



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
ESCUELA DE ENFERMERIA**

EL PARTO: UNA EXPERIENCIA SATISFACTORIA

Elaborado por:

ROSA MA. GONZALEZ FLORES

LETICIA LOZANO MARTINEZ

AURORA MUÑIZ CAMPOS

VALENTINA SANTOS RODRIGUEZ

T E S I S

para obtener el Título de

LICENCIADA EN ENFERMERIA

San Luis Potosí, S. L. P., Septiembre de 1987.

" A G R A D E C I M I E N T O S "

A NUESTRO ESFUERZO

Porque como profesionales,
decidimos una vez más en -
la vida lanzarnos a triun-
far arriesgandolo todo, --
sin conformarnos a solo --
contemplar el paso de los-
triunfadores.

A NUESTROS PADRES

Por ser ellos quienes desinteresadamente apoyaron y --
alentaron en todo momento -
el afán y esfuerzo requeri-
dos para el logro de nues--
tros objetivos.

A LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA U.A.S.L.P.

Por ser testigo de nuestro sa
crificio y entusiasmo por ser
cada día mejores "Nuestra ---
Eterna Gratitud".

A LA DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA UASLP.

Lic. en Enf. Ana María del R. Macias Mata.

Por demostrarnos su grandeza como
profesional y persona al brindar-
nos su apoyo incondicional en la-
. realización de este trabajo.

UN RECONOCIMIENTO MUY ESPECIAL A NUESTROS ASESORES

Lic. en Psic. Ma. del C. Graciela Muñoz Padilla

Lic. en Enf. Ma. Elena Gámez Castro.

Dr. Gregorio Lemus Contreras.

Dr. Mario Vázquez Campillo.

Dr. Héctor G. Hernández Rodríguez.

Quienes a través de sus conocimientos y experiencia nos brindaron la confianza y seguridad necesarios para formar los sólidos sentimientos en que ahora se apoya el logro de nuestros objetivos.

A LAS DEPENDENCIAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Hospital General de Zona No. 1
Unidad de Medicina Familiar No. 45
Unidad de Medicina Familiar No. 47
Unidad de Medicina Familiar No. 7
Sindicato Nacional de Trabajadores
del Seguro Social.

Nuestro más sincero reconocimiento
por su colaboración y participa---
ción en el desarrollo de este estud
dio.

I N D I C E

INTRODUCCION.

1.-	Planteamiento del Problema.....	1
2.-	Antecedentes.....	2
3.-	Investigaciones sobre el Tema.....	4
4.-	Objetivos.....	8
5.-	Hipótesis.....	8
6.-	Variables.....	9
7.-	Metodología.....	10
7.1.	Integración y Tratamiento. Grupo expuesto.....	11
7.2.	Integración y Tratamiento. Grupo no-expuesto.....	13
7.3.	Tratamiento Estadístico.....	14
8.-	Presentación y Análisis de Datos.....	15
8.1.	Datos Generales.....	15
8.2.	Relación entre Preparación Psicoprofiláctica y Tiempo - de Duración del Trabajo de Parto, Participación de la - embarazada y Apgar del recién nacido.....	18
8.3.	Otros resultados del estudio.....	25
9.-	Conclusiones.....	30
10.-	Sugerencias.....	31
11.-	Comentarios.....	32
	Bibliografía.....	

ANEXOS.

I.-	Método psicoprofiláctico de preparación para el parto..	
II.-	Descripción del parto.....	
III.-	Curso de preparación psicoprofiláctica.....	
IV.-	Instrumentos.....	
IV.A.	Valoración del Trabajo de Parto.....	
IV.B.	Conductas maternas durante el trabajo de parto.....	
IV.C.	Descripción del Apgar del recién nacido.....	
IV.D.	Atención del personal de salud a la paciente en trabajo de parto. (grupo no-expuesto).....	
V.-	Cuadros Complementarios.....	

INTRODUCCION.

Aunque el parto en si, es un fenómeno fisiológico, - la mujer en el puede necesitar de diversos apoyos ya sean - físicos, psicológicos y/ó materiales.

Por lo general, las condiciones en las que se atiende el parto suelen tornarlo en un proceso largo y penoso, - no obstante será más llevadero si, la mujer embarazada llega a comprender la cadena de acontecimientos que se desencadenan en ella durante esas largas horas.

En nuestra práctica diaria, hemos observado, problemas que se presentan durante el trabajo de parto debido a - una falta de cooperación de la embarazada ya por miedo o ignorancia que afectan de una u otra manera tanto a ella como a su hijo; Es por eso que nosotras, Enfermeras Profesionales conociendo los problemas que ocasiona la falta de orientación a la embarazada y inconcientes de que directamente somos responsables de la atención que se les brinda, decidimos realizar un estudio en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde pudimos demostrar que Enfermería tiene la capacidad y el conocimiento necesario para abordar un campo no explorado por ningún miembro del equipo de salud. Así -- mismo, demostramos los beneficios de una preparación Previa en el Tiempo de duración del Trabajo de Parto, participación de la mujer durante el mismo y en el APGAR del recién nacido.

Para proporcionar un adiestramiento efectivo a la populación en estudio, utilizamos el metodo de preparación psicoprofiláctica para el parto del Dr. Fernand Lamaze, ya que atravéz de condicionamiento físico y psicológico permite a la embarazada disponerse al parto comprendiendo el proceso, confiando en si misma y en lo que puede hacer. Además estudios realizados y revisados han demostrado que dicha preparación se relaciona con partos menos tardados, menos cesareas, mayor participación de la embarazada, mayor calificación de APGAR en el recién nacido, menos analgesia y anestesia durante el trabajo de parto.

Los sentimientos de una mujer preparada desempeñan un papel muy importante en su reacción frente al trabajo de parto es de gran ayuda que ella pueda considerar cada contracción no como otro dolor, sino como otro esfuerzo del útero para abrir el cérvix y permitir al niño su entrada al mundo.

Para el desarrollo del presente estudio, se revisaron antecedentes de la evolución que hasta ahora la obstetricia ha logrado así como investigaciones de los beneficios de la preparación psicoprofiláctica, para el logro de los objetivos inicialmente fijados.

Los resultados presentados en el orden de los objetivos nos muestran la relación que guarda la Preparación Psicoprofiláctica con:

- a).- Tiempo de Duración del Trabajo de Parto, en donde se demuestra que este es menor en una mujer preparada que en una no preparada.
- b).- Participación de la mujer durante el Trabajo de Parto, la cuál se comprueba es 100% más positiva en una mujer con Preparación Previa.
- c).- APGAR del Recién Nacido, este punto estadísticamente no fué significativo, aunque se pudieron observar calificaciones mayores en el grupo expuesto.

Estos hallazgos comprueban las hipótesis establecidas para el estudio.

La metodología del estudio, se refiere de una manera sintética haciendo énfasis en el proceso que se sigue para la integración de los grupos en estudio. Igualmente se anejan al trabajo los instrumentos utilizados para la recolección de datos.

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La atención del parto cambió de la casa al hospital - al tratar de sustituir un medio peligroso por otro seguro, - ya que la falta de conocimientos y medios para detectar y ó- evitar complicaciones durante este proceso no eran los ade- cuados para atender de una manera óptima a la madre y a su - hijo.

El desplazamiento de la atención obstétrica a un hos- pital, se acompañó de un cambio de actitudes. Antes, el tra- bajo de parto y la expulsión ocurrían en compañía de parien- tes y amigos y se les consideraba como hechos normales y sa- nos. Sin embargo, con el cambio, se relacionó el parto con - médicos, hospitales y enfermedad, se olvidó que el parto ade- más de ser un fenómeno fisiológico para la madre también --- constituye en fenómeno psicológico para ella.

El incremento en la demanda de los servicios obstétri cos a nivel institucional, así como la falta de conocimientos sobre técnicas que permitan orientar a la embarazada para que participe activa y concientemente durante el proceso de par- to, impide proporcionar atención integral, lo que conlleva a- la deshumanización de la atención e insatisfacción de las ne- cesidades básicas de la paciente.

En nuestra práctica profesional, hemos observado que - al servicio de Maternidad frecuentemente llegan a solicitar - atención, embarazadas cuya actitud refleja el miedo al parto- y en caso de primigestas, el miedo a una experiencia descono- cida. La ignorancia de la mujer con respecto al proceso que - se desarrollará en las horas de trabajo de parto y el descono- cimiento de la manera más adecuada de participar en él, condu- ce al uso indiscriminado de tratamientos que pueden ser perju- diciales tanto para la madre como para su hijo. Esto, nos mo- tivó a realizar un estudio cuyo propósito fué determinar la - importancia de una preparación previa que permita a la embara

zada convertirse en un miembro útil del equipo obstétrico, - al mismo tiempo, demostrar la importancia del papel que enfermería puede desempeñar en dicha preparación; ya que es la enfermera la que está más cerca de la paciente y quién tiene la responsabilidad de satisfacer ó contribuir en la satisfacción de las necesidades de ésta.

2.- ANTECEDENTES.

La idea de ayudar a la mujer para que participe en la extraordinaria experiencia que es el parto no es nueva, esto data desde que las comadronas campesinas desarrollaron técnicas para proporcionar esta ayuda básica. Sin embargo, la falta de conocimientos y procedimientos científicos, hacían que éstas técnicas se tornaran inútiles cuando se presentaban -- factores que impedían la evolución normal del parto. (6)

A través de los avances de la Obstetricia, diversos - autores han contribuido a que la mujer tenga sus hijos con - un mínimo de riesgos y un máximo de satisfacción.

Hipócrates, médico Griego que vivió 400 años a.c. fué el primero en intentar estudios científicos en la obstetricia; estudió muchas enfermedades y dolencias, entre ellas incluía algunas complicaciones del embarazo por ejemplo la --- eclampsia, problemas provenientes de la presentación pélvica- y en este caso recomendaba versión cefálica interna ya que - pensaba que el producto no podría nacer vivo sinó era expulsado en posición cefálica. (5:4)

En el primer siglo de nuestra era, Celso y Sorano descubrieron la operación cesárea como medio para el nacimiento de un producto vivo después de que la madre muriese o como - último recurso para salvar a la madre en caso de expulsión - imposible. Desconocían los principios de asepsia y sutura -- del útero por lo que la infección y la hemorragia causaban - índices altos de muerte materna por la operación. (idem)

No fué hasta el año de 1867 que Lister De Glasgow en sus escritos On The Antiseptic Principe In The Practice Of Sugery, efectuó la operación cesárea con un amplio márgen de seguridad basado en los principios asépticos descubiertos -- por Pasteur. (5:16)

Aeccio, en el siglo VI mencionó los escritos de Aspacia, matrona que se distinguió especialmente en los casos de distocias, fijando las causas de las mismas, ya maternas, ya fetales.

En 1580, Chamberlin en Inglaterra inventó el fórceps para extraer el producto por las vías normales en partos difíciles, pero guardó en secreto el instrumento por más de -- 100 años; en el año de 1720 se hizo público el empleo de éste instrumento. En 1701 Van Deventer, comenzó el estudio de los mecanismos del trabajo de parto. Samuel Bard, en el año de 1807, publicó el primer libro de texto en Obstetricia, apareciéndo en Norte-América, en él criticaba el exámen vaginal y manipulación durante el trabajo de parto sobre todo en el período expulsivo; dividió el trabajo de parto en cuatro etapas; recomendó que no se hiciera tracción del cordón umbilical por el peligro de inversión uterina. (5:6,7,16)

El 7 de Abril de 1847 el Dr. Keep de Boston, administró éter a una mujer que daba a luz obteniendo un resultado altamente satisfactorio, un mes más tarde el Dr. Walter Channing en Harvard administró éter antes de la aplicación de un fórceps. En el año de 1902 Estein Buchel y Gauss utilizan -- una combinación de morfina y escopolamina para producir "El sueño crepuscular" para el parto, la combinación produjo --- analgesia y amnesia que a la vez provocaron alucinaciones, delirio y excitación en la madre, al nacer el niño, tenía -- una alta probabilidad de mostrar depresión. (5:11)

En 1940 comienza la utilización de analgésicos locales y de conducción, mismos que se utilizan hasta la actualidad.

Aunque la anestesia se hace necesaria en algunas situaciones, no deja de presentar peligro tanto para la madre como para su hijo.

3.- INVESTIGACIONES SOBRE EL TEMA.

La bibliografía disponible en nuestro medio sobre el tema es escasa, sin embargo, consideramos que los artículos-revisados aportan información valiosa para apoyar un trabajo como el nuestro.

