



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

MANUAL

**PROCEDIMIENTOS DE LOS MÉTODOS Y TÉCNICAS DE
PSICOPROFILAXIS PERINATAL EN EL HOSPITAL
GENERAL "VASCO DE QUIROGA" DEL ISSSTE DE
MORELIA, MICH.**

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE SERVICIO SOCIAL Y OBLIGACIONES TERMINALES
PRESENTA: TITULACION

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA PRESENTA

MARÍA GUADALUPE COUTO CALDERÓN

NO. DE CUENTA: 94637184

ASESORÍA ACADÉMICA:

LIC. MA. DE LOS ANGELES GARCÍA ALBARRAN

[Handwritten Signature]
MARZO 1998 *260171*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
1. OBJETIVOS.....	5
1.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. MANUAL.....	6
2.1.1. Concepto de Manual.....	6
2.1.2. Objetivos.....	6
2.1.3. Clasificación de Manual.....	7
2.1.4. Guía Para Elaborar un Manual.....	8
3. PSICOPROFILAXIS	14
3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	14
3.2. PSICOPROFILAXIS	15
3.2.1. Ventajas	16
3.3. ÓRGANOS REPRODUCTORES Y FECUNDACIÓN	16
3.4. EMBARAZO	19
3.4.1. Atención prenatal.....	22
3.4.2. Nutrición.....	23
3.4.3. Recomendaciones.....	24
3.5. DOLOR	24
3.5.1. Formas de alivio del dolor	24
3.6. DOLOR DE PARTO.....	25
3.6.1. Sentimientos del dolor de parto	25
3.6.2. Influjo psicológico sobre el dolor de parto	26
3.7. TRABAJO DE PARTO	26
3.8. PARTO SIN DOLOR.....	28
3.9. PUERPERIO	29
3.10. LACTANCIA.....	30
3.10.1. Preparación de los Pezones.....	32

4. SINTESIS DE LA ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL ISSSTE Y DE LA UNIDAD DE TOCOQUIRÚRGICA	33
4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	33
4.2. OBJETIVO GENERAL	35
4.3. FILOSOFÍA	35
4.4. POLÍTICAS.....	35
4.5. INFORMACION GENERAL DE LA UNIDAD	36
4.5.1. Ubicación.....	36
4.5.2. Estructura Orgánica y Física	36
4.6. UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA	37
4.6.1. Concepto.....	38
4.6.2. Ubicación.....	38
4.6.3. Tipo de usuarias que atiende	38
4.6.4. Estancia promedio.....	38
4.6.5. Misión.....	38
4.6.6. Propósito.....	39
4.6.7. Objetivo	39
4.6.8. Política.....	39
4.6.9. Funciones	39
4.6.10. Recursos.....	40
4.6.11. Organigrama	41
5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	42
6. PROCEDIMIENTOS DE PSICOPROFILAXIS	43
6.1 DEFINICIÓN	43
6.2. POLÍTICAS GENERALES.....	43
6.3. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS.....	45
6.3.1. Control Neuromuscular	49
6.3.2. Ejercicios de Relajación.....	52
6.3.3. Ejercicios Físicos.....	55
6.3.4. Ejercicios de Respiración.....	68

6.3.5. Concentración.....	79
6.3.6. Effleurage.....	82
6.3.7. Posiciones para el trabajo de parto	84
6.3.8. Ejercicios postparto	86
6.3.9. Ejercicios postcesárea	92
7. SUGERENCIAS	97
8. CONCLUSIONES	98
9. BIBLIOGRAFIA	99

INTRODUCCIÓN

Éste manual se originó por la observación de la atención que se da a las usuarias obstétricas del Hospital General "Vasco de Quiroga", la cual es aún con instrumentación del parto, y para reforzar el programa de psicoprofilaxis que se lleva a cabo por el departamento de Trabajo Social desde hace algunos años.

En un primer apartado se pretende dar un esbozo general de lo que es un manual, su concepto y guía de elaboración; también hago mención a lo más relevante de la psicoprofilaxis, considerando desde los órganos de la reproducción, fecundación, embarazo terminando con el trabajo de parto, tomando en cuenta todos sus cambios, síntomas, etc. y el manejo del mismo con una preparación de psicoprofilaxis perinatal.

En un segundo momento hago referencia a la estructura del ISSSTE en general, del Hospital "Vasco de Quiroga" y de la Unidad de Tocoquirúrgica.

En el esquema de contenidos se definieron cada una de las técnicas y procedimientos de la psicoprofilaxis, esperando que esto redunde en el beneficio de las usuarias y refuerce el programa ya implantado para poder cubrir los objetivos trazados.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar los procedimientos, métodos y técnicas del parto psicoprofiláctico al personal de enfermería del Hospital General "Vasco de Quiroga" del ISSSTE de Morelia, Mich. , que les permita orientar a la pareja para que logren llegar a la culminación del parto con una mayor participación y el mínimo de dolor.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Promover la participación del personal de enfermería y equipo interdisciplinario para la atención del parto psicoprofiláctico.

Proponer que la licenciada en enfermería participe en propuestas para la atención de la gestante, considerando la psicoprofilaxis como actividad profesional, que incida en ésta área de conocimientos.

Reducir con las acciones de enfermería el índice de cesáreas en el Hospital General "Vasco de Quiroga, promoviendo y aplicando la psicoprofilaxis perinatal.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. MANUAL

2.1.1. Concepto de Manual

Documento que agrupa procedimientos que se relacionan entre sí para alcanzar los objetivos de un sistema, describiendo en secuencia lógica las actividades a realizar por las unidades administrativas, así mismo permite la coordinación, dirección y evaluación de las operaciones.¹ Su función es orientar y uniformar la conducta del personal.

2.1.2. Objetivos

- *Precisar funciones.*
- *Unificar criterios.*
- *Simplificar el trabajo.*
- *Orientar al personal.*
- *Establecer rutinas de trabajo.*
- *Permitir el aprovechamiento de recursos.*
- *Facilitar la adaptación de personal de nuevo ingreso.*
- *Obrar como medio de comunicación.*
- *Servir como instrumento de control.²*

¹ Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos ISSSTE 1995 p. 5

² BALDERAS Pedrero Ma. de la Luz. "Administración de los Servicios de Enfermería" 1995, p. 67

2.1.3. Clasificación de Manual

Por su área de aplicación, los manuales se clasifican en macroadministrativos y microadministrativos. Por su contenido, en manuales de organización, de procedimientos y múltiples.

Manual de Procedimientos.

Concepto.- los procedimientos son un conjunto de operaciones ordenadas en secuencia lógica y cronológica, que precisan la forma sistematizada de un trabajo de rutina determinado. Describe las operaciones que deben seguirse en la realización de las funciones, debe cubrir ciertas características como son:

- *Objetivos de los procedimientos.*
- *Áreas de aplicación.*
- *Descripción de operaciones.³*

De Organización.

Documento que tiene como propósito fundamental proporcionar en forma ordenada y sistemática la información referente a la institución,⁴ antecedentes, legislación, atribuciones, objetivos, estructura orgánica, funciones, políticas y cualquier otra información necesaria para el desarrollo de las tareas administrativas.⁵

³LASTY Balseiro Almaino, "Principios de Administración", 1989, p.109

⁴LASTY, "Guía de Elaboración de Tesis", 1991, p. 137

⁵LASTY, op. cit. p. 107

Manual Múltiple.

Contiene aspectos relativos al funcionamiento de la organización y, al mismo tiempo aborda procedimientos generales. Para su elaboración, debe seguirse el orden que se da en los manuales de organización, dentro de éstos están los manuales de bienvenida, que contienen aspectos de organización y procedimientos generales para el personal que ingresa como: rutinas de trabajo, papelería que se maneja etc.⁶

2.1.4. Guía Para Elaborar un Manual

Para elaborarlos deberá existir una planeación del trabajo, útil para la definición del problema y llevar a cabo una modernización de los procedimientos utilizados en las unidades administrativas.

Los criterios para su elaboración varían de acuerdo a los objetivos y propósitos de cada unidad administrativa.⁷

Al analizar los procedimientos ya sea para implantarlos, mejorarlos o substituirlos, es necesario en primer lugar establecer los objetivos que se desean alcanzar, para poder proponer alternativas de acción que faciliten su ejecución y posibiliten planear la estrategia a seguir en la recopilación de información, para lograr esto se hace necesario observar lo siguiente:⁸

⁶ BALDERAS op. cit. p. 68

⁷ Guía op. cit. p. 5

⁸ Idem p. 6

1. Delimitación del procedimiento.

¿Cuál es el procedimiento que se va a realizar?

En este caso será todo lo relacionado a las técnicas de control consciente de la respiración y control neuromuscular.

¿Dónde se inicia?

Desde la semana 16 del embarazo.

¿Qué áreas intervienen?

Médica, enfermería y trabajo social.

¿Dónde termina?

En la culminación de la tercera etapa del parto.

2. Definición del Problema.

¿Cuál es el verdadero problema?

La falta de preparación de las pacientes en estado grávido.

¿Cuáles son las causas y efectos?

Estando preparadas las gestantes se evita la instrumentación durante el trabajo de parto, y es probable reducir el índice de cesáreas, la estancia hospitalaria y por ende los costos.

¿Cuál es su magnitud?

Se lograría dar una atención de más calidad, se integraría a la pareja en el evento obstétrico lo que coadyuva a una mejor relación familiar y mayor responsabilidad del padre, además de aumentar el valor que éste tenga para su pareja y el producto del embarazo.

Para la recopilación de información se tendrá que acudir a diversas fuentes como son:

a) Archivos del área.

Donde se localizan normas jurídico - administrativas que rigen su funcionamiento y actividades.

b) Funcionarios y empleados.

Aportan información para análisis, diseño e implantación de procedimientos.

c) Áreas de trabajo.

Para tener la visión real de las condiciones, medios y personal operativo.⁹

Las técnicas para recopilar la información son:

a) Investigación documental.

Que es la selección y análisis de los documentos de interés relacionados con los procedimientos.¹⁰

b) Entrevista directa o encuesta.

Consiste en reunir una o varias personas con la finalidad de solicitar información más completa, ya que además de recibir respuestas se perciben las actitudes del entrevistado, ésta debe observar los lineamientos básicos para la misma.¹¹

⁹ Guía op. cit. p. 7

¹⁰ Idem

¹¹ Idem

c) *Observación directa.*

Consiste en acudir al lugar donde se desarrollen los procedimientos y observar todo lo que sucede alrededor, anotando lo más relevante para verificar o modificar la información recabada en las entrevistas. Permite definir y detectar con precisión los problemas, para descubrir datos omitidos en las entrevistas.¹²

Para poder analizar el procedimiento en estudio se requiere conocer lo siguiente:

- a) Identificar los objetivos del área de trabajo y los procedimientos que se estudian, procurando que sean congruentes.*
- b) Revisar la estructura orgánica, para ver si responde al contenido del procedimiento.*
- c) Normas y políticas administrativas, que son los lineamientos que regulan la actividad de toda institución o de una unidad administrativa que deben ser observadas por el personal.*
- d) Funciones y operaciones, se requiere definir las funciones de cada una de las áreas relacionadas con el procedimiento.¹³*

Análisis de la información, una vez recabada se procede a su análisis que es primordial para el estudio del procedimiento con el propósito de obtener un diagnóstico que refleje la realidad operativa actual.

Para el análisis de la información conviene responder lo siguiente:¹⁴

¹² *Gula op. cit. p. 8*

¹³ *Idem p. 9*

¹⁴ *Idem p. 10*

¿ Qué trabajo se hace?

Actualmente y desde hace dos lustros, estos procedimientos se llevan a cabo en el Hospital General "Vasco de Quiroga"

¿ Quién lo hace?

Lo realiza una trabajadora social.

¿Cómo se hace?

Tiene estructurado un programa que incluye ejercicios de respiración y relajación en forma práctica, y en teoría lo que respecta al embarazo, parto, puerperio y cuidados del Rn.

¿Cuándo se hace?

Los días sábados por la mañana.

¿Dónde se hace?

Se realiza en las áreas verdes del hospital (la práctica) y la teoría en un espacio de la clínica.

¿Porqué se hace?

Con el propósito de dar una mejor atención, además de procurar la menor instrumentación del parto y reducir el número de cesáreas.

Recabada, integrada y analizada la información será posible graficar secuencialmente todas las operaciones desde el principio hasta el final del procedimiento; dando idea clara y precisa de las actividades involucradas en el mismo.¹⁵

Después se procede a estudiarlo para determinar si el objetivo esta bien definido, y si es conocido por el personal que interviene para su consecución.

Será necesario delimitar ámbito de aplicación, las políticas para el correcto desempeño del trabajo y determinar las áreas responsables de ejecución.¹⁶

¹⁵ *Guía op. cit. p. 10*

¹⁶ *Idem p. 11*

3. PSICOPROFILAXIS

3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Durante la época prehispánica el embarazo y sus cuidados entre los mexicas estaba a cargo de la Ticitl o partera, la que desde el tercer mes de gestación impartía todo un proceso educativo y tutelar a la pareja.

Preparaba a la mujer por medio de psicoterapia para el manejo del embarazo y su participación en el parto, proceso que terminaba hasta que el Rn cumplía un año. El parto era atendido en posición vertical que facilita el pujo natural y agreda menos al feto evitándola hipoxia.¹⁷

Los primeros experimentos sobre partos sin dolor se basaban en la hipnosis que era usada únicamente por especialistas y en forma limitada en 1880, en 1889 Joire usó la sugestión con la paciente despierta sin lograr experimentar en gran escala. Alemania, Bélgica, Inglaterra y Austria hacían experimentos también, pero fue en Rusia donde el método progresó más este era empírico, y entonces con los trabajos de Pávlov se dio la base científica de la hipnosis.¹⁸

En esta época Dick Read descubrió la naturaleza psicológica y terapéutica de la palabra.

En 1951 la academia de Medicina y el Ministerio de Salud Pública organizaron una conferencia donde Velvoski, Pávlov, Nicolaiev y sus colegas descubrieron el método que habían perfeccionado y que usaban en Kérjow, Moscú y Leningrado, en julio de 1951 el gobierno ruso dispuso que se aplicará en todo el país; año en que Lamaze regresó de Rusia e introdujo el método psicoprofiláctico en Francia, después se utilizó en China extendiéndose a más de 44 países.¹⁹

¹⁷JURADO García Eduardo, "Raíces Prehispánicas de la Perinatología Mexicana", 1993, p. 149-152

¹⁸WRIGHT Erna, "Parto Psicoprofiláctico", 1985, p. 16-17.

¹⁹Idem

3.2. PSICOPROFILAXIS

Es una analgesia verbal que se basa en la educación racional de la embarazada, y es fundamentalmente distinta de los demás métodos de analgesia obstétrica, recurre a las palabras con agentes terapéuticos, se basa en el uso de reflejos condicionados. Su propósito es equilibrar la corteza cerebral de la gestante, creando cadenas complejas de reflejos condicionados que serán aplicables en el alumbramiento.

La libra de influencias y recuerdos perniciosos que pueden inhibirla en el momento del parto llegando a su objetivo sin dolor, con esta educación dejan la actitud pasiva, saben que va a suceder, aprenden a adaptarse y controlan las modificaciones orgánicas que ocurren durante el trabajo del parto,²⁰ con un programa prenatal donde se da la información sobre el proceso del embarazo y los mecanismos del trabajo de parto, se basa en:

- *Información.*
- *Ejercicios psicofísicos y de respiración.*
- *Técnicas de relajación.*
- *Apoyo a la pareja.*

Busca que la paciente y de ser posible la pareja tenga una actitud consiente, responsable y optimista ante la gestación y el nacimiento de su hijo, pretende que la paciente conozca que es el embarazo y cual es su mecanismo liberando temores e infundiendo confianza y tranquilidad con ejercicios que le ayudan a mejorar su control muscular para obtener la relajación.

El programa consta de sesiones de trabajo de 1.5 a 2 hrs. Cada una se realiza 2 veces por semana, caminatas y ejercicios al aire libre.

Las sesiones de trabajo tendrán ejercicios respiratorios, entrenamiento psicofísico y neuromuscular, y pláticas informativas, con material de apoyo (películas, diapositivas, etc.) sobre anatomía y fisiología de la reproducción y del embarazo.²¹

²⁰WRITE op. cit. p. 16-19.

