4
MATERIAL Y METODOS.....	12
RESULTADOS.....	23
DISCUSION.....	27
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	32
Anexos:.....	37

RESUMEN

Objetivo: Demostrar que la psicoprofilaxis es efectiva en la reducción de distocia funcional en gestantes en labor de parto.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de cohortes en el Hospital El Esfuerzo - Florencia de Mora. La población de estudio estuvo constituida por 104 pacientes gestantes; las cuales fueron divididas en 2 grupos: expuestas a psicoprofilaxis o no expuestas a psicoprofilaxis; se calculó el riesgo relativo y Test exacto de Fisher.

Resultados: No se apreciaron diferencias significativas en relación con las variables edad gestacional, edad materna ni paridad entre las gestantes expuestas o no expuestas a psicoprofilaxis. La frecuencia de distocia funcional en gestantes en labor de parto expuestas a psicoprofilaxis fue 6%, mientras que en la no expuestas a psicoprofilaxis fue 17%. La psicoprofilaxis es efectiva en la reducción de distocia funcional en gestantes en labor de parto con un riesgo relativo de 0.33 el cual fue significativo ($p < 0.05$).

Conclusiones: La psicoprofilaxis es efectiva en la reducción de distocia funcional en gestantes en labor de parto.

Palabras Clave: Psicoprofilaxis, distocia funcional, labor de parto.

ABSTRACT

Objective: To demonstrate that psychoprophylaxis is effective in the reduction of functional dystocia in pregnant women in labor.

Material and Methods: An analytical, observational, retrospective, cohort study was conducted at “El Esfuerzo Hospital” - Florencia de Mora.. The study population consisted of 104 pregnant patients; Which were divided into 2 groups: exposed to psychoprophylaxis or not exposed to psychoprophylaxis; The relative risk and Fisher exact test were calculated.

Results: There were no significant differences in relation to the variables gestational age, maternal age or degree of parity among pregnant women exposed or not exposed to psychoprophylaxis. The frequency of functional dystocia in pregnant labor exposed to psychoprophylaxis was 6%. The frequency of functional dystocia in pregnant laborers not exposed to psychoprophylaxis was 17%. The psychoprophylaxis is effective in reducing functional dystocia in pregnant women in labor with a relative risk of 0.33 which was significant ($p < 0.05$).

Conclusions: Psychoprophylaxis is effective in the reduction of functional dystocia in pregnant labor.

Key words: Psychoprophylaxis, functional dystocia, labor.

I. INTRODUCCION

1.1. Marco Teórico:

La psicoprofilaxis obstétrica se define como un proceso educativo para la preparación integral de la gestante que le permite desarrollar comportamientos saludables para optar por una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y recién nacido convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable^{1,2}.

Esta contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y pos natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor, ayuda a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto; por ello, como herramienta fundamental en la atención integral, se afirma que tiene un impacto relevante en la salud materna y neonatal^{3,4,5}.

La cobertura de la psicoprofilaxis obstétrica ha aumentado a nivel nacional, según reportes estadísticos del Ministerio de Salud MINSA en el año 2011 del total de gestantes que se controlaron a nivel nacional solo el 10% concluyó el programa de psicoprofilaxis, estando Lima en el décimo puesto a nivel nacional con un 12.16% de gestantes que culminan el curso^{6,7}.

Se ha considerado el parto como un trance difícil y doloroso en el cual la mujer tendía a mantener un papel pasivo, permitiendo que fuese el elemento biológico del organismo quien dirigiese todo el proceso del parto. En la actualidad se considera que el embarazo y parto son hechos naturales. Por otra parte, es evidente que cada vez son más numerosas las mujeres que

deciden adoptar una actitud directiva ante su propio parto, para lo cual es necesario todo un programa de preparación y educación antes de que tal acontecimiento llegue a manifestarse^{8,9,10}.

Cuando la mujer embarazada alcanza las 24-28 semanas de gestación, es el momento idóneo de plantearle un conjunto de técnicas de tipo teórico-práctico orientadas al conocimiento, educación y obtención de las habilidades necesarias para afrontar el parto y el puerperio sin traumas físicos y/o psíquicos^{11,12}.

La preparación psicoprofiláctica brinda a la gestante conocimientos teóricos sobre los cambios propios del embarazo, parto y puerperio, así como brinda pautas en la preparación física mediante las técnicas de relajación, respiración y una gimnasia adecuada que fortalece los músculos que intervienen en el canal del parto; proporcionando cambios de actitud y hábitos saludables en la madre y su hijo, contribuyendo a disminuir problemas evitables no solo durante el embarazo sino también durante el proceso del trabajo de parto con la vigilancia y evaluación integral^{13,14}.

El no empleo del programa de psicoprofilaxis por parte de las gestantes que realizan su control prenatal, se atribuye a las siguientes causas como: horarios de trabajo incompatibles, falta de información sobre programa de psicoprofilaxis obstétrica, falta de motivación, no es derivada del consultorio de control prenatal, captación inadecuada, promoción del curso poco impactante, factor tiempo que demanda realizar las actividades en el hogar^{15,16}.

La psicoprofilaxis mejora la preparación y educación de la mujer para el parto, ayuda a disminuir el ciclo temor/ tensión/dolor, mejora la aceptación, aumenta la seguridad y disminuye el estrés, permitiendo que la mujer mejor informada sea capaz de participar en la toma de decisiones basada en su propia competencia. Se ha informado que el parto

psicoprofiláctico no solo disminuye el riesgo de cesárea sino que también tiene otros beneficios como mayor satisfacción de la atención del parto y de la aceptación de la lactancia materna y métodos anticonceptivos^{17,18,19}.

