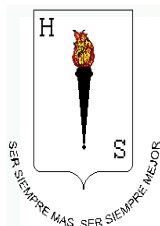


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

**ESTRATEGIAS PARA LA DIVULGACIÓN Y DIFUSIÓN EN LA
PREPARACIÓN ANTE EL EMBARAZO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

CORNEJO SOLCHAGA MIRNA MONSERRAT

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2016.



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.

Agradecimientos

A la escuela del hospital de nuestra señora de la salud así como al hospital mismo, instituciones que me formaron y me capacitaron permitiéndome lograr mi sueño de terminar la carrera como licenciada en enfermería y obstetricia.

A todos los docentes con quien tuve el honor de convivir y aprender de ellos y quienes dedicaron su tiempo y esfuerzo en transmitirme sus conocimientos, enseñándome el respeto y la disciplina e impulsándome a alcanzar mis metas.

Dedicatorias

A mis amados padres, Mirna Solchaga Flores y Armando Cornejo Cruz, ejemplos de sabiduría y fortaleza, por su amor, su apoyo y extrema paciencia que me motivaron en todo momento a no rendirme y continuar con mis sueños y propósitos y quienes me han enseñado todos los valores con los que hoy me caracterizo como persona.

A mi hermano, armando Cornejo Solchaga, por estar conmigo en momentos difíciles y apoyarme en todo momento y quien es mi ejemplo de esfuerzo e inteligencia.

A mi tío José A. Solchaga Flores, que me enseñó el valor de la vida y de la fortaleza, y quien hoy es un ángel que me motiva a ser mejor persona.

A todas mis amigas y compañeras quienes me han apoyado y escuchado en todo momento y de las cuales me llevo una hermosa experiencia.

A mi compañera y amiga Aurora del Pilar Gasca Montenegro por ser una gran amiga y una excelente persona a quien llevo conmigo siempre y es motivo de seguir luchando por mis sueños con la misma alegría, honestidad y perseverancia como ella luchaba por cumplirlos.

ÍNDICE

<i>Introducción</i>	X
CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DE ESTRATEGIAS PARA LA DIVULGACIÓN Y DIFUSIÓN EN LA PREPARACIÓN ANTE EL EMBARAZO	12
<i>1.1 Datos Poblacionales</i>	12
<i>1.2 Datos de la INEGI</i>	13
<i>1.3 Pocas opciones para evitarlo</i>	16
<i>1.4 Métodos anticonceptivos</i>	16
<i>1.4.1 Porcentaje de falla de los anticonceptivos</i>	- 17 -
<i>1.6 Psicoprofilaxis</i>	- 19 -
<i>1.7 Parto</i>	- 20 -
1.7.1 Historia del parto	- 20 -
<i>1.7.2 Corrientes del Parto Natural</i>	- 22 -
CAPÍTULO 2: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 24 -
<i>2.1 Justificación</i>	- 26 -
<i>2.2 Objetivo general</i>	- 27 -
<i>2.2.1 Objetivos Específicos</i>	- 27 -
<i>2.3 Hipótesis</i>	- 28 -
CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO	- 29 -
<i>3.1 Planificación Familiar</i>	- 29 -
<i>3.2 Métodos Anticonceptivos</i>	- 30 -
<i>3.2.1 Seguridad de los anticonceptivos</i>	31

3.2.2 Porcentaje aproximado de falla de los anticonceptivos.....	32
3.3 Anticonceptivos hormonales	32
3.3.1 Mecanismo de acción:	33
3.3.2 Efectos en el organismo	33
3.3.3 Contraindicaciones	34
3.3.4 Tipos de anticonceptivos hormonales	35
3.4 Implante	36
3.5 Anillo vaginal.....	36
3.6 Parche	37
3.7 Dispositivo intrauterino (DIU).....	37
3.7.1 Mecanismo de acción.....	37
3.7.2 Efectos secundarios.....	38
3.7.3 Contraindicaciones	38
3.7.4 Complicaciones	38
3.8 Métodos de barrera.....	39
3.9 Preservativo (condón).....	39
3.9.1 Contraindicaciones	39
3.9.2 Complicaciones	40
3.9.3 Efectos secundarios.....	40
3.10 Espermaticidas	40
3.10.1 Efectos secundarios.....	40
3.11 Diafragma	41
3.11.1 Efectos secundarios	41
3.11.2 Contraindicaciones: Alergia a los componentes de la formula.....	41
3.12 Coito interrumpido.....	41
3.12.1 Complicaciones	42
3.12.2 Efectos secundarios	42
3.13 Abstinencia sexual periódica (ritmo)	42
3.13.1 Efectos secundarios	43
3.13.2 Contraindicaciones	43

