

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL**

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PSICOPROFILÁCTICAS EN LA
SALA DE LABOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO**

TESINA:

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

ANAYELY PEÑA ARELLANO

Nº CUENTA 404512862

DIRECTORA DE TESINA
MTRA. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL

MÉXICO D.F. 2009

Tu salud nos mueve



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.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

DRA. MARGARITA VELÁZQUEZ GUTIÉRREZ
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E

Me permito informar a usted que **el trabajo escrito:**

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PSICOPROFILÁCTICAS EN LA SALA
DE LABOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Elaborado por:

1.- **PEÑA ARELLANO ANAYELY**

404512862

2.- _____

3.- _____

Apellido paterno

Materno

Nombre

Núm. de cuenta

Alumno (s) de la carrera de: **LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

México D. F. 1 de junio de 2009.

Mtra. Martha Lilia Bernal Becerril.
Nombre y firma del
Asesor de Tesis

Lic. Silvia Vega Hernández.
Nombre y firma del
Director Técnico de la carrera

Sello
de la Institución

Tu salud nos mueve

• Calzada México Tacuba N° 595 • 2° Piso • Col. Popotla
C.P. 11410 • Delegación Miguel Hidalgo • Tel. 53421251, 53418126 y 53424159

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Gracias por acompañarme siempre y en todo momento de dificultad, por permitirme terminar satisfactoriamente mis estudios y por haberme dado la fortaleza, sabiduría y el entendimiento para poder llegar al final de mi carrera y por proveerme de todo lo necesario para salir adelante.

Por ser mi creador, el motor de mi vida, por no haber dejado que me rinda en ningún momento e iluminarme para salir adelante, porque todo lo que tengo, lo que puedo y lo que recibo es gracias a ti.

A MIS PADRES

Gracias por apoyarme a hacer posible un logro más, el cuál no será el último, pero quizá el más importante de mi vida.

Gracias por la fe que depositaron en mí y por darme todo sin esperar nada a cambio, solamente el orgullo de hacer de mi una persona profesionalista.

GRACIAS

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	3
III.	OBJETIVOS.....	4
	3.1 General.....	4
	3.2 Específicos.....	4
IV.	MARCO TEÓRICO.....	5
	4.1 Origen de la psicoprofilaxis.....	5
	• Antecedentes.....	5
	• Psicoprofilaxis en México.....	6
	4.2 Psicoprofilaxis.....	7
	• Concepto.....	7
	• Objetivos.....	8
	• Ventajas y desventajas.....	8
	• Método de Lamaze.....	9
	• Derechos de la mujer gestante.....	11
	• Parir y nacer dignamente.....	12
	• Código de ética para educadores perinatales.....	13
	4.3 Necesidades durante el embarazo.....	14
	• Cuidados perinatales.....	14
	• Necesidades durante el embarazo.....	15
	• Cambios durante el embarazo.....	17
	• Signos de alarma.....	18
	4.4 Recursos básicos de la psicoprofilaxis perinatal.....	19
	• Relajación.....	19
	• Respiración.....	26
	4.5 Manejo del trabajo de parto.....	27
	• Definición.....	27
	• Dolor durante el trabajo de parto.....	28
	• Medidas para reducir el dolor.....	30
	• Posiciones durante el trabajo de parto.....	31

4.6 Intervenciones rutinarias.....	40
4.7 Violencia Hospitalaria.....	41
4.8 Manejo del periodo expulsivo.....	42
• Masaje perineal.....	44
• Posiciones para el periodo expulsivo.....	46
• Respiraciones durante el periodo expulsivo.....	46
• Episiotomía.....	47
• Cesárea.....	48
V. CONCLUSIONES.....	51
VI. BIBLIOGRAFÍA.....	52

I. INTRODUCCIÓN

El parto constituye un episodio normal de la vida reproductiva femenina, por lo que podría suponerse que transcurre en la mujer sana sin mayores molestias o complicaciones. Sin embargo, es conocido que toda mujer sufre de intensos dolores durante el trabajo de parto, lo cual hoy se conoce, son consecuencia de temores provocados por la ignorancia y las supersticiones de ellas mismas. Así, el temor de la gestante tanto al dolor de parto como a la nueva experiencia de maternidad, le confiere una carga emocional negativa, que intensifica la percepción de los estímulos dolorosos, lo cual en conjunto ejerce una repercusión negativa para la salud de la madre y el feto durante el trabajo de parto.

Ante la experiencia complicada del trabajo de parto y el temor, como factor desencadenante de la experiencia dolorosa en la gestante, es que la ciencia obstétrica ha diseñado un método llamado “psicoprofilaxis perinatal”, denominándose así a la metodología que encierra la preparación física y psicológica que se imparte a la mujer gestante, consta de una serie de sesiones teórico-prácticas que pretenden procurarle bienestar al binomio madre-hijo, esta preparación se realiza educando a la gestante, estableciendo el aprendizaje y la adaptación a su nueva situación, eliminando todo tipo de emociones nocivas, como: angustia y tensión.

La psicoprofilaxis perinatal, por tanto, tiene como objetivo la eliminación de temores y miedos, lo cual contribuiría con la disminución de la experiencia del dolor en el momento del parto y por ende en la disminución de las repercusiones negativas para la salud de la madre y el feto. La psicoprofilaxis se ha convertido así en un valioso método que desde su creación no sólo se ha tornado importante y satisfactorio para la labor de los profesionales en enfermería, sino que ha recibido significativo apoyo empírico, lo que demuestra su efectividad y su importante contribución en la disminución de la morbi-mortalidad materno-perinatal.

Como responsables de la salud, los profesionales en enfermería, estamos llamados a estar actualizados en psicoprofilaxis perinatal, ya que nos permite actuar durante las etapas pre, trans y post gestacional, con la finalidad de mejorar la atención y proporcionar una mejor calidad de vida.

En la presente tesina se abordara, aspectos históricos de la psicoprofilaxis, fundamentos científicos que avalan su aplicación, estrategias, técnicas e intervenciones de enfermería que se pueden utilizar durante el trabajo de parto para brindar una mejor calidad en los servicios y ayudar a las mujeres a dar a luz con confianza y poco dolor.

II. JUSTIFICACIÓN

Una etapa de la reproducción, es la etapa gestacional, considerada como la más importante, pero también la más expuesta a riesgos y a daños, los cuales afectan tanto a la mujer como al hijo, desde un ámbito físico, psicológico, social y económico.

Desde el ámbito físico y psicológico, enfermería tiene la capacidad de proporcionar una atención humanizada ya que cuenta con mayor sensibilidad para apoyar a las mujeres en un proceso tan importante ya que brinda cuidados integrales y específicos de acuerdo a las necesidades de cada mujer, con el fin de que ella protagonice su propio proceso en un ambiente tranquilo y cálido.

La psicoprofilaxis perinatal es una herramienta que el profesional de enfermería puede utilizar en los diferentes escenarios de acción ya que cuenta con los conocimientos teóricos-prácticos para brindar diferentes estrategias e intervenciones, las cuales permitirán dar diferentes alternativas para dar a luz, con el menor trauma y con poco dolor, con el objetivo de que la paciente participe activamente durante este proceso y de a luz de una forma normal, natural, y feliz.

III. OBJETIVOS

General

- ✓ Contar con elementos teóricos que permitan al personal de enfermería ofrecer estrategias e intervenciones psicoprofilácticas a toda paciente gestante que ingrese a la sala de labor durante el trabajo de parto, para ayudar a las mujeres a dar a luz con alegría y confianza.

Objetivos Específicos

- ✓ Describir las estrategias e intervenciones de enfermería que se pueden utilizar durante el trabajo de parto.
- ✓ Dar a conocer los beneficios del trabajo de parto psicoprofiláctico.
- ✓ Conocer la utilidad de las técnicas de relajación y respiración.

IV. MARCO TEÓRICO

3.1 Origen de la Psicoprofilaxis

Antecedentes

El método psicoprofiláctico se originó en Rusia en 1920 y fue estructurado por los científicos Nicolaiev, Velvosky y Platonov, discípulos de Iván Pavlov. Éstos basándose en la teoría de Pavlov y su paradigma miedo=dolor, aplicaron las teorías de su maestro, considerando al dolor como un reflejo condicionado, es decir, la contracción como dolor se da por la sobre-estimulación de la corteza cerebral. Ésta teoría tenía la finalidad de prevenir o suprimir el dolor del trabajo de parto.

A medida que la psicoprofilaxis se fue poniendo en práctica en varias partes del mundo civilizado, se fueron recabando observaciones serias que ponían en duda la efectividad del método en cuanto a la supresión del dolor del parto, de ahí que se le propusieran otras denominaciones tales como: preparación psicoprofiláctica de las embarazadas, parto soportable, parto humanizado, parto condicionado o método Lamaze, en sustitución del método de parto sin dolor, que aún hoy en día defienden los franceses¹.

