

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTOMONA DE MEXICO

184

FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE POSTGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

BENEFICIOS DE LA PSICOPROFILAXIS EN LA
RESOLUCION DEL EMBARAZO .

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA .

PRESENTA

DRA. MUÑOZ GONZALEZ VIRGINIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Muñoz Gonzalez

Virginia

FECHA: 10 - Diciembre - 02

FIRMA: 

MEXICO DF 2000

2



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



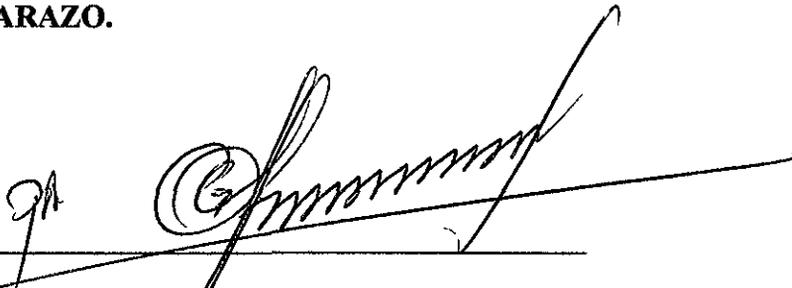
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

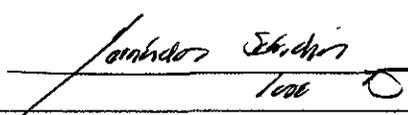
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

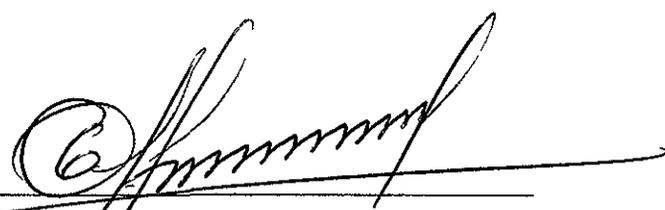
BENEFICIOS DE LA PSICOPROFILAXIS EN LA RESOLUCION DEL EMBARAZO.



DR. JULIAN COVARRUBIAS DE LA MOTA.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.



DR. JOSE BACILIO HERNANDEZ SANCHEZ.
ASESOR DE TESIS.
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.



DR. HORACIO OLVERA HERNANDEZ.
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

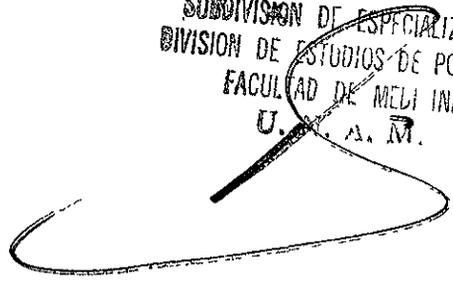


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. A. M.

I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION MEDICA

31 OCT 2000

HOSP. REG. 1o. DE OCT COORDINACION
DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



INDICE

RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	2
INTRODUCCION.....	3
MATERIAL Y METODOS.....	5
RESULTADOS.....	6
GRAFICAS.....	8
DISCUSION.....	23
CONCLUSION.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	26

RESUMEN

La preparación y el aprendizaje de la mujer embarazada se ve reflejado en su actitud durante el trabajo de parto. La paciente preparada enfrenta el parto en forma tranquila, sin temor, colaborando en forma completa con el médico teniendo la finalidad de lograr el bienestar materno y fetal.

Los cursos de preparación para lograr un parto psicoprofiláctico han tenido una gran aceptación en las sociedades contemporáneas, con lo cual el papel que representa el futuro padre ha recobrado gran importancia.

El objetivo general del presente estudio fue determinar los beneficios que representa el curso de psicoprofilaxis, en el desarrollo del trabajo de parto así como la resolución del mismo.

Material y Métodos: se realizó un estudio retrospectivo y prospectivo en el Hospital Regional Primero de Octubre del ISSSTE en mujeres embarazadas que solicitaron el curso de psicoprofilaxis en el período comprendido de Enero de 1997 a junio del año 2000. La recolección de datos se llevó a cabo a través de la revisión de expedientes.

Resultados : El universo de estudio comprendió a 765 pacientes de las cuales 393 fueron primigestas y 372 multigestas, en el grupo de pacientes primigestas el período de preparación fue de 3 a 4 meses en el 63 % , de ellas el 97 % se presentó al servicio de urgencias de obstetricia durante el primer período de trabajo de parto (246 =62.6 % en fase latente y 135 =34.4 % en fase activa); teniendo la resolución del embarazo por vía abdominal el 53 % y de el 47 % por vía vaginal, de estas últimas no requirieron analgesia obstétrica el 64 % . El tiempo de duración del trabajo de parto en el mayor número de ellas fue de 6 a 12 horas (70%), y la calificación de Apgar obtenida por los recién nacidos fue de 8 puntos en el 83 % .

En el grupo de pacientes multigestas el tiempo de preparación fue de 3 a 4 meses en el 69%, se presentaron al servicio de urgencias de obstetricia durante el primer período de trabajo de parto en 93 % (213=44.5 % en fase latente y 233=48.5 % en fase activa); la vía de resolución del embarazo fue 39 % por vía abdominal y el 61 % por vía vaginal, en estas últimas la duración del trabajo de parto en el mayor número de ellas fue de 6 – 12 horas (59 %), el 79 % no requirió analgesia obstétrica y la calificación de Apgar obtenida por los recién nacidos fue de 8 puntos en el 84 %

Conclusiones : Se considera que los beneficios materno fetales observados en las pacientes que recibieron capacitación en el curso de psicoprofilaxis son : menor tiempo de duración del trabajo de parto, menor tiempo de período expulsivo, disminución de la solicitud de analgesia obstétrica, así como una mejor calificación de Apgar , tanto en pacientes primigestas como en multigestas; sin embargo los beneficios que se consideran de mayor importancia son los referidos a los conocimientos que adquieren la paciente y el familiar o esposo acerca de lo que sucede en el embarazo y durante el trabajo de parto.

En lo que se refiere a la vía de resolución del embarazo no se modifica en forma importante con respecto a lo referido en la literatura, ya que como es sabido el número de demandas legales ha aumentado en los últimos años; así como la introducción de tecnología que nos ayuda a diagnosticar problemas fetales durante el trabajo de parto y por consiguiente el aumento del número de cesáreas.