3.14 Anticonceptivo de emergencia (píldora de día siguiente).....	43
3.14.1 Mecanismos de acción:	43
3.14.2 Complicaciones	44
3.15 Lactancia.....	44
3.15 Métodos empíricos	44
3.15.1 Complicaciones	44
3.16 Métodos probablemente definitivos	45
3.16.1 Salpingoclasia	45
3.16.1 Técnicas quirúrgicas de salpingoclasia:	46
3.17 Embarazo	47
3.16.1 Divisiones	47
3.17 Control Prenatal	48
3.17.1 Objetivo	48
3.17.2 Esquema mínimo de la atención prenatal	49
3.18 Higiene en el embarazo.....	50
3.19.1 Alimentación en la embarazada	52
3.19.2 Nutrición	52
3.19.3 Nutrientes Básicos.....	53
3.19.4 Requerimientos diarios	54
3.19.4 Aumento de peso	55
<i>CAPITULO 4: PSICOPROFILAXIS PERINATAI</i>	56
4.1 Concepto:	56
4.2 Objetivos	56
4.3 La psicoprofilaxis como estrategia del cuidado.....	57
4.4 Cuidados en el embarazo parto y puerperio.....	58
4.5 Cambios en la mujer: Adaptación materna al embarazo.....	59
4.5.1 Cambios psicológicos	59
4.5.2 Cambios a nivel del aparato reproductor: a nivel del útero	60

4.5.3A nivel del cérvix.....	61
4.5.4A nivel de la vagina.....	62
4.5.5A nivel de la vulva.....	62
4.5.6A nivel de los ovarios.....	62
4.5.7Abdomen.....	62
4.5.8Aparato cardiovascular.....	63
4.5.9Aparato respiratorio.....	63
4.5.10Aparato urinario.....	64
4.5.10.1Cambios que Presenta la Mujer Embarazada que Favorecen o Propician un Aumento en la Frecuencia de Infecciones de Vías Urinarias.....	64
4.5.11Aparato digestivo.....	65
4.6Estimulación intrauterina.....	66
4.6.1Beneficios de la estimulación.....	69
4.7Mecánica corporal durante el embarazo.....	69
4.8Posiciones durante el embarazo.....	70
4.9Ejercicios durante el embarazo y el puerperio.....	71
4.9.1Objetivos que persigue el ejercicio físico.....	73
4.9.2Recomendaciones.....	73
4.9.3Contraindicaciones.....	74
4.9.4Riesgos durante el ejercicio.....	75
4.9.5Lineamientos para el ejercicio durante el embarazo.....	75
4.9.6Descripción de los ejercicios.....	76
4.9.6.1Elevación de la pelvis.....	76
4.9.6.2Rotación de la Columna.....	76
4.9.6.3Encogimiento.....	77
4.9.6.4Recostada en la Posición de Parto Común.....	77
4.9.6.5Elevación de las piernas.....	78
4.9.6.6Balanceo de la Pelvis.....	78
4.9.6.7Ejercicios Resistidos.....	79
4.9.6.8Cuclillas.....	79

4.9.6.9	<i>Posición de Sastre</i>	80
4.9.6.10	<i>Flexión alternada</i>	80
4.9.6.11	<i>Ejercicios “a gatas”</i>	81
4.9.6.12	<i>De lado</i>	81
4.9.6.13	<i>Circunferencias</i>	82
4.9.6.14	<i>Flexión de tronco</i>	82
4.9.6.15	<i>Acercamiento</i>	82
4.9.6.16	<i>Anteversión y retroversión de la pelvis</i>	83
4.9.6.17	<i>Los Ejercicios de Kegel</i>	83
4.9.7	<i>Técnicas de Respiración</i>	84
4.8	<i>El parto</i>	86
4.8.1	<i>Fisiología del parto</i>	86
3.9	<i>Las contracciones uterinas</i>	87
4.9.1	<i>Características de la contracción uterina</i>	87
4.9.2	<i>Contracción de parto</i>	88
4.9.2.1	<i>Actividad uterina:</i>	89
4.9.2.2	<i>Períodos del trabajo de parto</i>	90
4.9.2.3	<i>Mecanismos del parto</i>	90
4.9.2.4	<i>Estimulación del parto</i>	91
4.9.2.5	<i>Atención de enfermería</i>	91
4.9.3	<i>Aspectos fisiológicos y psicológicos del dolor durante el trabajo de parto y parto. Estrategias para disminuirlo.</i>	92
4.9.3.1	<i>Mecanismos del dolor</i>	92
4.9.3.2	<i>Tratamiento del dolor durante el parto: Objetivos</i>	93
4.9.3.3	<i>Características del dolor durante el parto</i>	93
4.9.4	<i>Primera etapa (Dilatación)</i>	93
4.9.5	<i>Segunda etapa (Expulsión)</i>	94
4.9.6	<i>Tercera etapa (Alumbramiento)</i>	94
4.9.7	<i>Modelo de Loeser</i>	95
4.9.8	<i>Técnicas para reducir el dolor: estimulación cutánea</i>	96