Debemos señalar que el verdadero pionero de los métodos psicósomáticos en obstetricia fue el doctor Grantly Dick Read de Londres, quien desde 1929 dio a conocer su original método, que él denominó parto natural o parto sin temor con base en el síndrome temor-tensión-dolor, como causa primordial del dolor del parto, el temor de la mujer en general a este evento, inducido por la educación, la religión y la ignorancia respecto a los procesos fisiológicos del embarazo y del parto.

¹ Mendoza Colorado. C. "Antología Psicoprofilaxis Perinatal" 2004 Pág.14

Los rusos, en cambio, explicaron el dolor del parto como el resultado de un reflejo condicionado producido por la palabra, es decir, por la educación y la cultura, con base en los hallazgos de Pavlov y Platonov, que la palabra en el hombre actuaba como un “segundo sistema de señales”, con características físicas y fisiológicas y por tanto, con capacidad de producir condicionamientos.

Los dos métodos, el inglés y el ruso, son muy semejantes por cuanto ambos tienen una finalidad educativa y en la práctica, ambos emplean gimnasia y técnicas de relajación y de respiración.

Psicoprofilaxis en México

La psicoprofilaxis perinatal fue traída a México por Stefanovich y Stoopen en 1952. Santibáñez y Fuentes Calvo, lo practicaron por primera vez en el Hospital Central Militar, en un inicio con esposas de soldados y después con la de los oficiales. En 1959 Fuentes – Calvo se unió con Santibáñez y juntos fundaron la clínica psicósomática en gineco-obstetricia, donde, en trabajo de tutoría formaron instructoras de psicoprofilaxis, Santibáñez estudio en Francia el método de Lamaze, y era miembro de la sociedad de psicoprofilaxis. Fuentes – Calvo, a su vez, recomendaba observar permanentemente a la parturienta. Enseño la extensión abdominal, esto es a distender el abdomen durante las contracciones uterinas, en vez de oponerles resistencia.

En enero de 1971 se impartió el primer curso teórico y práctico para formar instructoras de psicoprofilaxis perinatal donde, se formaron 15, de las cuales dos se encuentran activas. El parto era considerado en esa época como psicósomático: importaban los aspectos corporales y psicológicos, por lo cual se llegó a utilizar la hipnosis para facilitar el parto. Aunque esto no era aceptado por la tradición obstétrica, Fuentes – Calvo atendió a parturientas hipnotizadas. En el ambiente obstétrico a las instructoras se les conocía como “las psicósomáticas”, ya que confiaban en mejorar lo fisiológico iniciando primero en las emociones².

² González C. E. “Bosquejo histórico de la psicoprofilaxis en México” 1998 Pág. 36

Actualmente existen varios métodos psicósomáticos en los cuales se pretende disminuir el dolor en el trabajo de parto entre ellos se encuentra la hipnosis, el entrenamiento autógeno en la que se emplean técnicas de relajación, el método de bradley en la cual el esposo juega un papel muy importante, el método de parto sin violencia o método de levoyer orientado a prevenir el estrés del neonato, la yoga, y el parto en agua. Siendo la psicoprofilaxis perinatal la que hoy en día tiene mayor éxito.

3.2 Psicoprofilaxis

El parto es un proceso normal, natural y saludable, es por ello que toda mujer tiene derecho de dar a luz libremente y sin intervenciones médicas rutinarias, la psicoprofilaxis es una de las mejores opciones que hoy en día existe, por ello es importante contar con conocimientos básicos sobre embarazo, parto y puerperio, con el objetivo de llegar a un embarazo a término, sin complicaciones, lo que significa una madre sana y un bebé de buen peso, maduro, con capacidad de tolerar el parto. Con el propósito de que la madre y el bebé vivan el parto de la manera más gentil y menos traumática tanto física como emocionalmente.

La psicoprofilaxis es la educación racional, física y psíquica de la mujer en las últimas semanas de gestación, en la que no se requiere del empleo de ningún tipo de medicamento. Consiste en la educación sobre los procesos fisiológicos del embarazo y del parto, llegando a crear en ella un conjunto de circunstancias o factores positivos, que permitan lograr un parto agradable y satisfactorio.

La “psicoprofilaxis perinatal”, es la metodología que encierra la preparación física y psicológica, consta de una serie de sesiones teórico-prácticas que pretenden procurarles bienestar al binomio madre-hijo. Esta preparación se realiza educando a la gestante, estableciendo el aprendizaje y la adaptación a su nueva situación, y eliminando emociones nocivas como: angustia y tensión, con la finalidad de

experimentar una vivencia completa, responsable y gratificante durante el nacimiento de su bebé³.

La preparación para el parto psicoprofiláctico se inicia a partir de las 20 semanas de gestación una vez valorada por el médico, en la cual no haya ninguna complicación o algún impedimento.

Existen situaciones especiales y factores de riesgo que impiden un parto psicoprofiláctico y que requieren de intervenciones médicas como la anestesia o la cesárea. Entre ellas se encuentran:

- Desproporción cefalo-pélvica
- Presentaciones pélvicas
- Cesáreas previas
- Amenaza de parto pretérmino
- Diabetes Mellitus

Objetivos de la psicoprofilaxis

La psicoprofilaxis tiene como objetivos:

- Favorecer la dilatación natural del cuello uterino mediante la implementación de técnicas de relajación, liberación de tensión y manejo del dolor.
- Manejar de manera eficaz la técnica de pujo para poder darle la direccionalidad adecuada y facilitar el tránsito del bebé por el canal de parto.
- Favorecer la apertura de la zona pélvica

Ventajas:

- Permite gozar de un parto planificado y responsable.
- Participación activa de la gestante.
- Es particularmente útil para padres primerizos.

³ Videla M. Grieco A. Parir y nacer en el hospital 2003 Pág. 7

- Permite a la mujer embarazada disfrutar plenamente de este proceso.
- Aprenden técnicas de relajación, respiración y ejercicio para ayudar a controlar el parto, reducir el dolor y tener confianza en su cuerpo.
- Colaboración activa de la pareja en relación a masajes.

Desventajas:

- No contar con un centro psicoprofiláctico cerca de su hogar.
- No contar con recursos económicos para un parto psicoprofiláctico.

Método de Lamaze

Es una filosofía surgida en los años 50 de la mano del obstetra francés Ferdinand Lamaze que promueve un parto consciente sin dolor. Sostiene que el parto es un proceso fisiológico normal, milagroso, natural y perfecto, el método enseña a la mujer a parir con confianza, a vivir conscientemente ese gran momento, como sucedía antes cuando las mujeres parían en sus casas. El objetivo principal de esta técnica es la prevención y reducción del dolor por medios psicológicos, los que ayudarán a la mujer a dar a luz conscientemente, con un mínimo de dolor sin necesidad de la utilización de anestesia⁴.

Este método tiene como finalidad formar un nuevo reflejo condicionado: el reflejo de contracción, respiración y relajación. El tipo de respiración debe ser rápida y superficial, que deberá utilizarse en la fase de dilatación y solo es posible con la concentración por parte de la parturienta. El movimiento para respirar permite que la mujer adopte una posición interior más activa, lo que inhibe según Lamaze, el pase de los reflejos condicionados negativos, evitando así la percepción del dolor.

El obstetra ideó, a mediados del siglo pasado, ejercicios basados en estímulos táctiles (masajes), visuales (relajación a través de la visualización) y auditivos (palabras de aliento) para que las madres pudieran alejar las sensaciones dolorosas provocadas por las contracciones.

⁴ Cortés P. J. "Obstetricia General" 2004 Pág. 25

Durante los ejercicios el padre o papá cumple una parte fundamental asistiendo a la mujer con masajes y apoyo psicológico y así ambos poder compartir de forma activa el nacimiento de su bebé. No quiere decir que el método esté en contra del uso de la anestesia epidural si así se desea, sólo que promueve técnicas que puede sobrellevar mejor el dolor del parto.

Hoy en día, la técnica está bastante extendida y la filosofía Lamaze va más allá de un método de parto para convertirse también en una filosofía de educación temprana que concibe la paternidad como una función vital.

Lamaze Internacional considera:

- El parto es normal.
- La experiencia del parto afecta profundamente a las mujeres y su familia.
- El sexto sentido de las mujeres las guía a través del parto.
- La confianza y habilidad de las mujeres para dar a luz aumenta, o bien, disminuye dependiendo del proveedor de atención y el lugar del parto.
- Las mujeres tienen el derecho de dar a luz sin las intervenciones médicas de rutina.
- El parto puede tener lugar sin riesgo en los centros de maternidad y los hogares.
- El curso preparatorio para el parto, ayuda a las mujeres a tomar decisiones informadas en materia de cuidados de la salud, a responsabilizarse por su salud y a confiar en su sexto sentido.

El método consta de tres puntos principales:

1. Criterio de que el temor al parto puede reducirse a través de la información y la comprensión.
2. Aprender a relajarse y a tomar conciencia del propio cuerpo para soportar el dolor.