SUMMARY

The preparation and the pregnant woman's learning is reflected in its attitude during the childbirth work. The prepared patient faces the childbirth in form tranquil, sin temor, colaborando in complete form with the doctor having the purpose of achieving the maternal and fetal well-being.

The preparation courses to achieve a childbirth psicoprofiláctico have had a great acceptance in the societies contemporáneas, con that which the paper that the future father represents has recovered great importance.

The general objective of the present study was to determine the benefits that it represents the psicoprofilaxis course, in the development of the childbirth work as well as the resolution of the same one.

Material and Methods: he/she was carried out a retrospective and prospective study in the First Regional Hospital of October of the ISSSTE in pregnant women that requested the psicoprofilaxis course in the understood period of January from 1997 to June of the year 2000. La gathering of data it was carried out through the revision of files.

Results: The study universe understood 765 patients of which 393 were primigestas and 372 multigestas, in the group of patient primigestas the period of preparation went from 3 to 4 months in 63%; of them 97% was presented to the service of obstetrics urgencies during the first period of childbirth work (246 =62.6% in latent phase and 135 =34.4% in active phase); having the resolution of the pregnancy for via abdominal 53% and of 47% for via vaginal, of these last ones they didn't require obstetric analgesia 64%. The time of duration of the childbirth work in the biggest number in them went from 6 to 12 hours (70%), and the qualification of Apgar obtained by those recently born ones was of 8 points in 83%.

In the group of patient multigestas the time of preparation went from 3 to 4 months in the 69%, se they presented to the service of obstetrics urgencies during the first period of childbirth work in 93% (213=44.5% in latent phase and 233=48.5% in active phase), the road of resolution of the pregnancy was 39% for via abdominal and 61% for via vaginal, in these last ones the duration of the childbirth work in the biggest number in them was of 6-12 hours

(59%), 79% didn't require obstetric analgesia and the qualification of Apgar obtained by those recently born ones it was of 8 points in 84%.

Conclusions: it is considered that the fetal maternal benefits observed in the patients that received training in the psicoprofilaxis course are: smaller time of duration of the childbirth work, smaller time of period expulsivo, decrease of the application of obstetric analgesia, as well as a better qualification of Apgar, as much in patient primigestas as in multigestas; however the benefits that are considered of more importance are those referred to the knowledge that the patient and the relative or husband acquire about what happens in the pregnancy and during the childbirth work.

In what refers to the road of resolution of the pregnancy he/she doesn't modify in important form with regard to that referred in the literature, since like the number of legal demands is known it has increased in the last years; as well as the technology introduction that he/she helps us to diagnose fetal problems during the childbirth work and consequently the increase of the number of Caesarean.

INTRODUCCION

El miedo es en cierta modo el principal agente productor del dolor en un parto que podría ser normal. Por lo tanto para eliminar la perjudicial influencia del temor al parto, se ha creado una escuela que destaca las ventajas del parto natural o fisiológico; supone toda una educación anteparto destinada a eliminar el miedo. (1)

El alivio del dolor durante el parto presenta problemas especiales los cuales se pueden apreciar de la siguiente forma :

En el feto: cuando se administran fármacos sedantes o anestésicos a la mujer en trabajo de parto, éstos atraviesan con rapidez la placenta y pueden causar insuficiencia respiratoria en el recién nacido.

La duración de la analgesia: la analgesia obstétrica puede ser necesario durante 12 horas o incluso más.

Efectos sobre el parto : los analgésicos deben ejercer escasos o nulos efectos sobre contracciones uterinas y los esfuerzos expulsivos voluntarios; en el caso de que no lo hagan, el trabajo puede prolongarse aumentando el riesgo de hemorragia postparto.

A causa de estas dificultades, inherentes, se ha desarrollado hasta el momento un método de alivio del dolor en obstetricia que sea seguro y satisfactorio. El tratamiento Psicológico adecuado de la mujer embarazada durante el embarazo y el trabajo de parto es un "tranquilizante " básico para el dolor. (2)

Read en 1944 subrayó que la intensidad del dolor durante el trabajo de parto se relaciona en gran medida con la tensión emocional, así mismo; recomendó informar adecuadamente a la mujer sobre la fisiología del parto y los diversos procedimientos hospitalarios a los cuales será sometida durante el trabajo de parto y el período expulsivo. (3)

Lazame en 1970 descubrió su método profiláctico, que considera el nacimiento como un proceso fisiológico natural. Estos conceptos tienen impacto considerable en la reducción del empleo de analgésicos sedantes y medicamentos durante el trabajo de parto. (4)

La presencia del esposo o de otro miembro de la familia que brinden apoyo a la paciente, así como de personal médico considerado que inspire confianza, contribuyen en gran medida a conseguir su objetivo. (5)

Los cursos de preparación para el parto psicoprofiláctico comenzaron a tener gran aceptación, y con la influencia de la escuela americana el papel del futuro padre tomó gran importancia. (6)

La preparación de la mujer embarazada, es en suma, el aprendizaje de su actitud frente al parto

La psicoprofilaxis tiene dos objetivos principales :

1 - Liberar a la madre de todo temor , angustia e ideas erróneas que pueden tener con respecto al parto.

2 - Enfrentar a la pareja para colaborar en su parto controlada y conscientemente.

Para lograr estos objetivos se requiere de lo siguiente :

- Técnicas de relajación muscular.
- Técnicas de respiración
- Ejercicios físicos, que mejoran el tono muscular, reducen la tensión, mejoran la elasticidad, favorecen la postura y activan la circulación.
- Información sobre todo el proceso del trabajo de parto y postparto.
- Clases teórico-prácticas.
- Conferencias de información impartidas por médicos especialistas.
- Se utiliza material audiovisual, películas, transparencias, diagramas, etc. para demostrar la aplicación del método.
- Se comienza a partir del cuarto mes de gestación con autorización de su médico tratante. (7)

La paciente preparada enfrenta su parto tranquila y sin temor, colaborando ampliamente con su médico en bienestar del binomio materno fetal. (8)

MATERIAL Y METODOS.

Se evaluaron a pacientes embarazadas que recibieron la capacitación en el curso de Psicoprofilaxis, mediante una cédula de recolección de datos contenidos en el área de Psicoprofilaxis, y la revisión de expedientes clínicos.

El período comprendido fue de Enero de 1997 a junio del año 2000.