La distocia es cualquier anormalidad en el mecanismo del parto que interfiera con la evolución fisiológica del mismo. Su frecuencia es de 18.3%, los factores relacionados son múltiples y sus repercusiones perinatales pueden ir desde lesiones menores hasta daño cerebral grave. En México se ha reportado una prevalencia de distocia de 35.1%^{20,21}.

Dentro de los factores relacionados son: mal control prenatal, bajo peso fetal al nacer, baja estatura materna, cesárea previa, gran multiparidad, nuliparidad, embarazos postérmino, trabajo de parto prolongado y excesiva ganancia de peso durante el embarazo. Otros condicionantes son: presentación diferente a la occipitoanterior, sufrimiento fetal, óbito previo, mujeres menores de 18 o mayores de 35 años, o mujeres con defectos congénitos pélvicos y pérdida de líquido amniótico por más de 12 horas^{22,23,24}.

La distocia funcional se produce cuando aparecen alteraciones en la actividad contráctil y el trabajo de parto no ocurre de manera adecuada ni en el tiempo esperado^{13,14,15}. De acuerdo con la clasificación de Friedman, el trabajo de parto tiene dos fases: latente y activa. La anomalía de la fase latente es la prolongación de la misma, y las anomalías de la fase activa son la prolongación y las alteraciones del descenso^{26,27}.

La fase latente prolongada se produce cuando se extiende por más de 20 horas en las nulíparas y por más de 14 horas en las múltiparas y no hay progreso de la dilatación mayor de 3 cm. La fase activa prolongada se caracteriza por una velocidad de dilatación menor de 1,5 cm/hora en múltiparas y de 1,2 cm/hora en nulíparas. La prolongación del descenso ocurre cuando la velocidad de descenso es menor de 2 cm/hora, en las múltiparas y menor de 1 cm/hora en las nulíparas^{28,29,30}.

La detención del descenso se documenta cuando mediante dos exploraciones vaginales distanciadas por 1 hora, la presentación permanece en el mismo plano. La expulsión prolongada corresponde a un periodo de más de 3 horas en nulíparas y de 1 hora en multíparas. La detención secundaria de la dilatación ocurre cuando se interrumpe la dilatación cervical por 2 horas o mas^{31,32}.

1.2. Antecedentes:

Aldana M. ³³(Colombia, 2012); desarrollará un estudio con el objetivo de precisar la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica respecto al dolor durante el trabajo de parto; por medio de una serie de casos, de corte transversal, se trabajó una muestra por conveniencia conformada por nueve maternas que asistieron al curso de preparación para la maternidad y paternidad responsable y un grupo control de nueve madres que no asistieron a este curso; en la aplicación de la escala categórica del dolor, el grupo de casos describieron subjetivamente la intensidad del dolor en la siguiente forma; Poco: en la primera etapa el 55.5%, en la segunda etapa el 77.7% y en la tercera etapa el 88.8%; Bastante en la primera etapa el 44.45%, el 22.22 % en la segunda etapa y el 11.11% en la tercera etapa. Respecto al grupo control las mujeres gestantes describieron el dolor subjetivamente en la intensidad de Mucho en la primera etapa el 77.78%, en la segunda etapa el 55.55% y el 33.33% en la tercera etapa; Bastante intensidad del dolor el 11.11% en la primera etapa, 44.45% en la segunda etapa y 55.56% en la tercera etapa; finalmente el 11.11% refirió subjetivamente el dolor como Poco en la primera y tercera etapa no describiéndose esta característica en la segunda etapa.

Reyes L.³⁴ (Perú, 2012); llevó a cabo una investigación con el objetivo de estudiar la relación que existe entre los Beneficios Materno – Perinatales de las Primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal y la Psicoprofilaxis Obstétrica; por medio de un estudio analítico, retrospectivo, comparativo, correlacional, Se evaluaron 90 historias clínicas de primigestas de bajo riesgo obstétrico, 45 historias clínicas pertenecientes a gestantes con preparación psicoprofiláctica y 45 historias clínicas de gestantes que no la recibieron. Se realizó una evaluación cualitativa y cuantitativamente de 27 variables; observando que las primigestas con preparación psicoprofiláctica tienen mayor asistencia a su control prenatal y puerperal, ingresan al hospital con el diagnóstico confirmado de trabajo de parto, presentan parto vaginal, en cuanto al recién nacido estos no presentan signos de sufrimiento fetal y no hay dificultades para una lactancia materna exclusiva.

Oyuela J.³⁵ (México, 2012); realizó un estudio con el objetivo de evaluar la eficacia de un programa de psicoprofilaxis y su impacto en los resultados perinatales y en la reducción del índice de cesáreas. Se aplicaron sesiones teóricas y recorridos por las áreas de labor, parto y recuperación. Se incluyeron 300 mujeres embarazadas de bajo riesgo, 100 al grupo de psicoprofilaxis y 200 al control; en los grupos de psicoprofilaxis y control, respectivamente, 35 y 49.5 % culminaron en cesárea ($p < 0.02$, RM = 1.8, IC = 1.1-2.9); 13 y 21 % tuvieron complicaciones en el embarazo ($p = 0.09$, RM = 0.56); 9 y 23 % presentaron complicaciones en los recién nacidos ($p < 0.02$, RM = 0.33). El apego al programa de psicoprofilaxis con tres o más sesiones fue de 70 %. Las madres y recién nacidos internados del grupo control tuvieron 17 y 171 días más de estancia hospitalaria, respectivamente.

