



Vol. 73 • Núms. 5-6
Septiembre-Diciembre • 2019
pp 303-307

Recibido: 11/02/2019
Aceptado: 30/08/2019



Artículo de investigación

<https://dx.doi.org/10.35366/93330> doi: 10.35366/93330

Evaluación de la psicoprofilaxis y del soporte emocional continuo para disminuir el índice de cesáreas

Evaluation of psychoprophylaxis and continuous emotional support to decrease the Caesarean Index

Claudia Elena Déctor-Palma,* Christian Byron Mera-Hernández,[‡] Elizabeth Valencia-Medina,[‡] Christian Tejeda-Romero,* Pablo Mariano González-Aldeco[§]

* Residente de 4º año de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia.

[‡] Médico Ginecoobstetra Grupo Pro Parto Natural, CDMX.

[§] Médico Uroginecólogo, profesor titular y jefe de División del Área de Ginecología y Obstetricia.

Centro Hospitalario Nuevo Sanatorio Durango. Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle, Ciudad de México.

RESUMEN

Introducción: De acuerdo con la OMS, el índice de cesáreas debe ser 15-19%. En México, desde el año 2000 ha incrementado 33.7% en el sector público y 60.4% en el privado. En la revisión de Cochrane, «Apoyo continuo para las mujeres durante el parto», se reafirma: incremento en el parto vaginal espontáneo, disminución en el uso de analgesia intraparto, el índice de cesáreas y de parto instrumentado. **Objetivos:** Evaluar la relación entre la psicoprofilaxis y el soporte emocional continuo para reducir el índice de cesáreas. **Material y métodos:** Se evaluaron 380 mujeres con embarazo de término y trabajo de parto en fase activa en el Nuevo Sanatorio Durango en el periodo de junio de 2015 a junio de 2016. La evaluación incluía la presencia de soporte emocional continuo, psicoprofilaxis, uso de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para el control del dolor y su correlación con el índice de cesáreas. **Resultados:** La implementación de psicoprofilaxis favoreció el soporte emocional, reducción del uso de oxitocina y analgésicos, disminuyendo el índice de cesárea. **Conclusiones:** La psicoprofilaxis y el apoyo emocional continuo reducen el uso de oxitocina, bajando el porcentaje de cesáreas.

Palabras clave: Psicoprofilaxis, soporte emocional, índice de cesárea, dolor en fase activa de parto.

ABSTRACT

Introduction: According to the WHO, the Caesarean Index should be 15-19%. In Mexico, since 2000 it has increased 33.7% in the public sector and 60.4% in the private sector. In the Cochrane review, «Continuous support for women during childbirth» reaffirms: increase in spontaneous vaginal delivery, decrease in the use of intrapartum analgesia, the rate of caesarean sections and instrumented delivery. **Objectives:** To evaluate the relationship between psychoprophylaxis and continuous emotional support to reduce the caesarean index. **Material and methods:** We evaluated 380 women with active pregnancy and active phase of labor at the Nuevo Sanatorio Durango in the period from June 2015 to June 2016. The evaluation included the presence of continuous emotional support, psycho-prophylaxis, use of pharmacological treatments and non-pharmacological for pain control and its correlation with the caesarean index. **Results:** The implementation of psychoprophylactics favored emotional support, reduced use of oxytocin and analgesics, decreasing the rate of caesarean section. **Conclusions:** Psychoprophylaxis and continuous emotional support decrease the use of oxytocin, decreasing the percentage of caesareans.

Keywords: Psychoprophylaxis, emotional support, caesarean index, pain in the active phase of labor.



www.medigraphic.com/sanidadmilitar

Introducción

El índice de cesáreas indicado por la OMS desde 2015 a nivel mundial es de 15-19%.^{1,2}

La Guía de Práctica Clínica, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia avalan que el uso de estas técnicas y el soporte emocional continuo tienen un impacto en el desenlace del embarazo.

La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal.³

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2000 a 2012 presenta un incremento de 50.3% en 12 años, al pasar de 30 a 45.1%. Por otro lado, por tipo de servicio de salud utilizado también se observa un incremento de 33.7% en el sector público y de 60.4% en el privado.⁴

La psicoprofilaxis es la preparación integral, teórica, física y psicoactiva que se brinda durante la gestación, parto y/o puerperio para alcanzar un desenlace obstétrico aceptable durante el trabajo de parto activo, mejorando las condiciones en las que se lleva a cabo; siendo éstas saludables y positivas para la madre y su bebé, forjándoles una experiencia satisfactoria y fortaleciendo la participación y el rol activo del padre.⁵