3. Las respiraciones pueden distraer a la mente sobre el dolor⁵.

Actualmente, los cursos Lamaze no solo se centran en la respiración. La mayoría de educadores Lamaze centran el período de clase en la labor de parto normal, el parto y en las múltiples opciones que los futuros padres tienen actualmente en relación con la experiencia del parto. Las mujeres embarazadas y sus parejas ensayan varias posiciones, lo que facilitará el progreso normal de la labor de parto y el parto, así mismo aprenden técnicas de masaje para aliviar el dolor de la labor de parto para aumentar la relajación.

Derechos de la mujer gestante⁶

El parto es un proceso innato fisiológico y natural. El derecho a un parto seguro y digno debería ser reconocido como derecho universal de las mujeres. Actualmente los procedimientos médicos rutinarios que se utilizan en los hospitales públicos como privados son peligrosos y humillantes, los niños tienen derecho a nacer en un entorno agradable, seguro y sin dolor.

La mujer durante el trabajo de parto tiene derecho a...

- ✓ Una experiencia digna, gratificante, profunda y con amor.
- ✓ Un parto en privacidad física y emocional, íntimo y tranquilo.
- ✓ Movilizarse, hablar, cantar, tomar la posición que quiera.
- ✓ Elegir quienes asistan su parto y a estar sola cuando quieren.
- ✓ Sentirse segura.
- ✓ Recibir atención de parteras, especialistas en el parto fisiológico y estar informadas de los beneficios.
- ✓ Elegir tener el parto en su hogar.
- ✓ No ser objeto pedagógico.
- ✓ No ser mutiladas o maltratadas.

⁵ Stroppard M. Concepción, embarazo y parto 2004 Pág. 113.

⁶ García del Ángel M. L. Manual de métodos y recursos en psicoprofilaxis perinatal 2008 Pág. 5

- ✓ Tener acceso gratuito y fácil a la información acerca del proceso del parto natural saludable.

Parir y nacer dignamente

El trabajo en salud sexual y reproductiva se ha enfocado, generalmente, al derecho de ejercer la sexualidad independientemente de la reproducción, conocer y amar su propio cuerpo, buscar afecto y relaciones sexuales, controlar la propia fertilidad, tener acceso a los métodos anticonceptivos con una adecuada información, decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones o no tenerlas, ser madre, no ser madre, aborto seguro y gozar la sexualidad entre otras, pero en ocasiones estos derechos son violados por las mismas instituciones hospitalarias.

Durante el embarazo la mujer pertenece a la industria de la medicina, el médico es quien conoce todo. Muchas mujeres quedan pasivas e ignorantes ante “el que sabe manda” sobre ellas. El silencio de la mujer transmite sumisión hacia la forma de violencia que sufre en el embarazo y parto, principalmente las instituciones de salud. Las rutinas ampliamente difundidas y que utilizan a diario en la mayoría de los partos (sueros, tactos, posición decúbito lateral, o litotomía, entre otras) y las malas prácticas que suelen realizarse, en uno de los momentos más importantes de la vida humana para la mujer como dar a luz, provocan gran frustración en la paciente y son víctimas del maltrato hospitalario en el parto y por ende se entiende que la experiencia de dar a luz o parir es muy significativa para toda mujer.

Es por ello que la mujer tiene derecho a buscar cambios en las políticas de salud para que el parto y nacimiento se realicen de una manera más respetuosa, gratificante y saludable para la mujer como para su hijo.

Código de ética Aspo/Lamaze para educadores perinatales

La mujer tiene por naturaleza, la habilidad de parir de manera natural y tiene el derecho de hacerlo sin intervenciones médicas de rutina. La confianza y habilidad de la mujer para dar a luz puede ser estimulada o disminuida por el personal que la atiende y el lugar en dónde ocurre el parto. La educación para el parto fortalece a las mujeres para que tomen decisiones informadas y para que se responsabilicen de su salud y la de su hijo y confíen en su naturaleza. Es por ello que un educador perinatal⁷:

- Respetar la individualidad de cada gestante y de cada integrante de su familia.
- Asumir la responsabilidad por sus juicios y acciones personales.
- Colaborar con otros profesionales de salud para promover la realización de esfuerzos locales, regionales, nacionales e internacionales.
- Ser un defensor de los consumidores que promueve la toma informada de decisiones, la independencia y la competencia de su paciente y la cooperación con el equipo de salud.
- Mantener la competencia en la práctica de la educación perinatal e incorporar nuevos conocimientos a su ejercicio profesional, conforme se va desarrollando.
- Participar en los esfuerzos de su profesión para implementar y mejorar el nivel de educación perinatal y de la atención materno-infantil.
- Contribuir al desarrollo continuo del conocimiento que conforma la educación perinatal.
- Salvaguardar el derecho de la privacidad de su clientela al proteger información de carácter confidencial.
- Proteger a su paciente y al público cuando la incompetencia, la falta de ética o la práctica de cualquier persona afectan la calidad de los servicios de salud.

⁷ García del Ángel M. L. Manual de métodos y recursos en psicoprofilaxis perinatal 2008 Pág. 10

Intervenciones de enfermería

Control Prenatal

- Garantizar un trato humano a la paciente gestante y un cuidado de enfermería libre de riesgos.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Identificar factores de riesgo.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- Vigilar y dar tratamiento en la disminución de las molestias y síntomas menores asociados con el embarazo.
- Motivar a las pacientes a participar a un curso psicoprofiláctico orientadas o promover en ellas una actitud positiva respecto al parto.
- Darle a conocer a la paciente las ventajas de un parto psicoprofiláctico.
- Diseñar y difundir materiales sencillos, claros, breves sobre el parto psicoprofiláctico.
- Fortalecer su autoestima
- Reforzar los valores
- Controlar su estado nutricional.

3.3 Necesidades durante el embarazo

Cuidados perinatales

El embarazo debe ser una experiencia normal, agradable y satisfactoria para la mujer. Si el estado general es el adecuado, no hay razón alguna que experimenten síntomas físicos o emocionales que interfieran significativamente con su habilidad para funcionar y participar en sus actividades diarias.

Los cuidados durante el embarazo se dividen en 4 áreas.

- 1.- Vigilancia del embarazo: control prenatal.
- 2.- Educación e información: personal médico o de enfermería.

3.- Autocuidado de la salud: ejercicio, descanso.

4.- Planeación del nacimiento: Escoger el lugar donde nacerá el bebé.

Durante el embarazo se presentan muchos cambios, físicos y psicológicos, estos pueden provocar estrés o malestar por ello es importante cuidarse durante las 40 semanas de gestación para terminar con un parto feliz y agradable. Algunas intervenciones de enfermería sugeridas son:

Alimentación:

Los alimentos que se deben ingerir son:

- ✓ Proteínas: carne, pescado, huevos, aves, frijoles, nueces, quesos, leche, lentejas, salchichas, jamón.
- ✓ Vitaminas, minerales y fibra: frutas y vegetales frescos, cereales y panes de granos enteros.
- ✓ Consumo moderado de sal.
- ✓ Hierro, ácido fólico y sulfato ferroso.
- ✓ Calcio: Productos lácteos.
- ✓ Líquidos: 2 litros de agua, jugo de frutas

Alimentos que se deben limitar:

- ✓ Grasas: mantequilla, margarina, frituras, aceites.
- ✓ Dulces: azúcar, jarabes, postres, bocadillos y refrescos, harinas, galletas.
- ✓ Alcohol y tabaco.

Vestimenta:

- ✓ Utilizar zapato cómodo de preferencia de piso. En caso de utilizar tacón se recomienda que no sea más de 5 cm.
- ✓ Utilizar ropa interior de algodón.
- ✓ No utilizar tanguetas.
- ✓ La ropa debe ser cómoda, de preferencia estar hecha de fibras naturales.

- ✓ Se debe evitar ropa que constriña la circulación, como cinturones apretados, fajas calzón, tobimedias y calcetas que compriman debajo de las rodillas, así como pantalones stretch, ya que contribuyen a infecciones vaginales.

Higiene personal:

- ✓ Baño diario
- ✓ Cepillado de dientes 3 veces al día.
- ✓ Hidratar la piel, en especial el abdomen y pecho con crema humectante que contenga vitaminas A y E.
- ✓ Evitar el contacto de agentes astringentes como alcohol, lociones o desodorantes en spray.
- ✓ Revisar continuamente los pezones y los cambios que presentan.

Inmunizaciones:

- ✓ Aplicarse la vacuna de tétanos

Actividad y reposo

- ✓ Actividades normales y sin esfuerzo.
- ✓ Relajación.
- ✓ Siestas de 10 a 15 min.

Cambios durante el embarazo

Durante el embarazo la mujer sufre varios cambios físicos como emocionales algunos de ellos son:

Primer trimestre

Físico	Emocional	Sociocultural	Cognoscitivo
<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga. • Sensibilidad en senos. • Frecuencia urinaria. • Náuseas. • Decremento de la libido sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalencia. • Incremento de irritabilidad. • Sueños/fantasías • Aceptación del embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración en el apetito sexual. • Toma el rol materno (mímica, actuación, fantasías, etc.) • Conducta de salud vs. enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interés en sus cambios y síntomas físicos y el manejo de los mismos.

