

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“PSICOPROFILAXIS PRENATAL: TIPO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
PUCALLPA”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR (A): Velásquez Jave, María Luzmila.

ASESORA: Dra. Adela Escobedo Medina.

Trujillo – Perú

2017

PRESENTACIÓN

*Cumpliendo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, presento la tesis titulada **“PSICOPROFILAXIS PRENATAL: TIPO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA”**, la cual tiene como finalidad demostrar que la ausencia de psicoprofilaxis prenatal es factor de riesgo para cesárea de emergencia, determinar el APGAR del recién nacido, la frecuencia de desgarro vaginal y la estancia hospitalaria en quienes recibieron y no recibieron psicoprofilaxis y, de esta manera, contribuir al esclarecimiento sobre la utilidad de su aplicación y favorecer a la implementación de técnicas por parte del personal de salud sobre su uso en la etapa prenatal.*

Por lo que, someto a evaluación del Jurado la presente Tesis para optar el Título de Médico Cirujano.

JURADO

PRESIDENTE

DR. VENEGAS SAAVEDRA LEONCIO

SECRETARIO

DR. PELAEZ RODRIGUEZ RAVELO

VOCAL

DR. VICUÑA RÍOS HUGO

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque aún en su silencio, siempre demuestra estar presente.

A mis papás, por su gran esfuerzo e invaluable apoyo. A mi papá, por ser mi principal ejemplo y por confiar en mí. A mi mamá, por impulsarme siempre.

A los buenos médicos y docentes, aquellos que con gran esfuerzo suplen cualquier falta en el sistema de salud o de educación.

A mi asesora, la Dra. Adela Escobedo, por su paciencia y ser modelo a seguir como médico.

DEDICATORIA

A mi familia, en particular a mis hermanos Fernando y Juan Martín, me dan ánimo para ser mejor día a día. Siempre juntos.

A mi papá Juan, por su actitud admirable. A mi mamá Luchita, porque sé que desde el cielo cuidas cada paso mío. Y a mi mamá Lucha, por su gran coraje.

A Mayra Quiroz, por demostrar la fuerza de la verdadera amistad.

A mis pacientes, por ser de quienes más se aprende en esta hermosa carrera.

A quienes llamo mis personas tesoro, porque hacen que todo valga la pena.

RESUMEN

Objetivo: Demostrar que la ausencia de psicoprofilaxis prenatal es factor de riesgo para cesárea de emergencia en el Hospital Regional de Pucallpa.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de cohorte histórico. La población de estudio estuvo constituida por 220 gestantes distribuidas en dos grupos: 110 pacientes que recibieron y 110 que no recibieron psicoprofilaxis prenatal.

Resultados: Las gestantes gestantes que recibieron psicoprofilaxis tuvieron una incidencia de cesárea 28.18% y las que no recibieron la psicoprofilaxis fue de 22.73%, No hay asociación significativa ($p>0.05$) entre la psicoprofilaxis y la cesárea de emergencia, por lo que la ausencia de psicoprofilaxis no constituye un factor de riesgo, por tener un riesgo relativo bajo ($RR= 0.81$) con un intervalo de confianza del 95%.

Conclusiones: La ausencia de psicoprofilaxis no es factor de riesgo para cesarea de emergencia.

Palabras Clave: Factor de riesgo, psicoprofilaxis, parto espontáneo, cesárea de emergencia.

ABSTRACT

Objective: To demonstrate that the absence of prenatal psychoprophylaxis is a risk factor for emergency cesarean section at the Regional Hospital of Pucallpa.

Material and Methods: An analytical, observational, retrospective, historical cohort study was conducted. The study population consisted of 220 pregnant women which were distributed in two groups: 110 patients who received and 110 who did not receive prenatal psychoprophylaxis.

Results: Pregnant pregnant women who received psychoprophylaxis had an incidence of cesarean section 28.18% and those who did not receive psychoprophylaxis was 22.73%. There was no significant association ($p > 0.05$) between psychoprophylaxis and emergency cesarean section, so the absence of psychoprophylaxis is not a risk factor, because it has a low relative risk (RR = 0.81) with a 95% confidence interval.

Conclusions: The absence of psychoprophylaxis is not a risk factor for emergency cesarean.

Key words: Risk factor, psychoprophylaxis, spontaneous delivery, emergency cesarean section.

Tabla de contenido

I.	INTRODUCCIÓN	9
II.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
III.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	23
IV.	RESULTADOS.....	24
V.	DISCUSIÓN	28
VI.	CONCLUSIONES	30
VII.	RECOMENDACIONES.....	31
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
	BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA	35
IX.	ANEXOS	36

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco teórico:

La gestación concluye en parto espontáneo o en cesárea. La cesárea es la operación mediante la cual se extrae el feto por incisión de las paredes abdominal y uterina. (1)

No existe un sistema de clasificación de las cesáreas aceptado internacionalmente. (2) Las cesáreas se pueden dividir en electivas, en curso de parto y urgentes; a su vez, las cesáreas de urgencia pueden ser urgentes o emergentes. (3) La cesárea de emergencia se define como la necesidad de interrupción inmediata de embarazo. (4,5)

Algunos autores clasifican las cesáreas en absolutas y relativas: Absolutas por: Sufrimiento fetal (SF), pérdida del bienestar fetal desproporción feto pélvica (DFP), desprendimiento prematuro de placenta severo (DPP), placenta previa sangrante (PPS), prolapso del cordón, cesárea previa y presentación podálica. Relativas por: trastornos hipertensivos del embarazo (THE), distocias de rotación (DR), detención de la dilatación, descenso de la cabeza y fracaso de la inducción. (3)

La OMS recomienda evitar las cesáreas, debido a sus riesgos y los beneficios del parto vaginal. (2)