4.9.8.1 Masaje superficial.....	96
4.9.8.2 Presión/masaje.....	96
4.9.8.3 Aplicaciones superficiales de calor o frío:.....	97
4.9.8.4 Distracción.....	98
4.9.8.5 Relajación.....	98
4.9.8.6 Técnicas de respiración.....	99
4.9.8.7 Visualización.....	100
4.9.8.8 Otras técnicas para reducir el dolor.....	100
4.9.9 Medidas de comodidad.....	100
4.9.10 Creación de un entorno agradable.....	101
4.9.11 Información.....	101
4.9.12 Apoyo psicológico.....	101
4.9.13 Relación de ayuda.....	102
4.10 Vinculación afectiva.....	103
CAPITULO 5: METODOLOGÍA.....	105
5.1 Concepto de metodología.....	105
5.2 Variable.....	106
5.2.1 Variables Independientes.....	106
5.3 Aspectos Éticos de la Investigación (Código de Ética Profesional).....	107
CAPITULO 6: PROPUESTA.....	110
6.1 Justificación.....	111
6.2 Fundamentación.....	112
6.2.1 Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.....	112
6.3 Objetivos: General.....	115
6.3.1 Específicos.....	115

<i>6.4 Líneas de intervención</i>	116
<i>6.5 Metodología</i>	116
<i>6.6 Evaluación</i>	117
<i>6.6.1 Concepto de evaluación</i>	117
<i>6.6.2 Lista de Cotejo</i>	117

Conclusiones

Referencias bibliográficas

Anexos

Introducción

El embarazo presenta diversas condiciones de riesgo para la madre y para el bebé, esto puede desencadenar complicaciones que ponen en peligro la salud e incluso la vida de ambos. Sin embargo, no son factores inherentes al embarazo sino otros como la situación económica, social y cultural. Una mujer con limitaciones económicas no podrá adquirir información o la misma calidad de información que aquella que está en una situación más favorable. Debido a ello, la presente investigación aborda la preparación física, psicológica y emocional ante el embarazo, haciendo hincapié en la divulgación y difusión de dicha información, destinada tanto al público en general, como al personal de enfermería.

Se necesita analizar a detalle esta problemática implementando estrategias y métodos para obtener resultados positivos; promover la información en diversas plataformas permitirá tener una cultura de prevención para llevar a cabo un embarazo en las mejores condiciones posibles. Una parte muy importante acerca de este tema es la orientación encaminada al autocuidado, ya que si la embarazada está bien informada acerca de su embarazo y todo lo que esto implica, entonces será capaz de reconocer los cuidados y medidas de prevención que debe realizar.

Es necesario dar una educación adecuada y completa desde las etapas iniciales de la vida reproductiva de la mujer, principalmente en la adolescencia y pre-adolescencia ya que hay un alarmante y creciente número de embarazos no deseados, donde en la mayoría de las ocasiones lleva a situaciones muy desfavorables que van desde la esterilidad hasta la muerte.

La información oportuna que se le brinde a la mujer embarazada es una importante herramienta de prevención, esto sólo será posible si dicha información es

verificable y confiable. Una mujer en edad adulta no supone una persona preparada para el embarazo. Este conocimiento solamente lo da la experiencia que se tenga acerca de ello, sólo así estará consciente del proceso y se tendrán as herramientas para afrontarlo. Sin embargo, dicho conocimiento presenta una serie de barreras como los tabúes, los dogmas, el machismo, la falta de oportunidades de las mujeres e incluso la falta de preparación del personal de salud.

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DE ESTRATEGIAS PARA LA DIVULGACIÓN Y DIFUSIÓN EN LA PREPARACIÓN ANTE EL EMBARAZO

1.1 Datos Poblacionales

Se calcula que en la época de Cristo la población era de aproximadamente 100 millones de habitantes, de tal manera que para el año 2100 se calcula la población será de 14 mil 200 millones, tomando en cuenta que la población mundial actual es de 6 mil 900 millones de habitantes.

En México, de acuerdo al último censo, eran 112 millones en 2010 pero se calcula que en la actualidad hay de 115 a 116 millones de habitantes en donde 57.21 son mujeres y 54.8 son hombres, es decir, que hay 9505 hombres por cada 100 mujeres.

Se calcula que la población mundial crece a razón de 100 millones de personas por año. En la población china hay 1300 millones de habitantes. En el D.F. la población se calcula de alrededor de 20 millones. En Guadalajara y Monterrey, la población es entre 10 y 15 millones de habitantes. En Morelia se calcula entre 1.5 y 2 millones de habitantes.

Un 24% de mujeres en edad reproductiva. Actualmente la tasa de crecimiento promedio es de 3 hijos por familia. Si una pareja sexualmente activa no usa ningún método anticonceptivo, al cabo de un año, el 80% quedará embarazada.

1.2 Datos de la INEGI

De acuerdo con el Censo del año 2010, lo que el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) logró documentar, es que había cuatro millones de personas más de lo que el Consejo Nacional de Población (Conapo), había anticipado cinco años atrás.

En medio de esta realidad, uno de los temas que mayor preocupación genera es el relativo al número de embarazos que cientos de miles de jóvenes tienen anualmente, antes de haber cumplido los 19 años de edad. Esto es, personas que tienen hijos a edades tempranas, la gran mayoría de las veces sin desearlo y sin haberlo planeado.