Grantley Dick Read en el año de 1932 señaló los efectos dañinos del miedo y la ignorancia durante el trabajo de parto. Read, comenzó a utilizar en Inglaterra el parto natural al examinar la relación miedo-parto. Postuló un síndrome de Miedo-Tensión-Dolor. El miedo y la anticipación del dolor despiertan las tensiones protectoras naturales del organismo ámbas, psíquicas y musculares, éstas últimas tienden a antagonizar la dilatación del conducto del parto, la resistencia resultante origina dolor al excitar las terminaciones nerviosas del útero, de este modo, el temor origina tensión el --- cual a su vez causa dolor, (15)

Velvovsky y Platonov en el año de 1947, crearon el método psicoterapéutico basado en los principios de la fisiología de Iván Pavlov. (Teoría de los Reflejos Condicionados). (idem).

En 1951 el obstetra Francés Fernand Lamaze y su colaborador Pierre Vellay, difunde notablemente el método Ruso, adoptando también el método de relajación de Dick Read. --- Ellos demostraron que las pacientes sometidas a la preparación para el parto: tienen dolores de poca duración, requieren de menos analgesia y anestesia, pocas intervenciones quirúrgicas, convalecencias más cortas y menos dolorosas, tienen niños menos deprimidos y con menor mortalidad.(15:584)

Los principios básicos de este método son:

- Comprensión del proceso de trabajo de parto para -- aliviar aprehensiones al igual que dolores innecesarios provocados por la ignorancia, angustia y el miedo.

-Ejercicios musculares que ayudan a preparar el organismo para trabajo de parto confortable.

- Ejercicios de control neuro-muscular.

- Ejercicios respiratorios.

Mediante el proceso de comprensión, se trata de combatir el temor que el parto produce a la gestante, la preparación incluye pláticas tendientes a combatir la ignorancia como principal fuente de temor, de este modo, la mujer entiende la manera de como trabaja su cuerpo, especialmente sus -- nervios, músculos y sistema reproductor. Sabe que el naci--- miento es función normal de su cuerpo y en tales condiciones aprende a adaptarse mejor a situaciones y su esfuerzo físico es menor y más rápida su recuperación.

Tanto los ejercicios neuro-musculares como respiratorios que utiliza el método tienen un objetivo: lograr un nuevo centro de concentración.(10)

El método psicofiláctico de preparación para el -- parto, es aceptado en muchos países del mundo como parte de los servicios de salud prenatal. Los informes más antiguos -- sirven para valorar los resultados de estudios en los que se comparan partos entre mujeres con preparación previa ó sin -- ella.

Thoms y Karlovsky (1954) estudiaron 2000 partos de -- primíparas que habían recibido preparación para el parto. No se realizó un estudio entre mujeres preparadas y no preparadas, pero Thoms y Karlovsky quedaron convencidos que el método de preparación para el parto producía un número reducido de recién nacidos deprimidos, trabajos de parto más breves, -- menos cesáreas, menos pérdida de sangre, una convalecencia -- más corta y por último madres más felices. (7)

Laird y Hogan 1956, compararon los datos de:

- a) - 299 mujeres que escogieron y recibieron clases de preparación para el parto.
- b) - 96 mujeres que asistieron a clases después de preguntarseles si estaban interesadas en las mismas.
- c) - 302 pacientes que no participaron en las clases aunque se les había invitado.

Ellos demostraron diferencias importantes en los 3 grupos. No hubo necesidad de aplicar analgesia durante el parto a un 27% de las del grupo (a); a un 22% de las del grupo (b) a un 6% de las del grupo (c). Por lo tanto la necesidad de analgesia obstétrica es menor en el grupo que recibió preparación. La aplicación de fórceps fué más rara en los dos primeros grupos. (7:4)

Bergstrom Walan 1959-1961, comparó una serie de aspectos obstétricos y personales de los partos en 250 primíparas-Suecas.

- 50 mujeres se escogieron al azar y se les invitó a asistir a una serie de 8 clases.

- 50 mujeres escogieron espontáneamente una serie de 5 clases.

- 100 mujeres no escogieron las clases aunque estuvieran a su disposición.

- 50 mujeres no tuvieron oportunidad de asistir a las clases.

Las mujeres que asistieron a las clases sobre todo las del primer grupo, experimentaron menos dolor durante la dilatación y la expulsión. Tanto ellas como las enfermeras señalaron que aquellas con preparación al parto tenían menos ansiedad que las no-preparadas. Las mujeres que asistieron a clases, necesitaron menos medicamentos, presentan menos hipertensión arterial y partos más breves. Según Bergstrom Walan, las diferencias en la duración del trabajo de parto se debían probablemente a la menor ansiedad de las mujeres con-

preparación. (7:5,6)

Davis y Morrone 1962, hicieron un estudio para tratar de confirmar los resultados de Thoms y Karlovsky, éstos autores estaban interesados en los efectos de preparación al parto y en los efectos de ayuda adicional de la enfermera durante el parto, Compararon 4 grupos de primíparas haciendo un total de 1750, no encontrando diferencias significativas en el tiempo de duración del trabajo de parto.(7:1,2)

Tanzer 1967, comparó datos de:

- 14 mujeres que no escogieron ni recibieron preparación para el parto.
- 13 mujeres que escogieron y recibieron la preparación.
- 9 mujeres que no escogieron pero que recibieron preparación por indicación médica.

La preparación al parto consistió en una serie de clases basadas en el método de Lamaze. Tanzer comprobó que las pacientes con preparación para el parto mostraron una actitud mental más positiva hacia el embarazo después de comenzar las clases, experimentaron menos dolor durante el parto y recibieron menos medicamentos durante el mismo. El grupo estudiado por tanzer fué relativamente pequeño, sin embargo, las diferencias fueron estadísticamente significativas y difícilmente se debieron a variaciones al azar. (7:4)

Scott y Rose en 1976, compararon el parto de 129 primíparas que escogieron la preparación y el de 129 que no la escogieron. Las primeras completaron el curso de clases del tipo Lamaze, adiestradas en técnicas de relajación, respiración y pujo en 6 sesiones de 2hrs. de duración por una enfermera (coautora de dicho trabajo). Durante la preparación, a cada mujer se le insistía que podría solicitar analgesia durante el parto. Los autores concluyeron que la ventaja mayor de las mujeres preparadas psicológicamente, es que toleran el parto con menos analgesia y anestesia. Estos resultados son particularmente llamativos si recordamos que, duran-

te la preparación, a las mujeres se les pedía sentirse libres de solicitar se les administrará analgésicos. (7:7,8)

Chance y Prytula en 1978, comprobaron que: durante el parto, la frecuencia cardiaca de los fetos cuyas madres habían escogido la preparación al parto, era más estable -- que las de los fetos cuyas madres formaban el grupo control. Todas las mujeres eran primíparas y los grupos eran comparables. En cuanto al tipo de anestesia usada, los autores encontraron que las diferencias en la frecuencia cardiaca variaban notablemente. (7:10)

Hughey, Mcelin y Young, encontraron menos trastornos fetales durante el trabajo de parto de mujeres que habían sido preparadas. (idem)

Por lo anterior se puede considerar que el sedante ó anestésico básico más útil durante el trabajo de parto lo constituye la preparación física y psicológica durante el período prenatal. Una mujer libre de miedo y con confianza disfruta de un trabajo de parto relativamente más corto que el de una mujer que experimenta dichas emociones.

4.- OBJETIVO.

Determinar la influencia de la preparación psicoprofiláctica para el parto en:

- El tiempo de duración del trabajo de parto.
- La participación de la mujer durante el trabajo de parto.
- El apgar del recién nacido.

5.- HIPOTESIS.

La preparación psicoprofiláctica para el parto durante el último trimestre del embarazo influye positivamente en el tiempo de duración del trabajo de parto, apgar del recién nacido y en la participación de la mujer.

- El promedio de tiempo de la duración del trabajo de parto en el grupo de mujeres que recibieron preparación psicoprofiláctica será menor que el del grupo control.

- La participación de las mujeres que recibieron preparación psicoprofiláctica para el parto, será más positiva que la de las mujeres que no recibieron dicha preparación.

- De acuerdo al método de la Dra. Virginia Apgar, las calificaciones de los recién nacidos del grupo de mujeres -- que recibieron preparación psicoprofiláctica para el parto, -- será mayor que los del grupo control.

6.- VARIABLES.

a).- Método de preparación psicoprofiláctica para el parto.

Es el método que tiene como principios básicos los si guientes:

- Comprensión del proceso de trabajo de parto y el -- parto para aliviar aprehensiones, al igual que dolores innecesarios provocados por la angustia y el miedo.

- Ejercicios musculares que ayudan a preparar el orga nismo para un trabajo de parto comfortable.

- Ejercicios de control neuro-muscular.

- Ejercicios respiratorios.

La información sobre el método utilizado se refiere - en el anexo No. I.

b).- Tiempo de duración del trabajo de parto.

Para el presente estudio, el tiempo de duración del - trabajo de parto se tomará a partir de los 4cms. de dilata-- ción.

La información sobre esta variable se refiere en el - anexo No. II.

c).- Apgar del recién nacido.

La información sobre esta variable se refiere en el - anexo No. IV, C

d).- Conducta materna.

En sentido psicoprofiláctico, una mujer adiestrada, es la que se ha instruído para entender como trabaja su cuerpo, sabe que el nacimiento de su hijo es función normal y en tales condiciones aprende a adaptarse mejor a situaciones y su esfuerzo físico es menor.

Tomando en cuenta la dificultad que implica la evaluación de las conductas maternas durante el trabajo de parto, para nuestro estudio hemos clasificado las conductas a evaluar en los siguientes puntos:

- Tranquilidad.
- Técnicas respiratorias.
- Respuesta motriz.
- Grado de conocimiento de la paciente en trabajo de parto.
- Respuestas verbales ante el recién nacido.
- Respuestas no-verbales ante el recién nacido.

7.- METODOLOGIA.

El presente fué un estudio de Cohorte en el cual se estudió la relación del método psicoprofiláctico, con el tiempo de duración del trabajo de parto, apgar del recién nacido y participación de la mujer durante el trabajo de parto.

La muestra fué No-Probabilística de tipo Intencional.

El equipo de Investigación estuvo integrado por las coautoras del estudio, responsables de todas las etapas del proceso de investigación.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Zona No. 1 (H.G.Z.1.) del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) en las fechas comprendidas del 18 de agosto de 1986 al 21 de febrero de 1987. Para su realización se contó con la autorización del Cuerpo de Gobierno del H.G.Z. 1, Departamento de Enseñanza e Investigación y Jefatura de Enfermería. Así mismo, hubo coordinación con el personal Mé

dico de Gineco-Obstetricia, Pediatría, Personal de Enfermería y Personal Administrativo de la Institución en los diferentes turnos.

7.1.- INTEGRACION Y TRATAMIENTO DEL GRUPO EXPUESTO.

Para integrar el grupo expuesto se acudió a la Consulta Externa (servicio de prenatal) de las siguientes clínicas del I.M.S.S.;

- Hospital General de Zona No. 1
- Unidad de Medicina Familiar No. 7
- Unidad de Medicina Familiar No. 45
- Unidad de Medicina Familiar No. 47

en donde se consultaron las fichas de control de las embarazadas que acuden a dicha consulta, seleccionando en base a los siguientes criterios un total de 30;

- a).- Primigestas.
- b).- Edad gestacional de 28 a 30 S.D.G. Para el grupo no-expuesto se tomó de 38 a 45 S.D.G.
- c).- Tener una edad de 18 a 35 años.
- d).- Estatura entre 1.52 a 1.65mts.
- e).- Clínicamente sanas, esto es: que no hayan cursado el embarazo con Hipertensión Arterial, Alteraciones Renales, que no sean Diabéticas, Cardiopatas, Fármaco-Dependientes, pacientes Psiquiátricas, que no tengan alteraciones en la Columna -- Vertebral.

Posteriormente, se acudió a su domicilio con el objeto de invitarlas a tomar un Curso de Preparación Psicoprofiláctica para el parto.

De las 30 embarazadas seleccionadas, únicamente se localizaron 26 las cuales manifestaron interés por asistir al curso. Sin embargo, finalmente el grupo expuesto quedó integrado por 14 embarazadas.

El Curso de Psicoprofilaxis Obstétrica se llevó a ca-

bo en una Aula del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social en las fechas del 8 de Octubre de 1986 al 29 de Noviembre del mismo año, éste, comprendió un programa diseñado para tal fin. (anexo No.III).

Para la aplicación de este programa se utilizó mate--rial didáctico facilitado por el I.M.S.S., Escuela de Enfermería de la U.A.S.L.P., y el diseñado por los exponentes de acuerdo al tema. Además, se contó con la participación de varios Médicos del I.M.S.S., para el apoyo teórico de los mismos.

El método a seguir para la exposición de los ejerci--cios comprendidos en la preparación psicoprofiláctica fué: - Demostración, Aplicación y Supervisión de éstos.

La asistencia de las mujeres embarazadas al curso fué de un 90 a 100%, lográndose la integración y participación - activa del grupo.