Se incluyeron a pacientes con embarazo normo-evolutivo, con producto único en presentación cefálica, sin patología que contraindicara el parto por vía vaginal, que acudieron a urgencias de obstetricia del H.R. lo de Octubre a la atención y resolución del embarazo.

El objetivo general del estudio fue el determinar los beneficios del curso de Psicoprofilaxis en la resolución del embarazo así como el bienestar del binomio materno-fetal.

El estudio se consideró observacional, clínica, transversa, retrospectiva y prospectiva.

Los lineamientos del protocolo para este estudio fueron aprobados por la Jefatura de Enseñanza del Hospital Regional Primero de Octubre.

Para el análisis de los resultados fueron expresados como porcentaje y promedio (media aritmética).

RESULTADOS

En el presente estudio se obtuvo una población de 765 pacientes que llevaron a cabo el curso de Psicoprofilaxis en el H.R. 1° de Octubre del ISSSTE, en un período comprendido de Enero de 1997 a Junio del año 2000.

Se incluyeron a pacientes con embarazo normoevolutivo con producto único en presentación cefálica, sin patología materno-fetal que contraindicara el parto por vía vaginal, y a pacientes que acudieron a urgencias de Obstetricia del H.R. 1° de Octubre para atención y resolución del embarazo. Se excluyeron a pacientes con embarazo gemelar, cesárea iterativa, con patología materna o fetal, producto en presentación pélvica, situación transversa u oblicua, así como pacientes que se atendieron en otras instituciones de salud.

El universo de estudio comprendió 765 pacientes de las cuáles 393 pacientes fueron primigestas y 372 multigestas.

De las 393 pacientes primigestas, el tiempo de preparación en Psicoprofilaxis fue de 1-2 meses=75 pacientes (19 %), 3-4 meses=246 pacientes (63 %), de 5-6 meses = 68 pacientes (17 %) y de 7-8 meses = 4 pacientes (1 %). (Fig. 1).

El período del trabajo de parto en el cual se presentaron a Urgencias de Obstetricia fue el siguiente: 1er período = 381 pacientes(97 %) (246 en fase latente, y 135 en fase activa), en 2° período = 12 pacientes(3 %) y en el 3er período=0 pacientes. (fig.2)

De éstas pacientes la vía de resolución del embarazo fue: parto por vía vaginal = 186 pacientes(47 %) y por vía abdominal (cesáreas) 207 pacientes(53 %). (fig.3)

De las pacientes primigestas que tuvieron resolución del embarazo por parto vaginal (186 pacientes) la duración del trabajo de parto fue: de 0-6 horas = 20 pacientes (11 %); de 6 – 12 horas = 130 pacientes(70 %) , 12- 18 horas = 21 pacientes (11 %) y de 18- 24 = 15 pacientes (8 %)(Fig. 4)

De las cuales 67 pacientes(36 %) solicitaron analgesia obstétrica y 119 pacientes (64 %) concluyeron su trabajo de parto sin solicitar analgesia. (fig. 5).

El tiempo de período expulsivo fue de 05 – 30 minutos = 138 pacientes(74 %) y de 30 – 60 minutos = 48 pacientes (26 %) (Fig.6).

La calificación de Apgar de los recién nacidos, obtenida al 1er minuto postparto fue Apgar 6 = 2 pacientes((1 %); Apgar 7 = 6 pacientes (3 %); Apgar 8 = 154 pacientes(83 %) y Apgar 9 = 24 pacientes (13 %). (fig. 7).

En lo que respecta a las pacientes multigestas la población en estudio fue de 372 pacientes las cuales tuvieron un tiempo de preparación de Psicoprofilaxis en la siguiente forma: de 1 –2 meses = 57 pacientes (15 %), de 3-4 meses = 256 pacientes (69 %) y de 5-6 meses = 59 pacientes (16 %). (fig 8)

El período de trabajo de parto en el cual se presentaron a urgencias de Obstetricia fue en el 1er período = 346 pacientes (93 %) (213 en fase latente y 133 en fase activa), en el 2° período = 26 pacientes (7%) y en el 3er período=0 pacientes. (fig. 9)

De las pacientes multigestas la vía de resolución del embarazo fue de la siguiente manera :
vía vaginal (partos) = 226 pacientes (61 %) y por vía abdominal (cesáreas) = 146
pacientes (39 %)(fig. 10).

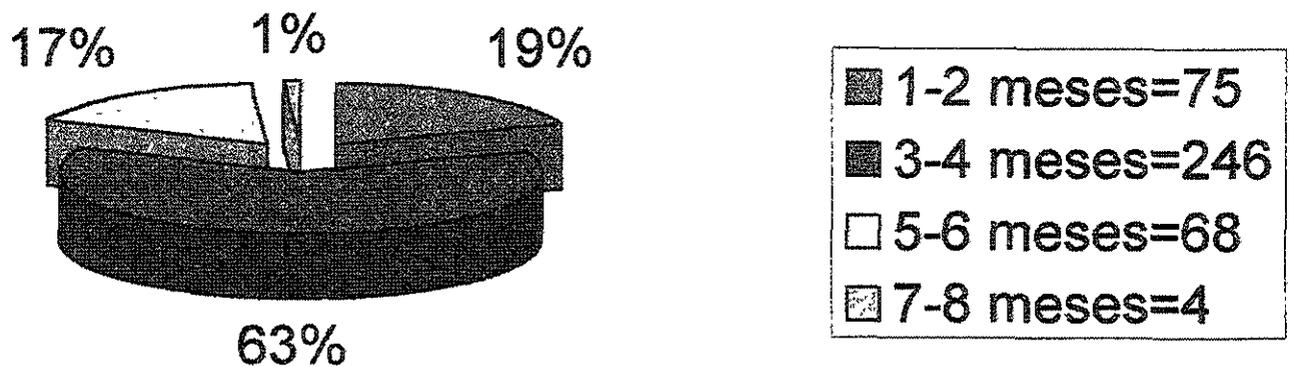
De las pacientes que tuvieron resolución del embarazo por vía vaginal la duración del
trabajo de parto fue de 0 – 6- horas = 54 pacientes (24 %) ; de 06 – 12 horas =133
pacientes (59 %); de 12- 18 horas = 18 pacientes (8 %)y de 18 – 24 horas = 21
pacientes (21 %) (fig. 11).

De las cuales 47 pacientes (21 %) solicitaron analgesia obstétrica y 179 pacientes (79 %)
concluyeron su trabajo de parto sin solicitar analgesia obstétrica (fig. 12) .