El INEGI estima que en promedio, entre los años 2003 y 2012, ocurrieron al menos 2.59 millones de nacimientos anuales; esto implica que en el lapso señalado nacieron 25.9 millones de niñas y niños en todo el país, una cifra gigantesca que ha generado que la tasa de fecundidad y la tasa de crecimiento medio anual se mantengan por arriba de lo que se había proyectado hace 30 años.

De esta suma, el propio Instituto señala que ha habido al menos 5.76 millones de nacimientos de niñas y niños cuyas madres tenían menos de 19 años al momento del parto; es decir, se trata de una cifra que implica un promedio anual de 448 mil nacimientos anuales, o bien, un promedio de mil 227 casos diarios en los que se registran partos entre mujeres en el grupo de edad considerado.

Puede decirse que entre 2003 y 2010, el número absoluto de embarazos en adolescentes fue creciente, y que sólo hasta 2011 y 2012 se registró un ligero descenso en las cifras. En efecto, en el año 2003 INEGI contabilizó 403 mil 436 embarazos en mujeres

entre los 15 y los 19 años de edad; así como nueve mil 933 casos de embarazos en niñas entre los 10 y los 14 años.

Este último dato es de singular preocupación, porque en ese año implicó un promedio de al menos 27 casos diarios, es decir, un nacimiento, cada hora, de niñas y niños cuyas madres a su vez son literalmente niñas que no habían cumplido 15 años al momento del parto.

El pico máximo en números absolutos se alcanzó en el año de 2010, cuando INEGI tiene contabilizados 464 mil 102 embarazos en adolescentes entre los 15 y los 19 años de edad; así como once mil 682 casos de niñas que se convirtieron en madres antes de cumplir los 15 años.

Los promedios diarios son datos que deben llevar a una preocupación y una acción decidida: al menos mil 271 partos al día de niñas y niños de madres cuya edad oscila entre los 15 y los 19 años de edad, así como 32 casos diarios de partos en cuyos casos las madres fueron niñas menores de 15 años.

Para el año 2012 la situación no se modificó sustantivamente pues, de acuerdo con los datos del INEGI, ese año hubo 457 mil 192 partos en adolescentes de 15 a 19 años y diez 924 en niñas entre los 10 y los 14 años de edad.

Año con año crece el peso relativo en el número de los embarazos de niñas y adolescentes, respecto de los embarazos y partos totales registrados anualmente en el país. En efecto, el INEGI muestra que en el año 2000, los partos contabilizados entre mujeres menores de 19 años representaban el 15.9% del total.

Posteriormente, en el año 2006 el porcentaje se incrementó de manera relevante al pasar a 16.3% del total; mientras que para 2012 el crecimiento fue aún más acelerado pues en ese año, con base en los datos del INEGI, puede sostenerse que los nacimientos en niñas menores de 19 años representaron el 18.7% del total.

En efecto, entre el año 2000 y 2006, el crecimiento en el porcentaje de embarazos adolescentes fue de aproximadamente 3%; sin embargo, entre los años 2006 y 2012 el crecimiento experimentado fue de 13%, es decir, cuatro veces más que en los seis años previos.

Se encuentra documentado que a menor edad en el embarazo, mayor riesgo existe de pérdida de salud, y hasta de la vida, para las adolescentes que tienen hijos a edades tempranas. Así lo confirman los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, pues considerando el número de muertes maternas, de acuerdo con los grupos de edad en análisis, se encuentran tasas elevadas.

La razón de mortalidad materna promedio registrada entre los años 2006 y 2012 para el grupo de niñas de 10 a 14 años, son de 58.9% defunciones por cada 100 mil nacidos vivos.

El dato contrasta con el promedio general, es decir, para todas las mujeres de 14 a 49 años, entre quienes la razón de mortalidad promedio para el mismo período es de 47 defunciones por cada cien mil nacidos vivos.

Por su parte, debe destacarse que la razón de mortalidad materna entre las adolescentes de 15 a 19 años se ubica ligeramente por debajo de este promedio, pues para el mismo período

o, le indicador se ubicaría en 33 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, lo cual no deja de ser un indicador grave, pues en países con muy alto nivel de desarrollo humano, como por ejemplo en Noruega, la razón es de siete defunciones por cada cien mil nacidos vivos.

1.3 Pocas opciones para evitarlo

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica (ENADID), el grupo de mujeres con menos acceso a métodos de anticoncepción, ya sea para espaciar los embarazos, como para evitarlos, es precisamente de los 15 a los 19 años de edad.

Por ejemplo, para las mujeres que tienen entre 20 y 24 años de edad la demanda no cubierta de métodos anticonceptivos es de 17.7%; para las mujeres entre los 25 a los 29 años de edad es de 14.4%; para quienes tienen entre 30 y 34 años de edad es de 11%. En contraste, para las niñas y adolescentes menores de 19 años el porcentaje es de 25%; es decir, una década cuatro que desea evitar o espaciar sus embarazos no tiene acceso a métodos de anticoncepción.