Casagrandi C, et al, en la Habana, en el 2007, reportaron un incremento del índice de cesáreas (de 18,3% a 29,2%, en los años 1996 y 2005, respectivamente). Las indicación más frecuentes en 1996 fue la desproporción cefalopélvica (13,1%), mientras que en el 2005 fue el sufrimiento fetal agudo (15,1%). (6)

En Chile en el 2004, el riesgo de cesárea para multiparidad fue 0,47 (IC 0,26 - 0,83), el riesgo de cesárea para inicio espontáneo del trabajo de parto 1,36 (IC 2,02 - 9,17), para inducción del trabajo de parto 3 (IC 2,1-4,1), para cicatriz de cesárea 22 (IC 16,81 - 28,81) y para peso del recién nacido ≥ 4000 g 2,75 (IC 2,08 - 3,63). (7)

Según la Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas del 2007, la frecuencia de cesáreas en el Perú fue de 15%, situación que varió mucho entre cada región. (8) Sin embargo el estudio de Távara-Orozco, dio a conocer que para el año 1992 la Tasa de Incidencia de Cesárea ya había superado largamente el 20%. (9)

La tasa de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo de Enero a Diciembre del 2015 representó un 57,5% del total de nacimientos registrados. El 37.5% fueron indicados por cesárea previa mientras que la presencia de feto grande y ruptura prematura de membranas fueron las principales indicaciones fetales y ovulares respectivamente. (10)

La 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 del padre. La PPO prenatal (PPO-PN) es la que se brinda durante la gestación. (11,12,13)

El concepto fue introducido por Aguirre de Cárcer en 1956 en España. (14) La creación de un servicio de PPO ha sido, en otras latitudes, especialmente europeas, un resultado del desarrollo en la programación de acciones sanitarias, siendo Argentina el primero en América Latina en difundir la PPO. (15)

La psicoprofilaxis está basada en la respiración y la relajación (16) El conocimiento de lo que va a ocurrir y sentir y el entrenamiento en las técnicas para manejar el dolor y responder a él, ayudan a la mujer a enfrentar el parto. (13,17) Fernand Lamaze combinó los conceptos de preparación y educación para reducir el miedo y condicionamiento para disminuir el reflejo del dolor en el parto. (16,18).

Para que haya dolor es necesario que ocurran tres circunstancias: 1. Terminaciones nerviosas libres y específicas (corpúsculos de Pacini y Vaten), 2. Estímulo suficiente (físicos y psíquicos: reflejo condicionado) y 3. Umbral de percepción del dolor adecuado. (19,20,21)

Una adecuada preparación psicoprofiláctica para obtener resultados favorables, es la que se da mediante una adecuada educación, correcta respiración, ejercicios de relajación, gimnasia, técnicas de relajación neuromuscular que contribuye al fortalecimiento de los músculos. (22)

La gestante preparada en psicoprofilaxis obstétrica es, según Resolución Ministerial, aquella que ha recibido 6 sesiones de psicoprofilaxis durante el embarazo. (19) Se pretende brindar a la mujer seguridad y confianza para actuar en el proceso del parto,

fortaleciendo la autoestima y resiliencia en este grupo poblacional, con un buen estado emocional que favorezca su comportamiento, actitud y disposición a colaborar durante todo el proceso. Asimismo, el instruir las en cómo actuar, cómo respirar y evitar posibles traumatismos maternos como los desgarros y complicaciones que convierten al parto en un proceso patológico. (23)

La educación y comunicación con la paciente es un componente de la atención prenatal. (24) Crowley K, Martín KA, en el UptoDate incluyen en la educación para la paciente la información que se brinda sobre hábitos, ejercicio físico, trabajo, relaciones sexuales. (25) Así mismo, incluye información sobre la higiene, la comida, infecciones de transmisión por vectores o sexuales, sobre viajes, inmunizaciones, contaminaciones, infecciones virales, etc. (26)

Los componentes individuales óptimos de la atención prenatal no han sido rigurosamente examinados en ensayos aleatorios. (27) La educación de padres tiene repercusiones positivas a grandes rasgos en el momento del parto y puerperio, hay una necesidad de renovación pedagógica, y es necesaria la evaluación de los programas que se brindan. (28) Los cursos de preparación desempeñan un papel importante de las gestantes en el momento del parto en los planos físico, psíquico y en la esfera social. (29)

1.2. Antecedentes:

En Monterrey en el 2010, un estudio realizado por Oyuela-García y Hernández Herrera, informa que el grupo que recibió psicoprofilaxis, terminó por cesárea sólo en 35% mientras que en un 49.5% en el grupo control ($p < 0.02$; OR 1.8; IC 1.1 – 2.9). Las complicaciones maternas ocurrieron únicamente en el 13% del grupo que recibió psicoprofilaxis, y en el 21% del grupo control ($p = 0.09$, RM 0.56). Este estudio observa también que las complicaciones del recién nacido están presentes sólo en el 9% de los beneficiados con psicoprofilaxis, en contraste al 23% del grupo control ($p < 0.02$; OR 0,33). En el grupo que recibió psicoprofilaxis, el 70% asistió a tres o más sesiones. La estancia hospitalaria postparto en el grupo control incrementó 17 días más en madres y 171 días más en el recién nacido que en el grupo que recibió psicoprofilaxis. (30)

Hay poca evidencia que asocie la asistencia a las clases prenatales con una reducción de la angustia psicológica o una mayor satisfacción con la experiencia del trabajo de parto. (31)

Malin Mergström, Helle Kieler y Ulla Waldenström, en Suecia en el 2010 concluyeron que el uso de psicoprofilaxis durante el trabajo de parto estuvo asociado con un menor riesgo de cesárea de emergencia (OR 0,57; IC 0,37-0,88). (32)

Malin Bergström en el 2010, en Suecia, concluye que la psicoprofilaxis no reduce la necesidad de analgesia epidural o mejorar la experiencia del parto, y que en contraste, es un método exigente que se adapta mejor a mujeres que se pueden concentrar en prepararse para el nacimiento. (33)