Morales S.³⁶ (Perú, 2014); efectuó una investigación con la finalidad de conocer cuántos establecimientos públicos y privados en diferentes regiones, ofrecen a su población de gestantes la Psicoprofilaxis obstétrica. Se visitaron y encuestaron 429 establecimientos de salud, observándose que un 72.95% de ellos brindan psicoprofilaxis, de ellos; el 39.7% incluye la educación perinatal como parte de las sesiones de psicoprofilaxis y 6.97% las

realizan por separado. Se pudo objetivar otros aspectos importantes: las características de los procesos y recursos del establecimiento, con relación a estas áreas de atención, lo cual permitió conocer las debilidades que están pendientes de subsanar para incrementar la atención en psicoprofilaxis, con calidad.

Mechato Z.³⁷ (Perú, 2016); llevó a cabo una investigación con miras de determinar los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido; se incluyeron a 200 gestantes atendidas y controladas; muestra fue de 53 gestantes que recibieron y no recibieron preparación en psicoprofilaxis obstétrica; observando que la dilatación en primíparas con preparación en psicoprofilaxis fue < 8 horas (82.4%) vs las que no llevaron preparación psicoprofiláctica (62.4%), que fue en un promedio de 8 a 12 horas. La duración en multíparas fue < 6 horas 89.5% vs a las multíparas sin preparación 42.9%. La duración del período expulsivo en primíparas fue < 50 min (88.2%), vs las no preparadas 13.6%, en las multíparas fue < 20 min 94.7% vs 38.1 en las no preparadas. El 100% de los recién nacidos de las primíparas con preparación en psicoprofilaxis tuvieron una valoración del test de Apgar de 8 a 10 al primer y quinto minuto de vida vs. 62.5% de los recién nacidos de las primíparas sin preparación. El 100% de los recién nacidos de las multíparas con preparación tuvieron una valoración del test de Apgar de 8 a 10 al primer y quinto min. vs 61.9% de los recién nacidos de las sin preparación tuvieron una valoración del test de Apgar de 7.

1.3. Justificación:

Tomando en cuenta la psicoprofilaxis es una estrategia aplicada de manera rutinaria en los servicios de obstetricia en nuestra realidad sanitaria; existiendo amplia experiencia en la dispensa de este servicio, habiéndose reconocido además su beneficio respecto a la mejoría en localidad de la atención del parto así como en la calidad de vida de las gestantes ; creemos conveniente valorar el efecto de esta medida terapéutica en relación con la frecuencia de distocia de labor de parto, la cual es una complicación que condiciona un importante grado de morbilidad materna y neonatal, observada aun con frecuencia en nuestro medio sanitario, por tal motivo y ante la ausencia de estudios recientes en nuestro medio que investiguen la existencia de alguna asociación entre las variables descritas es que nos planteamos realizar la presente investigación.

1.4 Formulación del problema científico:

¿Es efectiva la psicoprofilaxis en la reducción de distocia funcional en gestantes en labor de parto atendidas en el Hospital el Esfuerzo Florencia de Mora?

1.5 Objetivos

Objetivo general:

Demostrar si la psicoprofilaxis es efectiva en la reducción de distocia funcional en gestantes en labor de parto.

Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia de distocia funcional en gestantes en labor de parto expuestas a psicoprofilaxis
- Determinar la frecuencia de distocia funcional en gestantes en labor de parto no expuestas a psicoprofilaxis
- Comparar la frecuencia de distocia funcional en gestantes en labor de parto expuestas o no expuestas a psicoprofilaxis

1.6 Hipótesis**Hipótesis alterna (Ha):**

La psicoprofilaxis es efectiva en la reducción de distocia funcional en gestantes en labor de parto atendidas en el Hospital el Esfuerzo Florencia de Mora.

Hipótesis nula (Ho):

La psicoprofilaxis no es efectiva en la reducción de distocia funcional en gestantes en labor de parto atendidas en el Hospital el Esfuerzo Florencia de Mora.

II. MATERIAL Y MÉTODOS:

2.1. Población:

Población Universo:

Gestantes atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital el Esfuerzo Florencia de Mora.durante el período 2015 – 2016.

Poblaciones de Estudio:

Gestantes atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital el Esfuerzo Florencia de Mora durante el período 2015 – 2016 y que cumplan con los siguientes criterios de selección:

➤ **Criterios de Inclusión**

Cohorte expuesta:

- Gestantes expuestas a psicoprofilaxis.
- Gestantes con control prenatal adecuado.
- Gestantes con edades entre 20 a 35 años.
- Gestantes en cuyas historias clínicas se puedan precisar los variables de interés.

Cohorte no expuesta:

- Gestantes no expuestas a psicoprofilaxis.
- Gestantes con control prenatal adecuado.
- Gestantes con edades entre 20 a 35 años.
- Gestantes en cuyas historias clínicas se puedan precisar los variables de interés

➤ **Criterios de Exclusión**

- Gestantes con productos macrosómicos
- Gestantes con embarazo gemelar.
- Gestantes con presentación podálica y de hombro.
- Gestantes con oligohidramnios.
- Gestantes con periodo intergenésico prolongado.
- Gestantes cuyos productos tengan malformaciones fetales.
- Gestantes con antecedente de cesárea.
- Gestantes con obesidad pregestacional.

2.2 Muestra:

Unidad de Análisis

Estuvo constituido por cada gestante atendida en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital el Esfuerzo Florencia de Mora durante el período 2015 – 2016 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de Muestreo

Estuvo constituido por la historia clínica de cada gestante atendida en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital el Esfuerzo Florencia de Mora. durante el período 2015 – 2016 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizaría la fórmula estadística para 2 grupos de estudio³⁸

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P (1 - P) (r + 1)}{d^2 r}$$

Donde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

p_1 = Proporción de casos expuestos al factor de riesgo.

p_2 = Proporción de controles expuestos al factor de riesgo.

r = Razón de número de controles por caso

n = Número de casos

d = Valor nulo de las diferencias en proporciones = $p_1 - p_2$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ para $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$

$P_1 = 0.89$ (Ref. 37).