²¹Programa de Psicoprofilaxis Enf. Lucero Medina Contreras Reg. SSA 9-5673-X1 No. 149, 19993, p. 7-8.

Ventajas materno - fetales.

- *Menor depresión del Rn.*
- *Trabajo de parto breve.*
- *Disminución de cesáreas.*
- *Menor pérdida sanguínea.*
- *Menor estancia hospitalaria.²²*

3.2.1. Ventajas

Con la preparación se experimenta el parto como una vivencia digna y satisfactoria, la participación del padre suscita acercamiento y mutuo aprecio.

Se disminuye el uso de drogas, el producto nace en un medio donde prevalece la armonía y cooperación.²³

3.3. ÓRGANOS REPRODUCTORES Y FECUNDACIÓN

Al tener conocimiento de ellos y de cómo funcionan ayudan a comprender mejor el embarazo y el trabajo de parto.

Los órganos de la estructura ósea que participan en el embarazo, trabajo de parto y alumbramiento son los de la cavidad pélvica conformada por el arco púbico y el coxis.²⁴ Dentro de esta cavidad se encuentran los órganos de la reproducción utilizados para la concepción y el crecimiento del producto.

²²MONDRAGÓN Castro Héctor "Obstetricia Básica Ilustrada", 1987, p. 144.

²³DONNA y RODGER Ewy, "Preparación para el parto", 1981, p. 20-29.

²⁴Idem p. 33



El sistema reproductor de la mujer es el encargado de generar el óvulo, o huevo, almacenar el óvulo fertilizado y nutrir el embrión y el feto durante la gestación. Los órganos principales incluyen los ovarios, el útero, la vagina y las trompas de Falopio. Los órganos externos (vulvares) incluyen el labio mayor, el labio menor, el monte de Venus, el clitoris, el vestíbulo y el bulbo del vestíbulo. El óvulo, o huevo, contiene la aportación de la mujer al material genético que conformará el nuevo ser, y se genera en los ovarios. El óvulo recién generado pasa a través de las fimbrias de la región ampular de la trompa y allí lo fertiliza un espermatozoide (o célula germinal). Durante la excitación sexual, las vesículas seminales del hombre y la glándula prostática crean un fluido que se combina con las células germinales para formar el semen, que se transporta a través de la uretra y sale de la apertura, o meato, al final del pene.

Cuando se ha depositado el semen en la vagina de la mujer, los espermatozoides nadan a través del útero hacia la trompa de Falopio, donde fertilizan al óvulo, o huevo. El huevo fertilizado baja por la trompa de Falopio durante los tres días siguientes y se asocia a la pared del útero. Allí, durante el embarazo, el huevo fertilizado se nutrirá y desarrollará el embrión y, posteriormente, el feto. Después de que se haya desarrollado completamente (aproximadamente a los 9 meses), las contracciones musculares (parto) expulsarán el feto fuera del útero.

El cuello del útero se extiende desde la parte inferior del útero hasta proyectarse en la vagina. Su apertura superior se denomina orificio interno, mientras que su parte inferior, la apertura vaginal, se denomina orificio externo.

Las trompas de Falopio (también denominadas trompas uterinas) son los conductos a través de los que pasa el huevo (óvulo) al útero. Cuando el ovario desprende un nuevo huevo, se introduce por las fimbrias de la región ampular de la trompa y se transporta por una trompa de Falopio. Allí, lo fertilizan los espermatozoides (células germinales) que ha aportado el hombre. El óvulo fertilizado, denominado cigoto, baja por la trompa de Falopio hacia el útero

impulsado por cilios que revisten la trompa. El nombre de estas trompas se debe a Gabriele Fallopio, que fue uno de los primeros que estudiaron su función.

El fondo del útero es la parte del tracto reproductor femenino que sirve para albergar y nutrir al embrión y al feto durante su desarrollo. El útero es un órgano de pared gruesa, que conecta con las trompas de Fallopio y se extiende, como el cuello, hasta la vagina. Durante la menstruación, el revestimiento de mucosa del útero, denominado endometrio, aumenta su grosor y se enrolla. Este cambio se produce de forma que el huevo fertilizado, o cigoto, tendrá una mucosa gruesa de soporte a la que se asociará. Durante la fase secretora, o última fase del ciclo menstrual, si no se ha fertilizado el huevo, el endometrio se desprenderá y se expulsará del útero mediante contracciones del miometrio o pared muscular.

Los ovarios son estructuras en forma de lóbulo que se encargan de generar los óvulos maduros, o huevos, en el sistema reproductor femenino. Tienen aproximadamente el mismo tamaño que los testículos del hombre, con 1,5 cm de ancho, 3,8 cm de largo y 1 cm de espesor aproximadamente. Los ovarios están situados a ambos lados de la cavidad pélvica y están unidos a las trompas de Fallopio y el borde superior del útero mediante los ligamentos del ovario. Dentro de los ovarios hay unos pequeños sacos, denominados folículos de Graaf, que contienen los óvulos maduros. Los ovarios producen óvulos maduros una vez al mes. En este proceso denominado ovulación, el folículo que contiene el óvulo maduro sale de la superficie del ovario y el óvulo pasa a la trompa de Fallopio. Si se ha fertilizado el óvulo, el folículo de Graaf se desarrolla en un cuerpo lúteo. Si no se ha fertilizado el óvulo, el folículo se desintegra en una pequeña cicatriz, denominada cuerpo blanco.

Además de generar el óvulo maduro, los ovarios producen hormonas sexuales femeninas, como la estrona y el estradiol, que regulan el crecimiento mamario, el desarrollo de la placenta y la menstruación.

La vagina es un canal que se extiende desde el cuello hasta los genitales externos, terminando en el vestíbulo vulvar. La uretra de la mujer se abre en la pared vaginal en una apertura con forma de raja. Las paredes de la vagina tienen normalmente de 7 a 10 cm de

longitud, con la pared anterior ligeramente más corta que la posterior. Las paredes están cubiertas de membrana mucosa, y un pliegue de esta membrana denominado hímen, puede ocluir la apertura inferior de la vagina. Las paredes musculares fibrosas de la vagina son capaces de dilatarse y expandirse notablemente durante el nacimiento del bebé.²⁵

3.4. EMBARAZO



El embarazo es el resultado de la fertilización de un óvulo por un espermatozoide. Con la fertilización comienza la división celular y el huevo fecundado se desarrolla dando lugar a una masa de células llamada mórula que se desplaza desde el ovario por la trompa de Falopio hasta el útero. La mórula continúa su división hasta formar un grupo hueco de alrededor de cien células, llamado blastocisto. Siete u ocho días aproximadamente después de la fertilización, el blastocisto se instala en la pared del útero. Algunas de las células que cubren el blastocisto, conocidas como trofoblasto, comienzan a alimentarse dentro del revestimiento del útero y crecen en cordones que sujetan al blastocisto a las paredes del útero. El trofoblasto dará lugar a la placenta.

El blastocisto se compone de dos capas, la capa superior o ectodermo y la capa inferior o endodermo. En el blastocisto aparecen una cavidad amniótica y una cavidad vitelina. El amnios bordea la lámina corial, la cubierta más externa que proporciona protección y nutre al cigoto, como se denomina al huevo fecundado. El disco embrionario, un área lisa en la hendidura del óvulo en la que se ven los primeros vestigios del embrión, está suspendida desde la lámina corial y se compone de tres capas celulares, el ectodermo, el mesodermo y el endodermo. Todos los órganos del embrión se desarrollan a partir de estas tres capas.

A partir del ectodermo se desarrolla el sistema nervioso, los órganos sensoriales y la epidermis, entre otros. A partir del mesodermo se desarrolla el sistema circulatorio, el aparato

²⁵ BODY WORKS VER. 5.0 Guía Multimedia de Anatomía Humana. "Aparato Reproductor Femenino"

excretor, el esqueleto, el sistema muscular y el sistema reproductivo. A partir del endodermo se desarrolla el sistema respiratorio y el digestivo junto con sus revestimientos.

Un embarazo dura alrededor de nueve meses y puede dividirse en partes aproximadamente iguales denominadas trimestres. El primer trimestre es el periodo en el cual se forman las diferentes partes del feto. Durante el segundo y tercer trimestre se desarrollan y maduran los órganos que el bebé necesitará para sobrevivir en el exterior, y el feto continúa aumentando de tamaño y peso.

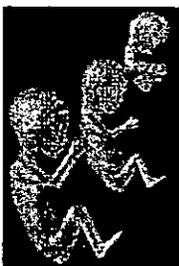
El primer síntoma de embarazo es generalmente la amenorrea, puesto que el ciclo menstrual queda interrumpido a consecuencia de la fertilización e implantación de la célula embrionaria en el útero. Otros síntomas al principio del embarazo son: náuseas, frecuentes micciones y la sensación de hinchazón o sensibilidad en las mamas, especialmente alrededor de los pezones. Las náuseas aparecen generalmente por la mañana temprano y luego desaparecen, pero algunas mujeres pueden sufrir vómitos. Las náuseas y vómitos normalmente desaparecen después de los tres meses de embarazo.

Si sospecha que puede estar embarazada, debe ir al médico para que se lo confirme. Existen también varias pruebas de embarazo, que se pueden realizar en casa, adquiriéndolas en la farmacia. Aunque los resultados positivos de estas pruebas de embarazo suelen ser precisos, también pueden dar resultados negativos falsos.

Probablemente el médico necesite examinarla físicamente, además de realizar un análisis de orina o de sangre para confirmar el embarazo. El médico buscará varios síntomas en su reconocimiento: el tejido de los pechos de una mujer embarazada es firme y puede estar más sensible de lo habitual y un examen interno detectará los cambios de la forma y tamaño del útero y los cambios en el revestimiento vaginal y en el cuello del útero (cérvix). En las mujeres embarazadas el revestimiento de la vagina se vuelve azul como resultado del incremento de la sangre que fluye hasta allí, y el cuello del útero se ablanda, por lo que es posible sentir a través de él el resto del útero. El útero también se ablanda, se agranda y es más redondeado de lo habitual. Por el examen interno del médico es posible determinar de cuántas semanas está

embarazada una mujer. Durante el primer trimestre el útero crece rápidamente y se siente con más precisión que en las fases más avanzadas del embarazo.

El embarazo dura aproximadamente 267 días. Como no siempre se conoce el día de la concepción, se calcula la fecha de parto desde el comienzo del último periodo menstrual. Cuando no se anota la fecha del último periodo o previamente se han utilizado métodos anticonceptivos, el médico puede determinar la edad del feto mediante un examen con ultrasonidos. Incluso si se conoce la fecha exacta de la concepción, el médico dará un periodo de 2 a 3 semanas en la estimación de la fecha del parto.²⁶



De una única célula, tan pequeña que no se puede ver a simple vista, el embrión crece a lo largo de las primeras 6 semanas alrededor de 5 mm. Durante la fase embrionaria se forman las partes principales del cuello y cara, así como los órganos genitales, huesos, nervios, músculos y algunos órganos sensoriales. La médula espinal, el cerebro, las orejas y los ojos comienzan su desarrollo. También aparece el tejido a partir del cual se formarán los pulmones, así como las partes más rudimentarias del estómago, hígado, páncreas, intestinos y riñones. Aparecen dos pares de brotes de extremidades, que darán lugar a los brazos y a las piernas. El corazón rudimentario comienza a latir.

A las 16 semanas de vida intrauterina, el feto tiene un tamaño de alrededor de 15 cm. y un peso aproximado de 170 gr. Los vasos sanguíneos se pueden ver a través de la delicada piel semitransparente y el color del cuerpo es rosa brillante. Un vello fino y suave empieza a recubrir toda la superficie de la piel y empiezan a salir las cejas y las pestañas. Se mueven las articulaciones de todas las extremidades, los dedos de las manos y de los pies están separados y totalmente formados y empiezan a crecer las uñas. Se puede determinar claramente el sexo del feto pues los órganos sexuales están totalmente desarrollados. Aunque los pulmones están aún

²⁶ BODY WORKS op. cit. "Embarazo"

poco formados, el pecho del feto se mueve de vez en cuando como si respirase. El feto ahora se mueve mucho, pero es pronto para que la madre lo note.

A las 32 semanas de vida intrauterina, el feto está lo suficientemente desarrollado hasta tal punto que tiene muchas posibilidades de vivir fuera del útero, con cuidados especiales. La cabeza y el cuerpo casi han alcanzado las dimensiones de un niño recién nacido. Los pulmones han empezado a madurar y continuarán haciéndolo durante otras cuatro semanas. El feto ahora pesa alrededor de 1,800 grs.²⁷

3.4.1. Atención prenatal

El control prenatal va dirigido a la detección de factores de riesgo, se realiza con el fin de que el embarazo transcurra con la máxima garantía para el binomio, se llevan medidas de orden físico, psíquico y asistencial, es importante involucrar a la pareja en el control prenatal.

El estadio prenatal comprende desde la concepción hasta el nacimiento. Este periodo, para su mejor comprensión, se divide en tres trimestres. En las primeras ocho semanas, tras la concepción, al niño que está creciendo se le llama embrión, mientras que después de las ocho semanas se le llama feto. Durante estos nueve meses se desarrollan todos los sistemas del organismo. El desarrollo del embrión está regido por los genes que tiene (que provienen de los padres), por la dieta de la madre y por la medicación que tome la madre durante el embarazo. Todos los órganos internos como el hígado, el páncreas, el estómago, el corazón, los pulmones, los riñones y los órganos sexuales comienzan a formarse a partir de la quinta semana. Durante este periodo el embrión mide unos 8 cm y pesa unos pocos gramos. El feto es muy vulnerable, pero sobre todo en el primer trimestre, donde ciertos medicamentos, radiaciones, etc. pueden ser fatales. Durante el segundo trimestre, el feto sigue creciendo y los órganos siguen madurando. El feto puede abrir y cerrar la boca, así como dar inicio a los movimientos fetales dentro del

²⁷ BODY WORKS op. cit. "Desarrollo Embrionario"

útero materno. El feto en el segundo trimestre pesa aproximadamente 500 grs. y mide unos 30 cm. La mayor ganancia de peso del feto ocurre generalmente durante el tercer trimestre.²⁸

El ejercicio es benéfico durante el embarazo, incrementa la autoestima y confianza, mantiene la condición física y la comodidad ayudando a mantener la actividad muscular para el parto.

Habrá que tener cuidado de los signos de alarma durante el embarazo, como son:

- Pérdidas transvaginales.
- Cefaleas continuas.
- Edema parcial o generalizado.
- Visión borrosa.
- Dolor abdominal.
- Fiebre.
- Ruptura de membranas.
- Hipomotilidad fetal.
- Accidentes o golpes en el abdomen.

3.4.2. Nutrición

Un plan de alimentación durante el embarazo, asegura que el feto reciba todo lo que es vital para su desarrollo normal, se recomienda el cuidado prenatal para la revisión de una dieta adecuada y vigilar el peso de la gestante.

El desconocimiento acerca de los alimentos necesarios repercute en una mala nutrición, que afecta al producto que nace con bajo peso, dificultando su desarrollo del primer año de vida tanto físico como mental.²⁹

²⁸ BODY WORKS VER 5.0 "Embarazo y Control Prenatal"

²⁹ "Cuidado Prenatal y Preparación para el Parto", 1980, p. 1

Habrá que sugerir que coman a la hora debida 3 veces al día, o fraccionar la dieta en 6 comidas, sobre todo si hay hemesis, hacer hincapié en la importancia del desayuno.

3.4.3. Recomendaciones

- *Evitar el cigarro ya que el tabaquismo trae como consecuencia retardo en el crecimiento intrauterino y provoca partos prematuros.*
- *No ingerir bebidas alcohólicas.*
- *Descansar la suficiente durante la noche.*
- *Tomar siestas cortas durante el día.*
- *Procurar no estar mucho de pie e inactiva por períodos largos.³⁰*

3.5. DOLOR

Las sensaciones dolorosas se perciben del medio interno y externo, por medio de fibras nerviosas hacia el cerebro donde se codifican y se toma la decisión de acción.