En el estudio realizado en el 2012 en Noruega, por Adams, SS; Eberhard-Gran, M; Eskil, A, informó que la duración del parto fue significativamente más larga en las mujeres con miedo al parto en comparación con las mujeres que no tenían miedo utilizando un modelo de regresión lineal (coeficiente no estandarizado bruto 1.54; intervalo de confianza del 95% 0.87- 2.22, correspondiente a una diferencia de 1 hora y 32 minutos.) (34)

En Lima, en el 2004 un estudio por Reyes L, describe que las gestantes con preparación psicoprofiláctica tuvieron de 8 a más controles prenatales en un 44% (N=20) a diferencia del 24.4% (N=11) de las gestantes sin preparación. Concluyen que en el curso de psicoprofilaxis han sido motivadas a asistir al consultorio prenatal. (35)

Edda Nair Oviedo en Lima, en el año 2010, concluyó que si bien no influye en el nivel de satisfacción de las usuarias, existe diferencia significativa en percepciones con respecto a la calidad de la atención médica, siendo el grupo de las preparadas en psicoprofilaxis las más colaboradoras. (36)

Vanessa Vale en el 2006 en Tacna, concluyó en su estudio que los resultados de la psicoprofilaxis se vieron influenciados por el nivel socioeconómico de las participantes. Y en cuanto a la actitud se concluye que el resultado fue bueno en los periodos de dilatación, expulsivo, alumbramiento, donde se evidencia la aplicación de las técnicas aprendidas, no presentándose ningún tipo de desgarro perineal cumpliéndose así una de las finalidades de la preparación psicoprofiláctica. (37)

En Tarapoto, 2006, Días, en un estudio reporta estadísticamente que las mujeres que fueron preparadas para el parto natural, a través del método psicoprofiláctico, estaban en

mejores condiciones físicas y psicológicas al momento del parto, ya que presentan buen nivel de hemoglobina, ganancia de peso aceptable y estaban alertas y cooperadoras durante los diferentes estadios de la labor y los recién nacidos, con un buen APGAR, al igual que buen peso y talla. (38)

En un estudio realizado en la misma ciudad, en el 2012, Madeleyne Cubas y Jessica Vásquez obtuvieron que el 20,83% de gestantes sin preparación psicoprofiláctica no presentaron ansiedad; el 75,00% presentaron ansiedad de tipo moderada; el 4,17% presentaron ansiedad de tipo severa y que la psicoprofilaxis interviene de manera independiente a la experiencia vivida como madres multíparas. Concluyen coincidiendo con el autor Santiago Vidal quien en el 2006 en la tesis titulada “Factores asociados a la participación activa en sala de partos de la parturienta con psicoprofilaxis obstétrica” informa que la falta de participación activa de la parturienta dentro de su trabajo de parto y parto constituye un problema de salud pública; que afecta a ella al niño por nacer y a su contexto. (23,39)

1.3. Justificación:

El presente trabajo se desarrolló convenientemente puesto que dilucida a la psicoprofilaxis prenatal como factor protector independiente involucrado en la cesárea de emergencia, cuya incidencia no ha presentado decremento a pesar de la mayor implementación de programas materno-perinatales y técnicas para el óptimo bienestar fetal al culminar de la gestación.

Esta investigación tiene valor teórico pues los resultados que se obtuvieron contribuyen de alguna manera a esclarecer las ventajas, en el caso se hubieran comprobado de la influencia de la psicoprofilaxis prenatal, ya que persiste la interrogante sobre en qué medida, mejora las condiciones de salud materno-fetales en la culminación del embarazo.

La obtención de datos de nuestros resultados se vincula con la utilidad práctica ya que al darse a conocer se favorece la decisión por parte del profesional médico sobre su implementación en gestantes en la etapa prenatal. Además el proyecto fue factible, ya que dentro de los recursos con

los que contamos, bajo nuestras posibilidades, se dispuso del tiempo y el acceso a la información necesaria para la obtención de los datos para el estudio.

1.4. Problema científico:

¿Es la ausencia de psicoprofilaxis prenatal factor de riesgo para cesárea de emergencia en el Hospital Regional de Pucallpa?

1.5. Objetivos

Objetivo General

Demostrar que la ausencia de psicoprofilaxis prenatal es factor de riesgo para cesárea de emergencia en el Hospital Regional de Pucallpa.

Objetivos específicos

- Comparar las características sociodemográficas entre las mujeres que recibieron psicoprofilaxis prenatal y quienes no recibieron psicoprofilaxis prenatal.
- Determinar y comparar la frecuencia de APGAR del recién nacido de gestantes quienes recibieron psicoprofilaxis prenatal y quienes no recibieron psicoprofilaxis prenatal.
- Determinar y comparar la frecuencia de desgarro vaginal en pacientes que presentaron parto espontáneo en gestantes quienes recibieron psicoprofilaxis prenatal y quienes no recibieron psicoprofilaxis prenatal.
- Determinar los días de estancia hospitalaria postparto de las pacientes que recibieron y quienes no recibieron psicoprofilaxis prenatal.

1.6. Hipótesis

Hipótesis alterna (Ha): La ausencia de psicoprofilaxis prenatal es factor de riesgo para cesárea de emergencia en el Hospital Regional de Pucallpa.

Hipótesis nula (Ho): La ausencia de psicoprofilaxis prenatal no es factor de riesgo para cesárea de emergencia en el Hospital Regional de Pucallpa.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Población Universo:

Historias clínicas perinatales de gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional De Pucallpa, en el período comprendido entre el 1 de Enero del 2006 al 31 de Diciembre del 2015.

2.2. Población de estudio:

Historias clínicas perinatales de gestantes de la población universo atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, en el período de estudio comprendido entre los años 2006 - 2015 que cumplan con los criterios de selección.