$P_2 = 0.43$ (Ref. 37).

R: 1

Mechato Z. ³⁷ en Perú en el 2016 la duración de la dilatación < de 6 horas en multíparas expuestas a psicoprofilaxis fue de 89.5% vs a las multíparas sin psicoprofilaxis fue de 42.9%.

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 52$$

COHORTE EXPUESTA: (Gestantes expuestas a psicoprofilaxis) = 52 pacientes

COHORTE NO EXPUESTA : (Gestantes no expuestas a psicoprofilaxis) = 52 pacientes.

2.3 Diseño de Estudio

Tipo de estudio:

El estudio fue analítico, observacional, retrospectivo de cohortes

Diseño Específico:

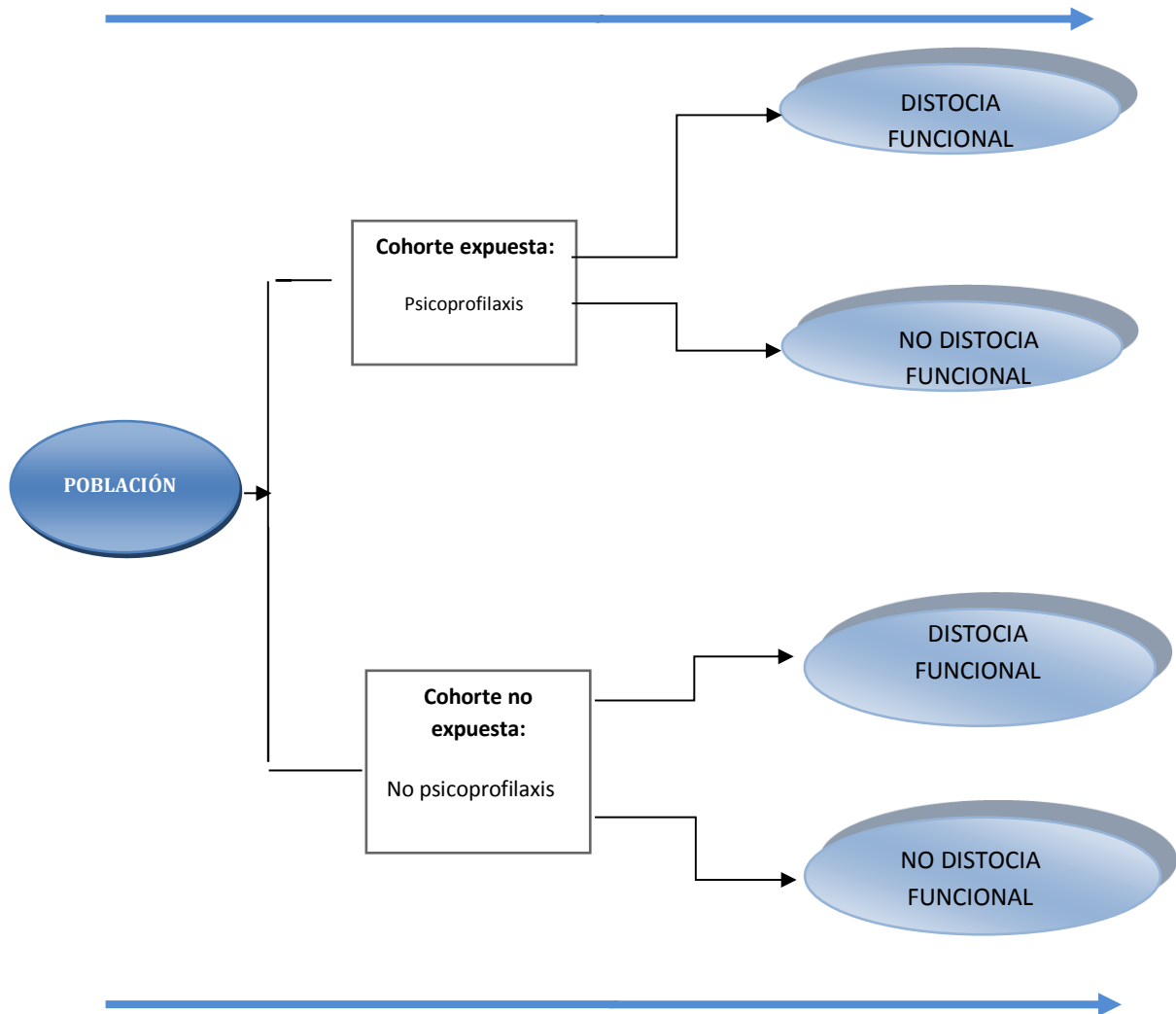
G	ACTOR DE RIESGO
G1	X1
G2	X1

G1: Gestantes expuestas a psicoprofilaxis

G2: Gestantes no expuestas a psicoprofilaxis

X1: Distocia funcional

Tiempo



Dirección

2.4 Variables y escalas de medición:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	CRITERIO OBSERVADO
DEPENDIENTE Distocia funcional Cualitativa Nominal	Anomalías de las fuerzas expulsivas, sea por contracciones uterinas de intensidad insuficiente o inapropiadamente coordinadas para lograr el borramiento y la dilatación del cuello, o un esfuerzo inadecuado de los músculos voluntarios durante el trabajo de parto.	Se tomarán en cuenta los hallazgos registrados en el partograma por el médico tratante en donde se corrobore la presencia de distocia funcional.	Tiempo Partograma	Si - No
INDEPENDIENTE Psicoprofilaxis Cualitativa	Proceso educativo para la	Registro en la historia clínica de haber	Sesiones registradas en	Si-No

Nominal	preparación integral de la gestante que le permite desarrollar comportamientos saludables para optar por una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y recién nacido.	asistido a las sesiones programadas de psicoprofilaxis en el nosocomio correspondiente.	carne de control prenatal	
----------------	--	---	---------------------------	--

2.5 Definiciones operacionales:

Psicoprofilaxis: Proceso educativo para la preparación integral de la gestante que le permite desarrollar comportamientos saludables para optar por una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y recién nacido convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable³⁵.