Segundo trimestre

Físico	Emocional	Sociocultural	Cognoscitivo
<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de energía. • Incremento de la pigmentación de la piel, estrías y línea negra. • Movimientos fetales. • Incremento de peso. • Incremento de la libido sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalencia. • Incremento de irritabilidad. • Sueños/fantasías. • Imagen corporal alterada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de nuevos intereses y relaciones relevantes al embarazo. • Toma de rol materno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interés en el crecimiento y desarrollo del feto.

Tercer trimestre

Físico	Emocional	Sociocultural	Cognoscitivo
<ul style="list-style-type: none">• Fatiga.• Frecuencia urinaria.• Incremento de peso.• Dolor en la espalda.• Calambres.• Dolor en ligamentos.• Disnea.• Contracciones Braxton Hicks.• Decremento de la libido sexual.	<ul style="list-style-type: none">• Incremento de irritabilidad.• Sueños/fantasías.• Imagen corporal alterada.• Preparación para el parto.• Ansiedad por el parto.	<ul style="list-style-type: none">• Toma de rol materno.	<ul style="list-style-type: none">• Interés en el trabajo de parto• Interés en aspectos prácticos de ser madre.

Signos de alarma

Durante el transcurso del embarazo pueden presentarse algunas complicaciones o signos que pueden servir de alarma para identificar alguna anomalía en el transcurso del mismo, lo que puede provocar un amenaza de parto pretérmino por ello es muy importante acudir al médico urgente si se presenta alguno de ellos.

Los signos de alarma son:

- Pérdida de movimientos fetales
- Sangrado o secreción vaginal
- Edema en extremidades inferiores y superiores
- Cefalea
- Náuseas, vómitos
- Vértigo
- Visión borrosa
- Acufenos
- Fiebre
- Dolor tipo cólico en el abdomen.

3.4 Recursos básicos de la psicoprofilaxis perinatal.

Relajación

La relajación se ha convertido en un componente común de los programas terapéuticos de diferentes disciplinas (odontología, medicina, enfermería y psicología) para modificar el comportamiento y reducir los síntomas individuales de la tensión y la ansiedad. Cuando se utiliza para el tratamiento de diversos desórdenes, la relajación ha mostrado efectividad al reducir la tensión, la ansiedad y la percepción dolorosa.

La relajación es un estado de baja excitación, la antítesis de la respuesta de lucha – huida, en que las respuestas somáticas y autonómica como la tensión muscular, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y el metabolismo se decrementan para llevar el cuerpo al balance. Es el recurso más efectivo que se utiliza para disminuir dolor y la tensión muscular durante el trabajo de parto y puede utilizarse para manejar situaciones estresantes.

Para adquirir una buena relajación que permita manejar las contracciones durante el trabajo de parto se debe practicar a diario, intencional y sistemáticamente.

La respuesta de relajación incluye cambios:

- ✓ Fisiológicos:
 - disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria
 - disminución del metabolismo.
- ✓ Psicológicas:
 - Sensación de tranquilidad
 - Sensación de confort

Tipos de relajación

- * Relajación progresiva
- * Relajación disociativa

Relajación progresiva: Consiste en la tensión y relajación sistemática de los músculos, sus objetivos son: desarrollar conciencia corporal y diferenciar entre tensión y relajación.

Relajación disociativa: Consiste en tensar algunos músculos y al mismo tiempo relajar otros, sus objetivos son: modificar las respuestas neuromusculares.

Intervenciones de enfermería

Manejo ambiental:

- Crear un ambiente seguro para la paciente
- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas.
- Disponer de dispositivos de adaptación (banco de altura).
- Proporcionar una cama y un entorno limpio y cómodo.
- Proporcionar un colchón firme.
- Proporcionar ropa de cama y vestido en buen estado.
- Arreglar o cambiar con esmero la ropa de cama, si se encuentra en mal estado o sucia.
- Controlar o evitar los ruidos indeseables o excesivos.
- Colocar a la paciente de forma que facilite la comodidad.

Apoyo emocional y espiritual:

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de mayor ansiedad.
- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.
- Tratar al individuo con dignidad y respeto.
- Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.
- Enseñar métodos de meditación e imaginación guiada.
- Fomentar el uso de recursos espirituales
- Facilitar el uso de meditación, oración y demás rituales religiosos.

Disminución de la ansiedad:

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que ha de experimentar durante el procedimiento.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.

Terapia de relajación:

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación (masaje, musicoterapia, relajación muscular).
- Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable.
- Enseñar a la paciente a adoptar una posición cómoda y con los ojos cerrados.
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiraciones profundas, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
- Recomendar a la paciente que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.
- Utilizar un tono de voz bajo, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.
- Utilizar el masaje solo o junto con otras medidas.

- Desarrollar una conversación de relajación personal que ayude a la paciente a centrarse y sentirse cómoda.
- Terminar la sesión de relajación de forma gradual.

Masaje

Durante el embarazo, la gran mayoría de las mujeres siente diversas molestias a nivel músculo- esquelético y en su sistema circulatorio, estas se deben a los cambios hormonales, el aumento de volumen y la ganancia ponderal. Estas molestias son comunes e inherentes al proceso de embarazo y por lo tanto provocan que la mujer se siente incomoda, adolorida y cansada.

El masaje para embarazadas es una técnica corporal que procura aliviar dichas molestias, al dirigirse directamente a las necesidades que la embarazada puede tener en su cuerpo. La etapa del embarazo es tan íntima para la mujer, que sin duda es también uno de los mejores momentos de la vida para mimarse y dedicarse tiempo a si misma, el masaje es ideal para este objetivo así como para mitigar cualquier dolor y estrés.

Ventajas del masaje

- ✓ Mejora la circulación
- ✓ Ayuda al drenaje linfático
- ✓ Proporciona relajación
- ✓ Proporciona estimulación
- ✓ Reducción del dolor
- ✓ Amplia la comunicación
- ✓ Reducción de ansiedad
- ✓ Causa placer
- ✓ Reduce estrés y tensión
- ✓ Alivia fatiga
- ✓ Alivia músculos adoloridos evitando la acumulación de ácido láctico
- ✓ Disminuye edema

- ✓ Controlar y modificar sensaciones dolorosas
- ✓ Estrecha lazos afectivos entre la pareja
- ✓ Promueve y facilita la interrelación madre-padre.

Tipos de Masaje

- ✓ Masaje circular de cadera
- ✓ Masaje circular de espalda completa
- ✓ Masaje circular de espalda superior y hombros
- ✓ Masaje de presión en zona sacra
- ✓ Masaje circular de espalda baja
- ✓ Masaje de piernas
- ✓ Masaje de brazos
- ✓ Masaje perineal (lo debe aplicar la pareja o ella misma)
- ✓ Masaje de lactancia: Estimulando los pezones con los dedos
- ✓ Masaje de abdomen
- ✓ Masaje de espalda durante el parto.

Auxiliares:

- ✓ Aceites naturales
- ✓ Lociones
- ✓ Agua
- ✓ Espuma de jabón
- ✓ Compresas frías/calientes
- ✓ Rodillos
- ✓ Vibradores
- ✓ Música

Contraindicaciones

- ✓ Disgusto al contacto físico
- ✓ Infecciones en la piel
- ✓ Flebitis

- ✓ Hematomas, varices, heridas abiertas
- ✓ Quemaduras o lesiones severas

Intervenciones de enfermería:

Masaje simple:

- Determinar contraindicaciones como: disminución de la integridad de la piel, trombosis profunda e hipersensibilidad al contacto.
- Seleccionar la zona del cuerpo que se va a masajear.
- Preparar un ambiente cálido, cómodo y sin distracciones.
- Colocar al paciente en una posición que facilite el masaje.
- Aplicar calor húmedo antes del masaje o durante el masaje.
- Utilizar una loción cálida, aceite o polvo seco para reducir la fricción, valorando cualquier sensibilidad o contraindicación.
- Masajear con movimientos continuos, uniformes y rítmicos.
- Adaptar la zona del masaje, la técnica y la presión a la percepción del alivio del paciente y el propósito del masaje.
- Evitar conversaciones largas durante el masaje, a menos que se utilice como técnica de distracción.
- Evitar masajear sobre zonas con lesión abierta o zonas sensibles de la piel.
- Evaluar y registrar la respuesta al masaje.

Aplicación de calor o frío:

- Explicar la utilización del calor o frío y la razón del tratamiento.
- Realizar análisis para ver si hay contraindicaciones al calor o al frío.
- Seleccionar un método de estimulación que resulte conveniente y de fácil disponibilidad, como bolsas de plástico herméticas con hielo derretido; paquetes de gel congelado, paños húmedos calientes; inmersión en bañera.
- Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección.
- Utilizar un paño humedecido junto a la piel para aumentar la sensación de calor/frío.

- Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, de la conducta y los aspectos biológicos de la persona.
- Cambiar el sitio de aplicación de frío/calor o cambiar la forma de estimulación, si no se consigue el alivio.