➤ **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

a) Cohorte expuesta

- Gestantes que no recibieron psicoprofilaxis prenatal.
- Gestantes con historias clínicas en donde sea factible evaluar la presencia de la condición materno – fetal.
- Pacientes que hayan sido atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa entre el período de 2006 al 2015.

b) Cohorte no expuesta

- Gestantes que recibieron al menos 3 sesiones de psicoprofilaxis prenatal.
- Gestantes con historias clínicas en donde sea factible evaluar la presencia de la condición materno – fetal.
- Pacientes que hayan sido atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa entre el período de 2006 al 2015.

➤ **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Historias clínicas con datos incompletos.
- Abortos.
- Gestantes transferidas a otro establecimiento de salud.

- Gestantes con cesárea programada.

2.3. Muestra:

UNIDAD DE ANÁLISIS

Historias Clínicas obtenidas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, entre los años 2006- 2015 que cumplan los criterios de selección.

UNIDAD DE MUESTREO

Historias Clínicas obtenidas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa de que cumplan los criterios de selección.

TIPO DE MUESTREO: Probabilístico: aleatorio simple.

TÉCNICA: Selección sistemática de elementos muestrales.

TAMAÑO MUESTRAL:

Para determinar el tamaño de la muestra se hará caso de la siguiente fórmula (40) (41):

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 (p_1 q_1 + p_2 q_2)}{[p_1 - p_2]^2}$$

Donde:

$Z_{\alpha/2}$ = Nivel de confianza elegido (95% = 1.96)

Z_{β} = Potencia de prueba (80% = 0.84)

Según el estudio de Oyuela-García y Hernández-Herrera. (30):

p_1 = 0.35 tasa de incidencia de cesáreas en pacientes que recibieron psicoprofilaxis prenatal.

p_2 = 0.495 tasa de incidencia de cesáreas en quienes no recibieron psicoprofilaxis prenatal.

N = Población estimada de gestantes que recibieron por lo menos 3 sesiones de psicoprofilaxis prenatal = 110.

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2 (0.495 \times 0.0505 + 0.35 \times 0.65)}{[0.495 - 0.35]^2}$$

n = 178

Para el estudio se trabajó con toda la población de gestantes que recibieron por lo menos 3 sesiones de psicoprofilaxis prenatal y 110 gestantes que no recibieron psicoprofilaxis prenatal.

2.4. Diseño de Estudio:

Tipo de estudio.

Estudio analítico, observacional, retrospectivo de cohortes histórica.

Diseño específico:

	FR
G1	Xn
G2	Xn

P: Población.

G1: Gestantes que no recibieron psicoprofilaxis prenatal.

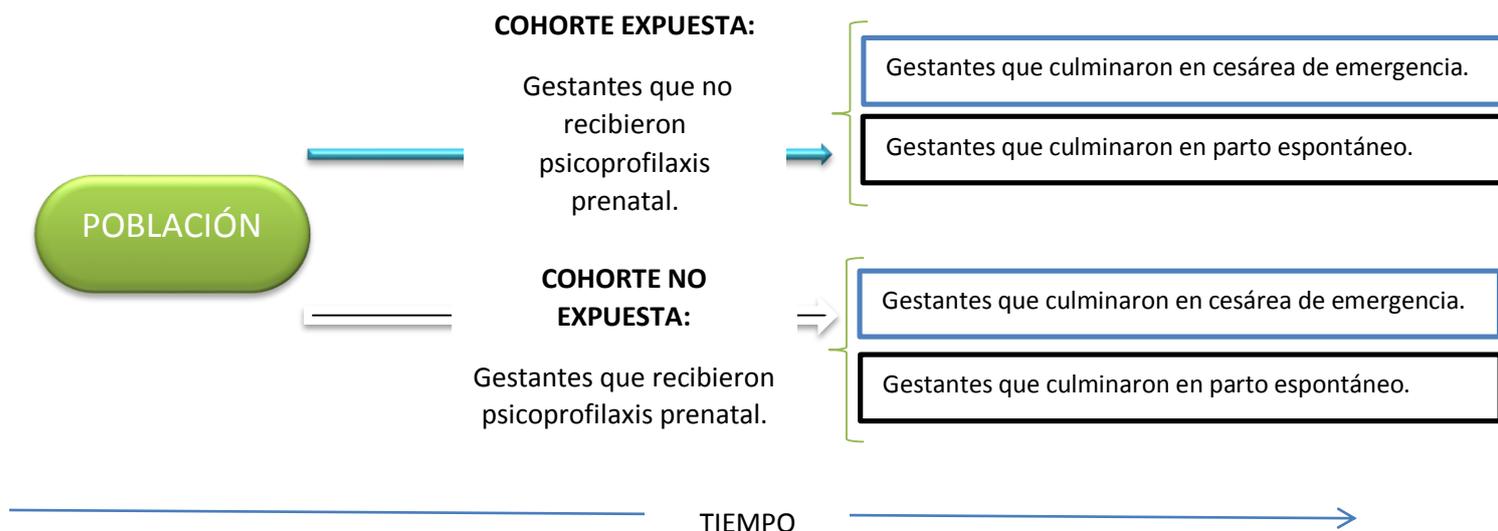
G2: Gestantes que recibieron psicoprofilaxis prenatal.

X1: Vía de parto.

X2: APGAR al minuto.

X3: Desgarro Vaginal.

X4: Estancia hospitalaria postparto.