El umbral del dolor es el nivel de estimulación con el cual aparece la sensación dolorosa, varía de una persona a otra así como la reacción a él, participando factores físicos y psicológicos.

3.5.1. Formas de alivio del dolor

- *Amnesia, o pérdida de la memoria del dolor o de otras experiencias.*
- *Analgésica, pérdida de la sensación dolorosa.*
- *Fisiológico, minimizando las posibilidades de distocia con hidratación, sueño y previniendo infecciones.*
- *Psicoprofilaxia, estímulos sensoriales competitivos, concentrándose en otra actividad.*
- *Hipnosis, medio psicológico para el alivio del dolor inducido por otra persona.*

³⁰Cuidado Op. Cit. p. 1

3.6. DOLOR DE PARTO

*Experiencia personal variable causado por los cambios en el cérvix, útero, canal del parto y articulaciones pélvicas influenciados por aspectos culturales aprendidos, heredados o por diversas situaciones.*³¹

*Livington sostiene que los estímulos dolorosos se perciben únicamente por la red de Malpighio, cuyas fibras están distribuidas en todos los órganos según su sensibilidad para el dolor.*³²

Fleckentein dice que los receptores del dolor no son específicos sino que los estímulos se desencadenan en impulsos, el dolor muscular aparece por acumulación de ácido láctico y déficit de oxígeno, la respiración arrítmica y superficial la acentúan; la respiración rítmica y profunda, el aporte de oxígeno y distensión muscular lo alivian.

Los impulsos llegan al neocórtex frontal y se convierten en excitación dolorosa primitiva que origina reacciones vegetativas dolorosas (gritos, golpes, defensa y huida).

Pávlov sostiene que la creación de un foco de excitación cortical positiva origina una zona de inhibición que impide la penetración de impulsos dolorosos en el córtex.

3.6.1. Sentimientos del dolor de parto

La amenaza agudiza los sentidos provocando una restricción de la conciencia (enajenación por miedo), las emociones negativas conducen a la defensa en expresión neurofisiológica o síndrome miedo - tensión - dolor que aumenta el tono muscular.

Los miedos reales de la embarazada ocasionan una sobrecarga afectiva del proceso del parto. El aumento en la resistencia y la hipoxia refuerzan la intensidad de las contracciones uterinas.

³¹Buenos Días Mamá, 1993, p. 35.

³²KASER, FRANCKFORT, "Métodos para Facilitar el Parto", 1979, p. 547.

3.6.2. Influjo psicológico sobre el dolor de parto

La hipnosis, la relajación progresiva y la lucha contra el miedo fueron puntos de partida, para nuevos métodos inocuos y de progreso en la obstetricia.

3.7. TRABAJO DE PARTO

El parto es el proceso de dar a luz un niño y tiene lugar en tres fases. La primera comienza con contracciones uterinas regulares de frecuencia creciente, que presionan el saco amniótico hasta que el cuello del útero (cérvix) está totalmente abierto (dilatado). El fluido amniótico lubrica el canal cervical, facilitando el paso de la cabeza del feto. En la segunda fase las contracciones del útero son más fuertes, los músculos abdominales se contraen y ayudan a la expulsión del feto a través de la vagina. El nacimiento del niño tiene lugar en esta fase en la cual el cordón umbilical está todavía unido a la placenta y tiene que tratarse adecuadamente. La tercera fase es la expulsión de la placenta después del nacimiento del niño. Un embarazo a término se refiere generalmente al que da lugar al parto entre las 38 y las 42 semanas.

El reflejo del pujo y la prensa abdominal mediante la acción muscular del útero dan inicio a las contracciones uterinas y al fenómeno dinámico del trabajo de parto, antecedido por la etapa de preparto o pódromos de trabajo de parto, se divide en tres períodos:

Primer período.- comprende desde su inicio hasta la dilatación cervical con contracciones dolorosas, progresivas en frecuencia, intensidad y duración; aquí ocurre el borramiento del 0 al 100%, que es el ensanchamiento del cuello uterino hasta un diámetro por el cual pueda pasar la cabeza del producto.

La dilatación se presenta cuando el cuello ha sido completamente adelgazado y puede llegar de 0 a 3 cm. , las contracciones duran de 30 a 40 segundos y se presentan cada 5 a 30

minutos. Puede suceder la salida del tapón mucoso, esta fase tiene una duración aproximada de 8 a 9 hrs.³³

La gestante puede aprovechar para descansar y dormir lo más que pueda, durante las contracciones hacer una respiración profunda al principio y al final de cada una, concentración relajación, usar una posición cómoda. Entre contracciones dar masaje en las palmas de las manos, plantas de los pies, piernas o espalda, utilizar respiración normal, cambios de posición, tomar agua y orinar frecuentemente.³⁴

Segundo período o fase activa.- La presión abdominal y la fuerza contráctil del útero propician el descenso y la expulsión del producto, previo al período de tránsito o descenso hacia la cavidad pélvica lo cual puede durar de 5 a 10 minutos, el borramiento es del 100% y la dilatación de 8 a 10 cm. , Las contracciones suelen durar de 45 a 60 seg. Y presentarse cada 2.5 minutos, es posible la ruptura de membranas.

Durante la transición las contracciones duran de 50 a 90 seg. Son más intensas frecuentes y efectivas, con presión en el recto y deseo de pujo, a veces hay calambres, esto puede durar de 10 a 60 minutos, y en general la fase activa su duración puede ser hasta de 4 horas.

La paciente se vuelve aprensiva y hay mayor concentración, en esta etapa puede caminar, tomar un baño de regadera, cambiar de posición, es útil la respiración rítmica y lenta durante cada contracción, puede haber náusea y vómito, cambios de estado de ánimo, diaforesis y escalofrío, se recomienda concentrarse en un punto focal interno y tratar de visualizar al bebé.³⁵

³³Buenos op. cit. p. 30

³⁴ Idem

³⁵ Idem p. 32

Tercer período.- comprende desde el nacimiento del producto hasta la expulsión de la placenta y membranas, finalmente el cuello se encuentra abierto, el bebé ha descendido solo resta expulsarlo.³⁶

Las contracciones uterinas empujan al producto y lo conducen por el canal vaginal, las contracciones duran de 40 a 90 seg. Y se espacian cada 2 - 5 min., El tiempo aproximado de duración de esta fase es de 30 min.³⁷ En el alumbramiento la placenta se desprende y se expulsa por el canal del parto, las contracciones duran 30 seg. Y se presentan cada 5 min. su duración es de 5 - 20 minutos, el útero se contrae formando un globo de seguridad.

En la gestante hay un deseo de pujar incontrolable, cansancio, estado de alerta, sensación de extensión y distensión del periné. Se debe adoptar una posición cómoda para pujar, relajarse, con cada contracción empujar al bebé y descansar entre contracciones.³⁸

Con el nacimiento del producto las contracciones ya no son molestas, se expulsa la placenta hay curiosidad por conocer al niño, sueño, fatiga, euforia, emoción, felicidad y bienestar físico.

3.8. PARTO SIN DOLOR

El nacimiento sin dolor es un hecho no un mito, que con el debido entrenamiento, motivación y práctica; promovido por el personal de enfermería, el parto sin dolor es posible para muchas mujeres, al prepararlas se evita la angustia y el miedo, se logra orientando a la mujer para que sepa que esta pasando en su cuerpo durante las distintas etapas de la gestación, cuando inicia el trabajo de parto y que conducta tomar.³⁹

³⁶ Donna op. cit. p. 47

³⁷ Buenos op. cit. p. 33

³⁸ Donna op. cit. p. 33

³⁹ Cuidado op. cit. p. 1

El propósito es enseñar el método Pávlov Lamaze al personal involucrado, para que a través de los conocimientos adquiridos participe en el entrenamiento antes del parto, haciendo de éste una experiencia única y significativa que puede compartirse en pareja.

3.9. PUERPERIO

Período que comprende desde el final de la tercera etapa del parto, hasta la recuperación fisiológica normal de la madre, su duración es de 6 semanas, durante las cuales puede haber complicaciones tanto para la madre como para el producto, por lo que es conveniente conocer que pasa en el organismo en este período y dar atención cuidadosa y afecto, se divide en tres etapas:

- 1. Puerperio Inmediato.- Son las primeras 24 horas después del parto, es primordial iniciar la lactancia materna en los primeros 30 minutos, si las condiciones maternas lo permiten, verificar signos vitales, sangrado, involución uterina y diuresis. Iniciar la deambulación y una alimentación normal, vigilar signos de alarma (fiebre, hemorragia y cefalea).⁴⁰*
- 2. Puerperio Mediato.- Este abarca del 2º al 7º día después del parto, se seguirá vigilando la involución uterina, loquios y funcionamiento intestinal, orientar sobre medidas higiénico - dietéticas y cuidados del Rn. Recomendar los ejercicios postparto, no descuidar el apoyo emocional, vigilar mamas y reforzar la lactancia.⁴¹*
- 3. Puerperio Tardío.- Inicia del 8º día a la 6ª semana después del parto, en el transcurso de éste se asistirá a consulta, para verificar involución uterina, valorar estado nutricional, indagar signos de tromboflebitis pélvica, orientación sobre las relaciones sexuales, planificación familiar e inmunizaciones al Rn.⁴²*

⁴⁰ "Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y Rn", 1995, p. 29

⁴¹ *Idem op. cit.* p. 30

⁴² NORMAN A. Beischer, "Obstetricia Práctica", 1981, p. 188

3.10. LACTANCIA



Los conductos galactóforos son pequeños conductos a través de los cuales pasa la leche (en los periodos de lactancia) hasta la apertura del pezón. Estos conductos están compuestos de tejido areolar y de fibras elásticas. El número de conductos en cada pecho varía entre 15 y 20. Durante el embarazo aumentan su capacidad, y la presión de las encías del bebé en la aréola estimula el paso de la leche. Los conductos están rodeados de tejido muscular liso y, durante la lactancia, se contraen gracias a la oxitocina, que es una hormona segregada por la glándula pituitaria. Al succionar o tocar el pezón los lóbulos dejan pasar la leche a los conductos galactóforos, y desde allí salen al exterior gracias a la acción de la lengua y de la mandíbula del bebé. La secreción de la leche está controlada por una hormona denominada prolactina, que también es segregada por la glándula pituitaria. El estímulo inicial que activa la producción de la hormona es una caída brusca del nivel de estrógeno, que suele ocurrir al llegar al parto.

Los pezones contienen la salida de los conductos de leche (conductos galactóforos). Cada pezón se encuentra en el centro de la glándula mamaria. Generalmente tiene una forma cónica y un color rosa pálido que se intensifica durante el embarazo. Los pezones varían de tamaño y de forma y pueden ser planos, salientes o invertidos. Si un pezón normal se retrae puede ser una señal de alguna anormalidad, por lo que debe consultar inmediatamente a un especialista. Los pezones aumentan de tamaño durante el embarazo, al igual que todo el pecho. Los pezones suelen apuntar hacia arriba y un poco hacia un lado. Se cree que esta posición ha ido evolucionando para facilitar la lactancia del bebé. El pezón y la aréola contienen fibras musculares lisas que pueden contraerse como respuesta al frío, a la estimulación sexual y a la presión del bebé, lo que provoca que la areola reduzca su tamaño y el pezón se ponga erecto. La

*acción involuntaria provoca el encogimiento de los conductos, lo que durante la lactancia ayuda a liberar la leche hacia el exterior.*⁴³

La leche materna es el alimento completo y adecuado para el lactante por su contenido de grasas, carbohidratos, minerales y vitaminas útiles para su crecimiento y desarrollo durante los primeros meses.

*El éxito de la lactancia depende del estado físico y emocional de la madre, de las satisfacciones emocionales y ayuda a la involución uterina.*⁴⁴

Ventajas de la Lactancia.

- *La leche materna es el mejor alimento para el Rn. de fácil digestión, completo y nutritivo.*
- *Refuerza los lazos de unión del binomio.*
- *Implica contacto piel a piel.*
- *Favorece el contacto visual y de voz.*
- *Estímula los sentidos del gusto y del olfato.*
- *El bebé se nutre y cubre sus necesidades emocionales.*
- *Favorece el desarrollo psicomotor del niño.*
- *Se disminuyen las alergias.*
- *No necesitan preparación, calentamiento, refrigeración o esterilización, y no implica gasto para la familia.*⁴⁵

La leche humana tiene propiedades bactericidas que protegen al niño, con el contacto piel a piel se proporciona seguridad y cariño que psicológicamente le traerá grandes beneficios, se

⁴³ BODY WORKS VER. 5.0 "Glándula Mamaria"

⁴⁴ Norman, op. cit. p. 217

⁴⁵ Buenas op. cit. p. 48

estrechan los lazos afectivos, desarrollo integral, motriz, socialización y ayuda para la articulación adecuada del lenguaje.⁴⁶

3.10.1. Preparación de los Pezones

Las siguientes sugerencias son de la Liga Internacional de la Leche, es posible que se presenten problemas con los pezones, si no se les tiene cuidado especial durante el embarazo, por lo que es conveniente:

- *Baño diario.*
- *Extracción manual del calostro, desde el octavo mes de embarazo para abrir los conductos galactoríferos.*
- *Estirar los pezones varias veces con firmeza, sin llegar a lastimarse.*

⁴⁶ Buenos op. cit. p. 50

4. SINTESIS DE LA ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL ISSSTE Y DE LA UNIDAD DE TOCOQUIRÚRGICA

La seguridad social contempla el bienestar del trabajador y de su familia en sus necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación; protege el poder adquisitivo, otorga apoyos financieros, garantiza protección en enfermedad, jubilación, incapacidad, cesantía y muerte.

El objetivo más amplio de la política de salud, pretende consolidar la protección aumentando la calidad de sus servicios, ampliando su cobertura para mejorar las condiciones de vida.

La estructuración administrativa y financiera que se ha logrado con las reformas a la Ley Orgánica del Instituto, aseguran un funcionamiento más eficiente que permite la mejoría en la calidad de sus servicios, sin necesidad de recurrir a incrementos de cuotas y sin restringir el otorgamiento de sus prestaciones prioritarias.

4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Su formación como unidad social tiene su inicio en la que fuera la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro creada por la ley el 12 de agosto de 1925, pero como no cubría los rubros importantes como son salud y protección al salario, en el año de 1958 por decreto se creo y promulgo la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que se da a conocer le 28 de diciembre de 1959 y entra en vigor el 1 de

enero de 1960 siendo este un organismo descentralizado amparado constitucionalmente en el apartado B del artículo 123.⁴⁷

El 20 de abril de 1960, el C. Dr. Alfredo Sosa Castañeda fue nombrado organizador de los servicios médicos del ISSSTE de esta ciudad, iniciando actividades médicas el 26 de septiembre del mismo año.

En 1964 se subrogan los servicios de pediatría y ginecología al Hospital Infantil de la S.S.A. y al Sanatorio Guadalupeño del sector privado respectivamente.

El Hospital General "Vasco de Quiroga" fue inaugurado el 26 de septiembre de 1970 por el director general el Lic. Rómulo Sánchez Mireles siendo el presidente de la república el Lic. Adolfo López Mateos y el gobernador del estado el Lic. Servando Chávez Hernández. El primer jefe de los servicios médicos de esta unidad fue el Dr. Gustavo Garibay Ochoa, el director el Dr. Antonio Barajas Peña y la jefa de enfermeras la Enf. Ma. De la Luz Vera López.

Inicio con los servicios de Ginecología, Medicina Interna, Cirugía, Urgencias, Tococirugía, Quirófano. Pediatría, C.E.Ŷ.E. y recuperación contando en ése entonces con 72 camas censables y con horarios de trabajo irregulares.

En 1985 se realiza ampliación del área física de la unidad ampliando su capacidad a 104 camas. Posteriormente en 1992 se efectúa otra remodelación construyendo un cuarto piso, ampliación del servicio de urgencias, tocoquirúrgica, U.C.I. y rayos X, siendo en la actualidad 130 camas censables y 30 no censables, la plantilla de personal de base y confianza es de 830 trabajadores.

Su diseño arquitectónico es de tipo modernista, la construcción con diversos materiales, sosteniendo una estructura en forma de H.