Musicoterapia:

- Definir el cambio de conducta específico y/o fisiológico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).
- Informar al individuo del propósito de la experiencia musical.
- Elegir selecciones de música particularmente representativas de las preferencias del individuo.
- Ayudar al individuo a adoptar una posición cómoda.
- Asegurarse de que los discos compactos de música se encuentren en buen estado de funcionamiento.
- Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto.
- Evitar dejar la música puesta durante largos períodos.

Baño:

- Ayudar con la ducha de silla, bañera o ducha de pie.
- Realizar el baño con agua a una temperatura agradable.

Aromaterapia:

- Obtener el consentimiento verbal para utilizar la aromaterapia.
- Elegir el aceite esencial o la mezcla de aceites esenciales adecuados para conseguir el resultado deseado.
- Antes de utilizar un aroma, determinar la respuesta del individuo al aroma elegido.
- Empleo de la enseñanza y entrenamiento en el fundamento y la filosofía en el uso de aceites esenciales, modo de acción y cualquier contraindicación.

- Observar si el individuo presenta incomodidad y náuseas antes y después de la administración.
- Antes del uso tópico, diluir los aceites esenciales adecuados.
- Observar si hay dermatitis de contacto asociada con una posible alergia a aceites esenciales.
- Enseñar al individuo los propósitos y la aplicación de la aromaterapia.
- Observar si el individuo explica el nivel de estrés, humos y ansiedad antes y después de su administración.

Respiración

La respiración es una de las funciones involuntarias de nuestro organismo, regida por el sistema nervioso autónomo, sobre los cuales podemos ejercer voluntad, es decir, se puede controlar la respiración pausándola, incrementando su velocidad, profundizándola, definiéndola, etc.

La respiración es el intercambio de gases que se produce en los pulmones, cambiando oxígeno por dióxido de carbono.

El ritmo de la respiración varía típicamente de 12 a 16 respiraciones por minuto.

Durante el embarazo y/o parto, las membranas mucosas nasales pueden llegar a congestionarse, lo que puede resultar una dificultad para utilizar la respiración por la nariz o por la boca. El tamaño y la posición del bebé va afectar la ubicación del diafragma y como resultado la respiración se ve alterada produciendo disnea en la mujer. Al mejorar los patrones la respiración de una manera consciente la mujer podrá relajarse, conservar la energía, controlar su cuerpo, ayuda a calmarse y ahuyentar el dolor.

Respiraciones rítmicas

Son modificaciones de la respiración normal que no afecta la mecánica, ni la fisiología del trabajo de parto, ayudando a profundizar la relajación y a manejar el estrés del trabajo de parto.

Se caracterizan por siempre guardar un ritmo respiratorio y volumen voluntario uniforme, aunque estos cambian de una respiración a otra.

De limpieza: es una respiración profunda, realizada sin esfuerzo, en la que generalmente se inhala lentamente a través de la nariz y se exhala, en forma relajada por la boca. Utilizada para liberar el exceso de bióxido de carbono lo que contribuirá liberar el estrés, es utilizada al principio y al final de cada contracción

Rítmica lenta: es una respiración relajada con menor frecuencia, que la respiración normal, son 2 respiraciones en menos de 15 segundos, provee buena oxigenación y relajación profunda.

Rítmica modificada: es una respiración ligeramente más rápida que la respiración normal y un poco más superficial, puede hacer sentir más alerta y facilitar la concentración, no debe ser más del doble de rápida que la respiración normal.

Rítmica con patrón: es una respiración realizada a la misma frecuencia que la respiración rítmica modificada, el patrón respiratorio consiste en añadir pequeños soplos a intervalos regulares. Una serie de pequeños soplos ayudan a contrarrestar el deseo del pujo.

3.5 Manejo de Trabajo de parto

El manejo de trabajo de parto es la atención que entrega y brinda el equipo de salud profesional a la mujer en todo el proceso de trabajo de parto, parto y postparto inmediato, con la finalidad de ofrecer la mejor asistencia técnica, donde se privilegie la intimidad y la vivencia de la pareja evaluando oportunamente el progreso del mismo, con las necesidades afectivas de la mujer parturienta.

El trabajo de parto se define como el proceso mediante el cual el producto de la concepción y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vía vaginal

Mecanismos de trabajo de parto

El mecanismo del trabajo de parto es el conjunto de movimientos o desplazamientos que realiza la presentación durante su tránsito por el canal del parto.

- ✓ Encajamiento
 - Flexión.
 - Orientación.
 - Asinclitismo.
- ✓ Descenso.
 - Rotación interna.
- ✓ Expulsión o desprendimiento.
 - Extensión.
 - Restitución.
 - Rotación externa.
 - Desprendimiento de los hombros.
 - Nacimiento del resto del producto.

Periodos del Trabajo de Parto

- 1.- Borramiento y Dilatación
- 2.- Expulsión
- 3.- Alumbramiento

Dolor durante el trabajo de parto

El trabajo de parto es muy doloroso para la mayoría de las mujeres. El grado de dolor y la habilidad de cada mujer para enfrentarlo son influenciadas por numerosos factores como: creencias y prácticas étnicas culturales, factores psicológicos, y uso de intervenciones obstétricas dolorosas.

El dolor del parto es físico y no es fácil hacerlo desaparecer, pero como cualquier proceso del cuerpo, éste puede ser controlado por la mente y si es posible

minimizarlo. Para esto es fundamental la tranquilidad y claridad de la mente, la mujer que va a dar a luz debe pensar en ideas positivas, sugestionándose y visualizándolas para relajar su cuerpo, orientando sus pensamientos y controlando la respiración.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial. El dolor siempre es subjetivo y como tal es personal e intransferible aunque comunicable. Dicha experiencia es única, irreplicable y trascendente, ya que marca un hecho vital. En la mujer se conjugan mecanismos neurofisiológicos, psicológicos, de comportamiento social y cultural, de modo que cada paciente lo percibe de diferente manera.

La algosimetría: es un método que sirve para cuantificar el dolor.

Los métodos más usados en la evaluación del dolor son:

- Escala verbal simple: la paciente debe indicar si el dolor es leve, moderado, fuerte, severo o intenso.
- Escala verbal numérica: la paciente debe de dar una puntuación a su dolor de 0 a 10.

El dolor del parto se debe, a las contracciones de los músculos uterinos y a la presión que ejerce el bebé sobre el cuello del útero. Este dolor se manifiesta en forma de retortijones y espasmos de la zona abdominal, inguinal y dorsal, acompañados de cansancio y dolores generalizados. Algunas mujeres también experimentan dolor en los costados y en los muslos.

Otra causa de los dolores durante el parto es la presión que ejerce la cabeza del bebé sobre la vejiga y los intestinos, así como la dilatación del canal del parto y la vagina.

A pesar de que suele considerarse que el parto es uno de los episodios más dolorosos de la experiencia humana, el dolor varía mucho de una mujer a otra y de un embarazo a otro. Las mujeres experimentan los dolores del parto de forma

diferente en algunas son parecidos a los espasmos menstruales; otras experimentan una fuerte presión; y otras, oleadas de un dolor muy intenso que se asemejan a los retortijones que acompañan a los episodios de diarrea. Además, las madres primerizas tienden a atribuir al dolor una intensidad superior que las que ya han tenido hijos.

La intensidad de los dolores del parto no siempre es el factor determinante para que las parturientas pidan algo que alivie el dolor; a menudo lo es el carácter repetitivo de las contracciones y la duración del dolor en cada contracción.

Medidas para reducir el dolor

El dolor en ocasiones puede aumentar por factores externos que pueden ser controlables. Existen medidas de confort en las cuales emplean, movimiento, cambio de posición y gravedad y tienen el beneficio agregado de hacer más rápido el progreso de trabajo de parto. Las intervenciones que ofrece la psicoprofilaxis en el trabajo de parto son:

Intervenciones para reducir los estímulos dolorosos en su origen

- ✓ Posición materna y movimiento
- ✓ Presión localizada para reducir el dolor de espalda
- ✓ Contrapresión
- ✓ Presión de la cadera bilateral o doble apretón de cadera
- ✓ Presión de rodillas

Intervenciones para ofrecer estímulos para competir e inhibir la conciencia del dolor

- ✓ Calor
- ✓ Frío
- ✓ Hidroterapia
- ✓ Masaje

Posiciones durante el trabajo de parto

Existe una descripción pormenorizada relatada por Engelman en 1886 con más de 30 posiciones para parir, pero hoy en día la clasificación podría resumirse en estas posturas básicas.