El tiempo de período expulsivo fue de 05 – 30 minutos =181 pacientes (80 %) y de 30 –
60 minutos = 45 pacientes (20%) (fig. 13) .

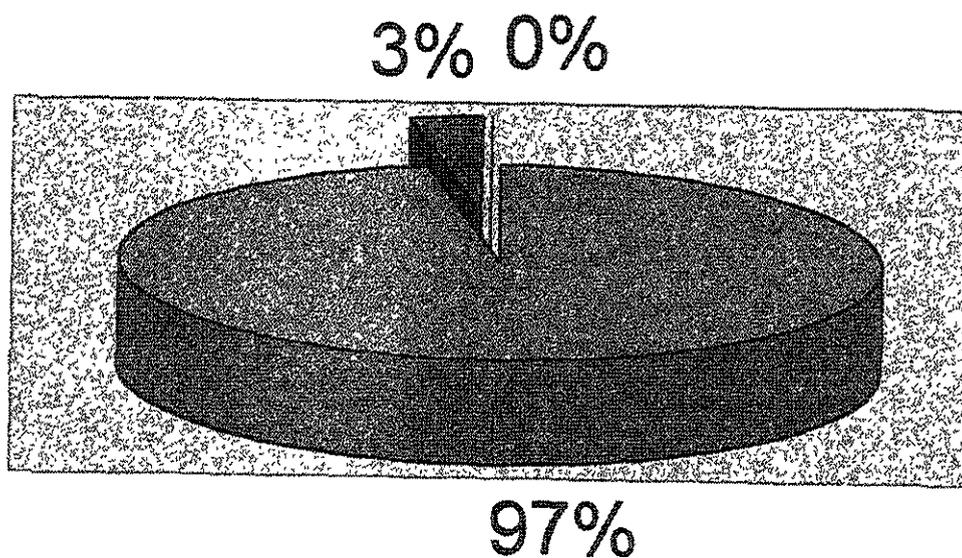
La calificación de Apgar en llos recién nacidos obtenida al ler minuto postparto fue Apgar
6 =1 paciente ; Apgar 7 = 8 pacientes (4 %) ; Apgar 8 = 190 pacientes (84 %) ; Apgar 9 =
27 pacientes (12 %) . (Fig. 14.)

Fig. 1 TIEMPO DE PREPARACION EN PSICOPROFILAXIS PRIMIGESTAS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

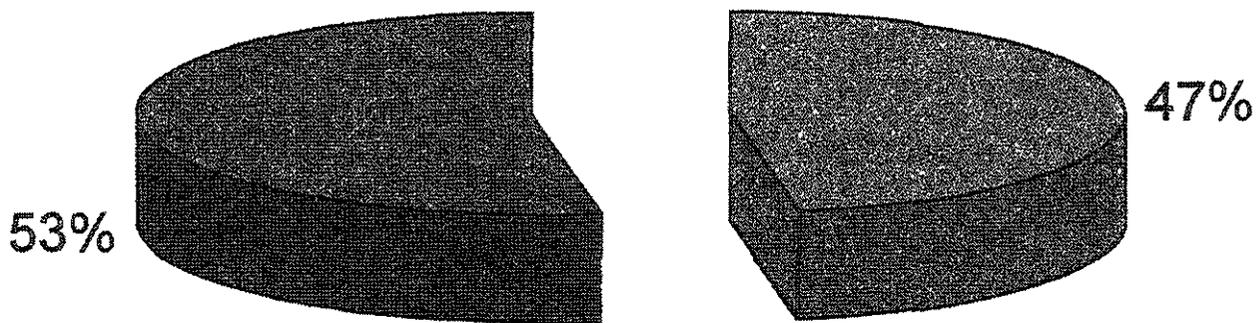
Fig. 2 PERIODO DE TRABAJO DE PARTO. PRIMIGESTAS.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

■ 1er período : 381 ■ 2o período : 12 □ 3er período : 0 9

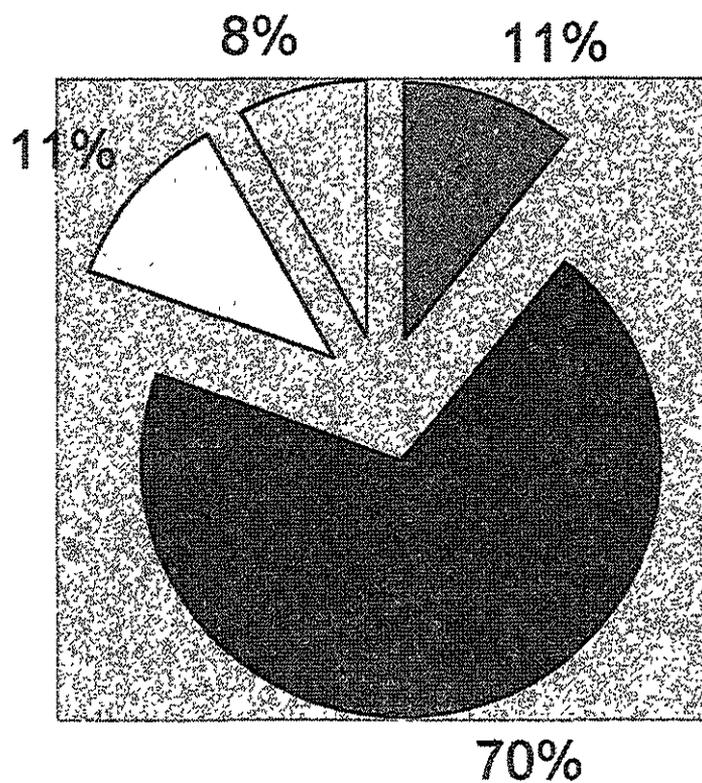
Fig. 3 VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO. PRIMIGESTAS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