Distocia funcional de labor de parto: Anomalías de las fuerzas expulsivas, sea por contracciones uterinas de intensidad insuficiente o inapropiadamente coordinadas para lograr

el borramiento y la dilatación del cuello, o un esfuerzo inadecuado de los músculos voluntarios durante el trabajo de parto. ⁴¹

- **Fase latente prolongada:**

Nulípara: más de 20 horas

Multípara: más de 14 horas

- **Fase activa retardada:**

Nulípara: menos de 1.2 cms por hora

Multípara: menos de 1.5 cms por hora

- **Cese secundario de la dilatación:**

Cese de la dilatación por 2 o más horas.

- **Fase de desaceleración prolongada:**

Nulípara: más de 3 horas

Multípara: más de 1 hora

- **Falla del descenso:**

No hay descenso

- **Descenso retardado:**

Nulípara: menos de 1 cms por hora

Multípara: menos de 2 cms por hora

- **Cese del descenso:**

Cese de la descenso por 1 o más horas.

2.6 Procedimientos:

Ingresaron al estudio las gestantes atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital el Esfuerzo Florencia de Mora durante el período 2015 – 2016 y que cumplieron con los criterios de selección; se solicitó la autorización en el departamento académico correspondiente desde donde se obtuvieron los números de historias clínicas para luego proceder a:

1. Realizar la captación de las historias clínicas de los pacientes según su pertenencia a uno u otro grupo de estudio; según la exposición o no a la psicoprofilaxis; por muestreo aleatorio simple.
2. Recoger los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporaran en la hoja de recolección de datos (Anexo 1).
3. Continuar con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio.

4. Recoger la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

2.7 Procesamiento y análisis de la información:

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 23.0, los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

Estadística Analítica:

Se hizo uso de la prueba exacta de Fisher para las variables cualitativas y la prueba T de Student en el análisis cuantitativo; para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas entre las variables en estudio; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo propio del estudio:

Se obtuvo el riesgo relativo para psicoprofilaxis en cuanto a su asociación con la presencia de distocia funcional de parto; si este fue mayor de 1 se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95%.

		Distocia funcional de parto	
		SI	NO
Psicoprofilaxis	Si	a	b
	No	c	d

RIESGO RELATIVO: $a(c+d) / c(a+b)$

2.8 Aspectos éticos:

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital el Esfuerzo Florencia de Mora y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Debido a que fue un estudio de cohorte retrospectivos en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23)³⁹ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)⁴⁰.

III. RESULTADOS

Tabla N° 01. Características de las pacientes incluidos en el Hospital el Esfuerzo Florencia de Mora durante 2015 – 2016:

Características sociodemográficas	Psicoprofilaxis (n=52)	No psicoprofilaxis (n=52)	Significancia
Edad materna:			
Promedio	26.7	26.1	T student: 1.28
D. estándar	6.3	5.7	p>0.05
Paridad:			
Promedio	0.9	1.3	T student: 1.12
D. estándar	0.7	1.1	p>0.05
Edad gestacional :			
Promedio	37.9	38.6	T student: 1.34
D. estandar	0.8	1.3	p>0.05

FUENTE: HOSPITAL EL ESFUERZO FLORENCIA DE MORA–Archivo historias clínicas: 2015-2016.

Tabla N° 2: Frecuencia de distocia funcional en gestantes en labor de parto expuestas a psicoprofilaxis Hospital el Esfuerzo Florencia de Mora durante 2015 – 2016:

Psicoprofilaxis	Distocia funcional		Total
	Si	No	
Si	3 (6%)	49 (94%)	52 (100%)

FUENTE: HOSPITAL EL ESFUERZO FLORENCIA DE MORA–Archivo historias clínicas: 2015-2016.

La frecuencia de distocia funcional en gestantes en labor de parto expuestas a psicoprofilaxis fue de $3/52 = 6\%$.

Tabla N° 3: Frecuencia de distocia funcional en gestantes en labor de parto no expuestas a psicoprofilaxis Hospital el Esfuerzo Florencia de Mora durante 2015 – 2016:

Psicoprofilaxis	Distocia funcional		Total
	Si	No	
No	9 (17%)	43 (83%)	52 (100%)

FUENTE: HOSPITAL EL ESFUERZO FLORENCIA DE MORA–Archivo historias clínicas: 2015-2016.

La frecuencia de distocia funcional en gestantes en labor de parto no expuestas a psicoprofilaxis fue de $9/52 = 17\%$.