Horizontal	Vertical	Otras
Decúbito supino: con miembros inferiores extendidos	De pie	Genupectoral
Decúbito supino: con miembros inferiores en doble flexión	Sentada	Cuadrupedia
Decúbito lateral: posición de SIMS	En cuclillas	Mixtas
Posición de litotomía o ginecológica	De rodillas	

Existen diversos factores que se pueden modificar con un hecho tan sencillo como es la variación de las posturas durante el parto:

- Diámetros de la pelvis
- Eficacia de las contracciones uterinas
- Posición del feto
- Oxigenación fetal
- Duración del parto
- Intercambio de gases en la madre

- Dolor de espalda en la madre
- Pérdida de sangre
- Desgarros en el periné
- Uso de medicamentos (analgésicos, oxitocina)
- Estado psicológico de la madre

Posturas más utilizadas

* **Decúbito supino:** la mujer puede estar con las caderas en flexión máxima, lo que conllevaría una retroversión pélvica y una contranutación, beneficiosos ambos movimientos para el aumento del diámetro superior de la pelvis. Esta posición beneficia la primera fase del expulsivo, el encajamiento. Si la mujer está con las caderas en semi-flexión posibilita ambos movimientos: anteversión/retroversión y nutación/contranutación.

En general las posiciones horizontales (en cualquiera de sus variantes) conllevan varios inconvenientes: La saturación de oxígeno en el feto es menor que en otras posturas, como por ejemplo, el decúbito lateral. Además parece ser que aumenta la tasa de partos que precisan ayuda instrumental y la realización de episiotomías, sin embargo, la pérdida de sangre durante el parto disminuye así como la posibilidad de hemorragias postparto.



* **Posición de pie:** la mujer puede inclinar el tronco hacia delante y colocarse así en una sami-flexión de caderas, así puede realizar libremente los movimientos de anteversión/retroversión y nutación/contranutación según la fase del expulsivo en la que se encuentre. Si se incorpora y se coloca totalmente en vertical, sus caderas se posicionan en extensión condicionando una anteversión pélvica y una nutación.



Esta posición mejora significativamente la eficacia de las contracciones uterinas. Los efectos de la postura materna en la contracción uterina durante el parto fueron estudiados en sus inicios por Méndez Bauer en 1975 y 1976 y Miller y Roberts en los años 80. Los resultados probaron que la verticalidad y el decúbito lateral dotaban de mayor eficacia a las contracciones uterinas.

La eficacia de esa contracción comprende varios aspectos:

- Un aumento de la intensidad de dichas contracciones, al encontrarse favorecidas por la gravedad.
- Una disminución significativa de la frecuencia de las contracciones uterinas en un alto porcentaje de mujeres.
- Menos dolor y mayor comodidad.
- Al resultar el parto más corto y las contracciones uterinas más soportables, se reduce la necesidad de uso de analgesia y oxitocina.

- También se beneficia de esta postura el suelo pélvico, dato que queda reflejado en la disminución del número de episiotomías.
- Garantiza un mejor intercambio de gases en los pulmones maternos
- Mejora la oxigenación fetal,

El único inconveniente que podríamos encontrarle a la postura, es la posibilidad del incremento en la pérdida de sangre por la madre, incluso superior a 500ml.

* **Decúbito lateral:** proporciona a la madre una gran libertad de movimiento en cuanto a los movimientos de anteversión/retroversión y nutación/contranutación, simplemente variando el grado de flexión de la cadera contraria al lado de apoyo.



Puede ser una buena opción en caso de tener que parir en decúbito. La posición de SIMS, es la que más va a favorecer. La parturienta descansa sobre el lado izquierdo, con la rodilla y el muslo derecho flexionado y levantado. En esta postura el periné se relaja y el sacro podrá desplazarse a fin de aumentar el tamaño de los estrechos: podrá hacer contranutación, aumentando así el estrecho superior (fase de encajamiento) o nutación, aumentando así el estrecho medio y el inferior (fase de descenso y de desprendimiento). Esto se consigue moviendo la pierna que queda arriba en todos los parámetros, con lo cual se facilita el paso del bebé por los distintos estrechos.

El trabajo del útero se ve facilitado contrayéndose con mayor intensidad y menor frecuencia que en decúbito supino. Los efectos del cambio de posición en la

contracción uterina aparecen inmediatamente y duran tanto tiempo como se mantenga la posición.

La posición en decúbito lateral tiene otro efecto fundamental, ya que está asociada a la tasa más alta de perinés intactos (66,6%) sin necesidad de realizar episiotomías.

* **Posición sentada:** como siempre tiene sus variantes adaptando los grados de flexión de cadera. Si la madre se encuentra con las caderas semi-flexionadas (por ejemplo, sentada en una silla, mirando hacia el respaldo y apoyada en él, de forma que el sacro quede sin apoyo y con posibilidades de moverse), habrá libertad para producir los movimientos de anteversión/retroversión pélvica y nutación/contranutación según la fase del expulsivo.

En cambio, si la mujer se halla con las caderas hiper-flexionadas (por ejemplo, sentada en el suelo con flexión de caderas y rodillas) su pelvis se encontrará en retroversión y su sacro en nutación con el consiguiente aumento del estrecho inferior (fase de desprendimiento). Las sillas de parto pueden ser una buena ayuda, pero recordando que su diseño básico debe permitir que la mujer mueva su pelvis libremente para encontrar la posición cómoda en cada momento.

Esta posición constituye un método efectivo para aliviar el dolor de la zona lumbar durante el período de dilatación (especialmente entre 6-8cm)



* **Cuadrupedia:** si la espalda está horizontal (manos apoyadas en el suelo y codos en extensión), la cadera quedará en un grado de flexión moderada permitiendo todo tipo de movimientos (anteversión/retroversión y nutación/contranutación). En cambio, si la espalda está inclinada hacia delante (posición genupectoral), las caderas están más flexionadas con la consiguiente retroversión pélvica y contranutación del sacro.

Lo más destacado de esta postura es que, según algunos autores puede favorecer la colocación del feto cuando ofrece una presentación posterior (la parte posterior de la cabeza del bebé mirando hacia la espalda de su madre) en lugar de anterior (la parte posterior de la cabeza del bebé mirando hacia el pubis de su madre).

Esto se asociará a más dolor, mayor duración y mayor bloqueo durante el expulsivo. En cuanto al suelo pélvico, cabe decir que hay menos trauma perineal porque la gravedad aleja el peso y la presión del suelo pélvico y favorece el descenso fetal.



* **Posición en cuclillas:** supone una retroversión pélvica y una nutación del sacro. La pelvis aumenta sus diámetros tanto en un sentido antero-posterior como transversal, por lo que en general hará falta menos estimulación por oxitocina en los partos en esta posición, que serán también menos instrumentales.

Esta posición cuenta con los mismos beneficios que las otras posturas verticales, con el inconveniente de que el mantenimiento de la postura se hace más duro para la parturienta. En este sentido se hace imprescindible la ayuda del compañero o el uso de sillas de parto de asiento bajo.

En cuanto a la protección del suelo pélvico, sin un buen apoyo (sillas de parto adecuadas), la posición supina resultaría más conveniente. Sin embargo, si tomamos las precauciones antes mencionadas, se reduce significativamente el número de desgarros perineales y la gravedad de los mismos, reduciéndose en consecuencia las episiotomías efectuadas.



Principales ventajas de las distintas posturas.

Posición	Ventajas
Decúbito supino	Menor riesgo de pérdida de sangre intraparto y hemorragias postparto. Más cómoda para el obstetra.
De pie	Mayor eficacia de las contracciones uterinas. Mejor oxigenación fetal. Menor necesidad de analgesia y oxitocina. Menor tasa de episiotomías.
Decúbito lateral	Disminuye las laceraciones del periné, por un mejor control de la cabeza fetal durante el nacimiento y la mayor relajación de la musculatura perineal.
Sedestación	Mejora la eficacia y dirección de las contracciones uterinas. Alivia el dolor de la parte baja de la espalda.
Cuadrupedia	Menos trauma perineal ya que la gravedad aleja la presión del periné y al mismo tiempo favorece el descenso fetal. La elasticidad perineal es mayor en esta postura.
Cuclillas	Diámetros pélvicos aumentados. Necesaria menor estimulación por oxitocina y menos partos instrumentales. Disminuyen las laceraciones perineales (si hay un buen apoyo del suelo pélvico).

Como se ha podido observar por lo desarrollado anteriormente, hay pocas evidencias que apoyen el decúbito supino, especialmente en la primera fase del parto (desde el comienzo del mismo hasta la completa dilatación del cérvix). La única excepción es si la bolsa se ha roto sin que la cabeza fetal esté encajada, y aún así, en cuanto se haya verificado que el encajamiento se ha producido, la mujer debería ser libre para elegir la postura que prefiera durante el parto.

Cambiará la posición con frecuencia, ya que ninguna postura resulta cómoda por un largo período de tiempo.

*** Posición Ginecológica o de Litotomía:** Aunque estaría incluida en el grupo de decúbito supino, es necesario mencionarla como entidad propia, especialmente cuando se trata de la postura rutinaria en nuestros días.

Ya en algunos hospitales se contempla la posibilidad de que la mujer establezca su propio plan de parto, pero esto no es lo habitual, y queda restringido a determinados grupos sociales y centros privados. Sería recomendable que las unidades hospitalarias adoptasen políticas flexibles respecto a las posiciones durante el parto y que se animase a médicos y a enfermeras a atender a las mujeres tanto en las posiciones de decúbito como en las otras propuestas. La realidad es que en la mayoría de los casos se sigue utilizando la posición ginecológica o de litotomía a pesar de que en las encuestas, las futuras madres consideran de vital importancia poder elegir la posición en el expulsivo así como poder caminar y moverse libremente durante la fase de dilatación.