Los orígenes de la psicoprofilaxis datan de 1950 cuando los neurofisiólogos Platonov y Velvoski y los obstetras Ploticher y Shugan obtuvieron evidencias de que las emociones pueden alterar las sensaciones del trabajo de parto y plantearon como objetivo que el parto ocurriera sin dolor.⁶ El método fue traído a México por Stefanovich y Stoop en 1957. Santibañez y Fuentes-Calvo lo practicaron por primera vez en el Hospital Central Militar, y en 1959 se fundó la Clínica Psicosomática en Ginecoobstetricia.⁷ En 1978, el Instituto Nacional de Perinatología fundó el Departamento de Educación Pregestacional.⁸ Posteriormente se abrieron centros de formación de educadoras perinatales con el método Lamaze, permitiendo de este modo el acceso a cursos de psicoprofilaxis tanto a nivel particular como institucional.

La Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo (2014) refiere que una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influye de manera positiva en la percepción del parto. Esta misma identifica la relación entre los estados emocionales maternos positivos y negativos y a su vez con los resultados obstétricos alcanzados, encontrando que el estado de ánimo positivo y la

estabilidad emocional durante el embarazo y parto se asocian con tener un nacimiento vía vaginal.⁹

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia en febrero de 2017 concluyó que, dentro de las estrategias para limitar las intervenciones durante el trabajo de parto y el nacimiento, se encuentran el soporte emocional continuo y frecuente a través de doulas, hidroterapia como inmersión en agua durante la fase activa y la deambulaci3n,¹⁰ entre otros.

En la revisi3n Cochrane, «**Apoyo continuo para las mujeres durante el parto**», se reafirman los beneficios que proporciona el apoyo continuo durante el trabajo de parto: incremento en el parto vaginal espontáneo RR 1.08 (IC 95% 1.04 a 1.2), disminuci3n en el uso de analgesia intraparto RR 0.90 (IC95% 0.84 a 0.96), menos insatisfacci3n RR 0.69 (IC 95% de 0.59 a 0.79), reducci3n en el índice de cesáreas RR 0.78 (IC 95% de 0.67 a 0.91), disminuci3n de parto instrumentado RR 0.90 (IC 95% de 0.85 a 0.96). El acompa±amiento continuo tambi3n favorece la detecci3n de complicaciones de manera temprana y no hay efectos da±inos comprobados a causa del acompa±amiento continuo.¹¹

El objetivo de este estudio es determinar si la psicoprofilaxis disminuye el índice de cesárea y se reduce la necesidad de usar oxitocina y analgesia obstétrica, favoreciendo el uso de técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor y el soporte emocional continuo.

Material y métodos

Estudio comparativo, observacional y descriptivo realizado en el Nuevo Sanatorio Durango en la Ciudad de México con base en los casos atendidos en tococirugía en el periodo comprendido entre junio de 2015 y junio de 2016, en el que se evaluaron 380 pacientes, las cuales se dividieron en dos grupos para realizar la comparaci3n: con curso psicoprofiláctico 194 pacientes y sin curso psicoprofiláctico 186 pacientes.

Se llevó un registro de cada una de las pacientes incluidas en el estudio, donde se recopilaban datos de cada paciente, los cuales fueron: acompa±ante de la paciente, edad gestacional al nacimiento, número de gestas, peso del producto, aplicaci3n de analgesia, aplicaci3n de oxitocina, vía de nacimiento parto (eutócico o distócico) o cesárea. Asimismo, los datos correspondientes a la psicoprofilaxis se obtuvieron de forma retrospectiva de los expedientes de cada mujer; incluyendo el número de clases de educaci3n perinatal, si hubo acompa±amiento de doula a lo largo del trabajo de parto, uso de hidroterapia y la deambulaci3n de la paciente.

Tabla 1: Pruebas de normalidad.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad	0.169	380	0.000	0.943	380	0.000
Desenlace	0.435	380	0.000	0.585	380	0.000
Psicoprofilaxis	0.346	380	0.000	0.636	380	0.000
Oxitocina	0.359	380	0.000	0.635	380	0.000
Analgesia	0.403	380	0.000	0.615	380	0.000

^a. Corrección de la significación de Lilliefors.

Análisis estadístico

Una vez completado el registro de datos se utilizó el sistema de análisis estadístico de IBM SPSS v22 en su versión en inglés, se exploró la base de datos en cuanto a normalidad aplicando una prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov debido a que la base de datos a analizar cuenta con más de 25 participantes. Posteriormente se realizaron pruebas de Pearson para evaluar correlación entre el grupo con psicoprofilaxis y sin psicoprofilaxis, se hizo un análisis descriptivo de la base de datos.