■ partos:186 ■ cesáreas:207

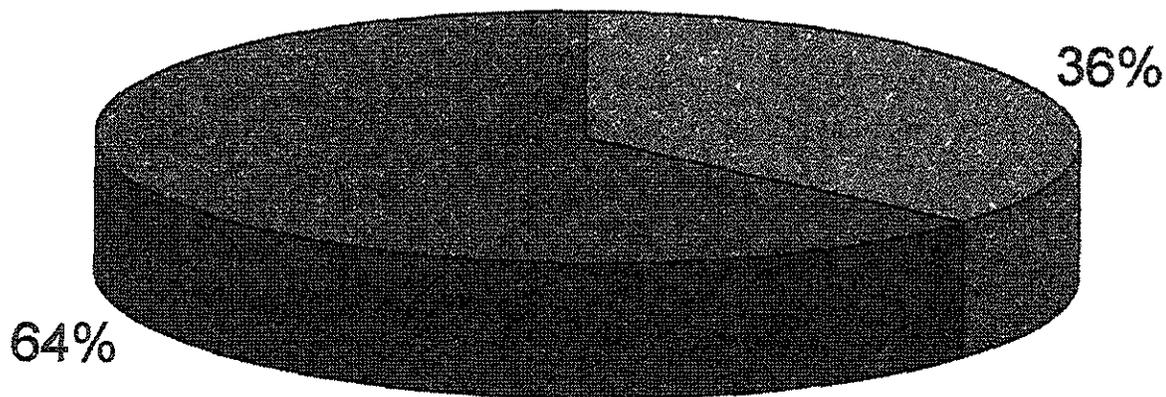
**Fig. 4 DURACION DEL TDP.
PRIMIGESTAS**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

■ 0-6 horas=20	■ 6-12 horas=130
□ 12-18 horas=21	□ 18-24 horas=15

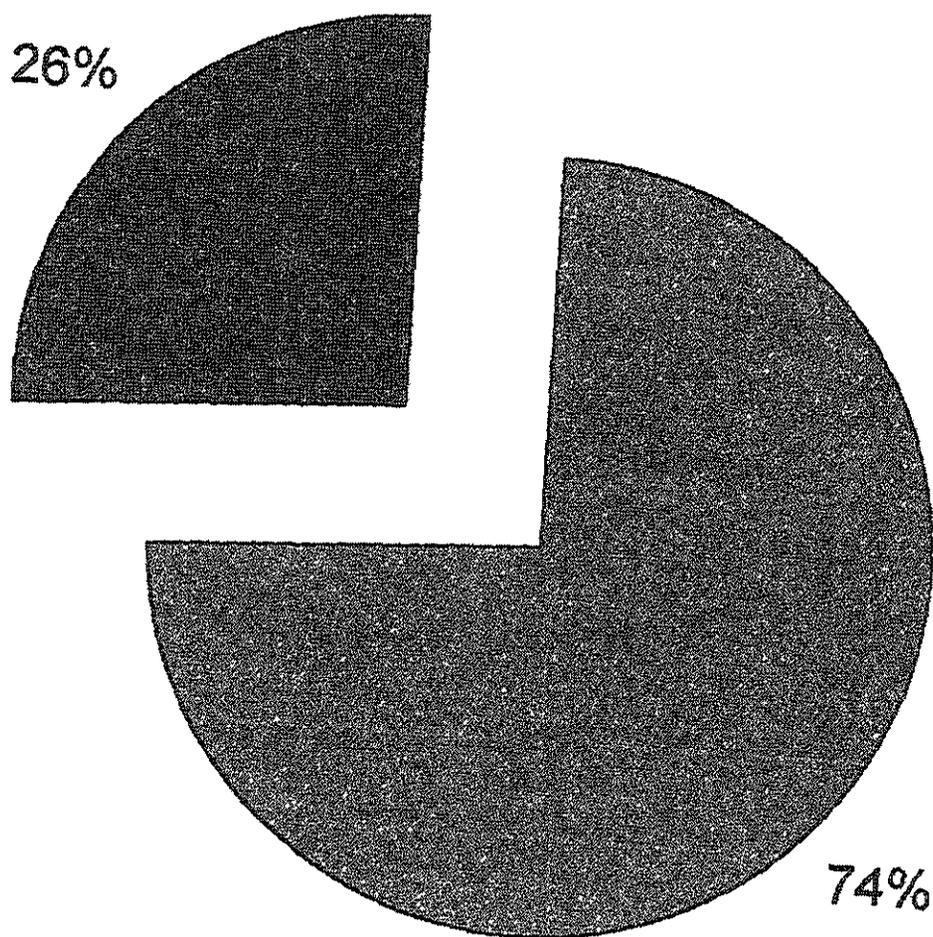
Fig. 5 PACIENTES QUE SOLICITARON ANALGESIA. PRIMIGESTAS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

■ con analgesia:67 ■ sin analgesia:119

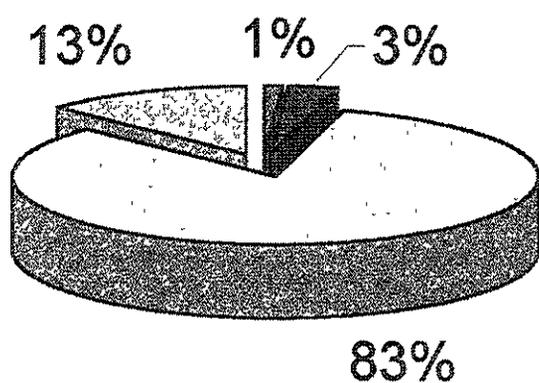
**Fig.6 TIEMPO DE PERIODO
EXPULSIVO. PRIMIGESTAS**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

■ 05-30 min.:138 ■ 30-60 min.:48

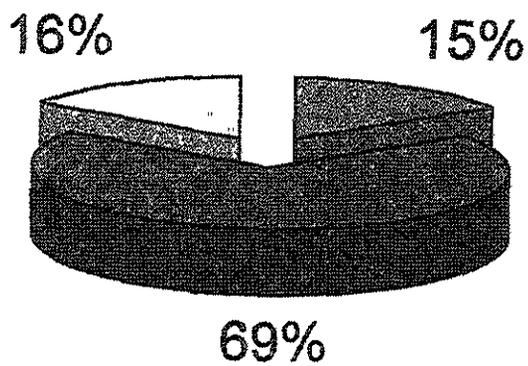
Fig. 7 CALIFICACION DE APGAR. PRIMIGESTAS



- Apgar 6 =(2)
- Apgar 7=(6)
- Apgar 8=(154)
- Apgar 9=(24)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