⁴⁷ LEY DEL ISSSTE p. 1

4.2. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar seguridad social a todos los trabajadores del estado, incluyendo pensionados y jubilados, mediante atención médica integral para ellos y sus familiares con oportunidad calidad y eficiencia utilizando los recursos disponibles y de acuerdo a la normatividad y la ley del instituto. Además de protección al salario, vivienda, actividades recreativas y culturales.

4.3. FILOSOFÍA

El ISSSTE es una institución creada para servir y dar bienestar social a los trabajadores del estado que reciben los beneficios traducidos en derechos con elevado concepto de solidaridad social y clara conciencia de que las prestaciones son patrimonio de todos los agremiados.

4.4. POLÍTICAS

- *Dar atención óptima médico asistencial a sus derechohabientes.*
- *Practicar e incrementar las actividades docentes y de investigación en el instituto.*
- *El derechohabiente es la persona más importante del instituto por lo que los servicios que se le ofrezcan deben ser de la mejor calidad y con amplio sentido humano.*

En febrero de 1997 se logra que este hospital sea reconocido como "Hospital Amigo del Niño y la Madre".

4.5. INFORMACION GENERAL DE LA UNIDAD

4.5.1. Ubicación

El Hospital General "Vasco de Quiroga" se encuentra ubicado en la calle de Trabajadores de Gobernación s/n y Trabajadores de Agricultura en la Colonia FOVISSSTE Morelos C.P. 58120 Tel. 12-30-13.

Colinda al norte con la Colonia Lomas de Santiaguito, al sur y oriente con la Colonia Jesús Romero Flores y al poniente con la Colonia La Soledad.

Cuenta con vías de comunicación accesibles desde muchos puntos de la ciudad, como es la ruta Naranja, la Verde y Oro (combis), el Popular, el Lago y Expreso (urbanos) que llega a la plaza de San Francisco además cualquier taxi viene a este punto de la ciudad.

Da atención de segundo nivel en un inmueble que es propio, es un hospital de gobierno, cerrado que atiende padecimientos agudos.

4.5.2. Estructura Orgánica y Física

El Hospital cuenta en su construcción con cinco niveles, horizontal y vertical, tipo modernista con adaptaciones de acuerdo a la época y en forma de "H".

4° Piso

Este piso es de Servicios múltiples abarcando las especialidades de Nefrología, Medicina Interna, Cirugía y Trauma. Cuenta con área especial de Gastroenterología para endoscopías y otra más de Quimioterapia.

3° Piso

Atiende especialidades como: Cardiología, Neurología, Neumología, Endocrinología, Oncología y Gastroenterología.

2° Piso

En este están ubicados los servicios de Ginecobstetricia, Pediatría y Terapia Neonatal.

1° Piso

Aquí se tratan los pacientes de Cirugía General, Traumatología y Ortopedia.

Planta Baja

En ella están los servicios de Tococirugía, Quirófanos, Recuperación, U.C.I., Urgencias, Auditorio, Departamento de Enseñanza, Biblioteca, C.E.Y.E., Rayos X y Ultrasonografía, Anatomopatología, Tomaduría de tiempo, Comedor y Cocina, Ropería y Lavandería, Mortuorio, Unidad de Distribución, Estadística, Vestidores, Cuarto de Máquinas y Mantenimiento. En otra ala de la planta baja se localiza la Farmacia, Trabajo Social, Banco de Sangre, Consultorios de Dental, Registro Civil, Archivo Clínico, Laboratorios, Consulta Externa planta baja con especialidades, medicina general y planificación familiar, Consulta Externa planta alta también atiende especialidades diversas y medicina preventiva, en esta ala de la planta alta se encuentra el cuerpo de gobierno.

4.6. UNIDAD TOCOQUIRÚGICA

Este servicio en el hospital ha sufrido varias remodelaciones, debido a las necesidades del mismo y al incremento de usuarias, motivo por el cual fue necesario ampliarlo lo que conlleva al incremento de personal para un buen funcionamiento y brindar una atención de calidad a las usuarias.

4.6.1. Concepto

Es un servicio que brinda atención ginecológica y obstétrica, especialmente al cuidado del trabajo de parto y la atención del mismo, detecta factores de riesgo y los soluciona con los medios a su alcance o en su defecto los refiere a un tercer nivel.

4.6.2. Ubicación

El servicio de tocoquirúrgica del Hospital General "Vasco de Quiroga", esta situado en la planta baja del edificio, teniendo acceso al público que requiere el servicio de urgencias ginecológicas y obstétricas.

4.6.3. Tipo de usuarias que atiende

Pacientes con problemas obstétricos o ginecológicos afiliadas al Instituto, y en caso de urgencia a población abierta.

4.6.4. Estancia promedio

Variará según el pronóstico y tratamiento del padecimiento, pero en general es de 24 a 72 hrs.

4.6.5. Misión

Asegurar el bienestar del binomio madre – hijo y el de su familia, promover el control de la natalidad, la práctica de la lactancia materna exclusiva y la resolución de padecimientos ginecológicos de urgencia.

4.6.6. Propósito

Proporcionar atención a la embarazada en el control del trabajo de parto, su recuperación del puerperio inmediato, promoción y otorgamiento de métodos de planificación familiar y lactancia materna, y la atención de complicaciones del embarazo, trabajo de parto, puerperio y coadyuvar a recuperar la salud de la usuaria mediante el tratamiento.

4.6.7. Objetivo

Garantizar la atención del parto con calidad y eficiencia a las usuarias que así lo demanden a la unidad de tocoquirúrgica mediante la práctica profesional de la enfermera, asegurando el bienestar materno – infantil.

4.6.8. Política

- *Dar atención óptima médica asistencial a las usuarias obstétricas.*
- *Ofrecer una atención integral que abarque al binomio y su familia.*

4.6.9. Funciones

Brinda atención integral obstétrica a las usuarias que así lo requieren y en casos de urgencia a cualquier persona, proporciona atención de parto, se realizan cesáreas programadas y de urgencia, legrados, salpingoclasias, se ofertan y proporcionan métodos de planificación familiar dando consejería sobre los mismos, se fomenta la lactancia materna y el alojamiento conjunto y también se atienden diversas patologías ginecológicas.

4.6.10. Recursos

➤ *Personal.*

<i>Pas. Leo.</i>	1
<i>Enf. Esp.</i>	2
<i>Enf. Gral.</i>	16
<i>Obstetras</i>	13
<i>Coordinador</i>	1

➤ *Físicos.*

<i>Consultorio</i>	1
<i>Sala de exploración</i>	1
<i>Cubiculos p/pacientes</i>	9
<i>Sala de expulsión</i>	1
<i>Quirófanos</i>	2
<i>Residencia médicos</i>	1
<i>Vestidor enfermeras</i>	1
<i>WC pacientes</i>	2
<i>Sala p/baño Rn</i>	1
<i>WC y regadera enf.</i>	1
<i>Regaderas pacientes</i>	1
<i>Central de enfermeras</i>	1
<i>Séptico</i>	1

➤ *Técnico administrativos.*

Indicadores de material y equipo.

Normas del servicio.

Normal oficial de atención de la embarazada.

Normas y políticas del hospital Amigo del niño y la madre.

Bitácoras de control.

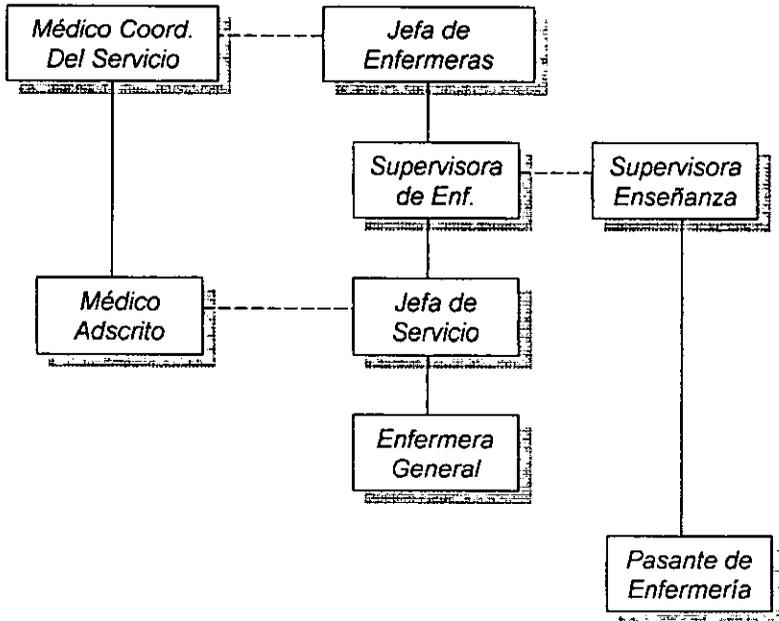
Stock de medicamentos, ropa y material.

➤ *Enseñanza e investigación.*

Manual de salud reproductiva y planificación familiar.

Manual de salud materno – infantil.

4.6.11. Organigrama



5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Manual de Procedimientos de Psicoprofilaxis Perinatal en el Hospital General "Vasco de Quiroga".

Morelia, Mich. Noviembre 1997.

ACTIVIDADES	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
<i>Búsqueda de información</i>							
<i>Delimitación del problema</i>							
<i>Elaboración de objetivos</i>							
<i>Recopilación de datos</i>							
<i>Integración del manual</i>							
<i>Integración de procedimientos</i>							
<i>Redacción del manual</i>							
<i>Presentación del manual</i>							

6. PROCEDIMIENTOS DE PSICOPROFILAXIS

6.1 DEFINICIÓN

Es la conducción verbal de la usuaria, llevándola a realizar el procedimiento en el momento oportuno y cuando sea necesario, se basa en el entrenamiento previo haciendo uso de reflejos condicionados, técnicas de relajación concentración y respiración específicas.

Documentos en los que se señala paso a paso las actividades para realizar acciones de tipo operativo, su función es orientar las acciones del personal, son importantes porque señalan la secuencia hasta llegar al objetivo, su propósito es simplificar el trabajo y aprovechar los recursos.⁴⁸

6.2. POLÍTICAS GENERALES

Estas son una guía de carácter general que orientan las actividades y funciones que se habrán de realizar en las áreas involucradas y al personal operativo de las mismas, como son:

- *Consulta prenatal.*
- *Tocoquirúrgica.*
- *Obstetricia.*
- *Trabajo social.*

Se requerirán los criterios o requisitos de admisión de la gestante, para la instrucción de psicoprofilaxis en cada una de las áreas, en coordinación con el médico.

Se unificarán criterios para los diferentes procedimientos y saber que hacer en cada momento. Dentro de estas políticas estará el conocimiento de los procedimientos de psicoprofilaxis que solo podrán ser llevados a cabo por el personal de enfermería, médicos,

⁴⁸ BALDERAS, *op. cit.* p. 65

monitoras obstétricas certificadas y con reconocimiento y por el familiar de la usuaria que este asistiendo a las sesiones de psicoprofilaxis durante el embarazo.

Podrán interactuar con trabajo social y requerir la coordinación del Departamento de Enseñanza de Enfermería, coordinación con el jefe del área de obstetricia para posibilitar la aplicación de la psicoprofilaxis en el parto con acompañante en sala de expulsión.

El entrenamiento se iniciará con una reunión informativa, y después se darán una serie de seis sesiones; una por semana, las cuales serán llevadas a cabo por el personal de enfermería, con el fin de evitar intervenciones tocológicas innecesarias.

El uso de medicamentos será solo en caso indispensable, insistir en la continuidad de la asistencia a las sesiones de preparación.

Requerir la presencia de la pareja o algún acompañante en las sesiones, se insistirá en la práctica de las técnicas en el hogar, la cual será gestante - pareja o gestante - enfermera.

Se hablará de contracciones, no de dolor, en el trabajo de parto monitorear las contracciones.

6.3. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

6.3.1. *Control neuromuscular*

6.3.1.1. *Definición.*

6.3.1.2. *Objetivo.*

6.3.1.3. *Descripción.*

6.3.1.4. *Flujograma.*

6.3.1.5. *Recomendaciones.*

6.3.2. *Ejercicios de relajación*

6.3.2.1. *Definición.*

6.3.2.2. *Objetivo.*

6.3.2.3. *Descripción*

6.3.2.4. *Flujograma.*

6.3.2.5. *Recomendaciones.*

6.3.3. *Ejercicios físicos.*

6.3.3.1. *Definición.*

6.3.3.2. *Objetivo.*

6.3.3.3. *Descripción.*

6.3.3.3.1. *Balanceo pélvico.*

6.3.3.3.1.1. *Flujograma.*

6.3.3.3.2. *Postura.*

6.3.3.3.2.1. *Flujograma.*

6.3.3.3.3. *Ejercicios vaginales.*

6.3.3.3.3.1. *Flujograma.*

6.3.3.4. *Recomendaciones.*

-
- 6.3.4. *Ejercicios de respiración.*
 - 6.3.4.1. *Definición.*
 - 6.3.4.2. *Objetivo.*
 - 6.3.4.3. *Descripción.*
 - 6.3.4.3.1. *Primera etapa respiratoria.*
 - 6.3.4.3.1.1. *Respiración torácica profunda.*
 - 6.3.4.3.1.1.1. *Flujograma.*
 - 6.3.4.3.1.2. *Respiración purificadora.*
 - 6.3.4.3.1.2.1. *Flujograma.*
 - 6.3.4.3.1.3. *Respiración superficial.*
 - 6.3.4.3.1.3.1. *Flujograma.*
 - 6.3.4.3.2. *Segunda etapa respiratoria.*
 - 6.3.4.3.2.1. *Respiración purificadora.*
 - 6.3.4.3.2.2. *Respiración superficial.*
 - 6.3.4.3.2.3. *Flujograma.*
 - 6.3.4.3.3. *Tercera etapa respiratoria.*
 - 6.3.4.3.3.1. *Respiración profunda.*
 - 6.3.4.3.3.2. *Flujograma.*
 - 6.3.4.3.3.3. *Jadeo.*
 - 6.3.4.3.3.3.1. *Flujograma.*
 - 6.3.4.4. *Recomendaciones.*
 - 6.3.5. *Ejercicios de concentración.*
 - 6.3.5.1. *Definición.*
 - 6.3.5.2. *Objetivo.*
 - 6.3.5.3. *Descripción.*
 - 6.3.5.4. *Flujograma.*
 - 6.3.5.5. *Recomendaciones.*
-

6.3.6. *Effleurage.*

6.3.6.1. *Definición.*

6.3.6.2. *Objetivo.*

6.3.6.3. *Requisitos maternos de aplicación.*

6.3.6.4. *Descripción.*

6.3.6.5. *Flujograma.*

6.3.6.6. *Recomendaciones.*

6.3.7. *Posiciones para el trabajo de parto.*

6.3.7.1. *Parada.*

6.3.7.2. *Caminando.*

6.3.7.3. *Parada e inclinada.*

6.3.7.4. *Sentada.*

6.3.7.5. *Semisentada.*

6.3.7.6. *Manos y rodillas.*

6.3.7.7. *Decúbito lateral.*

6.3.7.8. *Agachada.*

6.3.8. *Ejercicios postparto*

6.3.8.1. *Definición.*

6.3.8.2. *Objetivo.*

6.3.8.3. *Requisitos maternos de aplicación.*

6.3.8.4. *Descripción.*

6.3.8.5. *Flujograma.*

6.3.8.6. *Recomendaciones.*

6.3.9. *Ejercicios postcesárea*

6.3.9.1. *Definición.*

-
- 6.3.9.2. *Objetivo.*
 - 6.3.9.3. *Requisitos maternos de aplicación.*
 - 6.3.9.4. *Descripción.*
 - 6.3.9.5. *Flujograma.*
 - 6.3.9.6. *Recomendaciones.*

6.3.1. Control Neuromuscular

6.3.1.1. Definición

Habilidad que se adquiere para lograr que el cuerpo reaccione como uno quiere que lo haga, controlando el sistema nervioso y muscular, se aprende a reconocer los músculos tensos y a relajarlos con un esfuerzo consciente, este control puede llegar a ser automático.⁴⁹