Resultados

Se llevó a cabo un análisis de las medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y descriptivas para cualitativas del total de las pacientes (n = 380). Asimismo, se aplicó la prueba de normalidad (Tablas 1 y 2, Figura 1).

Al evaluar al grupo de mujeres incluidas en el estudio se observa que la edad media de madres gestantes en el estudio es de 30 años en general, incluyendo a las madres que llevaron un curso psicoprofiláctico y quienes no. 51.1% de las pacientes contaron con curso de psicoprofilaxis, por el otro lado 48.9% no lo llevaron. De igual modo, 68.4% de las pacientes presentaron un desenlace del embarazo en parto y 31.6% fueron cesárea. Por ende, se podría considerar que seguir un curso psicoprofiláctico sí influye en lo que se refiere a disminución en el porcentaje de cesáreas sin llegar al índice esperado (Tablas 3 y 4).

En cuanto al uso de oxitocina en 46.6% se utilizó oxitocina y en 53.4% no, por ende, nos da otro de los parámetros compatibles con la información presentada en los antecedentes, en los cuales el uso de la oxitocina y de los medicamentos para analgesia muestra

mayor porcentaje de pacientes que no tomaron curso psicoprofiláctico. En el caso de la analgesia 37.9% de las pacientes con curso psicoprofiláctico utilizaron analgesia y 62.1% de las pacientes que no tomaron el curso (Tablas 5 y 6).

Por último, se realizó una comparación entre las mujeres que recibieron psicoprofilaxis y las que no mediante una prueba de Pearson, ya que se tomó la medición en las mismas mujeres en el mismo tiempo para verificar si tienen correlación entre sí y afirmar lo mencionado previamente sobre la disminución del uso de oxitocina, analgesia y la frecuencia de las cesáreas. Se observó que todas mostraron correlación entre sí, lo cual significa que la psicoprofilaxis sí está correlacionada con el uso de oxitocina, analgesia, así como con el desenlace esperado, presentando una $p < 0.000$ (Tabla 7).

Discusión

Como se observó, la psicoprofilaxis sí favorece el desenlace de los periodos gravídicos en parto, ya que al estar la madre acompañada y contar con un soporte emocional disminuye el estrés en la futura madre. Esto debido a que la psicoprofilaxis induce un nuevo desarrollo de relación entre las mujeres y sus parejas, lo que conduce a que las parejas en consecuencia desarrollen otro tipo de lazo emocional con la mujer gestante y un nuevo concepto de la imagen de ésta.¹²

Tabla 2: Estadísticos descriptivos edad.

	n	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	380	17	44	30.76	5.031
n válido (según lista)	380				

Como se señala en nuestro estudio, la presencia de psicoprofilaxis perinatal se asocia a un decremento del número de cesáreas, lo que se refleja en una reducción del uso de oxitocina y analgésicos intraparto¹³ (Tablas 5 y 6). Lo anterior demuestra que la psicoprofilaxis es una buena herramienta para bajar la tasa de cesáreas e intervención médica.

Conclusiones

Este estudio nos da la pauta a realizar en un futuro un estudio con una población mayor en la cual obtengamos datos al momento del inicio del con-

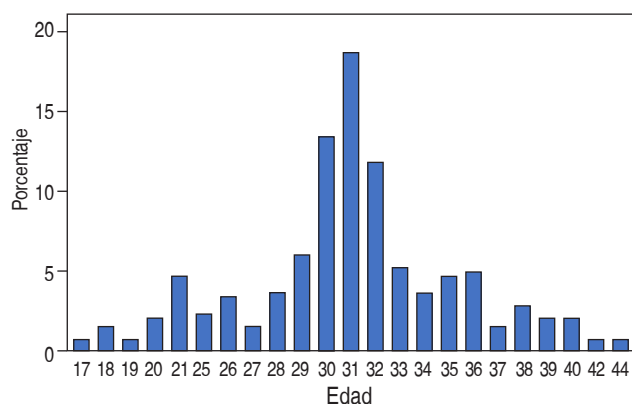


Figura 1: Media de la edad de las pacientes.

Tabla 3: Desenlace.

		n	%	% Válido	% Acumulado
Válidos	Parto	260	68.4	68.4	68.4
	Cesárea	120	31.6	31.6	100.0
	Total	380	100.0	100.0	

Tabla 4: Psicoprofilaxis.

		n	%	% Válido	% Acumulado
Válidos	Sí	194	51.1	51.1	51.1
	No	186	48.9	48.9	100.0
	Total	380	100.0	100.0	

Tabla 5: Oxitocina.

		n	%	% Válido	% Acumulado
Válidos	Sí	177	46.6	46.6	46.6
	No	203	53.4	53.4	100.0
	Total	380	100.0	100.0	

Tabla 6: Analgesia.

		n	%	% Válido	% Acumulado
Válidos	Sí	144	37.9	37.9	37.9
	No	236	62.1	62.1	100.0
	Total	380	100.0	100.0	

trol prenatal y su seguimiento hasta el momento en que acude a la Unidad de Tococirugía, ya que consideramos que lo ideal sería la aplicación de un cuestionario al inicio del control y del ingreso de la paciente a urgencias.