Una vez que cada embarazada del grupo expuesto identificó el inicio de trabajo de parto verdadero, se comunicó -- con la responsable del estudio a quién previamente había sido asignada, misma que acompañó a la embarazada a su valoración Obstétrica a Urgencias de Maternidad del H.G.Z. No. 1 - del I.M.S.S. Para nuestro estudio, establecimos que a partir del término de la fase de aceleración (4cms. de dilatación), se iniciará la valoración del tiempo de trabajo de parto, debido a que después de este momento, las contracciones generalmente se vuelven regulares en intensidad, frecuencia y duración.

Una vez ingresada la paciente, la enfermera (coautora de estudio) responsable de ella, le proporcionó los cuidados y atención de rutina en el servicio, además, participó en -- los procedimientos específicos y tomó parte activa en su tratamiento, permaneció a su lado y registró la evolución del - trabajo de parto hasta la culminación de éste en las hojas - de registro previamente elaboradas (anexo No.IV.A) Así mismo, le brindó apoyo psicológico y le recordó las técnicas aprendidas durante el adiestramiento conforme a lo planeado.

La enfermera responsable, registró y valoró también, - la participación de la mujer durante el trabajo de parto de acuerdo con el anexo No. IV. B.

La valoración del recién nacido se realizó por el Médico Pediatra de guardia ó en su defecto por el Médico Residente de Pediatría, ya que de acuerdo con las estrategias, - para evitar el sesgo ó errores producto de la subjetividad - en el proceso de medición, se manejó la modalidad de estudio a ciegas, Caso No. 2 es decir: aquél en el cuál el investigador encargado de medir las respuestas ó variables dependientes en este caso la valoración de Apgar, fué quien lo ignoró. La valoración del recién nacido se efectuó de acuerdo al método de la Dra. Virginia Apgar, que se basa en apreciaciones fundamentales para valorar la adaptación del niño a la vida-extrauterina y las condiciones generales de recién nacido.

La valoración se realizó al minuto, a los tres y a -- los cinco minutos, tomándose como calificación real para --- nuestro estudio, el resultado de la última valoración. (anexo No. IV. C.

Cuando influyeron factores maternos y/ó fetales en la evolución del trabajo de parto tales como: Persistencia en + la variedad de posición, Sufrimiento fetal, Desproporción cefalo-pélvica, Distocia de partes blandas, el manejo de la paciente lo decidió el médico Obstetra de base.

7.2.- INTEGRACION Y TRATAMIENTO DEL GRUPO NO-EXPUESTO.

El grupo no-expuesto se seleccionó al momento de in-gresar la paciente a sala de labor, tomando en cuenta los -- Criterios de Inclusión ya mencionados.

El grupo no-expuesto fué manejado por el personal a - cargo del servicio de sala de labor, realizándosele los procedimientos de rutina. Nuestra participación consistió únicamente en observar y registrar la atención que proporcionó dicho personal, (anexo No. IV. D), evolución de paciente y producto

(anexo No.IV,A) condiciones del recién nacido (anexo No.IV.C) y conductas de la mujer ante el trabajo de parto (anexo No.IV.B)

La tabulación de los datos se hizo en forma manual, posterior a lo cuál se hizo el ordenamiento y la presentación de éstos.

7.3.- TRATAMIENTO ESTADISTICO.

La estadística descriptiva aplicada fué de Medias Aritméticas y Desviaciones Estándares para las escalas cuantitativas y Proporciones para escalas cualitativas.

Con el objeto de demostrar el ajuste de las poblaciones en cuanto a Edad, Peso y Talla (que pudieran ser comparables ó sea: que éstos parámetros fueran razonablemente iguales al iniciar el estudio), se utilizó la prueba de Ks. como prueba de bondad de ajuste. (12)

Para la contrastación de Hipótesis en tiempos de duración de trabajo de parto y apgar del recién nacido, utilizamos la Distribución Normal (T. de Student). (14). Esta prueba fué aplicada también para contrastar las diferencias en la frecuencia de tactos vaginales.

Se utilizó la prueba No-Paramétrica de la Probabilidad Exacta de Fisher para contrastar la Hipótesis sobre la participación de la mujer durante el trabajo de parto, dado que son escalas Nominales y nuestras muestras son pequeñas. También se utilizó para comparar las diferencias en la atención Obstétrica del embarazo.

Un tratamiento estadístico especial nos merecieron los procedimientos utilizados durante el trabajo de parto en ámbos grupos, por lo que aplicamos la prueba de Ks. para contrastar las diferencias globales. Sin embargo, decidimos aplicar también la prueba Binomial para comparar las diferencias de los grupos en forma independiente para cada categoría ó tipo de procedimiento utilizado.

Las medidas estadísticas utilizadas fueron: Distribu-

ción Normal (T. de Student), Distribución Exacta de Fisher, Pruebas Binomiales y Prueba de Ks. Con un nivel de confianza de 0.95.

8.- PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS.

8.1.- DATOS GENERALES.

La información obtenida se presentará en orden de los objetivos.

En el cuadro No. 1 se presenta la información de la atención obstétrica del embarazo de las mujeres incluidas en el estudio comparativo de psicoprofilaxis obstétrica. Se observa que un total de 28 embarazadas, 14 formaron el grupo expuesto y 14 el grupo no-expuesto; en las que 20 embarazos fueron resueltos mediante parto vaginal y 8 por cesárea. Cabe mencionar que las variables consideradas para el estudio no fué posible valorarlas en las embarazadas que terminaron en cesárea, por lo que se decidió excluirlas en ámbos grupos quedando para el grupo expuesto un total de 11 pacientes y 9 en el grupo no-expuesto.

11 Mujeres del grupo expuesto terminaron su embarazo por vía vaginal (78.58%) mientras que solo 9 embarazos del grupo no-expuesto se resolvieron de ésta manera. (64.28%).

En el grupo expuesto 3 embarazadas (21.42%) terminaron en cesárea, las cuales fueron detectadas y programadas con anterioridad, siéndo las causas principales: Desproporción cefalo-pélvica (2 emb. 14.28%) y Presentación pélvica (1 emb. 7.14%).

En el grupo no-expuesto, 5 embarazos (35.72%) terminaron en cesárea, de los cuales (3 emb. 21.42%) fueron programadas al igual que el grupo expuesto y los otros (2 emb.) -- evolucionaron en trabajo de parto terminando en cesárea por: Sufrimiento fetal y Distocia de partes blandas.

En nuestra Investigación comprobamos que la preparación psicoprofiláctica no determina la posibilidad de que un embarazo se resuelva mediante cesárea ó parto vaginal. (Fisher = 0.3388082) (P = 0.34).

C U A D R O No. 1

ATENCION OBSTETRICA DEL EMBARAZO DE LAS MUJERES SELECCIONADAS PARA EL ESTUDIO COMPARATIVO DE PSICOPROFILAXIS.

Hospital General Zona 1 de Gineco-Obstetricia y Pediatría, Noviembre de 1986 a marzo de 1987, San Luis Potosí, S.L.P.

ATENCION OBSTETRICA	GRUPO EXPUESTO		GRUPO NO-EXPUESTO	
	No.	%	No.	%
Partos Vaginales	11	78.58	9	64.28
Cesáreas	3	21.42	5	35.72

Fisher =0.3388082 P = 0.34

Al analizar las características de la población estudiada, tenemos que en promedio la edad fué:24, años en cuanto a la talla 1.55mts. y el peso de 60.27Kgs. determinándose mediante la prueba de Ks. que éstos parámetros son comparables en ámbos grupos, por lo tanto no influyeron en los resultados obtenidos. (cuadros 2, 3 y 4).

C U A D R O No. 2
 EDAD DE LAS EMBARAZADAS SELECCIONADAS PARA EL ESTUDIO COMPA-
 RATIVO DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA.

Hospital General Zona 1 de Gineco-Obste-
 tricia y Pediatría, Agosto de 1986 a --
 Marzo de 1987, San Luis Potosí, S.L.P.

EDAD EN AÑOS.	GRUPO EXPUESTO		GRUPO NO-EXPUESTO	
	No.	%	No.	%
18-22	4	36.36	6	66.66
23-27	5	45.46	2	22.22
28-32	1	9.09	1	11.12
33-37	1	9.09		
TOTALES	11	100	9	100

Ks. = 0.3030 P = 0.10

V.C. = 0.05 = 0.6113

C U A D R O No. 3
 PESO DE LAS EMBARAZADAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO COMPARATIVO-
 DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA.

Hospital General Zona 1 de Gineco-Obste-
 tricia y Pediatría, Agosto de 1986 a --
 Marzo de 1987, San Luis Potosí, S.L.P.

PESO EN Kg.	GRUPO EXPUESTO		GRUPO NO-EXPUESTO	
	No.	%	No.	%
50-54	1	9.1	2	22.3
55-59	6	54.5	3	33.3
60-64	-	-	3	33.3
65-69	3	27.3	-	-
70-74	1	9.1	1	11.1
TOTALES	11	100	9	100

Ks. = 0.2525 P = 0.10

V.C. = 0.05 = 0.6113

C U A D R O No. 4

TALLA DE LAS PACIENTES SELECCIONADAS PARA EL ESTUDIO COMPARATIVO DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA.

Hospital General Zona 1 de Gineco-Obstetricia y Pediatria, Agosto de 1986 a --
Marzo de 1987, San Luis Potosí, S.L.P.

TALLA EN CMS.	GRUPO EXPUESTO		GRUPO NO-EXPUESTO	
	No.	%	No.	%
147-151	2	18.2	3	33.3
152-156	3	27.3	2	22.3
157-161	5	45.4	3	33.3
162-166	-	-	1	11.1
167-171	1	9.1	-	-
TOTALES	11	100	9	100

Ks. = 0.1515152 P = 0.10

V.C. = 0.05 = 0 . 6113

8.2.- RELACION ENTRE PREPARACION PSICOPROFILACTICA Y TIEMPO DE DURACION DEL TRABAJO DE PARTO, PARTICIPACION DE LA EMBARAZADA Y APGAR DEL RECIEN NACIDO.

En el cuadro No. 5 y gráfica No. 1 se presenta la información de los tiempos totales de trabajo de parto de los grupos en estudio, en los que podemos observar que el tiempo en horas fué mucho menor en el grupo expuesto (5.9515152) que en el grupo no-expuesto (10.322917), ésto, representado en escala centesimal.

Si consideramos que a partir de los 4cms. de dilatación las contracciones se vuelven más rítmicas en intensidad, frecuencia y duración, el trabajo de parto es más rápido y progresivo, podemos observar que la mayor parte de los tiempos en el grupo no-expuesto son mayores que los tiempos del grupo expuesto.

El tiempo de duración total del trabajo de parto fué menor en el grupo expuesto probablemente debido a la parti-

cipación y relajación muscular que logra la embarazada durante su trabajo de parto. Por lo tanto en el estudio comprobamos que la preparación psicoprofiláctica si determina la probabilidad de que el tiempo total del trabajo de parto sea menor. ($T_{18} = 2.88$) ($P = 0.005$).

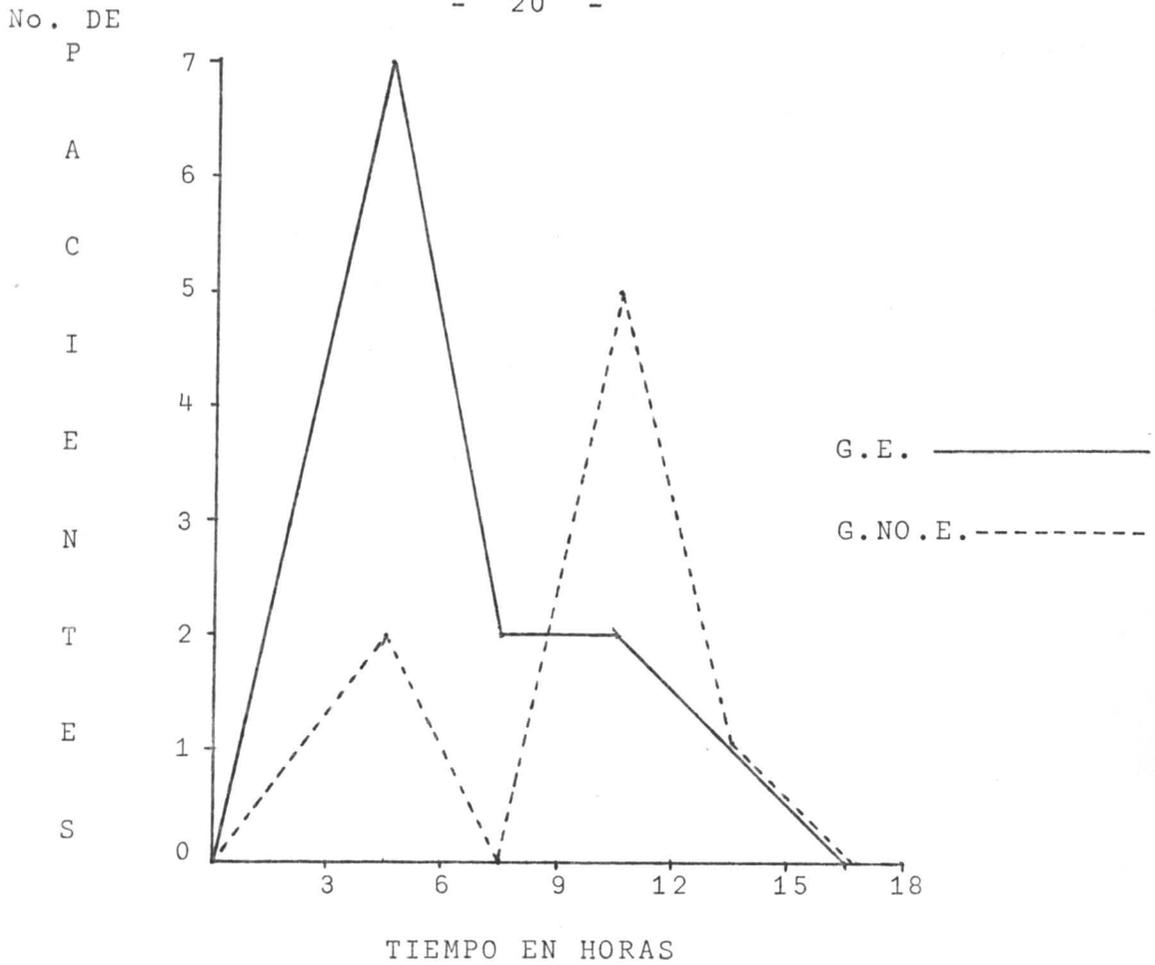
Cabe mencionar que el tiempo de duración del trabajo de parto disminuyó en promedio 4hrs. 22' 17'' representando solo el 42.3% del tiempo total del trabajo de parto.