6.3.1.2. Objetivo

Enseñar el control neuromuscular para que durante el trabajo de parto no se usen músculos innecesarios, que intervengan en el progreso de las contracciones uterinas, malgastando energía.⁵⁰

6.3.1.3. Descripción

La respuesta normal durante la contracción es tensar todo el cuerpo, por lo que se orientará sobre el control de los músculos del piso pélvico. Abdomen, recto y resto del cuerpo, lo que hace necesario aprender a identificarlos y diferenciarlos.⁵¹

- *Recostarse sobre la espalda con un par de almohadas bajo la cabeza y las rodillas.*
- *Contraer todo el cuerpo parte por parte.*
- *En la misma secuencia relajar cada parte.*
- *Comenzar con los pies, pantorrillas, muslos, glúteos, manos, brazos, hombro y cara.*
- *Repetir hasta sentir la sensación de los músculos tanto contraídos como relajados, en forma consciente no mecánica.*
- *Contraer dos miembros y relajar otros dos al mismo tiempo.*
- *Contraer y relajar miembros opuestos.⁵²*

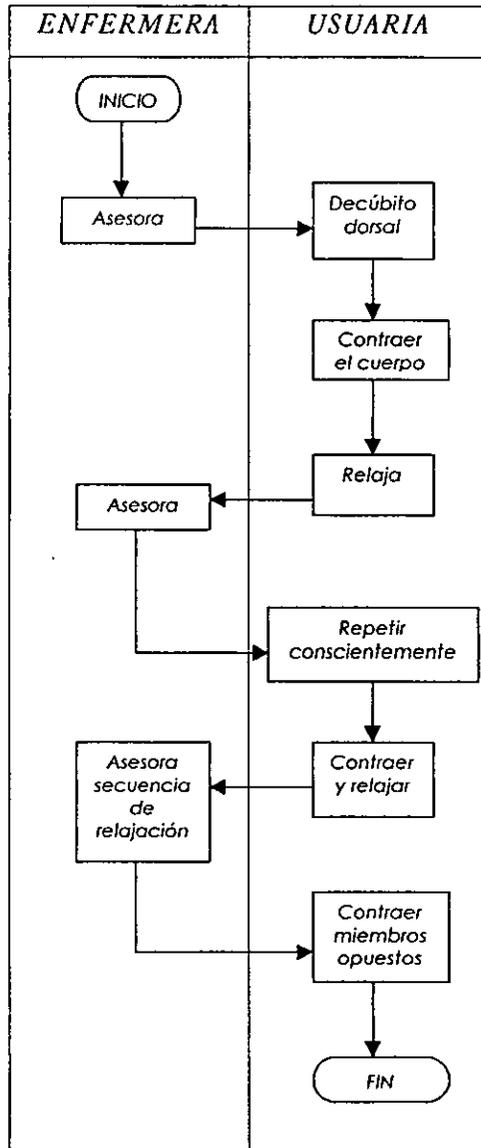
⁴⁹ Cuidado op. cit. p. 26

⁵⁰ Idem

⁵¹ Dona op. cit. p. 26

⁵² Idem.

6.3.1.4. Flujograma



6.3.1.5. Recomendaciones.

El dar a luz es una función normal y natural de la mujer, experiencia intensa y desafiante; cuando la mujer no está preparada es probable que sea una experiencia frustrante y carente de satisfacción.

Con preparación su participación es eficaz, se fortalece con una actitud positiva hacia el nacimiento, reconoce el alumbramiento y la razón de cada aspecto del trabajo de parto. Cuando no están preparadas reaccionan tensando todo el cuerpo durante cada contracción, haciéndola dolorosa y formando el círculo miedo-tensión-dolor, contribuyendo al malestar de la mujer durante el trabajo de parto⁵³ con entrenamiento adquieren técnicas que les ayudaran a controlar el cuerpo.

Es conveniente no faltar a las sesiones, practicar en casa y procurar el apoyo de terceras personas (enfermera, esposo etc.).

⁵³ Donna op. cit. p. 25

6.3.2. Ejercicios de Relajación

6.3.2.1. Definición

Ejercicios y técnicas para lograr que el cuerpo reaccione ante los cambios de las condiciones físicas a que esta sometido, disminución de la tensión muscular, distrayendo el ánimo con algún descanso.⁵⁴

6.3.2.2. Objetivo

Procurar la relajación consciente, llegando a dominarla, para manejar las contracciones uterinas en trabajo de parto.

6.3.2.3. Descripción

a) *Contraer un músculo y relajar otros tres:*

Ejemplo:

- *Contraer brazo derecho; relajar brazo izquierdo y ambas piernas.*
- *Contraer pierna derecha, relajar pierna izquierda y ambos brazos.*
- *Contraer brazo izquierdo, y relajar brazo derecho y ambas piernas.*
- *Contraer pierna izquierda, relajar pierna derecha y ambos brazos.*

b) *Contraer dos músculos y relajar dos:*

Ejemplo:

- *Contraer pierna y brazo derecho, relajar pierna y brazo izquierdo.*
- *Contraer brazo y pierna izquierda, relajar brazo y pierna derecha.*
- *Contraer ambos brazos y relajar las dos piernas.*
- *Contraer ambas piernas y relajar los brazos.*

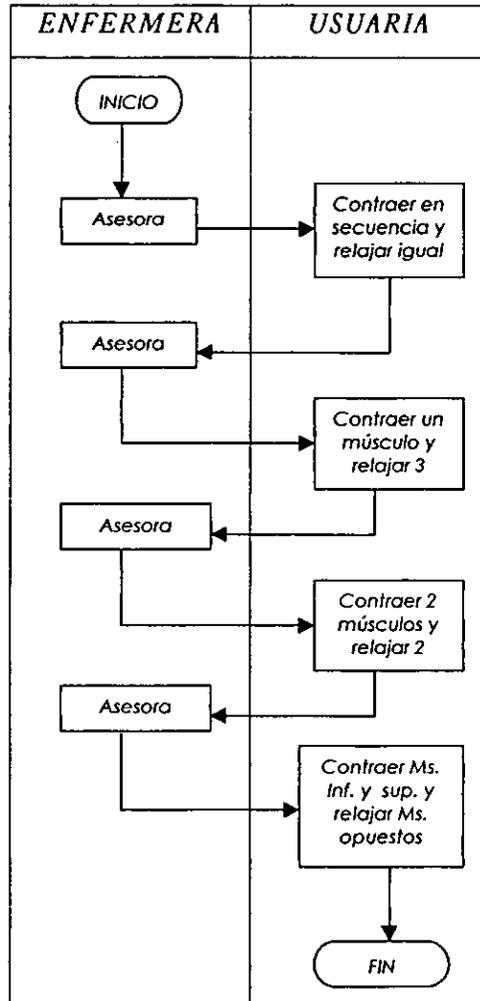
c) *Contraer los miembros inferiores y superiores opuestos:*

Ejemplo:

⁵⁴ DICCIONARIO Enciclopédico Ilustrado Reader's Digest tomo X p. 3208 1979

- *Contraer brazo derecho y pierna izquierda, relajar brazo izquierdo y pierna derecha.*
- *Contraer brazo izquierdo y pierna derecha, relajar brazo derecho y pierna izquierda.*

6.3.2.4. Flujograma



6.3.2.5. Recomendaciones

Verificar la relajación y condicionar las indicaciones, procurar la concentración de los músculos relajados, utilizar recursos como:

- *Música, olores y vista agradables.*
- *Conteo mental.*
- *Temperatura confortable.*
- *Utilizar palabras de aliento.*
- *Luz tenue y baño de agua tibia.⁵⁵*

⁵⁵ *Buenos op. cit. p. 18*

6.3.3. Ejercicios Físicos

6.3.3.1. Definición

Serie de rutinas que se realizan con diferentes partes del cuerpo procurando ejercitar el sistema músculo - esquelético.

6.3.3.2. Objetivo

Fortalecer el cuerpo y crear un soporte muscular durante el embarazo y trabajo de parto, contribuir a un empuje más efectivo en el alumbramiento y dejar un buen temple muscular en el puerperio.⁵⁶

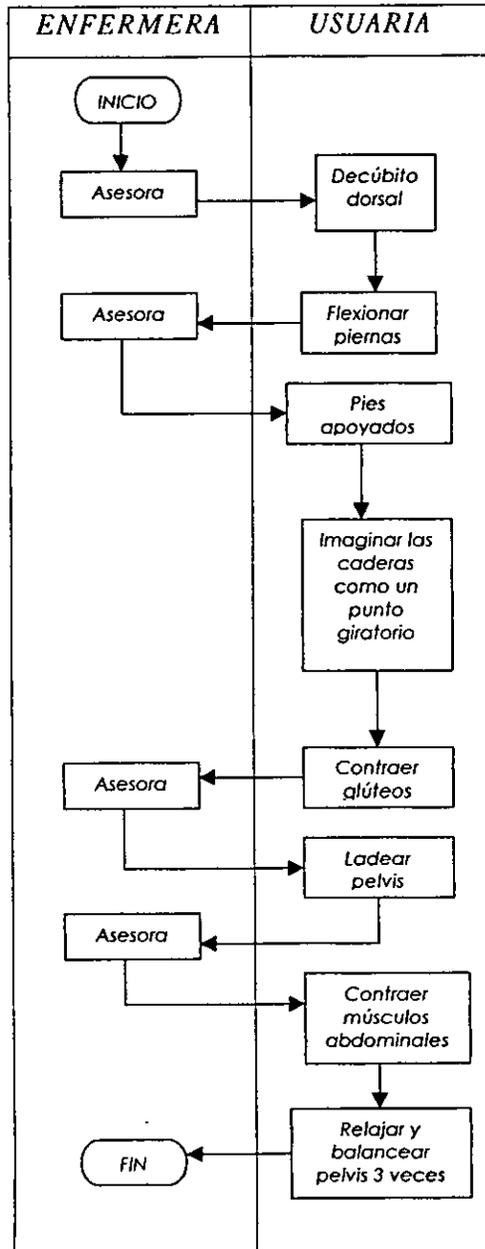
6.3.3.3. Descripción

6.3.3.3.1. Balanceo pélvico.

- *Acostarse sobre la espalda.*
- *Plegar piernas y rodillas.*
- *Pies planos sobre el piso.*
- *Imaginar las caderas como un punto giratorio.*
- *Contraer los glúteos.*
- *Apretar la espalda contra le piso.*
- *Ladear la pelvis hacia adelante.*
- *Contraer los músculos abdominales.*

⁵⁶ *Donna op. cit. p. 40*

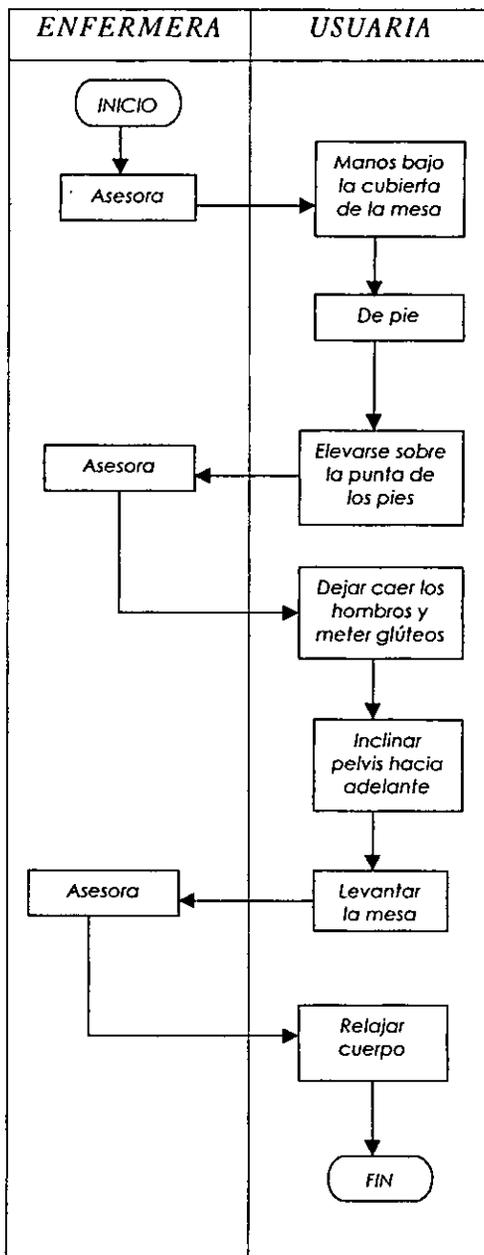
6.3.3.3.1.1. Flujograma.



Balanceo Pélvico de pie.

- *Colocar las manos bajo la cubierta de una mesa.*
- *Pararse en posición normal.*
- *Elevarse sobre las puntas de los pies.*
- *Dejar caer los hombros.*
- *Meter los glúteos.*
- *Inclinar la pelvis hacia adelante.*
- *Levantar ligeramente la mesa.*
- *Relajar.*

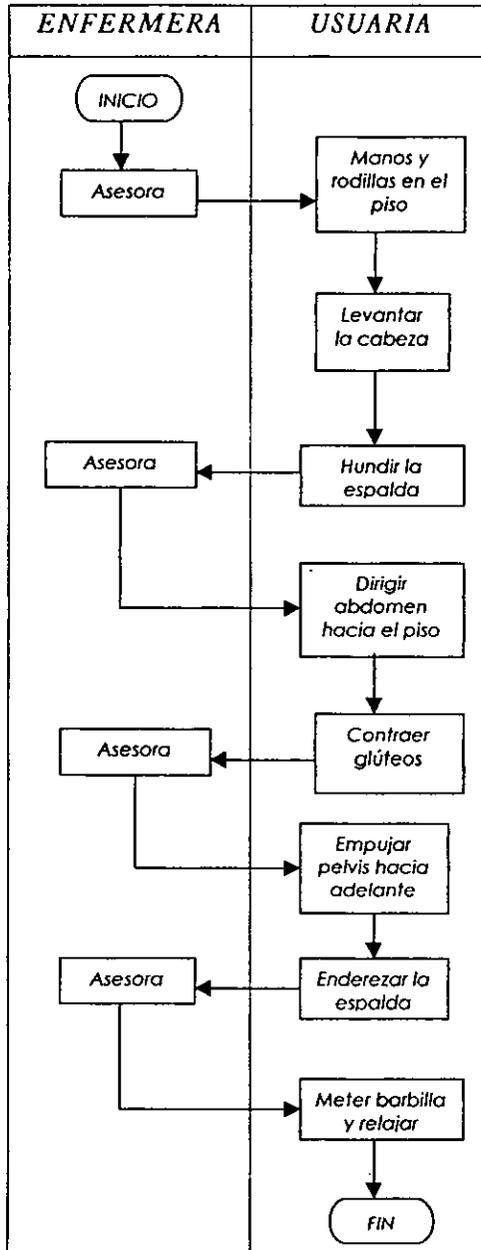
Flujograma.



Balanceo pélvico en manos y rodillas.

- *Poner manos y rodillas sobre el piso.*
- *Levantar la cabeza.*
- *Hundir la espalda.*
- *Empujar la pelvis hacia adelante.*
- *Meter la barbilla.*
- *Relajar.*

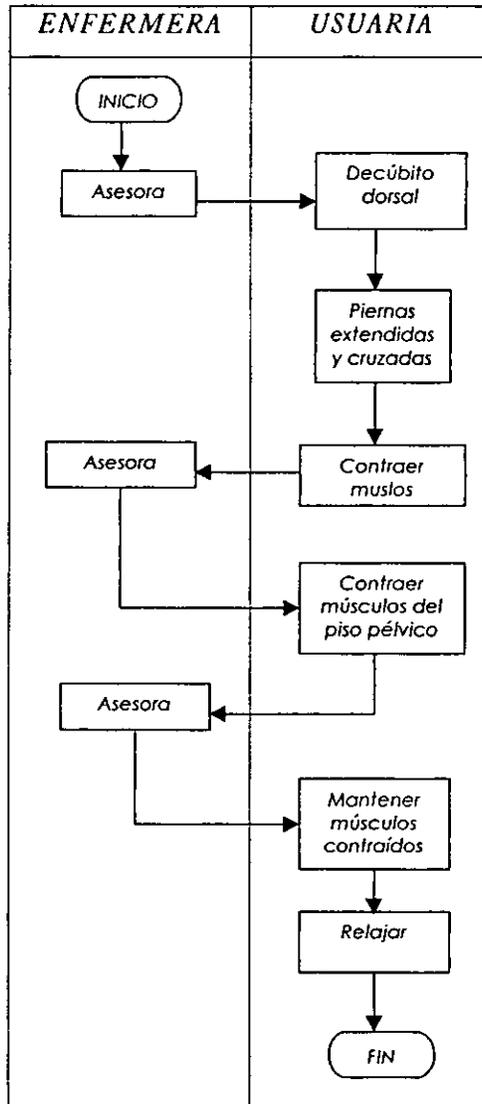
Flujograma.