1.4 Métodos anticonceptivos

1. hormonales

- Orales
- Inyectables
- Locales

2. Dispositivo Intrauterino (DIU)

- Solo
- Con metales

- Hormonales
3. De barrera
- Preservativo
 - Diafragmas
 - Preservativo
4. Coito interrumpido
5. Abstinencias sexual periódica (ritmo)
6. anticonceptivo de emergencia (píldora del día siguiente)
7. Lactancia
8. Métodos empíricos

1.4.1 Porcentaje de falla de los anticonceptivos

En el siguiente cuadro se expondrán los diferentes métodos anticonceptivos y el porcentaje de falla que existe de acuerdo a cada uno.

ANTICONCEPTIVO	PORCENTAJE DE FALLA
Métodos probablemente definitivos	0.003%
Hormonales	1%
Dispositivo intrauterino (DIU)	1-5%
Píldora de emergencia	4-5%
Preservativo	25%
Espermaticidas	40%
Coito interrumpido	40%
Abstinencia sexual periódica	40%
Diafragma	50%
Lactancia	50%
Métodos empíricos	70-80%

La falla o eficacia de un método anticonceptivo dependerá de muchos factores y no solo del propio método. Más del 80% de las fallas son atribuidas a la usuaria y un 20% a las fallas del método por sí mismo.

La seguridad y eficacia de un método anticonceptivo dependerá de:

1. El tipo de anticonceptivo
2. Calidad del anticonceptivo
3. Disciplina de la usuaria
4. Cooperación de la pareja
5. Estado de salud de la usuaria
6. Estado socioeconómico
7. Buena técnica quirúrgica

1.5 Control Prenatal

Son una serie de medidas y consultas que debe seguir la mujer embarazada hasta el momento del parto.

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna

El objetivo del control prenatal es identificar algún dato anormal que perjudique la buena evolución del embarazo, de tal manera que se garantice que ese embarazo termine con una madre e hijo sanos.

1.6 Psicoprofilaxis

La psicoprofilaxis obstétrica es un método indispensable en el mantenimiento y mejoramiento de la salud materno-fetal. Mediante esta se orienta a la embarazada, acerca de las estrategias que pueden ser utilizados en el autocuidado de la salud de la madre y por consiguiente la del feto o embrión, de acuerdo a todos aquellos cambios y necesidades que ambos presentan a lo largo de todo el embarazo.

1.6.1 Antecedentes históricos de la psicoprofilaxis

En su origen, la psicoprofilaxis perinatal fue un entrenamiento dado a mujeres durante el embarazo para que tuvieran un parto menos doloroso. Como encontró Chevalier (1982), el parto para muchas mujeres es un acontecimiento traumático, por lo que necesitan una preparación en tres planos: ejercicios de gimnasia médica, información sobre funciones sexuales, concepción, embarazo y alumbramiento, y aprendizaje de la distensión corporal ante el dolor. Vellay (1985) explicó que el método psicoprofiláctico, con bases teóricas en el condicionamiento pavloviano, es un conjunto de procedimientos de analgesia verbal para el parto. Las variaciones adecuadas en el lenguaje, o segundo sistema de señales, y un apropiado manejo de reflejos condicionados, permiten a las mujeres resignificar y experimentar el parto como un suceso no doloroso. El método fue desarrollado por Velvovski en la ex Unión Soviética al inicio del tercer decenio del siglo pasado al recuperar los hallazgos de Pavlov sobre reflejos condicionados (Von Braüne, 2003). En 1950, los

neurofisiólogos Platonov y Velvoski y los obstetras Ploticher y Shugan le hicieron otras aportaciones. El objetivo era que el parto ocurriera sin que la mujer sintiera dolor, puesto que se habían obtenido evidencias de que las emociones pueden alterar las sensaciones del trabajo de parto. El método fue traído a México por Stefanovich y Stoopan en 1957.

1.7 Parto

El parto o nacimiento es el punto final del embarazo en el ser humano, cuando el nuevo bebé sale del útero materno al exterior. Para la mayoría de las culturas se considera este momento como la fecha inicial de la nueva vida y siempre ha tenido una gran significación antropológica a nivel social y familiar, siendo clave en el desarrollo de vínculo emocional entre la mamá y el bebé.

El parto, sin complicaciones que requieren intervención médica, es un proceso natural, por ello hablar del parto natural muchos años se consideró redundante, pero hoy en día el parto natural es un nuevo modo de entender el momento del parto.

1.7.1 Historia del parto

Al comienzo de la humanidad, unos 40. 000 a. C., se tienen datos que indican que el parto era atendido por el esposo; sin embargo, ya en el año 6000 a. C., se empieza considerar la ayuda al nacimiento como un “arte” y algunas mujeres van tomando mayor experiencia que otras, por lo que son requeridas con más frecuencia durante el trabajo de parto. Este fue el inicio de uno de los oficios más antiguos de la humanidad, la comadrona o partera.

La primera descripción de un parto normal fue hecha por Hipócrates (460-377 a.C.), en su libro Naturaleza del Niño. Él tenía la teoría que el feto se acomodaba con más frecuencia con la cabeza hacia abajo, debido a que el peso de la parte superior del cuerpo,

desde el ombligo a la cabeza, era mayor que el peso de la parte inferior, desde el ombligo a los pies.