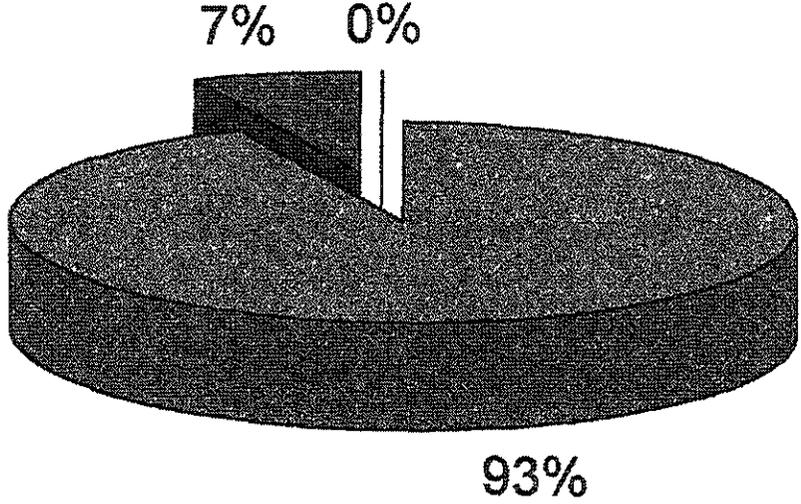
Fig. 8 TIEMPO DE PREPARACION EN PSICOPROFILAXIS. MULTIGESTAS



■	1-2 meses=57
■	3-4 meses=256
□	5-6 meses=59

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

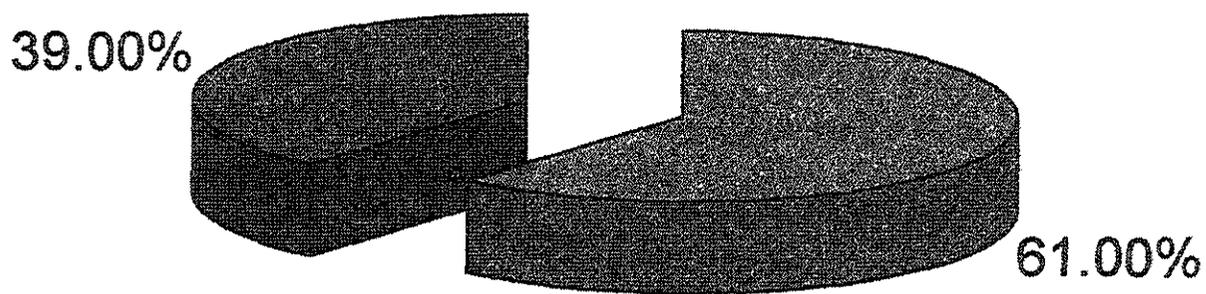
Fig.9 PERIODO DE TRABAJO DE PARTO. MULTIGESTAS



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

■ 1er período:346 ■ 2o período:26 □ 3er período :0

Fig.10 VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO. MULTIGESTAS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

■ Partos : 226 ■ Cesáreas:146

Fig.11 DURACION DEL TRABAJO DE PARTO EN MULTIGESTAS.

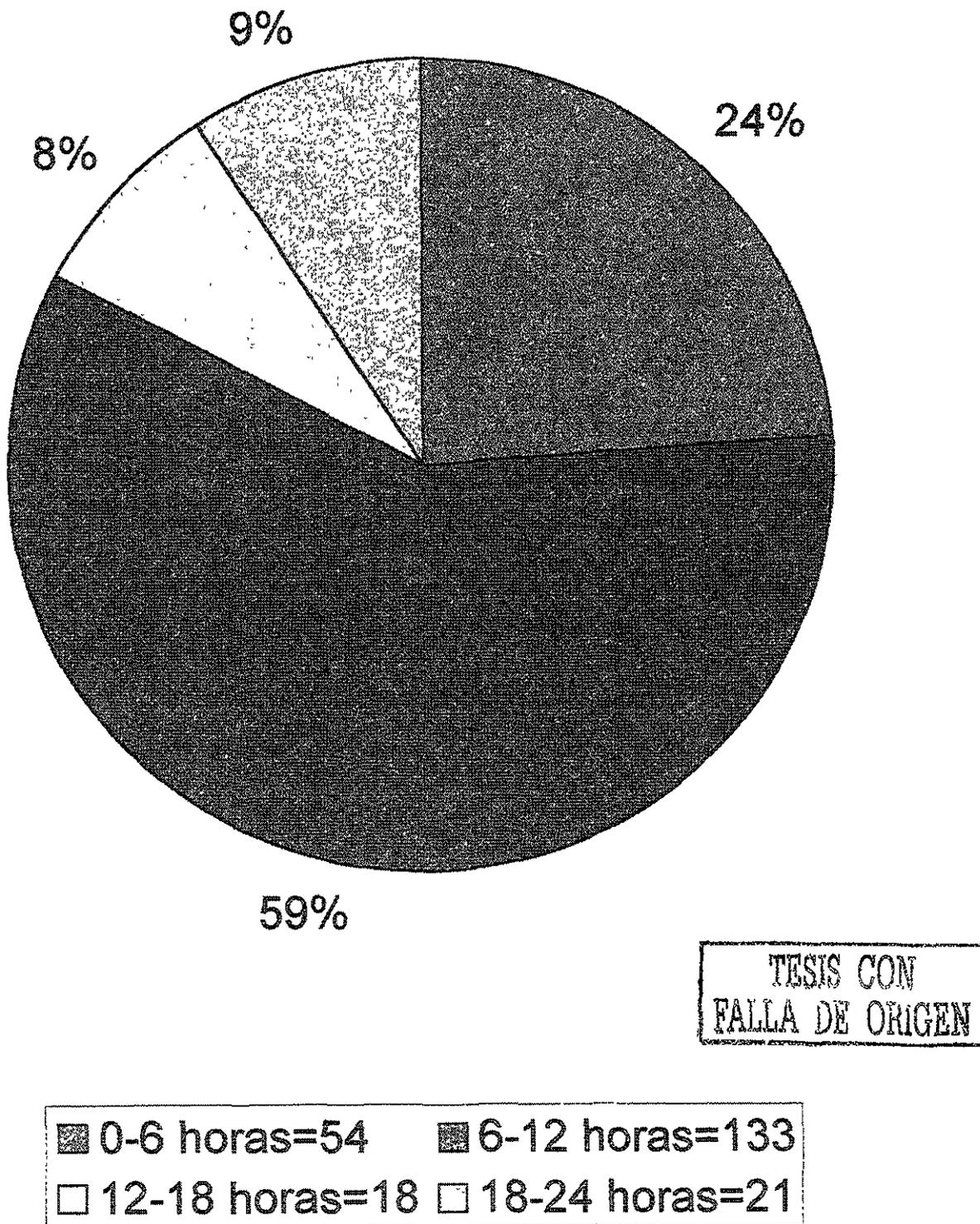
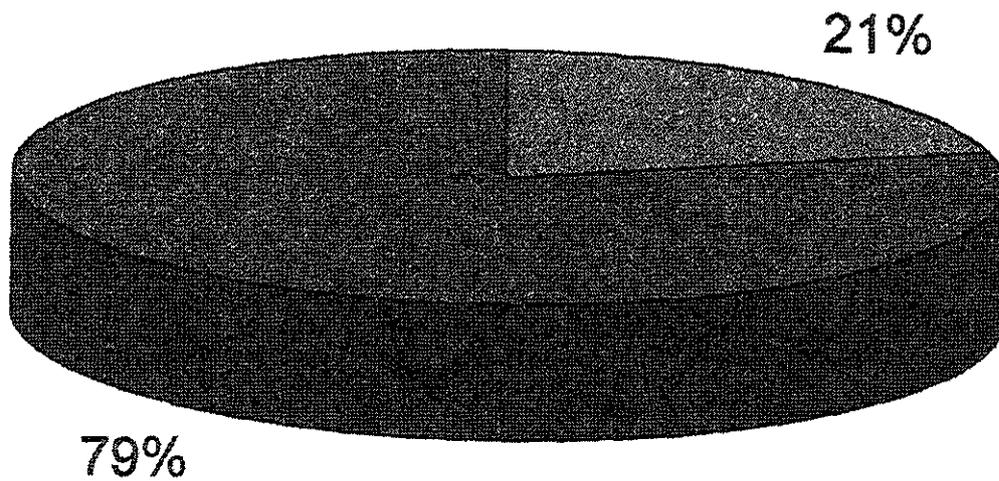