2.5. Variables y escalas de medición:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ÍNDICE
DEPENDIENTE				
Psicoprofilaxis prenatal	Cualitativa	Nominal Dicotómica	> 3 sesiones - < 3 sesiones - Ninguna	Adecuada – Inadecuada/Ausente
INDEPENDIENTE				
Tipo de parto	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Forma de terminar la gestación.	Cesárea de emergencia – Parto espontáneo
APGAR al minuto	Cuantitativa	De razón	Examen clínico del recién nacido	1 - 10
Desgarro vaginal	Cualitativa	Nominal dicotómica	Complicación por laceración de la piel y/o músculos perineales.	SI NO

Estancia hospitalaria postparto	Cuantitativa	De razón	Tiempo de hospitalización luego del parto	Días.
------------------------------------	--------------	----------	---	-------

2.6. Definiciones operacionales:

- **Psicoprofilaxis prenatal:** Gestante que ha participado en al menos 3 sesiones de psicoprofilaxis prenatales recibidas.
- **Tipo de parto:** Modo de culminación del embarazo, por cesárea o parto espontáneo.
- **APGAR AL MINUTO:** Valoración clínica del estado del recién nacido al minuto de pasar por el proceso del nacimiento.
- **Desgarro vaginal:** Laceración de la piel o músculos perineales durante el expulsivo en el trabajo de parto.
- **Estancia hospitalaria postparto:** Días de puerperio que paciente permanece en el nosocomio.

2.7. Procedimientos:

1. Ingresaron al estudio las historias clínicas perinatales de gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, en el período de estudio comprendido entre los años 2006 - 2015 que cumplieron con los criterios de selección.
2. Se solicitó el permiso dirigido al área de administración del Hospital Regional de Pucallpa (HRP) donde se obtuvo acceso a la base de datos del HRP.
3. Se recopilieron las Historias clínicas Obstétricas del año 2006 al 2015, aplicando la técnica de “Análisis documental”, según su pertenencia a uno u otro grupo de estudio por muestreo aleatorio simple.
4. Se completaron los datos en el instrumento de recolección.

Una vez obtenidos los datos de interés, serán analizados estadísticamente.

Posteriormente se elaborará la discusión y conclusión del proyecto.

A. Técnica de recolección de datos:

Se realizará a través de un Análisis documental.

- **Instrumento de recolección de datos**

Se utilizará una ficha de recolección de datos, en la cual constará el número de Historia clínica y fecha de nacimiento del paciente. Además, está dividida en tres partes, la primera donde se anotarán los datos de filiación, en la segunda se anotarán datos acerca de la psicoprofilaxis prenatal y por último datos de la culminación de la gestación. (ANEXO N°2).

2. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION

El procesamiento de la información será automático y se utilizará una computadora Core i3 con Windows 7 y el Paquete estadístico SPSS versión 22.0. Los datos obtenidos desde las fichas de recolección, serán tabulados para el análisis estadístico.

2.1 Estadística descriptiva.

La valoración estadística se dará a través del análisis estadístico descriptivo de las variables, en las cuales se utilizará: Tablas de distribución de frecuencias de una y doble entrada, con sus valores absolutos y relativos, además de gráficos para variables cualitativas.

2.2 Estadística inferencial

Para la asociación entre la psicoprofilaxis prenatal y término de gestación, se empleará la prueba no paramétrica de independencia de criterios, utilizando la distribución Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%. Para determinar si la profilaxis es factor protector se calculará el Riesgo Relativo y su intervalo de confianza al 95%.

2.3 Estadígrafos de estudio:

Dado que el estudio evalúa asociación a través de un diseño de casos y controles, con variables cualitativas se midió la relación y el estadígrafo a emplear es el RIESGO RELATIVO (RR).

Utilizando el siguiente cuadro de contingencia:

	TIPO DE PARTO	
PSICOPROFILAXIS PRENATAL	CESÁREA DE EMERGENCIA	PARTO ESPONTÁNEO
AUSENTE	A	B
PRESENTE	C	D

RIESGO RELATIVO(RR):

a (c+d) / c (a+b)

III. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tomará en cuenta que el estudio se basa en la recopilación de Historias clínicas, y por ello al presente estudio no se aplicará el consentimiento informado debido a que no es de tipo experimental y no pone en riesgo la salud del paciente.

La DECLARACIÓN DE HELSINKI, pauta 9 expone que en la investigación médica, es deber del médico proteger la dignidad, la integridad, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación, y se tendrá en cuenta en el presente estudio al trabajar con las historias clínicas. Se expone en el mismo que la responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento, lo que acataremos pues se contará con la asesoría de un investigador experto en el área.

La pauta 24 explica que deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal. (42)

Según las PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS, CIOMS, la número 12: Distribución equitativa de cargas y beneficios en la selección de grupos de sujetos en la investigación, los grupos o comunidades invitados a participar en una investigación debieran ser seleccionados de tal forma que las cargas y beneficios del estudio se distribuyan equitativamente. Pauta 18: Protección de la confidencialidad, el investigador debe establecer protecciones seguras de la confidencialidad de los datos de investigación de los sujetos. (43)

De acuerdo al Código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú, artículo n° 77: La elaboración diagnóstica, terapéutica y pronóstica contenidas en la historia clínica, pueden ser utilizados por el médico tratante para fines de investigación y docencia, siempre que se mantenga en reserva aquellos datos que permitan la identificación del paciente. (44)

IV. RESULTADOS

TABLA N° 1:

Asociación de la Psicoprofilaxis prenatal con el Tipo de Parto en Gestantes del Hospital Regional de Pucallpa 2006 – 2015

Recibieron Psicoprofilaxis prenatal	Cesárea de Emergencia		Parto Espontáneo		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
NO	25	22.73	85	77.27	110	100
SI	31	28.18	79	71.82	110	100

Fuente: Hospital Regional de Pucallpa – Archivo de Historias Clínicas 2006 – 2015.