Más tarde Soranos (138-98 a.C.), célebre médico griego, describe que el parto debe ser atendido por una comadrona y sus ayudantes, que el trabajo de parto se debía realizar en una cama y que durante el período expulsivo se pasara a la silla de parto.

La comadrona se colocaba delante de los muslos de la embarazada y un ayudante se colocaba cerca de la cabeza para disminuir la ansiedad, otra ejercía presión a nivel del fondo del útero y una tercera protegía el ano para evitar que se lesionara.

La mayoría de los informes antiguos señalan que casi todos los partos eran atendidos por mujeres y que este arte era enseñado de una mujer a otra. El hombre se inicia en este oficio durante el siglo XX, cuando se estudia el mecanismo del parto y se desarrollan las bases de la obstetricia dentro de la medicina, atendiendo sólo los casos complicados que no podían ser atendidos por las comadronas.

En cuanto a la asistencia al parto en sí, fueron muy pocos los cambios que ocurrieron a lo largo de los siglos. Las comadronas seguían siendo las únicas verdaderas especialistas que sabían atender correctamente a las mujeres en el parto, además de aliviarles el dolor, aconsejar en su vida sexual o incluso llevar a cabo técnicas abortivas, sus conocimientos y experiencias los enseñaban de generación en generación. Mientras tanto los médicos consideraban que la sangre, heridas y partos no eran trabajos dignos de sus conocimientos; además la mujer en general estaba considerada un ser inferior y las comadronas, por sus conocimientos en hierbas, eran sospechosas habituales de brujería.

Fue en el siglo XVIII cuando los primeros médicos se interesaron por la obstetricia y comenzaron a pasar a la sala donde la mujer paría. Se comenzó a estudiar el parto como una ciencia y pronto se desarrollaron instrumentos como el fórceps y se impuso la posición horizontal de la parturienta. Los nuevos avances, además de los nuevos conocimientos de la anestesia y la asepsia en el siglo XIX, hicieron que disminuyera el riesgo de muerte en el parto del bebé y de la madre.

Durante el siglo XX, el control de la natalidad, el seguimiento médico durante el embarazo, el registro tocográfico durante el embarazo y técnicas quirúrgicas como la cesárea han hecho que la gran mayoría de los partos se desarrollen felizmente. Sin embargo, al mismo tiempo que se han producido estos avances, el momento del parto ha sufrido un proceso de deshumanización en el que la madre y la familia se han visto privadas de su derecho de intimidad y elección. Fue en esa época cuando diversos doctores (Lamaze, Bradley, Leboyer, etc.) comenzaron a desarrollar métodos que favorecían un desarrollo natural del parto centrándose en la mujer y/o el bebé, evitando medicamentos e intervenciones médicas innecesarias.

La asistencia medicalizada de los partos y las reivindicaciones de su humanización es algo propio de los países industrializados, ya que la mayor parte de la humanidad sigue atendiendo el parto con una partera y nada más, haciendo que el parto siga siendo una de las causas de muerte más frecuente en los países subdesarrollados.

1.7.2 Corrientes del Parto Natural

En la actualidad, hay varias calificaciones hacia el parto que, en ocasiones, se confunden entre sí. En un sentido más tradicional, podemos hablar de parto natural como aquel parto que se desarrolla con normalidad a través de la vagina y que no requiere más

asistencia médica que control y medicamentos suaves como pueden ser los analgésicos y anestésicos.

Sin embargo, las nuevas corrientes naturalistas han tendido a diferenciar entre un parto medicalizado, es decir, partos que se desarrollan bajo supervisión y control médico (dentro podemos incluir el parto instrumentalizado o parto por cesárea), y un parto natural, como aquel parto en el que este primero la fisiología y la naturalidad del proceso por encima de la técnica médica.

Son muchas las corrientes de pensamiento que defienden este tipo de partos y hay multitud de variaciones, pero los puntos en común podrían ser:

- Ambiente y entorno apropiado, íntimo y seguro.
- Apoyo emocional.
- Libertad de expresión, movimiento y postura de la parturienta.
- La parturienta como protagonista.
- Procedimientos naturales que abordan el dolor.
- Intimidad y tiempo para recibir y acoger al bebé.

En el ambiente hospitalario, y desde finales del siglo XX también la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha abandonado la antigua idea de que “todo parto es complicado hasta que se demuestre lo contrario” y se apuesta por el parto humanizado, como un parto en el que, sin dejar de lado la vigilancia médica y su intervención si es pertinente, se mantiene a la parturienta y a su familiar en un ambiente relajado y respetando el derecho ético de autonomía.

CAPÍTULO 2: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema principal de esta investigación es la falta de preparación de la mujer ante el embarazo. A pesar de ser un acontecimiento natural y relativamente común, la mujer no está preparada ni informada adecuadamente sobre tal proceso por lo que influye significativamente para que se tenga un embarazo sin los cuidados y procedimientos necesarios que lo lleven a buen término.

La pregunta de investigación del presente trabajo es:

¿Cuál es la importancia de la divulgación y difusión sobre los cambios físicos, psicológicos y sociales durante el período del embarazo en las mujeres adolescentes así como en edad reproductiva (25- 35 años) en zonas rurales o con poco acceso a dicha información?