C U A D R O No. 5

TIEMPO DE DURACION TOTAL DEL TRABAJO DE PARTO DE LAS EMBARAZADAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA.

Hospital General de Zona 1 Gineco-Obstetricia y Pediatría, Noviembre de 1986 a Marzo de 1987, San Luis Potosí, S.L.P.

No. DE CASO	TIEMPO EN HORAS	TIEMPO EN HORAS
	GRUPO EXPUESTO	GRUPO NO-EXPUESTO
1	3.05	4.17
2	3.20	4.35
3,	3.55	4.15
4	4.30	10.25
5	4.35	10.40
6	5.05	11.10
7	5.53	11.58
8	6.35	13.15
9	7.15	16.25
10	9.40	
11	11.35	
	X = 5.9515152	X = 10.322917
	Sn= 2.5506531	Sn= 3.8512709
	$T_{18} = 2.88$	P = 0.005



GRAFICA No.1

Tiempo de duración total del trabajo de parto en 20 - pacientes del H.G.Z. No. 1 del I.M.S.S. Noviembre 1986 a Marzo de 1987.

Al analizar los resultados del trabajo de parto por - períodos, se observan diferencias significativas en el pri- mer período de trabajo de parto (anexo No.V, cuadros VA, VB, VC y gráfica No. 1B).

En nuestra investigación, comprobamos que la prepara- ción psicoprofiláctica si determina la probabilidad de que - el tiempo en este período sea menor. ($T_{18} = 4.5$ P = mucho me- nor de 0.05 cuyo valor no se encontró en las tablas de percen- tiles). Se tomó el promedio encontrado.

En cuanto al tiempo de trabajo de parto en el segundo período, concluimos que para nuestro estudio la preparación psicoprofiláctica no tiene relación directa en éste, ya que la probabilidad obtenida mediante $T_{18} = 0.98$ ($0.20 > P > 0.10$) (anexo No. V, cuadro VB).

Aún cuando los resultados no son satisfactorios, por la experiencia vivida con las pacientes de ambos grupos podemos decir que la influencia de otros factores como fué la persistencia en la variedad de posición del producto en dos de las pacientes del grupo expuesto fueron resueltos satisfactoriamente mediante la aplicación adecuada de la técnica de pujo.

Cabe mencionar, que una de las pacientes del grupo no expuesto, sobrepasó el tiempo normal para éste período. ---- (2hrs.47').

De igual manera, en lo que se refiere al tiempo del tercer período de trabajo de parto, la preparación psicoprofiláctica no influye en la resolución de éste período, ya que la prueba $T_{18} = 0.7255$ nos indica una probabilidad. - - - ($0.20 < P < 0.25$) (anexo No. V, cuadro VC).

La información obtenida en relación a la participación de la mujer durante el trabajo de parto, se agrupó para su interpretación en los siguientes puntos:

- Tranquilidad.
- Técnicas respiratorias.
- Respuesta motriz.
- Grado de conocimiento de la paciente en trabajo de parto.
- Reacciones verbales ante el recién nacido.
- Reacciones no-verbales ante el recién nacido.

En el cuadro No. 6 se observa que, en cuanto al punto de tranquilidad el 90.9% de las pacientes del grupo expuesto lograron controlar sus sentimientos y emociones, en tanto que solamente el 33.34% de las embarazadas del grupo no-expuesto presentaron esta conducta.

En relación a la respiración, se observó que el 90.9%

de las embarazadas del grupo expuesto aplicaron adecuadamente las técnicas revisadas durante el adiestramiento, a diferencia del grupo no-expuesto donde ninguna de las embarazadas tuvo conocimiento de la mejor forma de oxigenar el organismo durante el trabajo de parto.

Podemos observar que las embarazadas del grupo expuesto fueron capaces de lograr una relajación muscular favorable en un 90.9% a diferencia de las embarazadas del grupo no-expuesto, 11.12%, las cuales presentaron tensión muscular generalizada durante la contracción uterina y en algunos casos aún sin ella.

El grado de conocimiento en relación a la evolución del trabajo de parto valorado a través de las preguntas que al respecto de la evolución de éste, plantearon las embarazadas, fué mayor en un 90.9% en el grupo expuesto a diferencia del grupo no-expuesto en donde ninguna de las embarazadas mostraron interés por su estado y el de su bebé.

C U A D R O No. 6

PARTICIPACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO DE LAS EMBARAZADAS SELECCIONADAS PARA EL ESTUDIO COMPARATIVO DE PSICOPROFILAXIS.

Hospital General Zona 1 Gineco-Obstetricia y Pediatría, Noviembre de 1986 a Marzo 1987, San Luis Potosí, S.L.P.

	CONDUCTA	GPO.EXPUESTO		GPO.NO-EXPUESTO		P*
		No.	%	No.	%	
TRANQUILIDAD. EAD.	Tranquilidad	10	90.90	3	33.34	
	Intranquilidad	1	9.10	6	66.66	
	TOTALES	11	100	9	100	0.01
RESPIRACION.	Utilizó técnica de respiración.	10	90.90	0	-	
	No utilizó técnica de respiración.	1	9.10	9	100	
	TOTALES	11	100	9	100	0.00005
RESPUESTA MOTRIZ.	No tensión muscular durante la contracción.	10	90.90	1	11.12	
	Tensión durante la contracción.	1	9.10	8	88.88	
	TOTALES	11	100	9	100	0.00006
GRADO DE CONOCIMIENTO DEL TIEMPO DE PARTO.	Conoce la evolución del T.de P.	10	90.90	0	-	
	No conoce la evolución del T. de Parto.	1	9.10	9	100	
	TOTALES	11	100	9	100	0.00006
RESPUESTAS VERBALES ANTE RECIEN NACIDO.	Positivas	11	100	8	88.88	
	Negativas	0	-	1	11.12	
	TOTALES	11	100	9	100	0.45
RESPUESTAS NO VERBALES ANTE EL RECIEN NACIDO.	Positivas	11	100	9	100	
	Negativas	0	-	0	-	
	TOTALES	11	100	9	100	1

P*: Obtenida mediante la Distribución Exacta de Fisher.

De lo anterior concluimos, que de acuerdo a la Distribución Exacta de Fisher la Preparación Psicoprofiláctica influye positivamente en la conducta que adopta la embarazada durante el trabajo de parto.

El cuadro nos muestra que las reacciones verbales y no verbales de la madre ante el recién nacido son semejantes en ambos grupos, por lo tanto no hay diferencia de sentimientos con respecto al bebé en una mujer preparada y no preparada. (Reacciones verbales $P = 0.45$) (Reacciones no verbales $P = 1$).

En el cuadro No. 7 se presenta la información de las calificaciones de A.P.G.A.R., de los Recién Nacidos de las mujeres incluidas en el estudio de Psicoprofilaxis Obstétrica.

En la calificación de 8-9 a los 5' no se encontraron diferencias porcentuales en ambos grupos.

Observamos que en el grupo expuesto se encuentra un 45.46% (5RN) con APGAR de 10 a los 5' mientras que en el grupo no-expuesto solo un 22.22% (2RN) obtuvieron la máxima calificación. Sin embargo, estadísticamente éstos resultados no son significativos.

Por lo tanto, concluimos que la Preparación Psicoprofiláctica para el parto no es determinante en el A.P.G.A.R., resultante del recién nacido, sino que además intervienen -- otros factores, maternos, fetales y/o ambientales ($T_{18}=1.37$) ($0.05 < P < 0.10$).

C U A D R O No. 7

CALIFICACIONES DE LOS RECIEN NACIDOS POR EL METODO DE LA --
DRA. VIRGINIA APGAR, DE LAS MUJERES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO
DE PRICOPROFILAXIS OBSTETRICA.

Hospital General Zona 1 de Gineco-Obste
tricia y Pediatría. Noviembre de 1986 a
Marzo de 1987, San Luis Potosí, S.L.P.

A.P.G.A.R.	GRUPO EXPUESTO		GRUPO NO EXPUESTO	
	No.	%	No.	%
8	-	-	1	11.11
9	6	54.54	6	66.67
10	5	45.46	2	22.22
TOTALES	11	100	9	100

$$T_{18} = 1.37 \quad 0.05 < P < 0.10$$

8.3.- OTROS RESULTADOS DEL ESTUDIO.

En nuestro estudio no fué previsto analizar la influen
cia de la Preparación Psicoprofiláctica en la valoración obs-
tétrica (tactos vaginales), en los procedimientos de apoyo --
que llegó a requerir la embarazada durante el trabajo de par-
to y en la atención que recibieron las embarazadas del grupo-
no-expuesto por el personal de la sala. Sin embargo, al anali
zar los resultados consideramos importante darlos a conocer.

En el cuadro No. 8 se muestra la información del núme-
ro de exploraciones vaginales realizadas a las embarazadas de
los grupos en estudio.

Podemos observar que entre los 4-10cms. de dilatación-
del cérvix, al 100% de las embarazadas del grupo expuesto se-
le efectuaron de 3-6 tactos, los que al parecer fueron sufi-
cientes para la valoración de su Trabajo de Parto. Mientras -
que solo al 44.45% de las embarazadas del grupo no-expuesto -

se les realizó éste número de exploraciones.

Lo anteriormente descrito, se debe a que previamente se estableció el número de tactos para el grupo expuesto, ya que en un momento dado éstos pueden influir de manera negativa en el estado emocional de la embarazada.

Encontramos que el 55.55% de las embarazadas del grupo no-expuesto se les realizó de 7-10 tactos vaginales lo cuál posiblemente contribuyó a la irritabilidad, inquietud y molestias que presentaron éstas.

Mediante la Prueba ($T_{18} = 4.177$ $P = 0.00006$) comprobamos que el número de exploraciones vaginales es significativamente menor en el grupo expuesto que en el grupo no-expuesto.

C U A D R O No. 8

TACTOS VAGINALES REALIZADOS A PARTIR DE LOS 4CMS. DE DILATACION DEL CERVIX; A LAS EMBARAZADAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO DE PSICOPROFILAXIS.

Hospital General Zona 1 Gineco-Obstetricia y Pediatría. Noviembre de 1986 a Marzo de 1987, San Luis Potosí.

NUMERO DE TACTOS	GRUPO EXPUESTO		GRUPO NO-EXPUESTO	
	No.	%	No.	%
3 - 4	8	72.72	1	11.11
5 - 6	3	27.28	3	33.34
7 - 8	-	-	4	44.44
9 -10	-	-	1	11.11
TOTALES	11	100	9	100

$$T_{18} = 4.177 \quad P = 0.00006$$

Con respecto a los resultados de los procedimientos de apoyo utilizados en las embarazadas de los grupos en estudio, encontramos diferencias porcentuales de partos eutócicos del -

grupo expuesto en un 36.36% (4pacientes) en relación con el grupo no-expuesto donde solo se encuentra un 11.11% (1 pa_ciente). De lo anterior concluimos, que la preparación psicoprofiláctica si determina la probabilidad de mayor número de Partos Eutócicos ($P \neq 0.004$).