Chi cuadrado (χ^2) = 0.8625 $p = 0.3531$ RR = 0.81 I.C. 95 % (0.51 – 1.27)

La tasa de incidencia de cesárea en las pacientes que recibieron psicoprofilaxis prenatal fue de 28.18% y las que no recibieron fue de 22.73%, se deduce que no hay asociación significativa ($p > 0.05$) entre la psicoprofilaxis prenatal y la cesárea de emergencia, por lo que la ausencia de psicoprofilaxis prenatal no constituye un factor de riesgo, por tener un riesgo relativo bajo (RR= 0.81)

GRÁFICA N° 1:

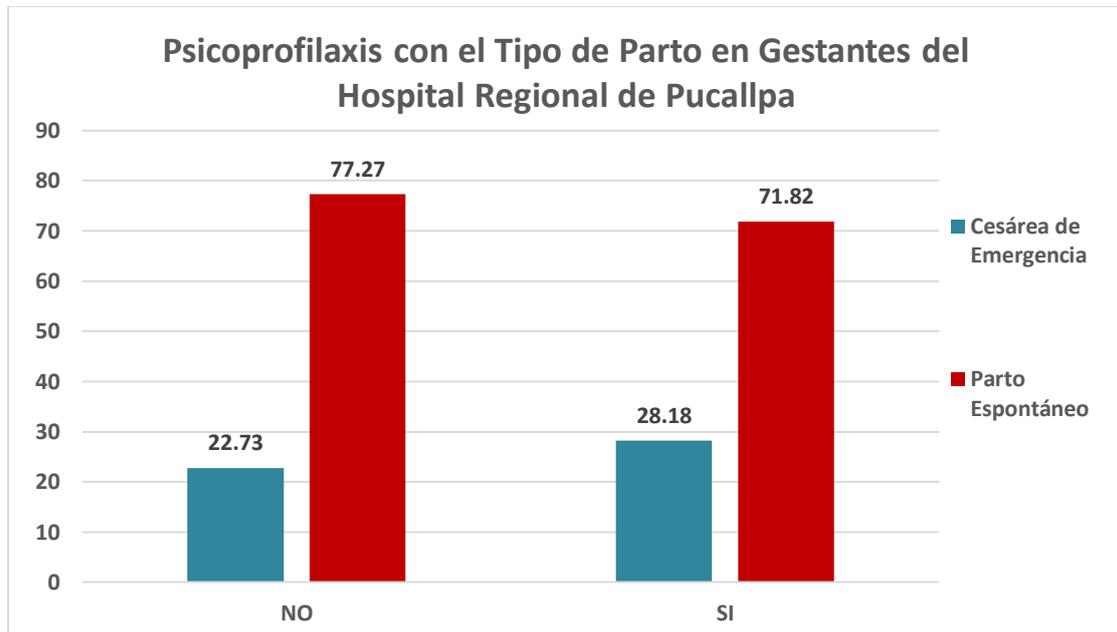


TABLA N° 2:

Comparación de la Edad de las Gestantes, Según Recibieron Psicoprofilaxis. Hospital Regional de Pucallpa

Edad (años)	Recibieron Psicoprofilaxis prenatal		<i>t</i>	<i>p</i>
	SI	NO		
Muestra	110	110		
Media	24.48	24.60	0.1363	0.8917
Desviación Estándar	6.042	6.981		

Fuente: Hospital Regional de Pucallpa – Archivo de Historias Clínicas 2006 – 2015.

TABLA N° 3:

**Comparación de la Paridad de las Gestantes, Según Recibieron Psicoprofilaxis prenatal.
Hospital Regional de Pucallpa**

Paridad	Recibieron Psicoprofilaxis prenatal				χ^2	P
	SI		NO			
	n	%	n	%		
Nuliparidad	66	60	43	39.09	9.619	0.0019
Multiparidad	44	40	67	60.91		

Fuente: Hospital Regional de Pucallpa – Archivo de Historias Clínicas 2006 – 2015.

Fuente: Hospital Regional de Pucallpa – Archivo de Historias Clínicas 2006 – 2015.

TABLA N° 4:

**Comparación del APGAR al Minuto de las Gestantes, Según Recibieron Psicoprofilaxis
prenatal. Hospital Regional de Pucallpa**

APGAR al Minuto	Recibieron Psicoprofilaxis prenatal		t	p
	SI	NO		
Muestra	110	110		
Media	7.58	7.50	0.5880	0.5571
Desviación Estándar	0.916	1.094		

Fuente: Hospital Regional de Pucallpa – Archivo de Historias Clínicas 2006 – 2015.

TABLA N° 5:

Comparación del Desgarro Vaginal en Parto Espontáneo de las Gestantes, Según Recibieron Psicoprofilaxis prenatal. Hospital Regional de Pucallpa

Desgarro Vaginal	Recibieron Psicoprofilaxis prenatal				χ^2	P
	SI		NO			
	n	%	n	%		
SI	22	27.85	14	16.47	3.0937	0.0786
NO	57	72.15	71	83.53		
TOTAL	79	100	85	100		

Fuente: Hospital Regional de Pucallpa – Archivo de Historias Clínicas 2006 – 2015.

TABLA N° 6:

Comparación de la Estancia Hospitalaria postparto de las Gestantes, Según Recibieron Psicoprofilaxis prenatal. Hospital Regional de Pucallpa

Estancia Hospitalaria postparto (días)	Recibieron Psicoprofilaxis prenatal		t	p
	SI	NO		
Muestra	110	110		
Media	1.85	2.11	1.4033	0.1622
Desviación Estándar	1.044	1.639		

Fuente: Hospital Regional de Pucallpa – Archivo de Historias Clínicas 2006 – 2015.

V. DISCUSIÓN

La psicoprofilaxis prenatal pretende brindar a la mujer mejores condiciones para ella y su bebé, evitar complicaciones particularmente en el momento del parto, reduciendo el miedo y generando un reflejo condicionado en la psiquis de la gestante para disminuir el reflejo del dolor, con la base en técnicas de respiración, relajación y el conocimiento de lo que va a ocurrir. Así, según esto, la psicoprofilaxis prenatal tendría lugar en el tipo de parto al disminuir la tasa de cesáreas de emergencia, la de desgarro vaginal y los días de estancia hospitalaria postparto.