Si bien existe una gran cantidad de información y orientación profiláctica encaminada a la preparación integral a la gestante para contribuir a un embarazo, parto y puerperio con el menor de complicaciones posible, existen muchos factores que crean barreras para la divulgación y difusión acerca de esto.

Los factores para que exista son:

La edad en que se presentan los embarazos, ya que hay una gran incidencia de embarazos prematuros en donde la mujer no tiene la madurez tanto física como emocional para vivir un proceso así, y lleva a que no haya un correcto cuidado en el embarazo ya que

carecen de experiencia e información, además es poco común que exista curiosidad o iniciativa de parte de ellas.

Otro factor importante es el cultural, es decir, la existencia de problemas familiares en donde no haya buena comunicación, falta de información de educación sexual en las escuelas o comunidades, así como recibir información errónea o tendenciosa de las personas que nos rodean, de medios de comunicación o inclusive de la propia familia. También el machismo y la discriminación a la mujer que existen en ciertos países en donde no se les permite el acceso a la educación ni se respetan sus derechos.

El estado socioeconómico: Una mujer que vive en zonas marginadas o que tiene una importante deficiencia económica no tiene la misma oportunidad de adquirir una adecuada información y atención para su salud, generalmente son atendidas por parteras o comadronas, o bien, por instituciones con poca experiencia y recursos, por lo tanto hay una mala preparación y atención en la embarazada que traen como consecuencia complicaciones graves con poca posibilidad de resolverlas.

También algo que se presenta es la deficiente preparación del personal (que puede ser por apatía, falta de vocación o defectos de la institución educativa), por lo tanto traerá consigo una mala calidad en la atención. Este es un problema muy alarmante ya que son a ellos a quien le corresponde brindar la atención e información oportuna y adecuada.

La mujer durante la edad reproductiva (25-35 años) es a la población a la que se le debe de difundir y divulgar un poco más sobre este tema, debido a que son susceptibles al embarazo, no obstante, a las adolescentes es también de suma importancia ya que hoy en día en México los embarazos en esta etapa de la vida son más frecuentes.

Los usuarios que acuden con los profesionales de la salud confían en que recibirán una atención y orientación de calidad, y de no ser así implica un gran riesgo que puede incluso llevar a la muerte

2.1 Justificación

La presente investigación se justifica ampliamente por las siguientes razones:

Toda mujer en edad reproductiva tiene el derecho y la obligación de estar bien informada acerca de su cuerpo y su sexualidad con todo lo que conlleva, y aún más, la mujer embarazada necesita buscar ayuda en donde le oriente y se brinde la atención que requiere para la preparación física, psicológica y emocional.

Es indispensable que la mujer gestante reciba un adecuado control prenatal, en donde se le informe acerca de la condición en que se encuentra de ella y del bebé que cuidados deberá de llevar de acuerdo a esto y cuáles serán los cambios normales tanto anatómicos, orgánicos y emocionales que se presentarán a partir de ese momento y cuales son aquellos que representan peligro para así poder identificar signos y síntomas de alarma y de esta manera prevenir o atenuar complicaciones a tiempo y mantener una buena salud.

La psicoprofilaxis obstétrica es un método indispensable en el mantenimiento y mejoramiento de la salud materno-fetal. Mediante esta se orienta a la embarazada, acerca de las estrategias que pueden ser utilizados en el autocuidado de la salud de la madre y por consiguiente la del feto o embrión, de acuerdo a todos aquellos cambios y necesidades que ambos presentan a lo largo de todo el embarazo.

La enfermera funge un papel importante en relación con la psicoprofilaxis obstétrica, ya que es el personal de salud que está en más constante interacción o contacto con el usuario y/o paciente y en la mayoría de las ocasiones es quien brinda en primera instancia la información y cuidados. También es la encargada de promover medidas de prevención y el autocuidado lo cual es esencial para la conservación y mejoramiento de la salud, que es la función de la psicoprofilaxis obstétrica. Es por todo lo anterior que el personal de enfermería debe de capacitarse adecuadamente para adquirir los conocimientos teórico-prácticos que necesita para brindar información y atención de calidad.

Sin embargo, para poder llegar al objetivo de conservar y mejor la salud materno-fetal, no basta tan solo con que existan dichos métodos, se debe de conseguir que estos sean conocidos y aplicados adecuadamente en todas aquellas mujeres que así lo necesiten y parte importante de la labor de enfermería es lograr esto. Deben de buscar estrategias para la divulgación de toda aquella información necesaria facilitando su acceso en los lugares con más dificultad para obtener asesoría e información.

2.2 Objetivo general

Brindar información oportuna a las adolescentes y mujeres en edad reproductiva (25-35 años) acerca del proceso del embarazo buscando las medidas necesarias para la divulgación y difusión de los métodos de preparación integral ante los cambios físicos psicológicos y sociales que se presentan durante toda esta etapa.