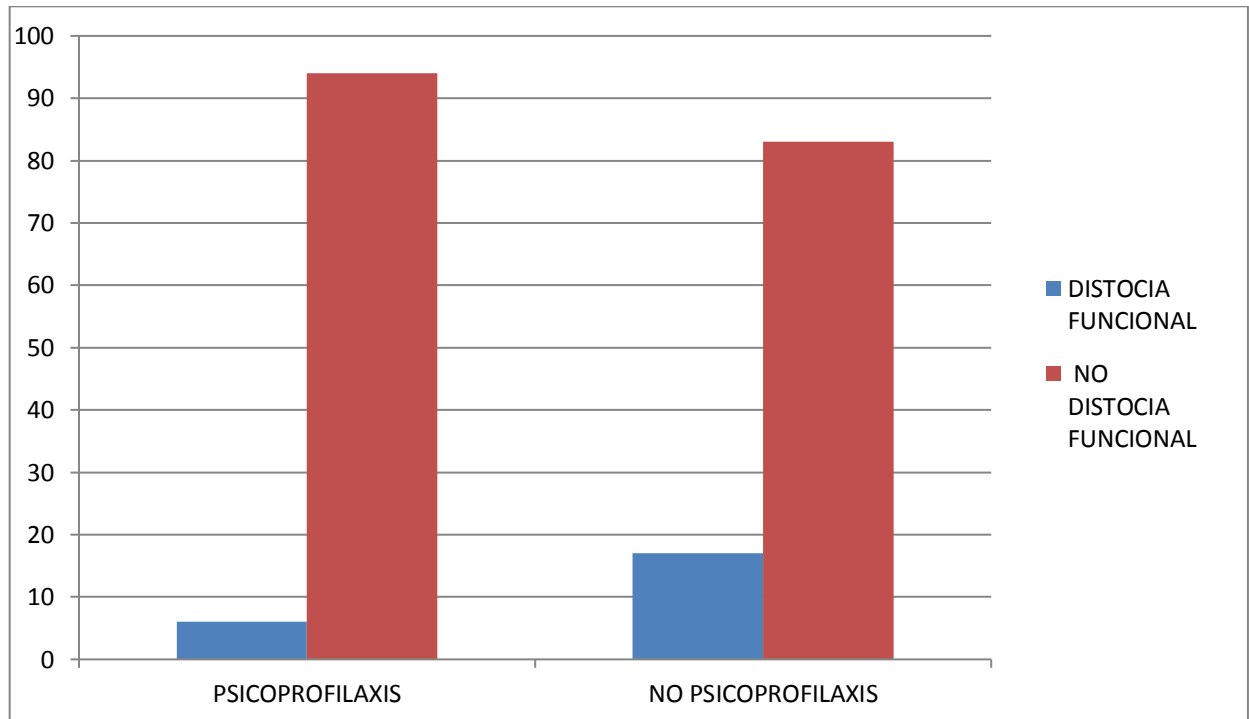
Tabla N° 4: Efectividad de la psicoprofilaxis en la reduccion de distocia funcional en gestantes en labor de parto del Hospital El Esfuerzo Florencia de Mora

Psicoprofilaxis	Distocia funcional	
	Si	No
Si (N= 52)	3 (6%)	49 (94%)
No (N=52)	9 (17%)	43 (83%)
Total	12 (100%)	92 (100%)

FUENTE: HOSPITAL EL ESFUERZO FLORENCIA DE MORA–Archivo historias clínicas: 2015-2016.

- Prueba exacta de Fisher: 5.3
- $p < 0.05$
- Riesgo relativo: 0.33
- Intervalo de confianza al 95%: (0.22; 0.84)

Gráfico N° 3: Efectividad de la psicoprofilaxis en la reducción de distocia funcional en gestantes en labor de parto Hospital el Esfuerzo Florencia de Mora durante 2015 – 2016:



La frecuencia de disticia funcional en el grupo con psicoprofilaxis fue de 6% mientras que en el grupo sin psicoprofilaxis fue 17%.

IV. DISCUSION

La distocia funcional se produce cuando aparecen alteraciones en la actividad contráctil y el trabajo de parto no ocurre de manera adecuada ni en el tiempo esperado^{13,14,15}. La psicoprofilaxis mejora la preparación y educación de la mujer para el parto, ayuda a disminuir el ciclo temor/ tensión/dolor, mejora la aceptación, aumenta la seguridad y disminuye el estrés, permitiendo que la mujer mejor informada sea capaz de participar en la toma de decisiones basada en su propia competencia. Se ha informado que el parto psicoprofiláctico no solo disminuye el riesgo de cesárea sino que también tiene otros beneficios como mayor satisfacción de la atención del parto y de la aceptación de la lactancia materna y métodos anticonceptivos^{17,18,19}.

En la Tabla N° 1 se contrasta la distribución de las variables intervinientes que en este caso corresponden a los promedios de edad gestacional, edad materna y paridad; sin llegar a verificar diferencias significativas respecto a estas características entre el grupo de gestantes expuesto a psicoprofilaxis y el grupo que no se benefició de esta intervención; esta tendencia denota uniformidad en la muestra, lo que representa un contexto apropiado para efectuar comparaciones y minimizar la posibilidad de sesgos. Estos hallazgos son coincidentes con los descritos por Oyuela J.³⁵ en México en el 2012; Mechato Z.³⁷ en Perú en el 2016 y Aldana M.³³ en Colombia en el 2012; quienes tampoco registran diferencia respecto a edad gestacional ni edad materna entre las gestantes beneficiarias o no beneficiarias de psicoprofilaxis.

En la Tabla N° 2 realizamos la valoración de las frecuencias de distocia funcional de labor de parto en primer término en el grupo de gestantes expuestas a psicoprofilaxis; encontrando que de las 52 pacientes de este grupo, el 6% desarrolló distocia funcional de parto. En la Tabla N° 3 por otra parte se verifica la frecuencia de la alteración del trabajo de

parto, en el grupo de pacientes que no recibieron psicoprofilaxis, encontrando que en este grupo el 17% de las gestantes experimento la variante de distocia estudiada.

En la Tabla N° 4 precisamos la influencia que ejerce la técnica de psicoprofilaxis en relación a la reducción de la probabilidad de aparición de distocia funcional de parto; la cual se expresa como un riesgo relativo de 0.33; que al ser expuesto al análisis estadístico con la prueba exacta de Fisher verifica su presencia en toda la población al tener gran significancia estadística ($p < 0.01$); lo cual nos permite concluir que el empleo de la estrategia de psicoprofilaxis tiene efectividad significativa para minimizar el riesgo de distocia funcional..