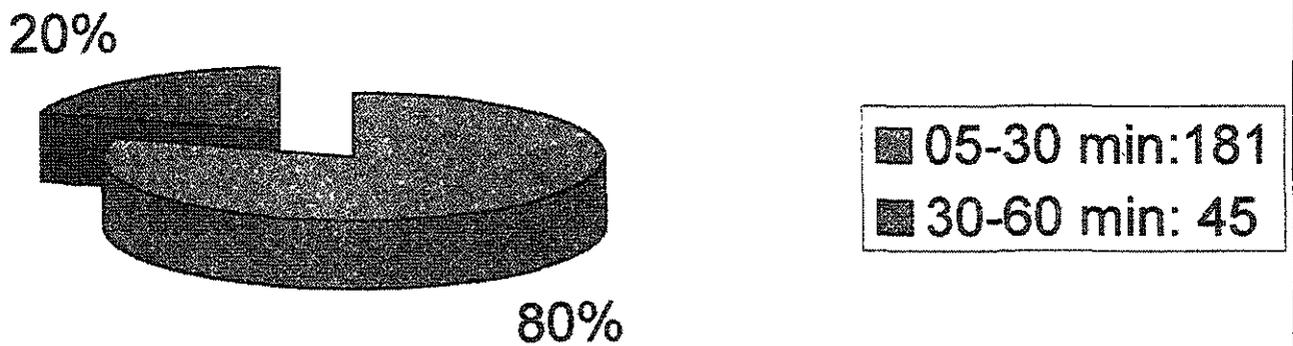
Fig.12 PACIENTES QUE SOLICITARON ANALGESIA. MULTIGESTAS



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

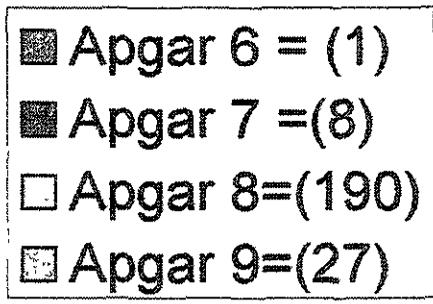
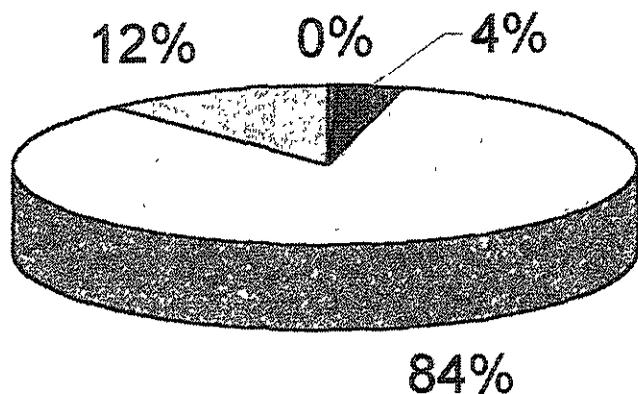
■ con analgesia 47 ■ sin analgesia 179

**Fig.13 TIEMPO DE PERIODO
EXPULSIVO. MULTIGESTAS**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Fig.14 CALIFICACION DE APGAR.
MULTIGESTAS.**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

La introducción del curso de Psicoprofilaxis en la Institución tiene como uno de sus objetivos preparar a la pareja para la resolución del embarazo por vía vaginal; el tiempo recomendado de preparación es a partir de la 16ª. Semana de gestación hasta el término del embarazo, en el presente estudio el tiempo de preparación de las pacientes primigestas fue de 3-4 meses en 63 % , en las pacientes multigestas fue similar 3-4 meses en un 69 % .siendo inferior a lo establecido, (el cual es de 5-6 meses).

Las pacientes que llevan acabo el curso de Psicoprofilaxis, cuando inician con actividad uterina irregular, realizan ejercicios de respiración, y tratan de controlar el dolor, esperando a tener actividad uterina regular, siendo el 1er período de trabajo de parto, en fase activa el momento idóneo para acudir a urgencias de Obstetricia, en la población estudiada, las pacientes primigestas se presentaron en el 1er período de trabajo de parto en 97 %, de éstas el 64 % fue en fase latente y únicamente el 36 % en fase activa, en las pacientes multigestas fue de 93 % en el 1er periodo de trabajo de parto de las cuales el 61 % fue en fase latente 39 % en fase activa, teniendo en consideración que la fase latente tiene una duración normal de 6.4 horas en nulíparas y 4.8 en múltiparas.