Se observa también, que en el resto de las pacientes de ámbos grupos, se realizaron procedimientos de apoyo ta--les como: bloqueo; conducción; bloqueo y conducción; bloqueo conducción y fórceps; constituyéndo un 63.54% para el grupo expuesto y un 93.89% para el grupo no expuesto observándose una probabilidad no significativa para éstos eventos de acuerdo a la Prueba Binomial aplicada.

C U A D R O No. 9

PROCEDIMIENTOS APLICADOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO A LAS - EMBARAZADAS SELECCIONADAS PARA EL ESTUDIO DE PSICOPROFILAXIS.

Hospital General Zona 1 Gineco-Obstetrica y Pediatría, Noviembre de 1986 a Marzo 1987. San Luis Potosí. SLP.

PROCEDIMIENTO	GRUPO EXPUESTO		GRUPO NO-EXPUESTO		P*
	No.	%	No.	%	
Ninguno	4	36.36	1	11.11.	0.004
Bloqueo	-	-	2	22.22	0.06
Conducción	4	36.36	1	11.11	0.004
Bloqueo y					
Conducción	2	18.18	4	44.45	0.07
Bloqueo					
Conducción y					
Fórceps	1	9.10	1	11.11	0.35

* La probabilidad se obtuvo con la Prueba Binomial.

LA EVOLUCION DE LA ATENCION QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA - PROPORCIONO A LAS EMBARAZADAS DEL GRUPO NO EXPUESTO, SE RESUME EN EL CUADRO No. 10

De lo cuál concluimos que la atención por parte del personal médico y de enfermería no es la adecuada, no se respeta la identidad y la individualidad propia de la mujer y se olvida que ella constituye una unidad Bio-psico-social Así mismo, no se le orienta sobre la mejor forma de participar durante su trabajo de parto, probablemente, esto se debe al exceso en la demanda del servicio y a la falta de personal en los servicios, pero finalmente todo conlleva a la deshumanización de la atención, a la insatisfacción de las necesidades y a que la actitud de la embarazada sea más dependiente que participativa.

Consideramos que, si se modificará la atención que brinda la enfermera y el médico a la mujer durante el trabajo de parto, algunos procedimientos que se practican durante éste, se tornarían innecesarios.

C U A D R O No. 10

ATENCIÓN DEL PERSONAL DE LA SALA DE LABOR
A LA EMBARAZADAS DEL GRUPO NO-EXPUESTO.

INDICACIONES	Si		No	
	No.	%	No.	%
El personal establece relaciones positivas con la embarazada.	3	33.33	6	66.67
El personal de enfermería obtiene información veráz y adecuada através de la paciente.	2	22.22	7	77.78
A su ingreso, se le proporciona información a la embarazada.	2	22.22	7	77.78
La enfermera permanece con la embarazada durante los procedimientos.	3	33.33	6	66.67
Se vigila adecuadamente el trabajo de parto.	4	44.44	5	55.56
Se le informa a la embarazada la posición que favorece el riego sanguíneo durante el trabajo de parto, formas de respiración y relajación.	2	22.22	7	77.78
Se orienta a la embarazada la manera de pasarse a la mesa de expulsión, posición adecuada, importancia de la colocación de campos estériles y aseo vulvo-perineal.	2	22.22	7	77.78
Se orienta y alenta a la embarazada para un expulsivo eficaz, forma de respiración, relajación y técnica de pujo en este período.	2	22.22	7	77.78
Se le orienta a la embarazada sobre el cuidado de la episiotomía.	3	33.33	6	66.67

9.- CONCLUSIONES.

9.1.- Mediante la Distribución Normal (T. de Student) comprobamos que la preparación psicoprofiláctica si determina la -- probabilidad de que el tiempo de duración total de trabajo de parto sea menor. ($T_{18} = 2.88$ $P = 0.005$)

Los principales beneficios que trae consigo dicha preparación son: mejor oxigenación e irrigación sanguínea, más -- rápida apertura del cérvix por la relajación muscular que logra una paciente preparada y la participación activa de ella durante su trabajo de parto.

9.2.- Al establecer la relación y análisis de lo que viene a evaluar para nuestro estudio la participación de la mujer en trabajo de parto, se comprobó que las pacientes del grupo expuesto adoptaron conductas más positivas que las del grupo no expuesto; excepto en lo referente a las reacciones verbales y no-verbales ante el recién nacido, lo que viene a reafirmar -- lo dicho en estudios que se han realizado con anterioridad.

9.3.- Al realizar el análisis comparativo del Apgar en los recién nacidos encontramos que no hay diferencia significativa-- según $T_{18} = 1.37$ ($0.05 < P < 0.10$); por lo que concluimos que la preparación psicoprofiláctica no determina los resultados obtenidos, ya que en éstos pueden actuar otros factores mater-- nos, fetales y/ó ambientales que pueden favorecer ó alterar -- dicho parámetro. Sin embargo, al analizar el cuadro No. 7 se pueden observar calificaciones de Apgar aparentemente mejores en el grupo expuesto.

9.4.- Al analizar los resultados en cuanto al número de tactos vaginales previamente establecidos para el grupo expuesto concluimos que los realizados en las embarazadas de dicho gru-- po fueron suficientes para su valoración Obstétrica. Mientras que el número de exploraciones vaginales efectuadas a las embarazadas del grupo no-expuesto, posiblemente contribuyeron -- en la conducta negativa que adoptaron durante el trabajo de -- parto. Mediante la prueba $T_{18} = 4.177$ $P = 0.0006$ comprobamos que el número de exploraciones vaginales efectuadas a las pa-- cientes del grupo expuesto fué significativamente menor.

9.5.- Un parto eutócico, es aquel que se resuelve mediante las fuerzas normales del organismo, es decir, sin la intervención de variables externas.

Por lo anterior se concluye que los beneficios de la preparación psicoprofiláctica, si determina la probabilidad de un mayor número de partos eutócicos. Sin embargo, al analizar los resultados obtenidos en los procedimientos de apoyo aplicados a las embarazadas de los grupos en estudio se observa que no hay significancia estadística.

9.6.- La atención del personal médico y de enfermería a la embarazada es insuficiente e inadecuada lo cuál probablemente contribuye a la actitud dependiente y negativa que adopta la mujer durante el trabajo de parto.

10.- SUGERENCIAS.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en el estudio, consideramos importante sean analizados por una comisión integrada por representantes de áreas profesionales de la salud, para que se pueda definir un programa integral hacia la mujer embarazada.

De acuerdo a los beneficios que proporciona la preparación psicoprofiláctica ya comprobados, sugerimos que ésta, pase a formar parte integral del Programa de Atención Prenatal que se maneja en el I.M.S.S.

Al valorar la demanda en la Atención Obstétrica, consideramos prioritario un estudio en el que se investiguen los recursos físicos, materiales y humanos de la sala de labor. Al mismo tiempo, se ensayen Modelos de Atención para que basados en los resultados obtenidos, el personal profesional de enfermería brinde una atención integral a la embarazada.

Consideramos de suma importancia, la implementación en la carrera de enfermería, de una materia en donde se dé a conocer las bases de la preparación psicoprofiláctica para el parto, con el fin de que las nuevas generaciones tengan

el conocimiento de las técnicas con las que pueden orientar a las embarazadas desde su ingreso a sala de labor ya que hemos observado en nuestra práctica profesional, que el considerar a la mujer integralmente, favorece a que una conducta inicialmente suspicáz y angustiosa, se torne en una conducta positiva y participativa.

11.- COMENTARIOS.

El presente fué un estudio realizado por enfermeras profesionales en un primer intento en el enfoque actual de enfermería dentro del campo de la investigación, por lo que estamos concientes de las deficiencias tanto en el aspecto teórico como en el aspecto metodológico, más, sin embargo, consideramos que es un buen punto de partida para futuras investigaciones.

Nuestra principal justificación para la realización de este estudio, fué cubrir un requisito académico. Sin embargo, nuestra máxima satisfacción como profesionales y personas, radica en haber tenido la oportunidad de ayudar a la mujer embarazada a tomar conciencia de sí misma, de su cuerpo, de la maravillosa capacidad creadora que le es propia y asumirla como tal, plenamente, aprovechando la muy importante función que le toca llevar a cabo. Más allá del dolor ó de la ausencia del mismo, más allá del concepto "Parto Feliz" sin excluírlo tampoco, está el de la experiencia asumida, un mejor conocimiento de sí, de sus capacidades, de las circunstancias reales, de su vivencia, todo lo que conlleva a desarrollar confianza, autonomía, especialmente para aquellas tradicionalmente consideradas débiles.

" BIBLIOGRAFIA "

- 1.- Asociación Mexicana de Psicoprofilaxis en México, 1er. -
Encuentro de Psicoprofilaxis Obstetrico. Noviembre de --
1983.
- 2.- Bensón, R.C. "Curso y Control del Trabajo de Parto Nor--
mal y el Alumbramiento" en Ginecología y Obstetricia. Ed
Manual Moderno, S.A., 6a. Ed. (5) México 1982 pp 117-155.
- 3.- Bing, Elizabet. Seis lecciones practicas para facilitar--
el parto. Ed. Diana. México 1981; pp 9.
- 4.- Bleier, Inge J. "Mecanismo de Trabajo de Parto" en En--
fermería Materno Infantil. Ed. Interamericana, 4a. ed.--
(8) México 1983; pp 136-147
- 5.- Bookmiller, Mac M. George L. Bowen y Dolores Carpenter.-
"Historía de la Obstetricia y de la Asistencia Ostetri--
ca" en Enfermería Obstetrica. Ed. Interamericana, 5a. ed.
México 1980; pp 3-21
- 6.- Brugera, Ed. "Practica del Parto" en Enciclopedia de la--
Vida. Ed. Brugera Vol. 2, México 8, D.F. 1980; pp 201.

- 7.- Cogan, Rosemary. "Efectos de la Preparación al Parto" . 1980 Mar; pp 1-9 (artículo fotocopiado).
- 8.- Hamiltón, Persis Mary. "Historía y Práctica de la Obstetricia" en Asistencia Materno Infantil de Enfermería. - Ed. Interamericana, 3a. ed. (1), México 1978 pp 2-6
- 9.- Méndez Ramírez, Ignacio. (et.al) Protocolo de Investigación, Ed. Trillas, México 1984, pp 68.
- 10.- Muñoz Padilla Ma. del Carmen Graciela. Flor Evelia, Cárdenas Manriquez. Método Psicoprofiláctico y Técnicas -- Conductales. Tesis, San Luis Potosí, S.L.P., 1982; pp -- 17-18.
- 11.- Pritchard, Jack A. Paul C. Macdonald. "Fisiología del - Parto" en Williams Obstetricia. Salvat Mexicana, 2a. Ed (14). México 1980; pp 294-322
- 12.- Siegel, S. Estadística no Paramétrica aplicada a Cien-- cias de la Conducta. Ed. Trillas. 1978; pp 65-155.
ibid pp 57-64.
- 13.- Sharon, R. Mastrollani, L. "Establecimiento de la Rela-- ción Enfermera-Paciente" en Enfermería Materno Infantil, Ed. Organización Panamericana de la Salud, 1a. Ed. Méxi-- co 1978; pp 297-298

- 14.- Snedecor, GW. and Cochram WG. Statistical Metlods. The Iowa State University Press. 1980; pp 6-204
- 15.- Weller A, Carolyn. Claudia J. Anderson y Donald M. Sherline. "Parto Preparado" en Sherline, Donald eT.aL. s/t, s/e/sfp. RP:580+587. (artículo fotocopiado).
- 16.- "Genesis" Cap 3:16.

A N E X O S

A N E X O I

METODO PSICOPROFILACTICO DE PREPARACION PARA EL PARTO.

(METODO LAMAZE)

El método psicoprofiláctico fué llamado así por los psicólogos Rusos. Ellos encontraron que las mujeres que ven el nacimiento como una experiencia positiva y además son --- entrenadas para responder a sus contracciones uterinas con técnicas efectivas de respiración y relajación, pueden tener un parto con un mínimo de incomodidad. Su objetivo es entrenar a la mujer embarazada para responder en forma positiva a las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y parto.

El alto nivel de actividad de estas técnicas actúa como distracción, provocando así que la conciencia del dolor se mantenga en la periferia.

El método psicoprofiláctico esta basado en la teoría de los reflejos condicionados (teoría de I. Pavlov).

Los ejercicios utilizados por el método tienen como objetivo lograr mayor elasticidad en los músculos, tener un buen control neuromuscular y dar respuestas condicionadas -- (respiración) para interferir con la contracción. De esta manera la embarazada participará activamente durante su trabajo de parto, un trabajo de parto que por lo general resulta menos tardado que los que se realizan en otras circunstancias.

Los principios básicos del método psicoprofiláctico son:

- a).- Comprensión del proceso de trabajo de parto, para aliviar aprehensiones, al igual que dolores innecesarios provocados por la ignorancia, angustia y el miedo.
- b).- Ejercicios musculares que ayudan a preparar el organismo para un trabajo de parto confortable.
- c).- Ejercicios de control neuromuscular.
- d).- Ejercicios respiratorios.