Músculos de la pelvis.

- *Acostada sobre la espalda.*
- *Piernas estiradas y cruzadas en los tobillos.*
- *Contraer los muslos.*
- *Contraer los músculos del piso pélvico.*
- *Mantener todos los músculos contraídos.*
- *Relajarlos.*

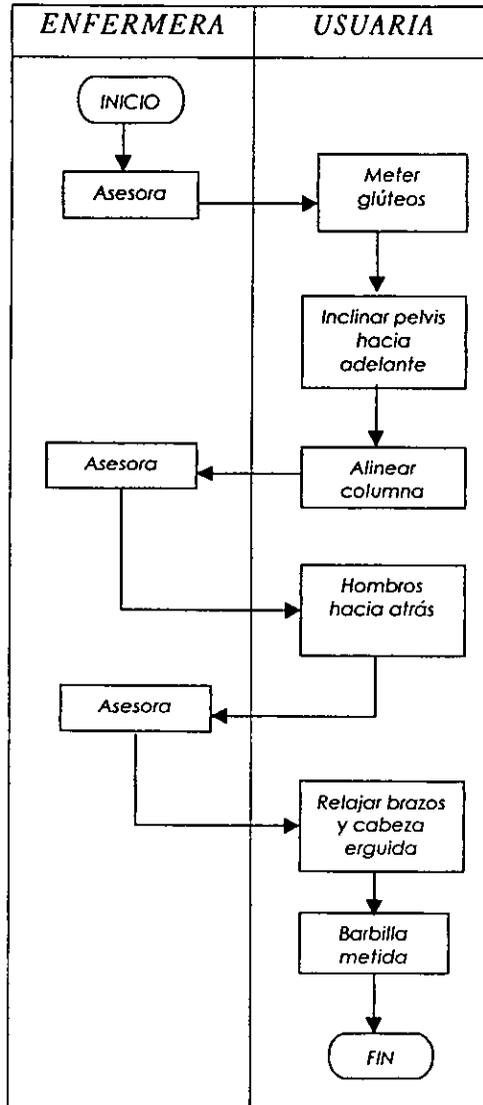
Flujograma.



6.3.3.3.2. *Postura.*

- *Meter los glúteos.*
- *Inclinar la pelvis hacia adelante.*
- *Alinear la columna.*
- *Hacer los hombros ligeramente hacia atrás.*
- *Aflojar los brazos.*
- *Cabeza erguida.*
- *Barbilla metida.*

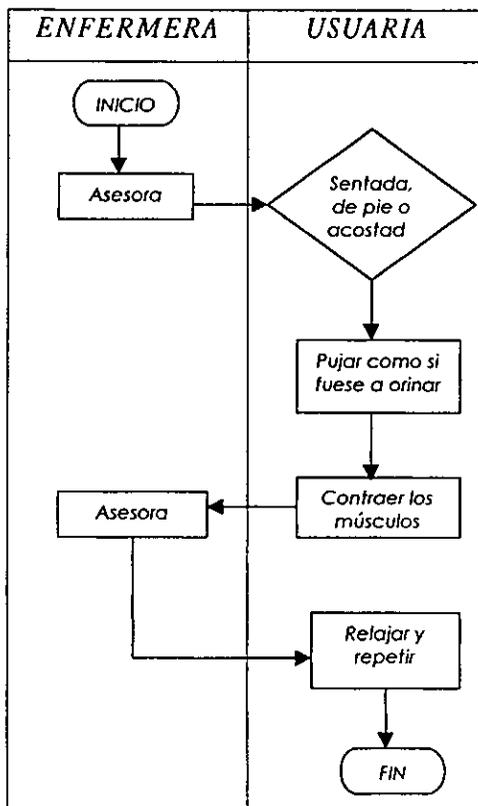
6.3.3.3.2.1. Flujograma.



6.3.3.3. Ejercicios vaginales.

- Sentada, parada o acostada.
- Pujar como si se fuera a orinar.
- Contraer los músculos como si se quisiera detener el flujo urinario.
- Relajar y repetir.

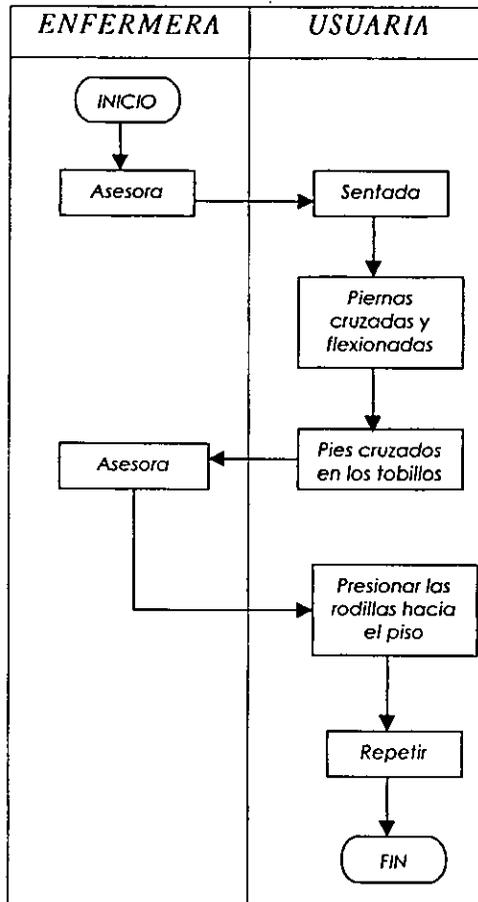
6.3.3.3.1. Flujograma.



Estiramiento.

- *Sentada en el piso con las piernas cruzadas y flexionadas.*
- *Pies cruzados en los tobillos.*
- *Presionar suavemente las rodillas hacia el piso.*
- *Repetir.*

Flujograma.



6.3.3.4. Recomendaciones

El balanceo pélvico en cualquiera de sus variantes alivia la incomodidad de la espalda, el dolor de piernas y la presión nerviosa de la zona pélvica, es conveniente practicarlos diez veces y realizarlos dos al día, por la mañana y por la noche.

La postura se debe practicar en todo momento ya que esto mitiga los dolores de espalda y mejora la apariencia. Los ejercicios vaginales funcionan adecuadamente cuando se repiten de 60 a 100 veces, también dos veces al día, muy útiles para fortalecer el piso pélvico.

6.3.4. Ejercicios de Respiración

6.3.4.1. Definición

Proceso por medio del cual el organismo absorbe oxígeno para convertir los alimentos en la energía necesaria para la manutención de las células vivas y eliminar el anhídrido carbónico, producido por la oxigenación.⁵⁷

Las técnicas respiratorias no son nada que el cuerpo no sepa realizar, pero hay que ayudar a la embarazada a que se “conecte” con sus respuestas automáticas y no a luchar para modificarlas.⁵⁸

6.3.4.2. Objetivo

Eliminar el uso ineficiente de los músculos, mantener la oxigenación adecuada para la madre y el producto, promover la relajación física y mental para favorecer la concentración en los focos de atención. Fortalecer los músculos respiratorios que se utilizaran en la etapa de expulsión.

6.3.4.3. Descripción

6.3.4.3.1. Primera etapa respiratoria.

6.3.4.3.1.1. respiración torácica profunda.

Toda respiración que se utilice durante las contracciones estará localizada en el pecho, el abdomen permanecerá quieto con lo que hay una amplia provisión de oxígeno.⁵⁹

- *Inhalar profunda y relajadamente por la nariz.*
- *Hacerlo despacio y con ritmo de 6 a 10 veces por minuto.*
- *Repetir cinco veces con un intervalo de descanso.*

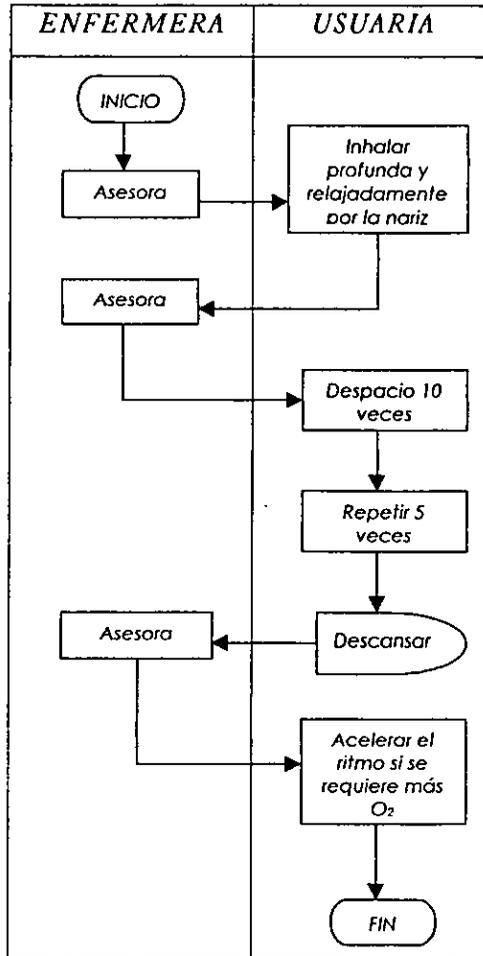
⁵⁷ Diccionario op. cit. tomo X p. 3231

⁵⁸ Centro de Investigación Materno Infantil de GEN 1990 p. 2

⁵⁹ Donna op. cit. p. 72

➤ *Acelerar el paso de la respiración si se requiere mas oxigeno.*⁶⁰

6.3.4.3.1.1.1. *Flujograma.*



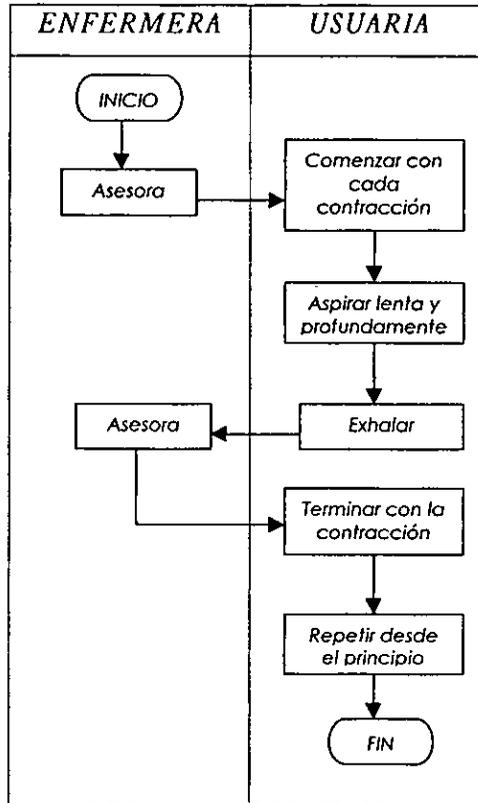
⁶⁰ Cuidado op. cit. p. 32

6.3.4.3.1.2. Respiración purificadora.

Es un ciclo completo, profundo y rápido que indica el comienzo y fin de cada contracción.

- Comenzar con cada contracción y terminar con ella.
- Inspirar lenta y profundamente.
- Exhalar para vaciar los pulmones completamente.⁶¹

6.3.4.3.1.2.1. Flujograma.

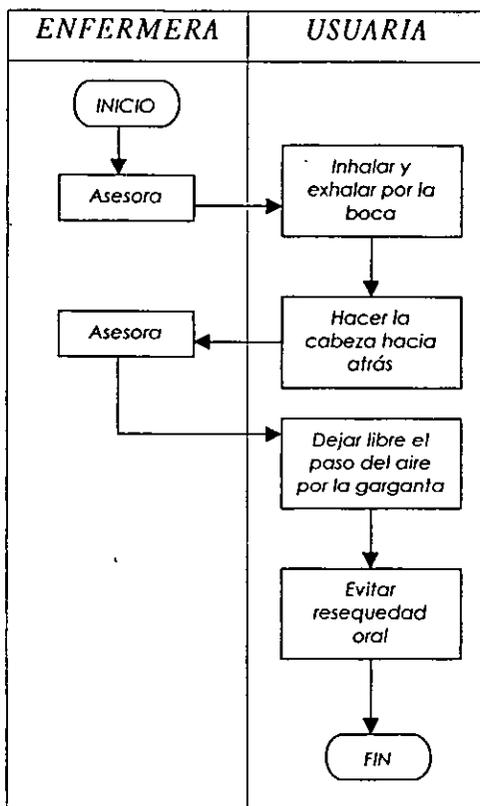


⁶¹ Cuidado op. cit. p. 32

6.3.4.3.1.3. Respiración superficial.

- *Inhalar y exhalar por la boca.*
- *Hacer la cabeza hacia atrás para dejar libre el paso del aire por la garganta.*
- *Poner la lengua bajo los dientes frontales superiores para evitar la resequedad.*

6.3.4.3.1.3.1. Flujograma.



6.3.4.3.2. Segunda etapa respiratoria.

La reacción a las contracciones de creciente intensidad provoca una respiración superficial y acelerada, para mantener el diafragma alejado del útero e igualar la intensidad de las contracciones.

- *Utilizar respiración torácica profunda al comenzar la contracción.*
- *Cambiar a una respiración ligera y superficial.*
- *Emitir algún sonido intencionalmente.*
- *Volver a la respiración ligera y superficial, mientras dure la cúspide de la contracción.*
- *Retomar la respiración torácica profunda.*
- *Mantener respiración lenta, controlada, relajada, rítmica y tranquila.*⁶²

6.3.4.3.2.1. Respiración purificadora.

Es un ciclo completo profundo y rápido que indica el comienzo y fin de cada contracción.