En la Tabla 1 se observa que la tasa de incidencia de cesárea en las pacientes que recibieron psicoprofilaxis prenatal fue de 28.18% y las que no recibieron fue de 22.73%. Esta diferencia corresponde a que no hay asociación significativa ($p > 0.05$) entre la psicoprofilaxis prenatal y la cesárea de emergencia, por lo que la ausencia de psicoprofilaxis prenatal no constituye un factor de riesgo, por tener un riesgo relativo bajo ($RR = 0.81$), difiriendo con los hallazgos descritos por **Malin Mergström, Helle Kieler y Ulla Waldenström**, en Suecia en el 2010 concluyeron que el uso de psicoprofilaxis prenatal durante el trabajo de parto estuvo asociado con un menor riesgo de cesárea de emergencia ($OR 0,57$; $IC 0,37-0,88$). (32)

En la Tabla 2. Se analiza que no hay diferencia significativa entre la edad de las gestantes quienes recibieron psicoprofilaxis prenatal (24.48 años) y las que no recibieron (24.60 años)

En la Tabla 3. Hay diferencia significativa ($p < 0.05$) entre la paridad de quienes recibieron y no recibieron psicoprofilaxis prenatal. Gestantes nulíparas que recibieron psicoprofilaxis prenatal constituyeron el 60% y quienes no recibieron 39.09%.

Tabla 4. Muestra que no hay diferencia significativa ($p > 0.05$) del APGAR al minuto entre las gestantes que recibieron o que no recibieron psicoprofilaxis prenatal, contrastándose con el estudio de **Días**, en Tarapoto, 2006, en un estudio reporta estadísticamente que los recién nacidos de mujeres que fueron preparadas para el parto natural, a través del método psicoprofiláctico, presentaron buen APGAR. (38)

Tabla 5. Se comparó la frecuencia de gestantes que cursaron con desgarro vaginal agregado entre las que recibieron y no recibieron psicoprofilaxis prenatal, encontrando

que quienes recibieron psicoprofilaxis prenatal 27.85% tuvieron desgarro. 16.17 de quienes no recibieron psicoprofilaxis prenatal tuvieron desgarro. Podría atribuirse a que la nuliparidad fue más frecuente en el primer grupo.

En la Tabla 6. No se encuentra diferencia significativa ($p>0.05$) entre la estancia hospitalaria postparto de las gestantes que recibieron y no recibieron psicoprofilaxis prenatal ; el tiempo promedio de quienes recibieron psicoprofilaxis prenatal fue de 1.85, y de quienes no recibieron de 2.11. A diferencia de los hallazgos de un estudio de Monterrey en el 2010, por **Oyuela-García y Hernández Herrera**, en la que la estancia hospitalaria en el grupo control incrementó 17 días más en madres del grupo que recibió psicoprofilaxis prenatal. (30)

VI. CONCLUSIONES

1. La psicoprofilaxis prenatal no se asocia al tipo de parto en el Hospital Regional de Pucallpa.
2. No hubo diferencia significativa en la edad de quienes recibieron psicoprofilaxis prenatal y quienes no recibieron psicoprofilaxis prenatal.
3. Hubo diferencia significativa de la paridad en quienes recibieron psicoprofilaxis prenatal y quienes no recibieron psicoprofilaxis prenatal, siendo las gestantes nulíparas quienes recibieron de manera más frecuente psicoprofilaxis prenatal.
4. No hubo diferencia significativa en gestantes que sufrieron desgarro vaginal al culminar en parto espontáneo en quienes recibieron psicoprofilaxis prenatal y quienes no recibieron.
5. No hubo diferencia significativa en los días de estancia hospitalaria postparto de las pacientes que recibieron psicoprofilaxis prenatal y quienes no recibieron psicoprofilaxis prenatal.

VII. RECOMENDACIONES

1. Es necesario mejorar la cobertura de la profilaxis en los diferentes programas de consejería y control prenatal a nivel nacional para poder observar de manera más significativa la interacción entre las variables de profilaxis prenatal y el tipo de desenlace del parto
2. Resulta necesario explorar otros probables factores de asociación a la cesárea de emergencia, con la finalidad de seleccionar los factores de mayor riesgo a fin de conseguir una estrategia más rigurosa para el bienestar materno- fetal.
3. Además de desarrollar nuevos estudios acerca de la asociación beneficiosa entre la psicoprofilaxis prenatal y el bienestar maternofetal.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Interamericana , editor. Dorland Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. In. Madrid: McGraw-Hill; 1999.
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Human Reproduction Programme. 2015.
3. Martínez Salazar GG. Criterios para el manejo de cesárea de urgencia. Revista Mexicana de Anestesiología. 2013 Abril-Junio; 36: p. S159-S162.
4. Köhnenkamp R, Nazar J C, Lacassie Q H. Anestesia general para operación cesárea: Beneficios, riesgos y complicaciones asociadas. Rev Chil Anest. 2011; 40: p. 335-343.
5. Gosset M, Ilenko A, Bouyou J, Renevier B. Emergency cesarean section. Journal of Visceral Surgery. 2017.
6. Casagrandi C, Perez P, Areces D, Sanabria A, Urrea R, Benavides S, et al. Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2007; 33(3).
7. Salinas P H, Albornoz V J, Reyes P Á, Carmona G S. Factores predictores de cesárea. Rev Chil Obstret Ginecol. 2004; 69(5): p. 357-360.
8. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Guía. Lima: Ministerio de Salud; 2007.
9. Galvez Liñan EM. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del Callao, período enero-diciembre 2013. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
10. Medina Huiza JL. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Enero a Diciembre del 2015. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
11. Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. Horiz Med. 2014 Diciembre; 14(4): p. 53-57.
12. Morales S. Psicoprofilaxis obstétrica. In APPO. Guía Práctica. Lima: Lima; 2012.
13. Sapién López JS, Córdova Basulto DI. Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. Psicología y salud. 2007; 17(2): p. 219-228.
14. Martínez Galiano JM. Impacto del programa de MEducación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido. Tesis. Granada: Universidad de Granada, Medecina Preventiva y Salud Pública; 2012.
15. Morales S, García Y, Agurto M, Benavente A. La psicoprofilaxis obstétrica y la estimulación prenatal en diversas regiones del Perú. Horizonte médico. 2014 enero-marzo; 14(1): p. 42-48.