Esta posición es la que se ha empleado habitualmente y hasta hoy desde el siglo XVIII en el mundo occidental. La mujer está en decúbito supino con los muslos y piernas flexionados sobre el cuerpo. Se trata de una posición algo incómoda que, aunque puede ser imprescindible para efectuar algunas maniobras obstétricas, puede ser modificada ventajosamente en el parto normal. Partiendo de la base de que la mayoría de los partos en España se realizan en esta posición es necesario comentar qué posturas facilitantes se pueden sumar a la posición de base, ya que modificando pequeños detalles se contribuye a facilitar las distintas fases del expulsivo.



Intervenciones de enfermería

- Proporcionar un colchón firme.
- Explicarle a la paciente el porque de los cambios de posición.
- Animar a la paciente a participar a los cambios de posición.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de los cambios de posición.
- Colocar en la posición terapéutica específica.
- Fomentar la realización de ejercicios o de movimientos.

4.6 Intervenciones rutinarias

Los avances en los cuidados médicos han hecho el parto más seguro, especialmente para las mujeres con embarazos de alto riesgo y para los bebés prematuros.

Intervenciones rutinarias del hospital

- ✓ Restricciones para ingerir alimento y líquido
- ✓ Uso de fluidos intravenosos
- ✓ Inducto-conducción
- ✓ Tactos vaginales
- ✓ Posición de litotomía
- ✓ Episiotomía
- ✓ Limpieza uterina

Todas estas intervenciones rutinarias son producto de una violación para la paciente, ya que el hospital pretende que se tengan un parto rápido, sin importales la incomodidad y lo molesto que pueda ser para la paciente.

4.7 Violencia hospitalaria: oxitocina

La oxitocina es una hormona natural almacenada y secretada en diversas cantidades por la glándula pituitaria posterior. Su función hace que el útero tenga contracciones y colabora, así, con el proceso del parto. Esta hormona es generada naturalmente por la madre durante los labores y está vinculada, además, con las sensaciones placenteras: en los estímulos sexuales, en la lactancia y en la formación del vínculo madre-bebé.

La utilización de la potente droga, llamada pitocín, que emula a la oxitocina tiene la intención de imitar a la hormona natural e inunda los sitios receptores de oxitocina natural con niveles altos y anormales. De esta manera inhibe la producción y recepción normal de la hormona. Todo esto se hace con la intención de acelerar el parto, sin tomar en cuenta el proceso natural.

Actualmente, para el parto normal no cuentan con indicaciones para la administración de la droga, lo cual permite su uso indiscriminado en todos los partos normales.

En los hospitales se aplica pitocín junto con un suero intravenoso en la gran mayoría de partos normales que no requieren la droga sino mejores condiciones para que la mujer pueda entregarse a las sensaciones del parto y que este proceso fluya en una manera saludable.

Según la institución médica el cuerpo funciona como una máquina a la que se le debe aplicar medicamentos para que funcione mejor, más rápido y eficiente. Esto está vinculado con las rutinas hospitalarias: si la mujer lleva su propio ritmo se le deben aplicar intervenciones para que no se salga de los límites que la institución le ha otorgado. Por eso el pitocín es tan usado en los hospitales. Tiene como función otorgada acelerar el proceso para que nadie se pase más del tiempo estipulado de manera regular. Las mujeres que han parido (dentro o fuera de los hospitales) saben que el proceso puede durar de dos horas a dos días. Hoy se pretenden que un parto no tarde más de doce horas desde su admisión al hospital. Mientras el proceso sea saludable, sin complicaciones, se debe dejar

fluir naturalmente y que sea el cuerpo de la madre la que administre y "aplique" su propia oxitocina cuando la necesite.

La mujer necesita tener control sobre su cuerpo y lograr que sus sentimientos, necesidades y deseos sean respetados en todo momento.

Riesgos por su utilización:

- Produce dolor excesivo.
- Genera alta tasa de cesáreas.
- Aumenta el riesgo de una hemorragia postparto.
- Promueve la utilización del monitoreo electrónico.
- Provoca sufrimiento fetal

Intervenciones de enfermería

- Bailar, caminar, mover sus caderas en las etapas tempranas del parto (cuando empiezan las contracciones)
- Crear un ambiente agradable, cálido, tranquilo donde la mujer pueda tomar decisiones y llevar su propio ritmo en el proceso del parto.
- Elegir la o las posiciones para que la paciente se sienta más cómoda en el proceso del parto (vertical u horizontal)
- Comer y tomar líquidos (fruta picada, trozos de hielo, mojar los labios con una gasa.)
- Tomar una ducha caliente.

3.6 Manejo del periodo expulsivo

El periodo expulsivo es el segundo periodo del parto que se inicia cuando el cuello del útero está totalmente dilatado. Este inicio anatómico puede coincidir o no con la necesidad urgente de pujar o expulsar de la mujer. En el periodo expulsivo el

feto está siendo expulsado de la cavidad uterina, lo que produce una retracción del útero y una disminución de la circulación placentaria, por lo que la oxigenación al feto se reduce de forma gradual. Las contracciones fuertes y el pujo activo de la mujer pueden reducir incluso más la circulación útero-placentaria. La mujer debe adoptar otra posición en la que se encuentre más cómoda y practicar ejercicios de respiración

El pujo es la maniobra por excelencia que la madre debe realizar para ayudar a la salida del bebé en la fase de expulsión, una adecuada técnica facilitara en gran medida el desplazamiento del bebé a través del canal de parto evitando demoras innecesarias y dificultades para el niño. Debemos recordar a la madre que si ha solicitado la colocación de analgésicos, la ejecución de movimientos o de contracciones musculares es menos eficiente, desde ahí que es de suma importancia el entrenamiento previo.

La sensación de pujo al momento del trabajo de parto nacerá de manera espontánea en la madre y será reconocida como la misma sensación de ir al baño para obrar. En estricto rigor es exactamente lo mismo. Como ejercicio de reconocimiento de la musculatura que debe participar recomendamos tomar mucha atención mientras se esta obrando observando cómo es necesario contraer las abdominales y relajar el periné en forma coordinada.

Ejercicio:

Es extremadamente útil realizar el ejercicio del pujo y practicarlo antes de la fecha probable de parto para tenerlo como gesto incorporado. Para iniciar el ejercicio la paciente deberá estar en posición en la que tendrá el parto.

- Tomar aire por la boca ingresando el máximo volumen posible.
- Levantar la cabeza reteniendo el aire simulando una abdominal convencional.
- Relajar el periné y hacer fuerza con las abdominales simulando el gesto al obrar.
- Mantener el tiempo que sea necesario, para renovar el aire, se puede exhalar muy rápidamente y tomar aire manteniendo siempre la posición.

- Relajarse completamente hasta el siguiente pujo.
- Es importante aclarar que si bien la sensación de pujo durante el trabajo de parto es recurrente no siempre el pujar en todos momentos es útil.
- El equipo médico que la acompañará le indicará el tiempo adecuado, generalmente durante una contracción.

La práctica del pujo puede realizarse sin problemas, se sugiere practicarla desde la semana 36. No es necesario ejercer una gran fuerza durante el ejercicio, lo importante básicamente es el gesto y reconocimiento de la musculatura. La práctica de este ejercicio “no inducirá” el parto, de todas maneras es aconsejable evitarlo si el médico lo estima conveniente.

Puede llegar el momento en que se le requiera no pujar más en una contracción, aún cuando sienta la necesidad de hacerlo. Esto puede deberse a que el cuello del útero aún no está completamente dilatado o a que el bebé apenas se está encajando y el área perineal necesita expandirse gradualmente. Estas situaciones usualmente requieren que deje de pujar por un corto tiempo. Durante este tiempo, aproveche para relajar su cuello, hombros y piernas y para jadear o soplar lo suficiente durante la contracción. Visualice soplar unas velas y jadear o soplar. Para muchas mujeres, el pujo es un reflejo poderoso que requiere un considerable esfuerzo para respirar y no para pujar.