Tanto los ejercicios neuromusculares como respiratorios que utiliza el método, tienen como objetivo lograr un nuevo centro de concentración.

Mediante el proceso de comprensión se trata de combatir el temor que el parto produce a la gestante.

La preparación incluye pláticas tendientes a combatir la ignorancia como principal fuente de temor, de esta manera la mujer entiende la manera como trabaja su cuerpo, especialmente sus nervios músculos y sistema reproductor, sabe que el nacimiento es función normal de su cuerpo y en tales condiciones aprende a adaptarse mejor a situaciones y su esfuerzo físico será menor y más rápida su recuperación.

EJERCICIOS MUSCULARES:

En los libros escritos del método, se pueden encontrar diferentes tipos de ejercicios musculares pero en general los objetivos de estos ejercicios son los mismos: dar elasticidad a los músculos, activar la circulación del sujeto y proporcionarle descanso. Algunos de los ejercicios son:

1.- Posición de descanso.

Posición de "Sastre o Loto" sentada en el suelo con las piernas dobladas hasta cruzar un pie sobre otro y la espalda y la cabeza deben caer hacia el frente, formando un arco natural, lo más relajado posible; los brazos quedarán sueltos completamente sobre los muslos y piernas.

2.- En posición de decúbito dorsal, los brazos sobre el piso y ligeramente separados del cuerpo. Mientras se inhala se levanta lentamente la pierna derecha tan cerca de la posición vertical como sea posible, mientras se exhala se baja la pierna lentamente hasta el piso. Se repite este ejercicio con la pierna izquierda.

3.- En la misma posición del ejercicio anterior, mientras inhala se levanta la pierna derecha tan cerca de la posición vertical como sea posible, con la rodilla recta, mientras se exhala se baja la pierna hacia un lado, tan cerca de la mano derecha como sea posible. Mientras se inhala -

se levanta la pierna hacia la posición vertical una vez más mientras se exhala se baja la pierna a su posición en el piso. Se repite este ejercicio con la pierna izquierda.

En posición de decúbito dorsal y las piernas juntas y dobladas apoyando las plantas de los pies firmemente sobre el piso tan cerca de las caderas como sea posible y con los brazos ligeramente separados del cuerpo. Conforme se inhala deberá levantarse lentamente la parte baja de la espalda, hasta quedar apoyada en el suelo únicamente con los hombros y cuello, se mantiene esta postura durante 10 segundos y exhalando suavemente se regresa a su posición original.

5.- En la misma posición del ejercicio anterior, oprima la parte alta de la espalda contra el piso, contrayendo al mismo tiempo los músculos abdominales, se sostiene esto durante 10 a 15 segundos y luego se relajan los músculos.

6.- En posición de gateo con las piernas juntas, y los brazos firmes y ligeramente separados. Conforme se inhala suavemente la espalda deberá arquearse hacia arriba hasta formar el mayor arco posible. Mientras se exhala el arco será hacia abajo. Se repite este ciclo.

EJERCICIOS DE CONTROL NEUROMUSCULAR:

Estos ejercicios son muy importantes dentro del método, ya que durante el trabajo de parto, mientras el útero estará trabajando activamente, la tarea de la gestante será permanecer deliberadamente relajada para permitir al útero trabajar libremente.

Además la práctica de estos ejercicios ayuda a desarrollar un control muscular, aislando a un grupo de músculos de tal manera que la mujer permanezca alerta y conciente de cuales músculos se utilizarán en ese momento y cuales están relajados.

Para la práctica de estos ejercicios lo ideal es tener una persona que supervise su realización adecuada. También se pretende que el sujeto aprenda a responder a una -- orden de comando.

Los Ejercicios son los siguientes:

El sujeto se coloca en posición de decúbito dorsal.- Antes de iniciar los ejercicios deberá inhalar por la nariz lenta y profundamente y exhalar por la boca lentamente hasta arrojar todo el aire. A esta respiración se le denomina- respiración de limpieza. Después de esta respiración la mu- jer puede ejecutar la orden que se le indique, según los si guientes comandos, para poner rígidos alguno(s) de los miem bros del cuerpo, permaneciendo el resto relajado.

- 1.- Brazo derecho rígido, relajarse.
- 2.- Brazo izquierdo rígido, relajarse.
- 3.- Pierna derecha rígida, relajarse.
- 4.- Pierna izquierda rígida, relajarse.

Cuándo a la orden dada el sujeto ejecuta la acción - rápida y correctamente, se pasa a los siguientes ejerci---- cios:

- 5.- Brazo y pierna derechos rígidos, relajarse.
- 6.- Brazo y pierna izquierda rígidos, relajarse.

Cuándo se ejecutan los 6 ejercicios anteriores sin - ninguna dificultad, se pasa a los siguientes:

- 7.- Brazo derecho y pierna izquierda rígidos, rela-- jarse.
- 8.- Brazo izquierdo y pierna derecha rígidos, rela-- jarse.

Después de cada comando en que se le pide al sujeto- que ponga algún miembro rígido, el resto del cuerpo debe es tar relajado.

EJERCICIOS RESPIRATORIOS:

Los niveles de respiración que se utilizan son:

- A.- Respiración profunda, de 6 a 9 respiraciones por-

minuto.

D

B.- Semiprofunda, de 15 a 20 respiraciones por minuto.

C.- Superficial de 30 a 35 respiraciones por minuto.

D.- Jadeo.

Estos niveles se combinan para formar las técnicas de respiración que se utilizan durante el trabajo de parto, como sigue:

1.- Fase latente.- En la cuál se inicia la dilatación del cuello uterino durante este período las contracciones son muy suaves y a menudo no es necesario realizar ningún tipo de respiración especial, además de que las contracciones son muy ligeras e irregulares los intervalos entre ellas, aveces son muy prolongados.

2.- En la fase de aceleración en la cuál el cuello dilata de 2.5cms. a 8 ó 9cms, aquí las contracciones se van regularizando hasta que se presentan en intervalos de aproximadamente 3 a 5 contracciones en 10 minutos, estas contracciones se vuelven más intensas y entonces es necesario utilizar diferentes niveles de respiración (Fig. 1).

3.- Finalmente en la fase de desaceleración en la cuál el cuello uterino debe alcanzar la dilatación máxima (10cms), las contracciones son mucho más intensas que en las fases anteriores y al finalizar esta fase la gestante siente deseos de empujar debido a la presión de la cabeza del bebé sobre la pared vaginal (reflejo de pujo). Ocasionalmente este reflejo ocurre antes que la dilatación esté completa, cuando esto sucede se debe de evitar empujar, durante esta fase se utilizan o se combinan los niveles de respiración como se ilustra en la (fig 2).

Para la segunda fase se utilizan niveles A-B-C-B-A ó

A-C-A según muestra.

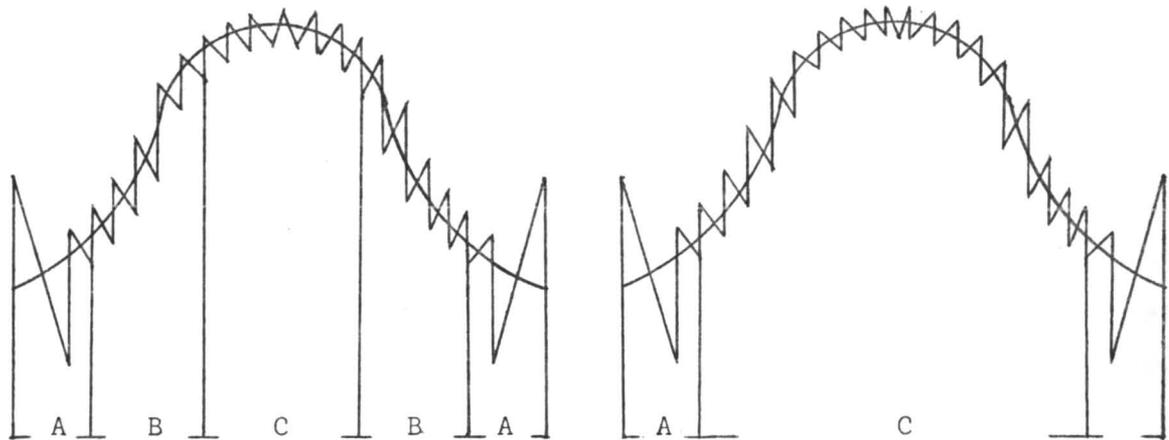


Fig. 1

Para la fase de desaceleración se utilizan los cuatro niveles A-B-C-D-C-B-A ó bien A-D-A

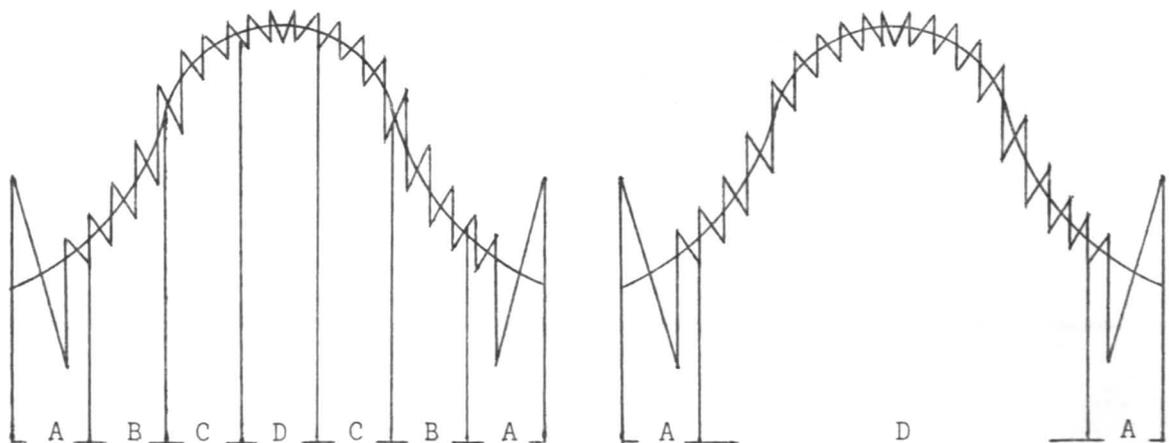


Fig. 2

Dentro de la práctica de estos ejercicios se realiza la simulación de la contracción.

La simulación de la contracción se inicia con el ---mando:

"Empieza la contracción. A esta orden la embarazada realiza una respiración de limpieza, pasando luego a nivel A (6 seg), en seguida pasa a nivel B (10 a 15 seg), después a nivel C (10 seg)., terminando la aceleración con el nivel D (20 a 30 seg). Se empieza a descender al nivel C (10 seg) luego al nivel B (10 seg), y luego al nivel A (6 seg)."La -contracción pasó " nuevamente se hace una respiración de --limpieza y se relaja.

A N E X O II

" DESCRIPCION DEL PARTO "

PARTO.- Es la terminación fisiológica del embarazo mediante la expulsión de un feto viable por vías maternas.

TRABAJO DE PARTO.- Es un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos.

TRABAJO DE PARTO VERDADERO.- Se identifica por la aparición de las contracciones uterinas regulares, dolorosas -- aumentadas en frecuencia, intensidad y duración.

El parto suele dividirse por buenas razones clínicas en tres estadios diferentes:

1.- El primer estadio del parto empieza cuando las -- contracciones uterinas (fuerzas miométricas) alcanzan la frecuencia, intensidad y duración suficientes para iniciar un rápido borramiento demostrable y dilatación del cuello uterino. Termina cuando el cuello está completamente dilatado, es decir, cuando el cuello está lo suficientemente dilatado para permitir el paso de la cabeza fetal a través de él. El primer estadio del parto es por lo consiguiente, la etapa de borramiento cervical y dilatación..La duración de este estadio en la paciente primigesta es alrededor de 13hrs.

Friedman, divide además el primer período de trabajo de parto en dos fases:

- a).- Fase latente; que corresponde desde la primera -- contracción uterina verdadera hasta 2cms., de dilatación del cervix y dura aproximadamente de --- 6-8hrs. En primigestas.
- b).- Fase activa; que se divide a su vez en:
 - Fase de aceleración, en la cuál, el cuello de + la matriz alcanza una diltación de 2-4cms. y dura aproximadamente de 1-2hrs.
 - Fase de máxima aceleración; en ésta la dilata--

ción alcanza su máxima elevación, en esta fase los efectos de interferencia de medicamentos, analgésicos, oxitocicos, pueden observarse momento a momento aquí el cervix alcanza una dilatación de 4-9cms, y dura alrededor de 1-2hrs.

-Fase de desaceleración; La dilatación es lenta y hay un período de transición antes de pasar al segundo período el cuello dilata de 9-10cms, y dura de 1-2hrs.