Por otro lado tenemos el estudio de Aldana M.³³ en Colombia en el 2012 quienes precisaron la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica respecto al dolor durante el trabajo de parto; en una serie de casos, y un grupo control de nueve madres que no recibieron psicoprofilaxis; observando que la intensidad de dolor fue significativamente inferior en el grupo expuestos a psicoprofilaxis, lo cual redujo el riesgo de distocia funcional ($p < 0.05$).

Cabe hacer referencia las conclusiones a las que llegó Reyes L.³⁴ en Perú en el 2012 quienes en un estudio analítico, retrospectivo, comparativo, correlacional, evaluaron 45 historias clínicas pertenecientes a gestantes con preparación psicoprofiláctica y 45 historias clínicas de gestantes que no la recibieron; observando que las primigestas con preparación psicoprofiláctica presentaron menor riesgo de distocia funcional de labor de parto ($p < 0.059$).

Finalmente es pertinente reconocer las tendencias descritas por Silveira L.³⁸ en Brasil en el 2012 quienes desarrollaron una investigación con la finalidad de precisar la influencia de la psicoprofilaxis en los resultados obstétricos en 66 gestantes primíparas por medio de un diseño de cohortes prospectivas, observando que la frecuencia de distocia funcional fue

significativamente inferior en el grupo expuesto psicoprofilaxis que en el no expuesto a esta intervención ($p < 0.05$; 32% versus 62%) respectivamente.

En relación a los referentes bibliográficos previos podemos mencionar a Oyuela J.³⁵ en México en el 2012 evaluó la eficacia de un programa de psicoprofilaxis en 300 mujeres embarazadas de bajo riesgo, 100 al grupo de psicoprofilaxis y 200 al control; en los grupos de psicoprofilaxis y control, respectivamente, 35 y 49.5 % culminaron en cesárea ($p < 0.02$); 13 y 21 % tuvieron complicaciones en el embarazo ($p = 0.09$, RM = 0.56).

Cabe mencionar las tendencias descritas por Mechatto Z.³⁷ en Perú en el 2016 quienes determinaron los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes durante el proceso de trabajo de parto la muestra fue de 53 gestantes que recibieron y 53 no recibieron preparación en psicoprofilaxis obstétrica; observando que la dilatación en primíparas con psicoprofilaxis fue < 8 horas (82.4%) vs las que no llevaron psicoprofilaxis (62.4%); en multíparas con psicoprofilaxis fue < 6 horas (89.5%) vs a las multíparas sin preparación (42.9%).

V. CONCLUSIONES

1.- La psicoprofilaxis tiene efectividad en la reducción de distocia funcional en gestantes en labor de parto.

2.-La frecuencia de distocia funcional en gestantes en labor de parto expuestas a psicoprofilaxis fue 6%.

3.-La frecuencia de distocia funcional en gestantes en labor de parto no expuestas a psicoprofilaxis fue 17%.

VI. SUGERENCIAS

1. Es conveniente la aplicación de nuevos estudios que consideren mas de una poblacion hospitalaria, con mayor tamaño muestral y prospectivas, con la finalidad de corroborar la influencia significativa de la psicoprofilaxis en la reduccion de distocia funcional durante labor de parto.
2. Nuevos estudios dirigidos a identificar nuevos factores de riesgo modificables relacionadas con la aparición de distocia funcional de labor de parto , debieran ser llevados a cabo, para identificar el grupo de gestantes con riesgo de presentar este desenlace y poner en marcha las estrategias de vigilancia más oportunas.
3. Seria conveniente hacer énfasis en las estrategias educativas y de promoción para la adherencia a la estrategia de psicoprofilaxis ofrecida en nuestro entorno sanitario con el objetivo de motivar a las gestantes para la participación activa durante la labor de parto.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.-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.
- 2.-Morales S. La Psicoprofilaxis Obstétrica como eje de la prevención prenatal, 1ª. ed. Lima: Cimagraf. 2012. 176.
- 3.-Morales S. Psicoprofilaxis obstétrica con ciencia y calidad. Boletín Científico ASPPO 2012; 13(39): 4-5.
- 4.-Sipinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Do antenatal classes benefit the mother and her baby? J Matern Fetal Neonatal Med 2012;13(2);94-101.
- 5.-McCool WF, Simeone SA. Birth in the United States: an overview of trends past and present. Nursv Clin North Am 2012;37(4):735-746.
- 6.-Puentes-Rosas E, Gómez-Dante O, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. Salud Publica Mex 2012;46(1):16-22.
- 7.-Murthy K, Grobman WA, Lee TA, Holl JL. Association between rising professional liability insurance premiums and primary cesarean delivery rates. Obstet Gynecol 2012;110(6):1264- 1269.
- 8.-Raio L, Ghezzi F, Di Naro E, Buttarelli M, Franchi M, Dürig P, et al. Perinatal outcome of fetuses with a birth weight greater than 4500 g: an analysis of 3356 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2012;109(2):160-165.
- 9.-Piasek G, Starzewski J, Chil A, Wrona-Cyranowska A, Gutowski J, Anisiewicz A, et al. Analysis of labour and perinatal complications in case of fetus weight over 4000 g. Wiad Lek 2012;59(5-6):326- 331.