16. Collins English Dictionary. The Free Dictionary. [Online].; 2014 [cited 2017 Febrero 24]. Available from: <http://www.thefreedictionary.com/psychoprophylaxis>.
17. Romero. 2003.
18. Lamaze F. Painless childbirth. Psychoprophylactic method. 1958.
19. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. [Online].; 2011 [cited 2017 Marzo 08]. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>.
20. Fujihara S, Tsukisawa M. An Analysis of the Controversy on the Psychoprophylaxis Method in the Japanese Medical Journal "Obstetrics and Gynecology," 1954-1957. PubMed. 2015 Jun; 61(2): p. 131-44.
21. Fujihara S, Tsukisawa M. Introduction of the psychoprophylactic method and its influence on the prenatal care program for institutional parturition in Japan: the practice in the Central Hospital of Maternity of the Japanese Red Cross Society and Oomori Red Cross Hospital, 1953-19. PubMed. 2014 Mar; 60(1): p. 49-64.
22. Solis Linares H, Morales Alvarado S. Impacto de la psicoprofilaxis obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Horiz. med. 2012 Abril-Junio; 12(2).
23. Cubas Pérez M, Vásquez Daza JK. Influencia de la preparación psicoprofiláctica en los niveles de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto. Hospital Santa Gema - Yurimaguas. Mayo a Diciembre 2010. 2012.
24. Lockwood C, Magriples U. Initial prenatal assessment and first-trimester prenatal care. 2017 Enero.
25. Crowley K, Martin K. Educación para el paciente: Actividad durante el embarazo (Conceptos básicos). [Online].; 2017 [cited 2017 Febrero 24]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/es-419/activity-during-pregnancy-the-basics?source=topic_page.
26. Barss V. Patient education: Avoiding infections in pregnancy (Beyond the Basics). [Online].; 2015 [cited 2017 Enero 30]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/avoiding-infections-in-pregnancy-beyond-the-basics?source=see_link.
27. Lockwood C, Magriples U. Initial prenatal assessment and first-trimester prenatal care. [Online].; 2017 [cited 2017 Febrero 08]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/initial-prenatal-assessment-and-first-trimester-prenatal-care?source=search_result&search=prenatal%20care&selectedTitle=1~150.
28. Ahldén I, Göransson A, Josefsson A, Alehagen S. Parenthood Education in Swedish Antenatal Care: Perceptions of Midwives and Obstetricians in Charge. Journal of perinatal Education. 2008; 17(2): p. 21-27.

29. Kopáčikova M, Stančiak J, Novotný J. Psychofyzyczne przygotowanie kobiety w ciąży do porodu w opiece prenatalnej. Wydawnictwo UR. 2012; 3: p. 334-340.
30. Oyuela-García J, Hernández-Herrera R. Psychooprophylaxis and the rate of cesarean section. PubMed. 2010 Jul-Aug; 48(4): p. 439-42.
31. Spiby H, Henderson B, Slade P, Escott D, Fraser RB. Strategies for coping with labour: does antenatal education translate into practice? PubMed. 1999 Feb; 29(2): p. 388-94.
32. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. PubMed. 2010 Junio; 89(6): p. 794-800.
33. Bergström M. Psychoprophylaxis - antenatal preparation and actual use during labour. tesis. Psychoprophylaxis - antenatal preparation and actual use during labour: Karolinska Institutet, Department of Women's and Children's Health; 2010.
34. Adams S, Eberhard-Gran M, Eskil A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. PubMed. 2012; 119(10): p. 1238.
35. Reyes Hoyos LM. Psicoprofilaxis Obstétrica Asociado A Beneficios Materno - Perinatales en Primigestas Atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Enero - Diciembre 2002. 2004.
36. Oviedo Sarmiento E. Nivel de satisfacción de las pacientes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica al recibir la atención del primer parto autócico en la Hospital I Jorge Voto Bernales Corpancho: EsSalud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2010.
37. Valle Coñaña VV. Programa de psicoprofilaxis y actitud de la gestante. Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. tacna Diciembre 2005 a febrero del 2006. 2006.
38. Días. Estudio de cohorte transversal del curso de parto Psicoprofiláctica como factor protecto al momento del parto, policlínica Presidente Remón. tesis. Tarapoto: Universidad de Panamá, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública; 2006.

39. Santiago V. Estudio sobre factores asociados a la participación activa en sala de partos de la parturienta con psicoprofilaxis obstétrica. Tesis. Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2006.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

40. C CE. Estadística aplicada a la investigación científica en ciencias de la salud..
41. Pértegas Díaz S, Pita Fernández S. Fisterra.com. [Online].; 2002 [cited 2017 Febrero 17]. Available from: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra_casos/casos_controles.asp.
42. World Medical Association. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Online]. Available from: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3>.
43. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. [Online].; 2002 [cited 2017 Enero]. Available from: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm.
44. Colegio médico del Perú código de ética y deontología. Declaración de los principios. [Online].; 2007 [cited 2017 Enero 08]. Available from: http://www.cmp.org.pe/doc_norm/codigo_etica_cmp.pdf.

IX. ANEXOS

ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Historia Clínica n°: _____ Fecha de término de la gestación:
____ / ____ / ____

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombre: _____ Edad: _____

Paridad: _____

II. DATOS SOBRE LA PSICOPROFILAXIS PRENATAL:

1. Número de sesiones de psicoprofilaxis prenatal:

III. DATOS SOBRE EL TÉRMINO DEL PARTO:

1. Culminó en:

() Cesárea de Emergencia. () Parto espontáneo.

1. APGAR del recién nacido:

2. Estancia hospitalaria postparto:

3. Complicaciones maternas:

4. ¿Cursó con desgarro vaginal?: SI NO