Características de las contracciones uterinas en el parto;

Las contracciones uterinas del parto son las únicas-contracciones musculares fisiológicas que resultan ser dolorosas. A causa de ello, la designación común en muchas lenguas para esta contracción es "dolor" la causa de este dolor no se conoce completamente pero han sido propuestas las siguientes hipótesis.

1.- Hipoxia de las células del miometrio contraído.

2.- Comprensión de los ganglios nerviosos en el cuello y segmento inferior debida a los haces musculares estrechamente entrelazados,

3.- Distensión del cuello durante la dilatación.

4.- Distensión del peritoneo subyacente.

Las contracciones uterinas son involuntarias y, en su mayor parte, son independientes del control extrauterino. - En ocasiones el bloqueo neural mediante anestesia caudal o epidural disminuye, si se inicia en las primeras fases del parto. la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas.

Ivy, Hartman y Koff (1931) creían que el útero posee marcapasos que inician contracciones uterinas y controlan su frecuencia, estas no se localizan en un lugar específico, -- sin embargo parecen encontrarse con mayor frecuencia cerca de las uniones uterotubáricas.

El estiramiento mecánico del cuello uterino eleva la actividad en varias especies incluyendo la humana, este fenómeno

meno ha sido denominado reflejo de Ferguson, éste (1941) postuló que la causa tiene que ser la liberación de oxitocina - pero aún no ha sido demostrado.

La anestesia espinal o epidural bloquea el efecto estimulador de la distensión del cérvix según Sala y Cols --- (1970).

El intervalo entre el inicio de las contracciones disminuye en forma gradual desde aproximadamente 10', al inicio de la primera etapa, hasta sólo 1' en la segunda etapa. Períodos de relajación entre las contracciones son esenciales para el bienestar del feto ya que las contracciones continuas suponen el riesgo de interferir en el riego sanguíneo y la transferencia placentaria hasta el punto de producir hipoxia fetal la duración de cada contracción varía entre 30 - 90 segundos, con una media aproximada de 1', las presiones alcanzadas en promedio son de 40mm de HG, pero varían de 20-60mm de HG.

Con el parto, el útero se divide en dos partes distintas. El segmento superior en contracción activa se hace más grueso a medida que avanza el parto. La porción inferior que comprende el segmento inferior del útero y del cérvix, es relativamente pasivo en comparación con el segmento superior y se transforma en un conducto muscular de pared delgada para el paso de feto.

El borramiento es la incorporación del orificio interno del cérvix a la pared interna del útero. En las primigestas primero se borra el cuello y después de que termina el borramiento empieza a dilatarse. En las multíparas éstos fenómenos son simultáneos la dilatación del cuello se mide en centímetros pero ésta medición es aproximada. Cuando la dilatación va creciendo progresivamente durante el transcurso -- del trabajo de parto llega a ser total entonces se habla de dilatación completa (10cms), es cuando los bordes del orificio externo han llegado a la pared de la pelvis el cuello se borra y se dilata por dos razones fundamentales;

La primera es por las contracciones uterinas que retraen hacia arriba las fibras musculares a nivel del istmo, y del cuello. Existe un factor mecánico que favorece éstos fenómenos y es el producto mismo que es impulsado por las contracciones del útero durante el trabajo de parto, hacia-abajo, estos impulsos constantes hacen que la parte más inferior del producto sea el amnios sea la presentación que actúan como fenómenos mecánicos que distienden el cuello.

Los fenómenos pasivos del primer período o estadio de trabajo de parto lo constituye la dilatación y el borramiento del cérvix.

El segundo estadio del trabajo de parto inicia con la dilatación completa del cérvix y termina con la expulsión del producto la duración media de este estadio es de 50' en multíparas pero puede variar ampliamente dependiendo de los siguientes factores; presentación y posición fetal, relación fetopelvica, resistencia de las partes pelvicas blandas de la madre, frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas, eficiencia de los esfuerzos expulsivos maternos.

El tercer estadio de trabajo de parto ó alumbramiento inicia con la expulsión del producto y termina con la expulsión de la placenta, membranas y fragmentos del cordón que se quedó adherido a la placenta. El tiempo de este período varía de 3-15'.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
ESCUELA DE ENFERMERIA

CURSO DE PREPARACION PSICOPROFILACTICO PARA EL PARTO

ANEXO No. III

FECHA-HORA	T E M A S	TECNICA Y RECURSOS DIDACTICOS	RESPONSABLE
8-Oct.1986. 16:00-16:30	Anatomía y Fisiología del Ap. reproductor masculino	EXPOSICION ROTAFOLIO	Valentina Santos Rdz. Enfermera General.
16:35-17:00	Conceptos erróneos del emb. y parto.	EXPOSICION	Rosa Ma. González Flores Enfermera Espec.
	Desarrollo histórico y fundamentos del método psicoprofiláctico.	EXPOSICION	Graciela Muñoz. Psicóloga.
17:00-17:15		Sesión de preguntas	
10-Oct.1986. 16:00-17:00		Ejerc. de repaso	
10-Oct.1986. 16:00-16:30	Desarrollo del embarazo Ciclo ovárico. Ciclo endometrial. Desarrollo del huevo.	EXPOSICION	Leticia Lozano Martínez. Enfermera General
16:35-17:00	Principios básicos del método Psicoprofiláctico y técnicas que utiliza. Ejercicios musculares, de relajación y respiratorios.	EXPOSICION	Graciela Muñoz. Psicóloga.
17:00-17:15		Sesión de preguntas	
17-Oct.1986. 16:00-17:00		Ejerc. de repaso.	

FECHA-HORA	T E M A S	TECNICA Y RECURSOS DIDACTICOS	RESPONSABLE
22-Oct.1986 16:00-16:30	Desarrollo del embarazo. Placenta. Membranas. Desarrollo del feto. Adaptación materna al embarazo. Utero, vagina, periné, mamas, pared y piel abdominal, peso corporal.	EXPOSICION	Leticia Lozano Martínez Enfermera General
16:35-17:00	Ejercicios de relajación ó neuro- musculares(4) como técnicas del - método psicoprofiláctico. Revisión de los ejercicios musula res.	DEMOSTRACION Y PRACTICA	Graciela Muñoz. Psicóloga.
17:00-17:15		Sesión de Preg.	
24-Oct.1986 16:00-17:00		Ejerc. de repaso	
29-Oct.1986. 16:00-16:30	Cuidados durante el embarazo; Nutrición, higiene, vestido, relacio nes sexuales. Método de Planificación Familiar	EXPOSICION FILMINAS.	Valentina Santos Rdz. Enfermera General.
16:35-17:00	Ejercicios Neuro-musculares (4) Rev. de los ejercicios musculares y neuro-musculares.	DEMOSTRACION Y PRACTICA	Graciela Muñoz. Psicóloga.
17:00-17:15		Sesión de Preg.	
31-Oct.1986. 16:00-17:00		Ejerc. de repaso.	

FECHA-HORA	T E M A S	TECNICAS Y RECURSOS DIDACTICOS	RESPONSABLE
5-Nov.1986 16:00-16:30	Parto Definición Clasificación. Períodos.	EXPOSICION	Aurora Muñiz Campos Enfermera General
16:35-17:00	Ejercicios Neuro-musculares. Introducción de los diferentes tipos de respiración; otra de las técnicas psicoprofilácticas.	DEMOSTRACION Y PRACTICA	Graciela Muñoz Psicóloga
17:00-17:15		Preg.por el Grupo	
7-Nov.1986 16:00-17:00		Ejerc. de repaso	
12-Nov.1986. 16:00-16:30	Operación Cesárea. Definición. Indicaciones. Parto mediante Fôrceps. Definición. Clasificación. Indicación.	EXPOSICION	Dr. Jorge Gallegos Gineco-Obstetra.
16:35-17:00	Integración de los diferentes tipos de respiración. Rev. de los ejercicios musculares neuro-musculares(relajación) y respiratorios.	DEMOSTRACION Y PRACTICA	Graciela Muñoz. Psicóloga
17:00-17:15		Preg.por el Grupo	
14-Nov.1986. 16:00-17:00		Ejerc. de repaso	

FECHA-HORA

T E M A S

19-Nov.1986

Analgesia y Anestesia.

16:00-16:30

Definición.

Efectos durante el trabajo de parto.

Indicación.

Efectos colaterales tanto para la madre como para el producto.

16:35-17:00

Simulación de contracción.

17:00-17:15

21-Nov.1986.

16:00-17:00

26-Nov.1986.

16:00-16:30

Nacimiento y cuidados del R.N.

Valoración general.

Definición.

Cuidados inmediatos del R.N.

Cuidados mediatos al R.N.

16:35-17:00

Resumén.

17:00-17:15

28-Nov.1986.

16:00-17:00

TECNICAS Y RECURSOS
DIDACTICOS

RESPONSABLE

EXPOSICION

Dra. Nohemí Santos.

PRACTICA

Graciela Muñoz.
Psicóloga.

Preg.por el Grupo

Ejerc. de repaso

EXPOSICION

Dr. Mario Vázquez C.
Pediatra.

Enf. Ernestina Moncada.
Enf. Pediatra.

DEMOSTRACION Y
PRACTICA

Graciela Muñoz.
Psicóloga.

Sesión de Preguntas

Ejerc. de repaso

A N E X O I V

I N S T R U M E N T O S

SEGUNDO PERIODO DE TRABAJO DE PARTO

A

FECHA	Hora	ALT. PRESENT.	EXPUL.	PROD.	Contracciones			MED	Anestesia.			Complic.	P.A.	F.C.	F.R.	TEMP.	OBSERVACIONES
					10	Tono			L	R	G						
						N	A										

DURACION DE SEGUNDO PERIODO DE TRABAJO DE PARTO.

TERCER PERIODO DE TRABAJO DE PARTO

FECHA	HORA	DURACION.	SANGRADO.	P.MEM.INTEG. SI NO	COMPLIC.	OBSERV.	P.A.	F.C.	F.R.	TEMP.

DURACION DEL TERCER PERIODO DE TRABAJO DE PARTO.

CONDUCTAS MATERNAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO ANEXO IV.B

1.- TRANQUILIDAD:

a).- Manifestaciones de llanto	SI	NO
b).- Manifestaciones de cólera	SI	NO
c).- -Verbal.- Gritos	SI	NO
-No verbale-No atiende <u>indica</u> ciones.	SI	NO
d).- Demanda atención		
-TX analgésico	SI	NO
-Exploración frecuente	SI	NO
e).- La paciente acepta analgesia obstetri <u>ca</u> a los 7 u 8 de dilatación.	SI	NO

II.- OBEDECE INDICACIONES:

a).- Adopta la posición adecuada durante el parto.	SI	NO
b).- Valoración del tono muscular		
- Se observa tensión muscular genera <u>l</u> lizada durante la contracción uterina	SI	NO
- Se observa tensión muscular general <u>i</u> zada aún sin contracción uterina.	SI	NO
- Se observa tensión muscular durante el tacto.	SI	NO
c).- Colaborará en procedimientos especiales		
- Analgesia obstétrica	SI	NO
- Tactos Vaginales	SI	NO
- Exploración abdominal	SI	NO
d).- Durante el período expulsivo empuja adecuadamente .	SI	NO

III.- CARACTERISTICAS DE LA RESPIRACION DE LA PACIENTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

IV.- GRADO DE CONOCIMIENTO OBSERVADO EN LA PACIENTE.

- | | | |
|---|----|----|
| a).- La paciente fue capaz de identificar la primera contracción uterina verdadera. | SI | NO |
| b).- Solicita información específica respecto a su evolución. | | |
| - Características de las contracciones. | SI | NO |
| - Grado de borramiento y dilatación del cérvix. | SI | NO |
| - Condiciones actuales del producto. | SI | NO |

V.- REACCIONES DE LA MADRE ANTE EL RECIEN NACIDO.

- | | | |
|--|----|----|
| a).- Reacciones verbales. | | |
| - Dirige términos afectuosos al niño | SI | NO |
| - Comenta sobre la belleza del niño o sobre defectos reales. | SI | NO |
| - Expresa disatisfacción con respecto al sexo del pequeño. | SI | NO |
| - Utiliza expresiones de desagrado o reproche. | SI | NO |
| - Pregunta a la enfermera si el niño se encuentra bien. | SI | NO |
| - Se queja de las dificultades del parto. | SI | NO |
| - Pide considerable ayuda para sus propios malestares. | SI | NO |
| b).- Reacciones no verbales.. | | |
| - Mira al niño y trata de alcanzarlo | SI | NO |
| - Toca y abraza al niño | SI | NO |
| - Sonríe y besa al niño | SI | NO |
| - Aleja al niño de sí misma. | SI | NO |
| - Rostro y brazos en tensión. | SI | NO |
| - Se vuelve hacia el lado opuesto del niño | SI | NO |
| - Somnolienta a pesar de no haber recibido medicamentos | SI | NO |
| - Llora con tristeza | SI | NO |
| - Llora de felicidad | SI | NO |

A N E X O IV.C.
DESCRIPCION DEL APGAR

Recién Nacido.-

O.M.S. Recién Nacido, es todo niño desde su nacimiento hasta los 28 días de vida extrauterina.