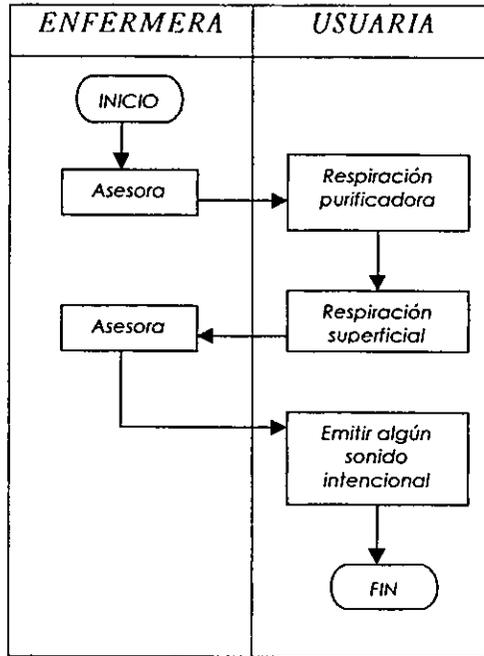
- *Comenzar con la contracción y terminar con la misma.*
- *Inspirar lenta y profundamente.*
- *Exhalar hasta vaciar completamente los pulmones.*

⁶² *Donna op. cit. p. 74*

6.3.4.3.2.2. *Respiración superficial.*

- *Inhalar y exhalar por la boca.*
- *Dejar libre las vías áreas.*
- *Evitar resequedad de la boca.*

6.3.4.3.2.3. *Flujograma.*



6.3.4.3.3. Tercera etapa respiratoria.

En esta etapa la respiración es similar a la ligeramente superficial, pero con soplos forzados durante los intervalos, útiles para vaciar los pulmones.⁶³

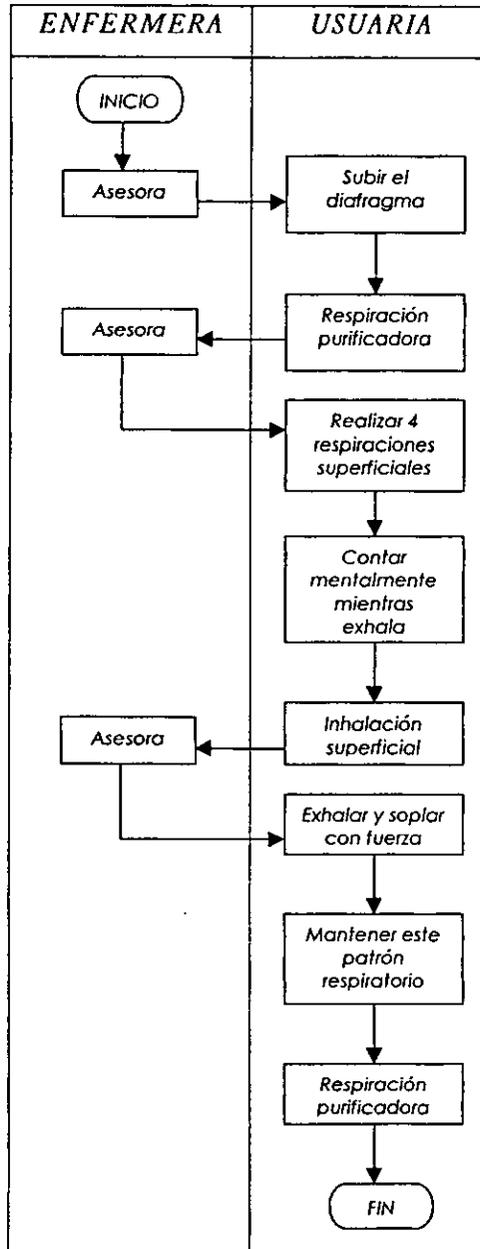
- *Subir el diafragma para mitigar la presión del útero.*
- *Comenzar con una respiración purificadora.*
- *Hacer cuatro respiraciones ligeras.*
- *Contar mientras exhala.*
- *Hacer inhalación superficial.*
- *Exhalar y soplar con fuerza por la boca.*
- *Mantener este patrón mientras dure la contracción.*
- *Terminar con una respiración purificadora.*

6.3.4.3.3.1. Respiración profunda

- *Inhalar profunda y relajadamente por la nariz.*
- *Exhalar y soplar por la boca.*

⁶³ DONNA *op. cit.*, p. 75

6.3.4.3.3.2. *Flujograma.*



6.3.4.3.3.3. Jadeo

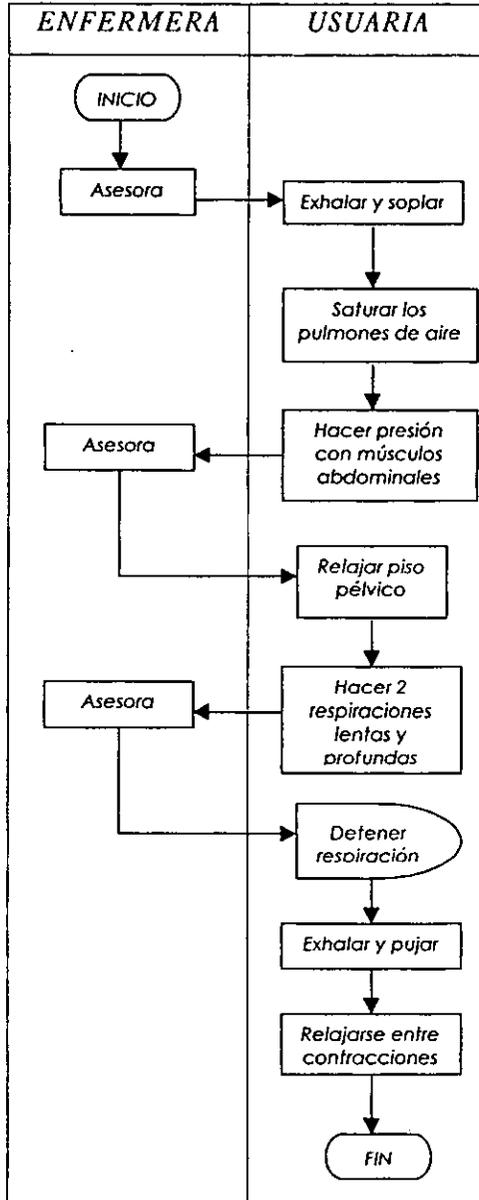
Se utiliza únicamente en el coronamiento para evitar algún desgarro del canal del parto, y cuando se realiza revisión de cavidad uterina.

- *Abrir la boca.*
- *Comenzar a jadear.*
- *Hacerlo rápida y superficialmente.*

En el momento de la expulsión:

- *Llenar los pulmones de aire.*
- *Presionar hacia abajo con los músculos abdominales.*
- *Relajar piso pélvico.*
- *Realizar dos respiraciones lentas y profundas.*
- *Iniciar a pujar.*
- *Retener la respiración lo mas que se pueda.*
- *Hacer una respiración profunda y pujar.*

6.3.4.3.3.1. Flujograma.



6.3.4.4. Recomendaciones

La respiración altera o calma el sistema nervioso, el cual interviene en la posibilidad de lograr la relajación, si esta ocurre el organismo esta bien oxigenado, si la percepción dolorosa disminuye significa que la respiración utilizada es la adecuada y se logrará que los esfuerzos del parto sean efectivos.⁶⁴

Cuando se requiera más oxígeno acelerar el paso de la respiración, realizar cada una de las respiraciones aprendidas en la etapa del trabajo de parto correspondiente, para evitar cansancio, en la tercera etapa será de gran utilidad el apoyo moral de la enfermera o asistente del parto, se recomienda en el periodo expulsivo se le sostenga a la parturienta de los hombros para reforzar la prensa abdominal.

Evitar pujar si aún no hay dilatación completa, soplar mientras el cérvix no este bien dilatado, tratar de relajarse y recuperarse entre cada contracción.

En el parto y durante la expulsión evitar el pujo agresivo, relajar periné con ayuda de la pared abdominal, dejar salir al bebé suavemente dirigiéndolo, soplando ligeramente por la boca.⁶⁵

Jadear únicamente durante el coronamiento y hacer todos estos ejercicios y ensayar el trabajo de parto en casa, se puede cambiar de posiciones. Una respiración tranquila equivale a relajación y una respiración alterada a tensión.

⁶⁴ Centro op. cit. p. 3

⁶⁵ Buenos op. Cit. P. 48

6.3.5. Concentración

6.3.5.1. Definición

Acciones para centrarse en algo, fijar la atención, el pensamiento, la mirada etc. en alguna cosa u objeto con un fin determinado.⁶⁶

6.3.5.2. Objetivo

Lograr la concentración para llegar a ignorar lo que pase alderredor, levantar el umbral de la sensibilidad para disminuir la sensación dolorosa

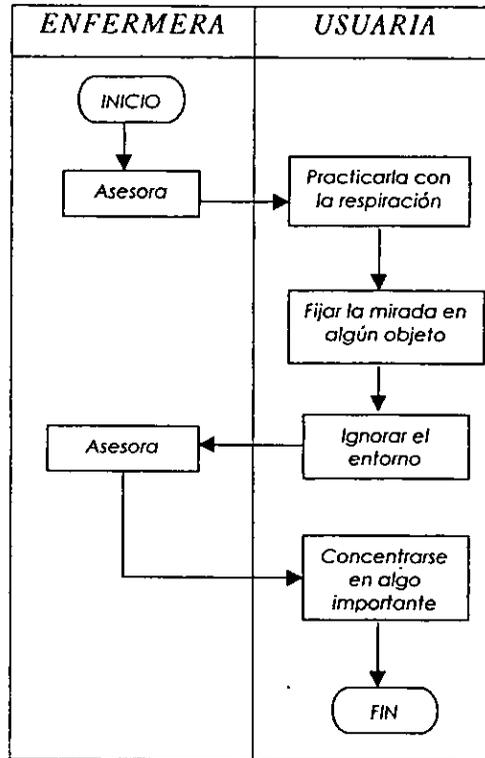
6.3.5.3. Descripción

- *Mientras se practique la respiración.*
- *Fijar la mirada en algún objeto alto y retirado.*
- *Concentrarse en algo importante.*

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

⁶⁶ DICCIONARIO Enciclopédico Salvat tomo VII 1970 p. 307 - 308

6.3.5.4. Flujograma



6.3.5.5. *Recomendaciones.*

Procurar hacerlo frecuentemente, se puede concentrar en la reacción aprendida a las contracciones, es útil visualizar al bebé para lograrla.

6.3.6. Effleurage

6.3.6.1. Definición

Masaje que consiste en pasar ligeramente la palma de la mano por la superficie de un miembro, en el sentido de la corriente venosa para favorecer la circulación.⁶⁷

6.3.6.2. Objetivo

Reconfortar y relajar el área abdominal y púvica.

6.3.6.3. Requisitos maternos de aplicación.

- *Edad gestacional de término.*
- *Haber iniciado el trabajo de parto.*
- *Sin antecedentes maternos de aborto, amenaza de aborto o parto pretérmino.*
- *Colaboración de la paciente.*
- *Asistencia de la enfermera u otra persona, para su realización.*

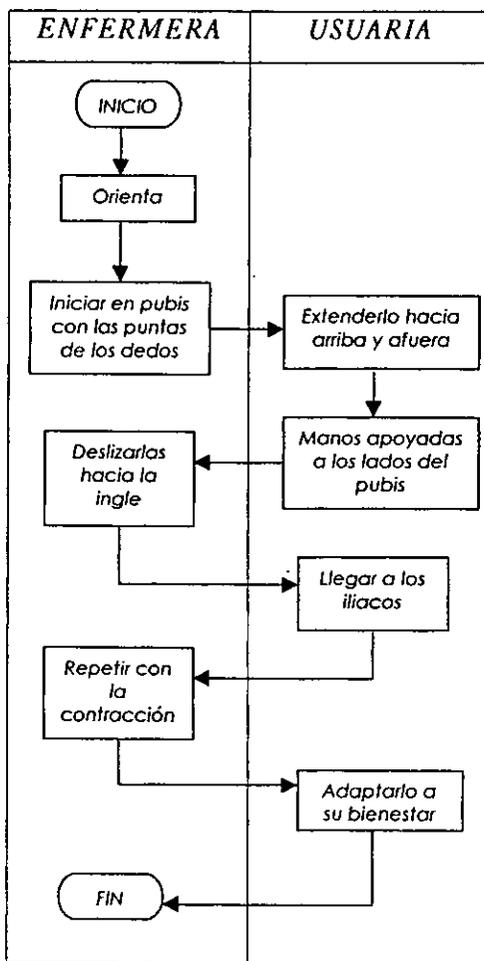
6.3.6.4. Descripción.

- *Iniciar el ejercicio en el pubis.*
- *Extenderlo hacia arriba y afuera, en dirección de los huesos ilíacos.*
- *Comenzar con las puntas de los dedos de ambas manos.*
- *Apoyar las manos ligeramente a los lados del pubis.*
- *Deslizarlas hacia arriba a lo largo de la ingle.*
- *Llegar a los ilíacos.*
- *Repetir con la contracción.*
- *Adaptarlo a su propio bienestar.⁶⁸*

⁶⁷ Donna op. cit. p. 82

⁶⁸ Idem

6.3.6.5. Flujograma.



6.3.6.6. Recomendaciones.

La presión que se haga será fuerte, de tal manera que se sienta y ligera para que no irrite el útero, este masaje deberá ser dado por la enfermera o pareja, la repetición se hará rítmica para adaptarla e individualizarla a la gestante.

6.3.7. Posiciones para el trabajo de parto ⁶⁹

6.3.7.1. Parada

Aprovecha la gravedad, las contracciones son menos dolorosas y productivas, el feto esta alineado con el ángulo de la pelvis, ayuda a acelerar el trabajo de parto.

6.3.7.2. Caminando

Tiene las mismas características de la anterior, estimula el descenso por la movilidad pélvica, retarda una segunda etapa y permite el movimiento del sacro posterior en la misma.

6.3.7.3. Parada e inclinada

Proporciona los mismos beneficios de la anterior y es útil para aliviar el dolor de espalda.

6.3.7.4. Sentada

Evita la fatiga, se descansa, aprovecha la gravedad facilitando el descenso del producto.

6.3.7.5. Semisentada

Ayuda igual que la anterior, en esta se hace posible los exámenes vaginales y se puede usar en la cama o en la mesa de expulsión.

6.3.7.6. Manos y rodillas

Alivia el dolor de espalda, ayuda a voltear al producto cuando éste esta en posición posterior y ayuda a aliviar la presión de las hemorroides.

⁶⁹ PENNY Simkin tr. Lidia Armstrong Dolor de espalda durante el T. de P.

6.3.7.7. *Decúbito lateral*

Sirve para descansar, ayuda a mejorar la oxigenación del bebé y baja la tensión arterial en casos de hipertensión.

6.3.7.8. *Agachada*

Alivia el dolor de espalda se realiza menos esfuerzo para empujar, aprovecha la gravedad y mejora la rotación y descenso en parto difícil.

6.3.8. Ejercicios postparto

6.3.8.1. Definición

Estos ejercicios requieren de varias semanas para lograr su efecto, que es revertir los cambios fisiológicos originados por el embarazo, se realizan paulatinamente, concentrarse en una buena postura, contrayendo los músculos abdominales y el periné.

6.3.8.2. Objetivo

Una buena postura y sus ejercicios son importantes para acortar los músculos, darles buen tono y firmeza.

Con los ejercicios del periné, los músculos reasumen su función de sostén de los órganos pélvicos y restablecer el control de esfínteres.⁷⁰

6.3.8.3. Requisitos maternos de aplicación

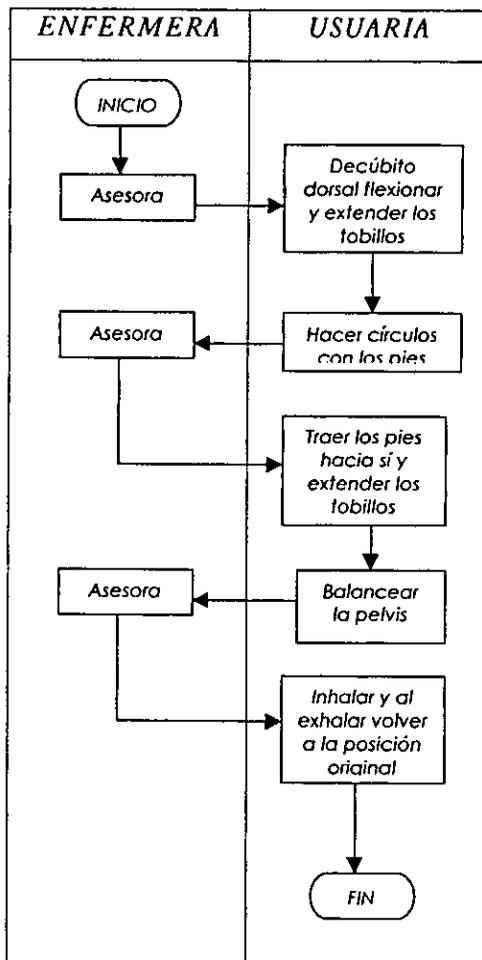
- Puerperio fisiológico.
- Inicio inmediato.
- Sin padecimientos cardiovasculares.
- Disponibilidad de la usuaria.

6.3.8.4. Descripción.

- Con los pies flexionar y extender los tobillos.
- Hacer círculos amplios para uno y otro lado.
- Recostada en la cama o en el piso, jalar los pies hacia sí para estirar los tobillos.
- Balancear la pelvis con las piernas flexionadas y los pies apoyados en el piso, inhalar y al exhalar volver a la posición original.
- A la semana inicie con dos ejercicios diarios.