Masaje perineal

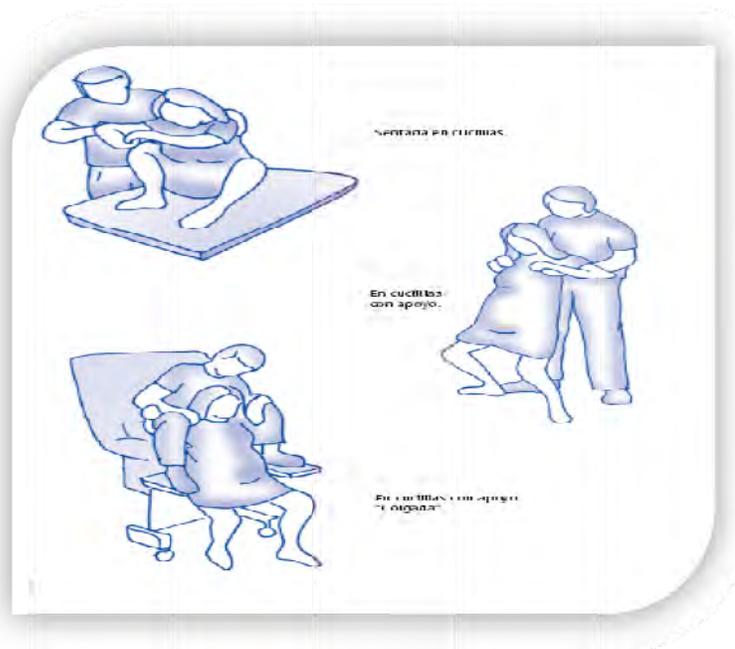
El masaje perineal durante el embarazo es una técnica útil para prevenir los traumatismos perineales. Es utilizada para estirar y ablandar los tejidos alrededor de la vagina e incrementar la elasticidad del periné. El masaje ayuda a la mujer a familiarizarse con la sensación de estiramiento en esta área, y le permitirá relajar más esta zona durante el parto. El masaje ha demostrado su eficacia cuando se inicia 6 semanas antes de la fecha probable de parto.

En su realización se puede implicar a la pareja, de esta forma se hará participe de los cuidados durante el embarazo, si bien es cierto que hay mujeres que desean hacerlo en la intimidad.

Instrucciones:

- Lavarse bien las manos, limpiar las uñas y recórtalas. Se puede utilizar un guante desechable.
- Buscar una posición, semi--sentada o en cuclillas, apoyada en el respaldo de la cama.
- Colocar compresas calientes en el periné o tomar un baño de asiento caliente durante 10 minutos para relajar el periné.
- Colocar los dedos dentro de la vagina 3 – 4 cm y separar las piernas.
- Empujar la zona del periné hacia abajo, hacia el recto y hacia los lados de la vagina, con un masaje firme pero con delicadeza, estimulando esta zona hasta que se sienta una leve sensación de quemadura o comezón. Realizar este masaje durante 3 – 4 minutos. Este movimiento estira el tejido de la vagina, los músculos que circundan la vagina y la piel del periné.
- Tomar la parte inferior de la vagina entre los dedos pulgar, índice y estirar suavemente. Esto ayuda a imaginar como será la sensación de la presión de la cabeza del bebé sobre esta zona, ayudando a relajar.
- Durante el masaje evitar presionar la apertura de la uretra para no producir posible infecciones urinarias.
- Este masaje debe realizarse una vez.
- Después de una semana se comenzaran a notar los resultados sobre el periné y vagina, aumentando su flexibilidad y estiramiento.

Posiciones para el periodo de expulsión



Respiración durante el periodo expulsivo

Con glotis cerrada: Valsalva modificada

- Tomar aire, sostenerlo aproximadamente 6 segundos y soltarlo lentamente.
- Cambiar rápidamente la respiración, sin soltar la presión del vientre, exhalando por la boca e inhalando por la nariz.
- Repetir las respiraciones hasta que pase la contracción.
- Realizar 2 respiraciones de limpieza y descansar.

Con glotis cerrada: Exhalación forzada

- Inhalar y exhalar lentamente contra una ligera resistencia en tu garganta y boca, mientras se relaja el periné y empujar hacia abajo.
- Mantener los músculos abdominales firmes alrededor del bebé, mientras se vuelve a inhalar
- Repetir todo el procedimiento mientras dura la contracción.

Respiraciones con vocalización

- Inhalar, pero al exhalar vocalizar, mientras se relaja el periné y empujar hacia abajo.
- Mantener la presión abdominal durante los cambios de respiración
- Realizar 1 o 2 respiraciones de limpieza

Intervenciones de enfermería

- Preparar a la paciente para el parto.
- Informar a la paciente acerca de la opción de parto en un perineo intacto.
- Preparar a la paciente para las opciones de parto.
- Enseñar a la paciente las técnicas de respiración y relajación a utilizar durante los dolores y el parto.
- Proporcionar medidas de alivio a la paciente como: frotar la espalda, masaje en la espalda y presión en la espalda.
- Colocar a la paciente en posición en la que ella a elegido dar a luz.
- Contacto con el bebé “apego”.

Episiotomía; una práctica dañina

La evidencia científica actual de muestra que la episiotomía rutinaria no es una práctica justificada: no presenta beneficios para la madre o el niño, aumenta la necesidad de suturas perineales y el riesgo de complicaciones en el proceso de cicatrización a los siete días del posparto, produce dolor y molestias, y es potencialmente dañina a largo plazo.

Cesárea

Es la extracción del feto a través de incisiones realizadas en la pared abdominal y del útero⁸.

Tipos de incisión

- Laparotomía media infraumbilical: la incisión se realiza de forma longitudinal y va de la cicatriz umbilical al pubis. Con este tipo de incisión la apertura abdominal es más rápida. Se emplea en cesáreas urgentes.
- Incisión de Pfannenstiel: se realiza de forma transversa a nivel suprapúbico, es más laboriosa, pero el resultado estético es mejor.

La técnica más utilizada de sección uterina es la incisión transversa del segmento inferior. Esta zona está menos irrigada y se produce menor pérdida hemática, su recuperación es más fácil y existen menos roturas uterinas en embarazos posteriores,

Indicaciones:

La cesárea se puede realizar de forma electiva (programada durante la gestación) o urgente ya sea en el transcurso de la gestación o en el trabajo de parto.

Indicaciones de cesárea electiva:

- ✓ Situaciones fetales transversas
- ✓ Cardiopatías maternas
- ✓ Desproporción pelvi fetal
- ✓ Placenta previa central
- ✓ Enfermedades intercurrentes maternas graves.
- ✓ Gestante con dos cesáreas anteriores (cesárea iterativa)

⁸ Seguranyes G. G. Enfermería maternal 2004 Pág. 228

Indicaciones de cesárea urgente:

- ✓ Sufrimiento fetal
- ✓ Abruption placentae
- ✓ Hemorragias
- ✓ Fracaso de parto vaginal
- ✓ Prolapso de cordón

Para practicar una intervención de cesárea, la anestesia puede ser general o regional (peridural o raquídea)

Complicaciones maternas:

- ✓ Hemorragias
- ✓ Complicaciones anestésicas
- ✓ Shock
- ✓ Complicaciones respiratorias
- ✓ Peritonitis
- ✓ Dehiscencia de la herida
- ✓ Infección urinaria
- ✓ Mayor incidencia de cesáreas posteriores

Complicaciones fetales:

- ✓ Depresión neonatal de origen farmacológico
- ✓ Síndrome de sufrimiento respiratorio

Intervenciones de enfermería

- Determinar el nivel de ansiedad.
- Asegurarse de que la paciente este en ayuno.
- Verificar que el expediente clínico este completo, principalmente estudios de laboratorio.

- Verificar vendajes específicos.
- Verificar permeabilidad de venoclisis.
- Explicarle el procedimiento a realizar de la cirugía.
- Enseñar métodos de relajación, meditación, o imaginación guiada.
- Hacerla sentir segura, que no esta sola.

V. CONCLUSIONES

Actualmente con los avances de la tecnología y las alternativas para dar a luz, las mujeres optan por la vía aparentemente menos dolorosa, sometiéndose a cirugías innecesarias o a operaciones cesáreas sin antes investigar que hay otros tipos de nacimientos que pueden resultar más seguros, como el parto psicoprofiláctico, que disminuye el dolor y no requiere de la anestesia.

El parto psicoprofiláctico relaja a la mujer, bloquea los estímulos dolorosos de tal manera que la paciente puede tolerar más fácilmente el dolor de las contracciones durante el trabajo de parto además brinda comodidad a la paciente y se disminuye algunas de las intervenciones rutinarias del hospital.

Utilizando las estrategias e intervenciones de enfermería adecuadas el personal de enfermería puede cambiar las políticas del hospital, ofrecer técnicas que propicien un trabajo de parto y parto, saludable, natural y gentil, sobre todo hacerlo lo menos traumático posible.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Mendoza Colorado C. Antología Psicoprofilaxis Perinatal. 1ª ed. México. ENEO: 2004
2. González S. E. Bosquejo histórico de la psicoprofilaxis en México. Memorias del Primer Encuentro Nacional de Educadores en Psicoprofilaxis Obstétrica. México.
3. Videla M y Grieco A. Parir y nacer en el hospital. 1ª ed. México. Nueva edición 2003.
4. Cortés Prieto J y D' Acunto A. Obstetricia General. México. Ramón Arces 2004
5. Stroppard M. Concepción, embarazo y parto. México 2004
6. Seguranyes Guillot G. Enfermería maternal. 4 ed. España Elsevier 2004
7. García del Ángel M. Manual de métodos y recursos en psicoprofilaxis perinatal. CIMIGEN 2008
8. Castro Santoro R. y González Opazo M. Manual de Atención Personalizada en el proceso reproductivo. 1 ed. Chile Trama impresores 2008