La valoración del recién nacido será efectuada por el método de la Dra. Virginia Apgar que se basa en apreciación extrauterina así como el mantenimiento de condiciones anormales post-parto.

Con este método se valoran las condiciones generales del recién nacido que serán tomadas al 1 ó., 3' y 5' estando reconocido que el dato más preciso es el tomado a los 5'.

	0	1	2
1.- Frecuencia Cardiaca	No	Lenta 100	100 a más
2.- Esfuerzo Respiratorio	No	Llanto débil Hipoventilación	Llanto vigoroso.
3.- Tono Muscular.	Flacidéz Total.	Flexión discreta de extrem.	Flexión completa
4.- Resp. a Estímulos	Ninguna	Reacción Discreta.	Llanto.
5.- Coloración.	Cianosis Palidéz	Acrocianosis	Sonrosada Total.

Puntuación máxima ideal.- 10.

Las condiciones del R. N. se consideran buenas cuando alcanzan una calificación de 8.....9.....10.

Regular si la calificación es de 6.....7.

Mala si sólo alcanzan...5 puntos ó menos.

A N E X O IV.D.

ATENCION DEL PERSONAL DE SALUD A LA PACIENTE EN TRABAJO DE -
PARTO. (Grupo No-Expuesto).

EN ADMISION.-

1.- Establece relaciones positivas, saludando y alen-
tando a la paciente:

SI.-

NO.-

2.- Obtiene la enfermera informaci3n veráz y adecuada
através de la paciente:

Gesta. SI.- NO.-

F.P.P. SI.- NO.-

Pérdida y característica de material vaginal extraño-
ó normal:

Sangre. SI.- NO.-

Moco. SI.- NO.-

Liq.Amniótico. SI.- NO.-

Hora de inicio de trabajo de parto y características-
de éste:

SI.- NO.-

3.- Cuál fué la orientaci3n que se le dió a la embara-
zada a su ingreso. (en sala de admisi3n).

Se le explic3 el significado de los procedimientos ta-
les como:

Manejo de sus cosas personales SI NO

Manejo de la bata ó ropa de hospital SI NO

Tricotomía. SI NO

Enema evacuante. SI NO

Tacto. SI NO

Signos vitales. SI NO

R.X. SI NO

4.- Se le orientó respecto a las características de -
las contracciones, de acuerdo a la evoluci3n del t. de p.

SI

NO

5.- A su ingreso, se le dá a conocer el área física:

Baño SI NO

Su cama SI NO

6.- La enfermera permaneció durante los procedimientos al lado de la paciente:

SI

NO

EN SALA DE LABOR:

1.- Se le dió a la paciente en su caso previa explicación del tratamiento médico respecto a:

Venoclisis SI NO

Inducción SI NO

Conducción SI NO

Analgésia SI NO

Fórceps SI NO

Cesárea SI NO

Tactos SI NO

Ruptura artificial de
amnios SI NO

2.- La enfermera presta atención directa a la paciente.

SI NO NO. VECES

Numero de visitas realizadas a la paciente

NO. VECES

Control del goteo de venoclisis.

SI NO

Se le valora e informa de la evolución de su T. de P.

SI NO NO. VECES

Posición adecuada de acuerdo al procedimiento.- ¿ Se le explica?

SI NO

Se registra y controla características de la F.C.F.

Quién? NO. VECES

Vigila la duración e intensidad de las contracciones.

Quién? NO. VECES

3.- Existe coordinación entre médico y enfermera en el tratamiento de la paciente.

SI NO

4.- Se informa a la paciente, la posición que favorece al riego sanguíneo y que puede evitar un Sufrimiento Fetal.

Quién? NO. DE VECES

5.- Cuál es la información que recibe la paciente en cuanto a formas de respiración y relajación durante el T.de P.

6.- Se le explica a la paciente el momento de pasar a sala de expulsión.

SI NO

SALA DE EXPULSION:

1.- Se traslada a la embarazada a sala de partos, se le explica la mejor forma de pasarse a la mesa de expulsión y la posición que debe de adoptar para el período expulsivo.

SI NO QUIEN

2.- Se le explica la importancia de la colocación y del manejo de los campos estériles.

SI NO QUIEN

3.- Se le informa el porqué y el momento del aseo vulvoperineal.

SI NO QUIEN

4.- Dirige y alienta a la paciente para que logre un expulsivo eficaz.

SI NO

Se le explicó la forma de respirar, relajarse y pujo en éste período?

SI NO QUIEN

Brinda aliento en cada esfuerzo expulsivo?

SI NO QUIEN

Se vigila F.C.F. después de cada contracción?

SI NO QUIEN

5.- Vigila goteo, permeabilidad y medicamentos endo-
venosos?

SI NO

6.- Se le orientó respecto a la episiotomía?

SI NO QUIEN

7.- Recibe orientación respecto a la expulsión de --
placenta y membranas?

SI NO QUIEN

8.- Se le orienta del cuidado y manejo de la episio-
tomía?

SI NO QUIEN

9.- Quedan satisfechas sus inquietudes y dudas respec-
to a su bebé?

SI NO PORQUE

ATENCION DEL PERSONAL DE SALUD HACIA EL
RECIEN NACIDO
(Grupo No-Expuesto)

D

VALORACION DEL RECIEN NACIDO:

En que condiciones se recibe el recién nacido?

Persona que recibe al niño.

Cuidados inmediatos y mediatos que se le proporciona al recién nacido.

- Aspiración de secreciones
- Oxigenación
- Doble lig. de C.U.
- Profilaxis oft.
- Exámen físico completo
- Somatometría completa
- Verif. de permeab. esofágica y anal
- Identificación.

Actitud de la enfermera y médico ante la presencia de complicaciones....malformaciones.

La enfermera muestra a la paciente su niño?

Le informa de su estado de salud. Peso Sexo.

A N E X O N o . V

C U A D R O V "A"

TIEMPO DE DURACION DEL PRIMER PERIODO DE TRABAJO DE PARTO -
DE LAS EMBARAZADAS SELECCIONADAS PARA EL ESTUDIO DE PSICO--.
PROFILAXIS.

Hospital General Zona 1 de Gineco-
Obstétrica y Pediatría. Noviembre-
de 1986 a Marzo de 1987, San Luis-
Potosí, S.L.P.

No. DE CASO.	TIEMPO EN HORAS	
	TRUPO EXPUESTO	GRUPO NO-EXPUESTO
1	2.50	4.00
2	2.50	4.10
3	3.00	7.10
4	3.00	9.30
5	3.25	9.30
6	3.45	9.45
7	5.28	11.30
8	5.30	12.00
9	6.00	15.40
10	8.55	
11	10.45	

$$X = 5.0424242$$

$$X = 9.25$$

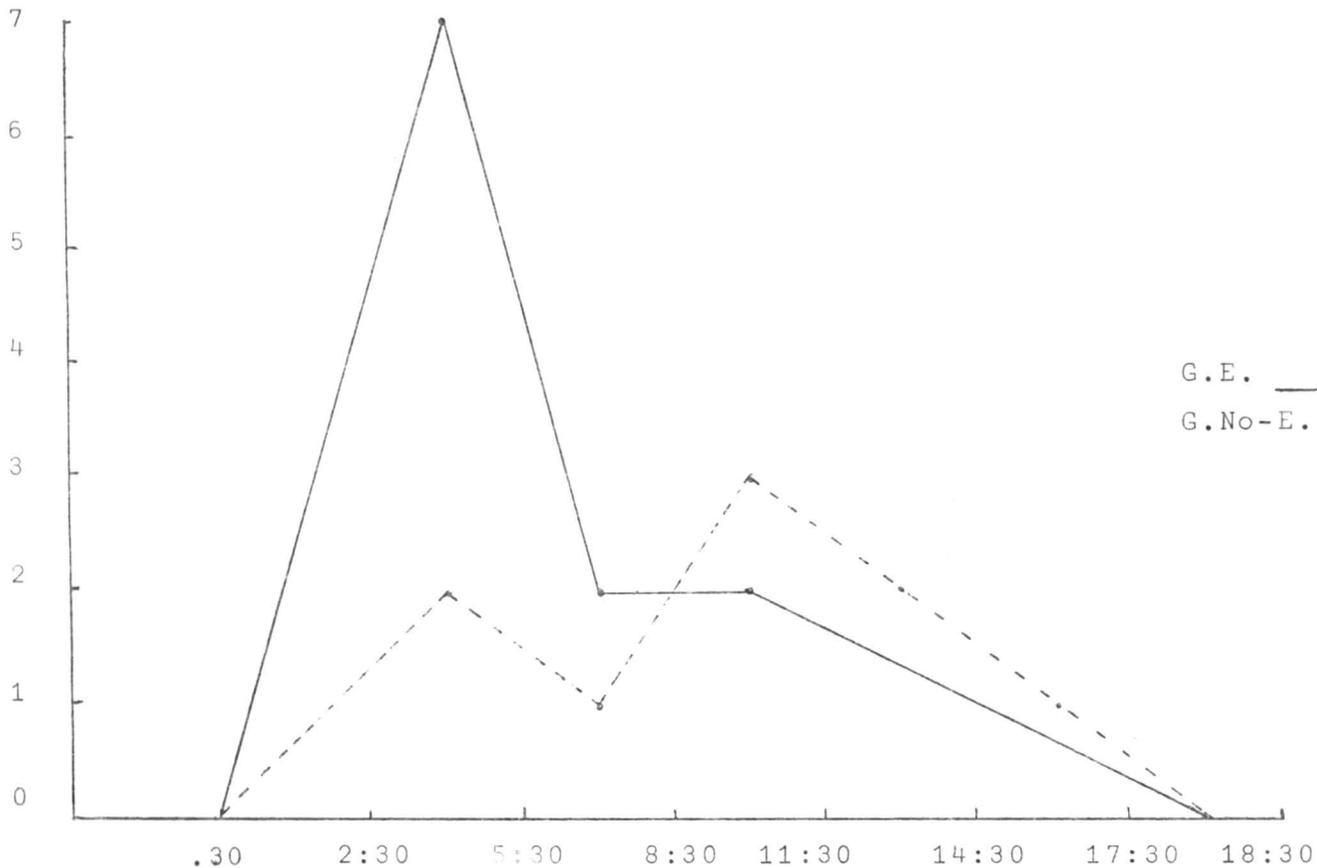
$$S_n = 2.5461038$$

$$S_n = 3.5263558$$

$$T_{18} = 4.5 \quad P \quad 0.05$$

No. DE

P
A
C
I
E
N
T
E
S



GRAFICA No. 1 "B"

Tiempo de duración del 1er. período de trabajo de parto en 20 pacientes del H.G.Z. No. 1 del I.M.S.S. No---viembre de 1986 a Marzo de 1987.

Fuente: Directa.

C U A D R O V "B"

TIEMPO DE DURACION DEL SEGUNDO PERIODO DE TRABAJO DE PARTO-
DE LAS EMBARAZADAS SELECCIONADAS PARA EL ESTUDIO DE PSICO--
PROFILAXIS.

Hospital General de Zona 1 de Gineco-
Obstetricia y Pediatría. Noviembre de
1986 a Marzo de 1987. San Luis Potosí
S.L.P.

No. DE CASO.	TIEMPO EN HORAS	TIEMPO EN HORAS
	GRUPO EXPUESTO	GRUPO NO-EXPUESTO
1	0.12	0.10
2	0.22	0.10
3	0.30	0.20
4	0.37	0.30
5	0.40	0.42
6	0.40	0.50
7	0.40	1.10
8	0.50	1.35
9	1.35	2.45
10	1.35	
11	1.40	

X = 0.8045454

X = 0.9148148

Sn = 0.5297746

Sn = 0.7947141

$T_{18} = 0.98$ $0.10 < P < 0.20$

C U A D R O V "C"

TIEMPO DE DURACION DEL TERCER PERIODO DE TRABAJO DE PARTO -
DE LAS EMBARAZADAS SELECCIONADAS PARA EL ESTUDIO PSICOPROFI
LAXIS.

Hospital General de Zona 1 de Gineco-
Obstetricia y Pediatría. Noviembre de
1986 a Marzo de 1987. San Luis Potosí
S.L.P.

No. DE CASO.	T I E M P O E N M I N U T O S	
	GRUPO EXPUESTO	GRUPO NO-EXPUESTO
1	3	5
2	5	5
3	5	5
4	5	7
5	5	8
6	5	13
7	5	15
8	8	15
9	8	18
10	10	
11	10	

$$X = 0.1045454$$

$$X = 0.1685185$$

$$S_n = 0.0369895$$

$$S_n = 0.0806778$$

$$T_{18} = 0.73 \quad 0.20 < P < 0.25$$