Lo anterior debido a que en el presente estudio se observa que la psicoprofilaxis perinatal mejora las condiciones de labor de parto al permitir que la paciente cuente con el conocimiento necesario sobre el proceso de embarazo y nacimiento, principalmente permitiendo un ambiente de seguridad, tranquilidad y empatía, donde la paciente actúa de manera activa en las decisiones sobre el nacimiento; reduciendo de este modo la necesidad de analgésicos y el uso de oxitocina, ya que la paciente conoce los mecanismos del trabajo de parto, lo que disminuye los ingresos en etapas tempranas a las unidades de tococirugía. Asimismo, este tipo de cursos favorecen el uso de técnicas naturales como la regadera o deambulación, lo que permite que el tiempo de trabajo de parto sea más corto y que la sensación de dolor se reduzca.

Debido a lo anterior la psicoprofilaxis, al ser un medio fácil de implementar en la mayoría de las instituciones tanto públicas como particulares, es económico e inofensivo, y puede funcionar como una política de salud para reducir el índice de cesáreas a nivel nacional e internacional.

Es importante mencionar que debe realizarse en una población mayor y definir previamente los puntos a tomar en cuenta y a evaluar. De igual forma, es importante que las personas que proporcionen la

Tabla 7: Correlaciones.

		Desenlace	Psicoprofilaxis	Oxitocina	Analgesia
Desenlace	Correlación de Pearson	1	0.365**	-0.580**	-0.695**
	Sig. (bilateral)		0.000	0.000	0.000
	n	380	380	380	380
Psicoprofilaxis	Correlación de Pearson	0.365**	1	-0.648**	-0.581**
	Sig. (bilateral)	0.000		0.000	0.000
	n	380	380	380	380
Oxitocina	Correlación de Pearson	-0.580**	-0.648**	1	0.837**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000		0.000
	n	380	380	380	380
Analgesia	Correlación de Pearson	-0.695**	-0.581**	0.837**	1
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000	
	n	380	380	380	380

** = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

psicoprofilaxis estén estandarizadas con el mismo curso y el mismo tipo de actividades para así tener una evaluación más profunda de la actividad.

REFERENCIAS

- Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Global Health*. 2015; 3 (5): e260-270.
- Ye J, Betran AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth*. 2014; 41 (3): 237-243.
- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000; 356 (9239): 1375-1383.
- Suarez L, Campero L, de la Vara E, Rivera L, Hernández M, Hernández M et al. Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto. *Revista de Salud Publica de México* [Internet]. 2012 [cited 12 December 2017]; :1-5. Available from: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>.
- Chevalier V. Parto sin dolor. En: Kinsey A (Ed.). *Embarazo, parto y post-parto*. México: Ediciones Prisma, S.A. 1982, pp. 131-133.
- González SE. Bosquejo histórico de la psicoprofilaxis en México. *Memorias del Primer Encuentro Nacional de Educadores en Psicoprofilaxis Obstétrica*. Jurica, Qro. 1983, pp. 6-23.
- Hott J. An investigation of the relationship between psychoprophylaxis in childbirth and changes in self-concept of the participant husband and his concept of his wife. *Image (IN)*. 1972; 5 (2): 11-15.
- Salinas MA, Martínez SC, Pérez SJ, Karchmer KS. *Cuidados para el embarazo, parto y bebé*. México: Instituto Nacional de Perinatología. 1992.
- Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014.
- Approaches to limit intervention during labor and birth. Committee Opinion No. 687. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2017; 129: e20-28.
- Hodnett ED GS, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*. 2016, 4: CD003766.
- Hott J. An investigation of the relationship between psychoprophylaxis in childbirth and changes in self-concept of the participant husband and his concept of his wife. *Image (IN)*. 1972; 5 (2): 11-15.
- Bergstrom M, Kieler H, Waldenstrom U. Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010; 89 (6): 794-800.

Dirección para correspondencia:

Claudia Elena Déctor-Palma

Durango 325 Int. 204,

Col. Roma Norte, 06700,

Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.

Tel: 5511-9626

E-mail: claudiaa_88@hotmail.com