En las últimas dos décadas el número de partos mediante cesárea ha aumentado a un ritmo acelerado siendo en 1988 de casi el 25 % , en el año 1999 , esta cifra aumentó hasta en el 50 % en las diversas instituciones de salud. El método profiláctico considera el nacimiento como un proceso fisiológico natural y por consiguiente una reducción en la tasa de cesáreas en el presente estudio primigestas no varía en relación a las cifras mencionadas ya que corresponde a un 53 % no siendo el mismo patrón para las pacientes multigestas el cual es de 39 %.

El parto comprende el conjunto de todos los procesos fisiológicos del nacimiento, los prodromos, la preparación, el proceso y la recuperación. Friedman, uno de los pioneros más importantes , definió los patrones normales del trabajo de parto, teniendo patrones de dilatación en nulíparas de 1.2 cm / hora y de 1.5 cm / hora para múltiparas. En el presente estudio la duración del trabajo de parto en primigestas fue de 06- 12 horas (70 %), siendo menor de de 2 a 7 horas de acuerdo a lo referido en la literatura; y solamente un 8 % tuvo una duración del 24 horas. En las pacientes multigestas, la duración del trabajo de parto fue de 06 -. 12 horas en un 59 % situándose en un rango normal.

Durante el trabajo de parto el miedo es en cierto modo el principal agente productor del dolor, por lo tanto para eliminar la perjudicial influencia del temor al parto, el tratamiento psicológico adecuado de la mujer durante el embarazo y el trabajo de parto, es un tranquilizante básico de gran valor por lo que se disminuye la administración de analgesia y anestesia obstétrica. Las pacientes primigestas en un 36 % solicitaron analgesia obstétrica y en las multigestas el 21 % requirió analgesia , siendo porcentajes bajos; sin embargo el objetivo del curso es que ninguna paciente la solicite.

Es recomendable informar adecuadamente a la mujer sobre la fisiología del parto y los diversos procedimientos hospitalarios a los cuales será sometida durante el trabajo de parto y el período expulsivo. En lo que se refiere al período expulsivo, en la mayoría de los casos los pujos son reflejos y espontáneos, pero en ocasiones la mujer no sabe emplearlos con ventaja y es necesario ayudarla, la duración media de este período en primigestas es de 50 min, en las pacientes que llevaron el curso de psicoprofilaxis, fue de 05-30 minutos =74 %, siendo inferior a los patrones establecidos, en las multíparas el tiempo medio expulsivo es de 20 minutos, en las pacientes incluídas en el estudio se presentó de 05-30 minutos en un 80 % entrando en la media normal.

La calificación de APGAR en los recién nacidos puede variar de acuerdo a diferentes factores dentro de los cuales tenemos principalmente: la administración de analgesia o anestesia obstétrica, ya que los medicamentos utilizados atraviesan la placenta y puede ser causa de insuficiencia respiratoria en los recién nacidos, otro factor es el tiempo de trabajo de parto, así como el período expulsivo prolongado; factores que se trataban de modificar en las pacientes preparadas en psicoprofilaxis; en el estudio la calificación de Apgar de los RN al minuto postparto en primigestas fue de 8 en un 83 %; sólo 2 RN tuvieron Apgar de 6, en pacientes multigestas el Apgar de 8 fue en 84 %, y sólo un RN tuvo Apgar 6 (por doble circular a cuello).

CONCLUSIONES

Del presente estudio podemos concluir que los beneficios materno fetales obtenidos en las pacientes que recibieron el curso de Psicoprofilaxis son los siguientes :

- 1.- Las pacientes acudieron al servicio de urgencias de obstetricia, ya establecido el trabajo de parto, tanto en primigestas como en multigestas
- 2.- Menor tiempo del trabajo de parto observado tanto en primigestas como en multigestas según lo establecido en la literatura.
- 3.- Menor tiempo del período expulsivo de acuerdo a lo establecido en la literatura en primigestas y multigestas.
- 4.-Disminución de la solicitud de analgesia obstétrica, tanto en primigestas como en multigestas.
- 5.- Los beneficios observados en el producto se valoran con la calificación de Apgar al minuto postparto, en primigestas siendo de 8 en el 83 % . En multigestas el 84 % de los recién nacidos tuvieron Apgar de 8.

En lo que respecta a la vía de resolución del embarazo no se modifica en forma importante con respecto a lo referido en la literatura, ya que como es sabido el número de demandas legales ha aumentado en los últimos años; así como la introducción de tecnología que nos ayuda a diagnosticar problemas fetales durante el trabajo de parto y por consiguiente el aumento del número de cesáreas

Los beneficios que se consideran de mayor importancia son; que tanto la paciente como el familiar o esposo tienen conocimiento acerca de lo que sucede durante el embarazo así como en la resolución del mismo; contribuyendo por tanto de manera óptima con el médico en el proceso del trabajo de parto; sin embargo a nivel Institucional las pacientes no pueden ser atendidas por un solo médico, ya que por la cantidad de pacientes que se manejan es imposible; a la vez por la misma causa, el familiar o esposo No pueden estar todo el tiempo del trabajo de parto con la paciente e incluso ni en el período expulsivo, como se establece en el curso de Psicoprofilaxis; sin embargo si lo anterior se pudiera modificar, los beneficios obtenidos serían mucho mayores a los observados en el presente estudio.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Hughey MJ,McElin TW,Young T . Maternal and fetal outcome of Lazame prepared patients. Obstet Gynecol. 51 :643, 1978 .
- 2.-American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists :Guidelines for Perinatal Care 3rd,ed. 1992. 234.
- 3.-Abboud TK, Kim and cols. Comparative maternal and neonatal effects of halothane and enflurane for cesarean section.Acta Anesthesiol Scand 29 :663, 1985.
- 4.-Chertor L. Psychosomatic Methods in Painless Childbirth :History,Thoery and Practice New York,pergamon,1985.
- 5.- Hardy JD Javer CT: Studies on pain :measurement of pain intensy in childbirth J Cin Invest 28 :153,1987.
- 6 - Klusman Le: Reduction of pain childbirth by the ellevation of anexity during pregnancy J.Consult psychol, 43:162 1985.
- 7.- Burbbet, CWF,the evalue of antenatal excercises, J. Obstetric-Ginecol 62 :40; 1995.
- 8.- Merckl, Parto sin temor,círculo de lectores, 345,1996.