⁷⁰ Buenos op. cit. p. 40

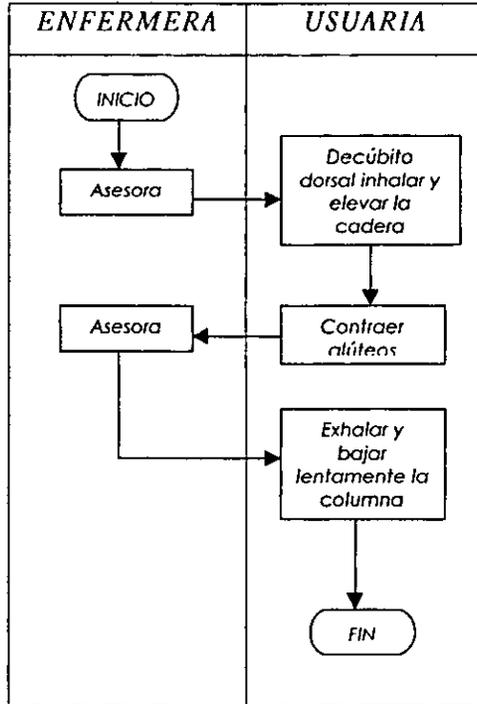
6.3.8.5. *Flujograma.*



El puente.

- *Al inhalar elevar la cadera con los glúteos contraídos, sin arquear la espalda.*
- *Al exhalar bajar lentamente la columna al piso.*

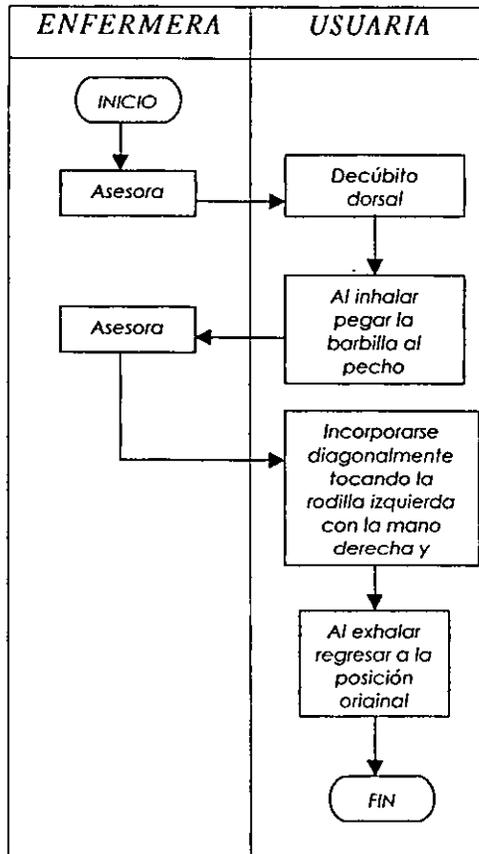
Flujograma



Semiabdominal en diagonal.

- *Al inhalar pegar la barbilla al pecho.*
- *Incorporarse diagonalmente tocando la rodilla izquierda con la mano derecha, y viceversa.*
- *Al exhalar regresar a la posición original.*

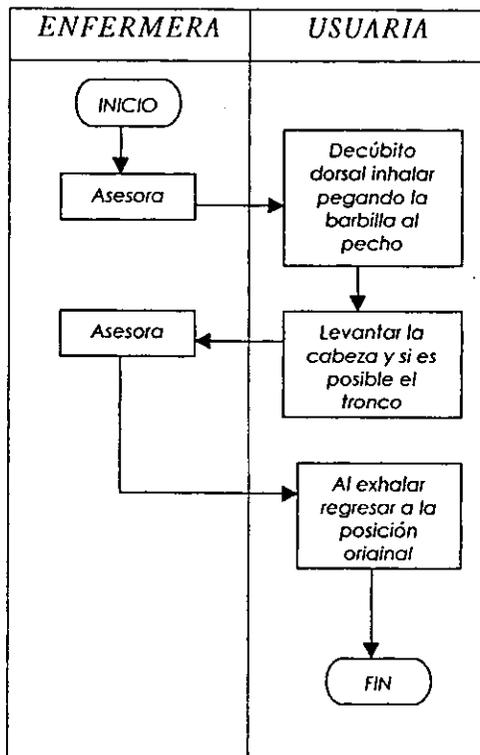
Flujograma.



Semiabdominal hacia el frente.

- *Inhalar pegando la barbilla al pecho.*
- *Levantar la cabeza, cuando se pueda el tronco.*
- *Exhalar y regresar a la posición original.*

Flujograma.



6.3.8.6. Recomendaciones

Empezar al día siguiente del parto, repetir dos veces cada ejercicio, aumentando poco a poco, utilizar respiración profunda entre cada ejercicio, al inhalar contraer los músculos y al exhalar relajarlos.

Si se ha sido constante a los 40 días el cuerpo estará listo para una rutina más intensa, continuar con la relajación diaria, rutina de ejercicios pectorales, de estiramiento y caminata.

6.3.9. Ejercicios postcesárea

6.3.9.1. Definición

Se puede iniciar tan pronto se recuperen de la anestesia, son muy importantes sobre todo después de esta intervención quirúrgica, es indispensable acompañarlos de ejercicios respiratorios adecuados.

6.3.9.2. Objetivo

Al igual que los ejercicios postparto, estos son útiles para que el cuerpo retome su forma y función anterior al embarazo, sobre todo lo que respecta al sistema músculo esquelético y al piso pélvico.

6.3.9.3. Requisitos maternos de aplicación

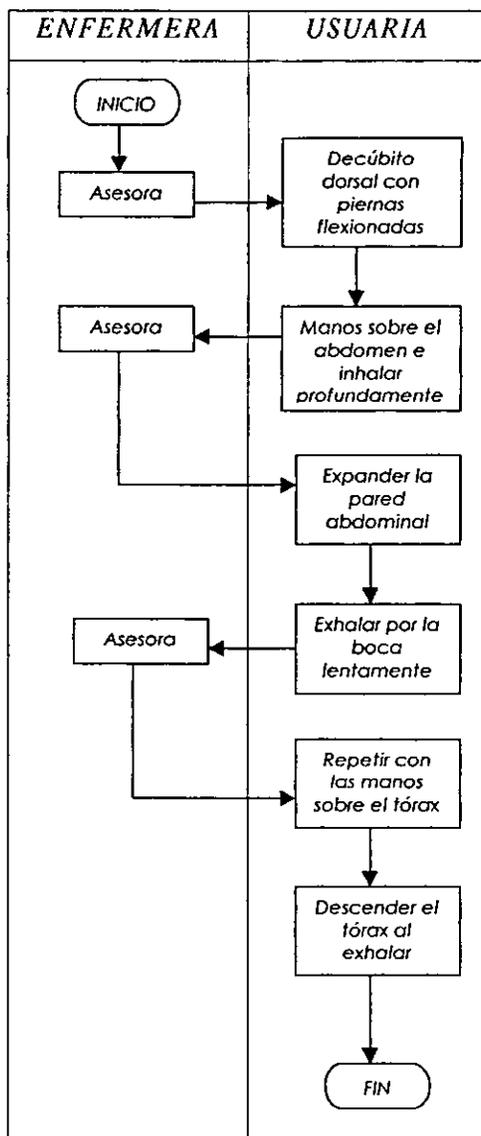
- *Puerperio quirúrgico no complicado.*
- *Iniciación inmediata.*
- *Disponibilidad y colaboración de la usuaria.*

6.3.9.4. Descripción

Ejercicios respiratorios.

- *Acostada boca arriba.*
- *Piernas flexionadas.*
- *Manos sobre el abdomen, inhalar profundamente por la nariz.*
- *Expandir la pared abdominal.*
- *Exhalar por la boca lentamente.*
- *Con las manos sobre el tórax repetir.*
- *Descender el tórax al exhalar.*

6.3.9.5. Flujograma



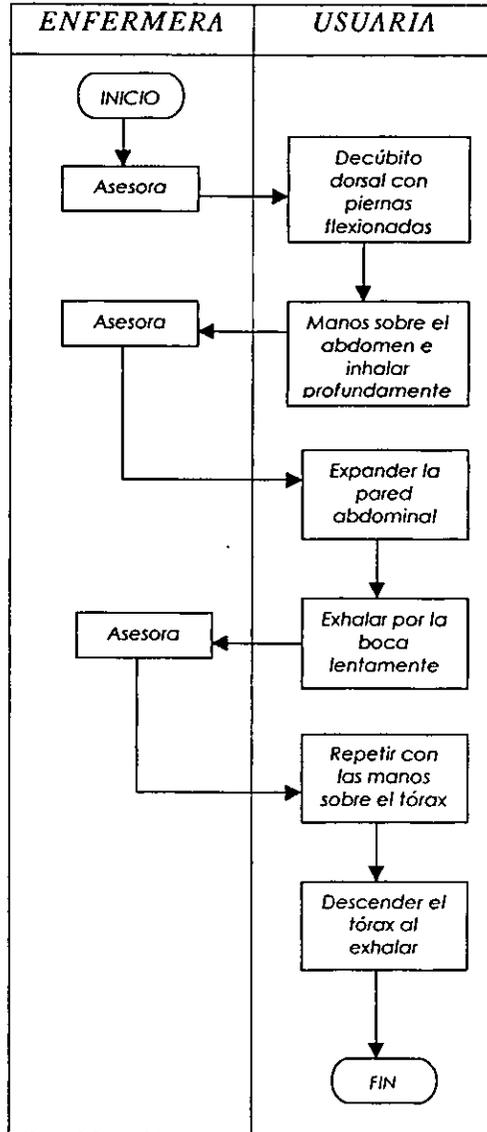
A la semana

- *Soplar para remover secreciones pulmonares.*
- *Inhalar y exhalar haciendo que el diafragma suelte el aire.*

Ejercicios con los pies.

- *Doblar y estirar los tobillos.*
- *Hacer círculos para un lado y otro.*
- *Cruzar las piernas, tensando y relajando.*
- *Deambular lo más pronto posible.*
- *Empezar a hacer ejercicios de periné.*
- *Doblar y estirar las rodillas, recostada.*
- *Inhalar y exhalar.*
- *Balaceo de pelvis.*

Flujograma.



6.3.9.6. Recomendaciones.

Inicio temprano, relajarse y utilizar respiración profunda entre cada ejercicio, no dejar de practicar la relajación. A las dos semanas practicar los ejercicios postparto normales.

La enfermera que conoce de psicoprofilaxis perinatal cuenta con elementos que le permiten disminuir las causas de ésta I.Q. que se asocia a altas tasas de mortalidad neonatal, en niños de bajo riesgo donde no se justifica, se puede contribuir a ello con las siguientes recomendaciones:⁷¹

- *Orientar sobre una buena nutrición.*
- *Sugerir a la usuaria permanecer en casa hasta que el trabajo de parto este bien instalado, para evitar intervenciones tocológicas prematuras.*
- *En el trabajo de parto mantener una posición vertical o en decúbito lateral.*
- *Infundir confianza en la habilidad del cuerpo para parir.*
- *Procurar evitar bloqueos y medicación por sus efectos relajantes.*
- *Identificar el sufrimiento fetal agudo y prevenirlo.*
- *Conocer las indicaciones absolutas y relativas de la cesárea.*
- *En caso de llegar a esta I. Q. Pedir la cooperación de la paciente y recordarle que asumir una actitud positiva le ayudará mucho al producto.*

⁷¹ *La Mortalidad Infantil y Perinatal en las Américas, ponencia en el XXIII Congreso Nal. De Pediatria abril 28 de 1992.*

7. SUGERENCIAS

- *El presente manual se elaboró con la finalidad de contar con un documento que se utilice como un instrumento de consulta e información sobre psicoprofilaxis.*
- *Que este manual sea revisado y actualizado anualmente, por el departamento de enfermería y enseñanza.*
- *Que sirva como fuente de información para el personal de enfermería de las áreas involucradas.*
- *Cuando se requiera se tenga fácil acceso a él.*
- *Utilizar el manual como guía y apoyo para la atención del embarazo y parto psicoprofiláctico.*
- *Motivar al personal de enfermería para que por medio de éste manual se desarrolle un rubro más de la profesión, lo cual contribuye a mejorar y elevar el grado de atención a las usuarias del instituto.*

8. CONCLUSIONES

El cuidado de la mujer abarca todos los aspectos de la ciencia médica y la terapéutica, por lo que las necesidades y preocupaciones de la enfermera varían según el estado reproductor de la usuaria, su potencial reproductivo y su deseo de procrear, de tal manera que se puedan obtener resultados óptimos, si se cuenta con el personal de enfermería capacitado para proporcionar una atención integral incluyendo la psicoprofilaxis para lograrlo.

En nuestros días existen muchas maneras de afrontar el nacimiento de un nuevo ser, las técnicas empleadas cada vez son más diversas y trabajan en beneficio del binomio, ante éstos hechos la enfermera no puede perder de vista los avances científicos y tecnológicos que nos presenta en la actualidad la medicina moderna, pero siempre será conveniente procurar un parto natural con la menor instrumentación y acciones tocológicas innecesarias lo cual es posible con la práctica de la psicoprofilaxis perinatal.

9. BIBLIOGRAFIA

BALDERAS Pedrero María de la Luz, Administración de los Servicios de Enfermería, Edit. Interamericana. México 1995. Pp. 216.

BALSEIRO Almaino Lasty, Principios de Administración, Edit. Acuario. México 1968. Pp. 191.

----- Guía de Elaboración de Tesis, Procesos de Enfermería y Trabajos Académicos para Titulación. Edit. Acuario. México 1991. Pp. 225.

BUENOS Días Mamá. Editada por cursos de Psicoprofilaxis Perinatal SC 1993. Pp. 59.

CENTRO de Investigación Materno Infantil de GEN. AL. Guías de Orientación para la Preparación del Parto. México 1990.

CUIDADO Prenatal y Preparación para el Parto. Guía Completa CWP. Liga de Educación para el Parto sin Dolor. National Office 1980. Pp. 115.

DICCIONARIO Enciclopédico Ilustrado Readerg 's Digest. México 1970. Tomos 3, 8, 11 y 12.

DICCIONARIO Enciclopédico Salvat Universal. Salvat Editores S.A. Barcelona 1972. Tomos 2, 3, 12 y 13.

DONNA y Rodger Ewy. Preparación para el Parto. Edit. Diana. México 1981. Pp. 132.

GUÍA Técnica Para la Elaboración de Manuales de Procedimientos ISSSTE 1995. Pp. 34.

J. LAUGIER F. Gold. Manual de Neonatología. Edit. Masson Barcelona. México 1980. Pp. 299.

JURADO García Eduardo. La Atención Primaria de Salud Perinatal. Ponencia presentada en el V Simposium GEN en México Abril 28 de 1992.

----- Raíces Prehispánicas de la Perinatología Mexicana. ENEO/ UNAM México 1995. Pp. 149 -152.

KASER Frankford del M.O. ET. AL. Métodos Para Facilitar el Parto. Ginecología y Obstetricia Vol. II Embarazo y Parto segunda reimpresión. Edit. Salvat España 1979. Pp. 547 - 570.

LEY del ISSSTE 1993. Pp. 160.

MEDINA Contreras Lucero. Monitora Obstétrica. Curso de Entrenamiento Prenatal. Morelia, Mich. 1993. Reg. S.S.A. 9-5673-XI No. 149. Pp.71.

MONDRAGÓN Castro Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. 2ª Edición. Edit. Trillas. México 1987. Pp. 144 - 184.

MUNCH Galindo, García Martínez. Fundamentos de Administración. 4ª reimpresión. México. Edit. Trillas Pp.135.

NORMA OFICIAL MEXICANA para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del Rn. 1995. Pp. 48.

NORMAN A. Beischer y Erick V. Mackay. Obstetricia Práctica con Cuidados del Rn. Edit. Interamericana. Tr. Dr. Jesús Martín Maldonado. México 1981. Pp. 245.

PIERRE Velay. Parto sin Dolor. Edit. Azteca. México. 7ª edición 1985. Pp. 85.

SOFTKEY International, Body Works Ver. 5.0, Guía Multimedia de Anatomía Humana.

SUAREZ Ojeda En. La Mortalidad Infantil y Perinatal en las Américas. Ponencia presentada en el XXIII Congreso Nacional de Pediatría Abril 28 de 1992.

VARGAS C, Et. Al. Valencia g, Vargas L. Y Trueba G. El Parto en Cama. Ponencia presentada en el V simposium GEN en México Abril 28 de 1992.

WRIGHT Erna. Parto Psicoprofiláctico. Edit. Pax. México 1989. Pp. 242.