- 10.-Hernández-Castro F, Laredo-Rodríguez A, Hernández- Herrera R. Sensibilidad y valor predictivo del método de Johnson y Toshach para estimar peso fetal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2012; 44(4):309-312.
- 11.-Sieber S, Germann N, Barbir A, Ehlert U. Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychosocial adaptation in healthy pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;85(10):1200-1207.
- 12.-Morales S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Horiz Med* 2012; 12(2): 47-50.
- 13.-Morales S., García Y., Agurto M., Benavente A., La Psicoprofilaxis Obstétrica y la Estimulación Prenatal en diversas Regiones del Perú. *Horiz Med* 2014; 14(1): 42-48.
- 14.-Cruz A. I. C.; Pereira, C. L.; Fernández, J. A. Effects Of Three Months Of Pilates- based Exercise In Women On Body Composition. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2012; 41(5) Supplement 1:16-17.
- 15.-Mata F, Chulvi I, Roig J, Heredia JR, Isidro F, Benítez Sillero JD, Guillén del Castillo M. Prescripción del ejercicio físico durante el embarazo. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*. 2013; 3 (2): 68-79.
- 16.-Takahasi E, Britto e Alves M, Sousa G, Moura A, Fernandes R, Ferreira V, Del-Ben C, Barbieri M. Mental health and physical inactivity during pregnancy: a cross-sectional study nested in the BRISA cohort study. *Caud. Saúde Pública, Río de Janeiro*, 2013; 29 (8): 1583-1594.
- 17.-Sui Z, Dodd J. Exercise in obese pregnant women: positive impacts and current perceptions. *Internacional Journal of women Health* 2013: 5 389-398.
- 18.-Heery E, McConnon A, McAuliffe F. Perspectives on weight gain and lifestyle practices during pregnancy among women with a history of macrosomia: a qualitative study in the Republic of Ireland. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13: 202.
- 19.-Harek S. The effect os maternal exercise Turing pregnancy on abnormal fetal growth. *Croat Med J*. 2013; 54: 362-8.
- 20.-Lavender T, Hart A, Smyth RM: Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, 8, CD005461.

- 21.-Cahill AG, Tuuli MG: Labor in 2013: the new frontier. *Am J Obstet Gynecol* 2013, 209(6):531–534.
- 22.-Berglund S, Pettersson H, Cnattingius S, Grunewald C: How often is a low Apgar score the result of substandard care during labour? *BJOG* 2013, 117(8):968–978.
- 23.-Cheng Y, Lao T, Sahota D, Leung V, Leung T. Use of birth weight threshold for macrosomia to identify fetuses at risk of shoulder dystocia among Chinese populations. *Intl J Gynecol Obstet* 2013;120:249-53.
- 24.-Parantainen J, Palomäki O, Talola N, Uotila J. Clinical and sonographic risk factors and complications of shoulder dystocia – a case-control study with parity and gestational age matched controls. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;177:110-4.
- 25.-Nystedt A, Hogberg U, Lundman B. The negative birth experience of prolonged labour: a case–referent study. *J Clin Nurs* 2013; 14:579–86.
- 26.-Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Advanced maternal age and risk perception: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12:100.
- 27.-Treacy A, Robson M, O'Herlihy C. Dystocia increases with advancing maternal age. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;195(3):760-3.
- 28.-Cheng Y, Shaffer B, Bryant A. Length of the first stage of labor and associated perinatal outcomes in nulliparous women. *Obstet Gynecol.* 2011 ;116(5):1127-35.
- 29.-Luke B, Brown M.Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. *Hum Reprod.* 2011;22(5):1264-72.
- 30.-Osmundson S, Gould J, Butwick A. Labor outcome at extremely advanced maternal age. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(3):1-7.

- 31.-Svardby K, Nordstrom L, Sellstrom E: Primiparas with or without oxytocin augmentation: a prospective descriptive study. J Clin Nurs 2012; 16(1):179–184.
32. Bernitz S, Oian P, Rolland R, Sandvik L, Blix E: Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. Midwifery 2014, 30(3):364–370.
- 33.-Aldana M. Manejo de Dolor Durante el Trabajo de Parto en Gestantes de un Centro de Salud. Revista CUIDARTE 2012; 1(1): 5-12.
- 34.-Reyes L. Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal, enero-diciembre 2012. Tesis. 2014. Universidad Mayor de San Marcos. Perú.
- 35.-Oyuela J. PRÁCTICA CLÍNICO-QUIRÚRGICA. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 48(4): 439-442.
- 36.-Morales S. La Psicoprofilaxis Obstétrica y la Estimulación Prenatal en diversas Regiones del Perú. Horiz Med 2014; 14(1): 6-12.
- 37.-Mechato Z. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto (fase activa) y el recién nacido en el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto de San Juan de Miraflores. Junio–agosto 2015. 2016; 4 (2):5-12.
- 38.-Silveira L. Physical exercise during pregnancy and its influence in the type of birth. Einstein (São Paulo) 2012; 10(4): 409-414.
- 39.-Kleinbaum D. Statistics in the health sciences: Survival analysis. New York: Springer-Verlag publishers; 2011.p78.
- 40.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.
- 41.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2009.

42.-Cunningham F., Leveno K., Bloom S., Hauth J, Giltrap L III, Wentrom K., Obstetricia de Williams, 23^a edicion, Mexico: McGraw – Hill Interamericana; 2011

ANEXO

Efectividad de la psicoprofilaxis en la reducción de distocia funcional en gestantes en labor de parto atendidas en el Hospital el Esfuerzo Florencia de Mora.

ANEXO N° 01

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2. Edad gestacional: _____ años

1.3. Paridad: _____

1.4. Procedencia: Urbano () Rural ()

II: VARIABLE INDEPENDIENTE:

Psicoprofilaxis: Si: () No: ()

III: VARIABLE DEPENDIENTE:

Distocia de labor de parto: Si: () No: ()

Tipo de distocia:_____