2.2.1 Objetivos Específicos

- Conocer a detalle el proceso del embarazo.
- Prevenir embarazos no deseados.
- Lograr embarazos con el menor número de complicaciones posible.

- Logra embarazos con madres preparadas que ayuden a conseguir que tales embarazos lleguen un buen término.
- Que exista personal de enfermería capacitado que proponga y realice métodos que consigan disminuir o erradicar la morbimortalidad materno-fetal
- Facilitar la divulgación y difusión de la información necesaria a toda la población femenina incluyendo a aquella con menores posibilidades de adquirirla.
- Hacer conciencia a la mujer acerca de la responsabilidad que tiene de cuidar su cuerpo y su salud.

2.3 Hipótesis

Una profesional de enfermería capacitada podrá brindar una adecuada información así como una atención de calidad.

El trabajo eficaz del equipo de enfermería de la mano con la cooperación de la usuaria o paciente ayudará a reducir drásticamente las complicaciones durante el proceso del embarazo.

Si se realizan los métodos adecuados para la divulgación y difusión de información precisa a toda la población femenina que así lo necesita se reducirán en gran medida la morbimortalidad materno-fetal.

La embarazada que lleve a cabo los métodos de la psicoprofilaxis obstétrica así un adecuado control prenatal favorecerá significativamente a experimentar un embarazo, parto y puerperio con menos dolor y miedo.

Inculcar medidas de prevención promoviendo el autocuidado reducirá los factores de riesgo que llevan a un embarazo complicado.

CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO

En el siguiente capítulo se desarrollaran cada uno de los temas considerados más importantes para el conocimiento y entendimiento del proceso del embarazo.

3.1 Planificación Familiar

La planificación familiar es un procedimiento auxiliar mediante el cual una pareja decide cuantos hijos tener, en que momento tenerlos planeando y espaciando el nacimiento entre un hijo y otro.

El objetivo de la planificación familiar es lograr el bienestar social, económico y cultural de la familia o núcleo familiar.

Actualmente la tasa de crecimiento promedio es de tres hijos por familia, sin embargo lo ideal es mantenerla a dos hijos por familia. La planificación familiar es un método muy útil que ayuda a prevenir varias situaciones, entre ellas:

- Muertes maternas
- Sobrepoblación
- Delincuencia
- Pobreza
- Destrucción del medio ambiente
- Mala nutrición y;
- Mala distribución de las riquezas

Si una pareja sexualmente activa no usa ningún método anticonceptivo, al cabo de un año, el 80% quedará embarazada.

3.2 Métodos Anticonceptivos

Para llevar a cabo la planificación familiar se requiere de un método anticonceptivo que es un agente físico-químico que tiene como objetivo evitar la concepción.

El anticonceptivo ideal tiene las siguientes características:

- Seguro: que asegure su efectividad.
- Inocuo: que no produzca daño al organismo.
- Económico: accesible.

En la actualidad no existe el anticonceptivo ideal y se cree que por mucho tiempo no se logrará debido a que cada usuaria es diferente y tiene características y necesidades diferentes que son necesarias tomar en cuenta antes de recomendar un método anticonceptivo, las cuales son:

- | | |
|--|---|
| ⊗ Edad | ⊗ Disponibilidad de la pareja en cuanto a cooperación |
| ⊗ Peso | ⊗ Estado de salud de la paciente |
| ⊗ Índice de masa corporal | ⊗ Número de hijos que tenga y que desee tener. |
| ⊗ Antecedentes personales y familiares | |
| ⊗ Nivel socioeconómico | |

Los métodos anticonceptivos se dividen en:

1.-Hormonales

- Locales
- Orales
- Inyectables

2.-Dispositivo Intrauterino (DIU)

- Solo
- Con metales
- Con hormonas

3.- De barrera

- Preservativo (condón)
- Diafragma
- Espermaticidas

4.-Coito interrumpido

5.-Abstinencia sexual periódica (ritmo)

9.-Métodos probablemente definitivos

- Mujeres: salpingoclasia
- Hombres: deferentocasia

6.-Anticoncepción de emergencia (píldora del día siguiente)

7.-Lactancia

8.-Métodos empíricos

3.2.1 Seguridad de los anticonceptivos

La eficacia de un método anticonceptivo dependerá de muchos factores y no sólo .del método en sí.

Más del 80% de las fallas son atribuidas a la usuaria y el 20% a las fallas del método mismo. Así que la seguridad y eficacia dependerá de:

- El tipo de anticonceptivo
- Calidad del anticonceptivo
- Disciplina de la usuaria
- Cooperación de su pareja
- Estado de salud de la usuaria
- Estado socioeconómico
- Buena técnica quirúrgica

3.2.2 Porcentaje aproximado de falla de los anticonceptivos

En el siguiente cuadro se puede observar el orden del porcentaje de falla de cada anticonceptivo

ANTICONCEPTIVO	PORCENTAJE DE FALLA
Métodos probablemente definitivos	0.003%
Hormonales	1%
Dispositivo intrauterino (DIU)	1-5%
Píldora de emergencia	4-5%
Preservativo	25%
Espermaticidas	40%
Coito interrumpido	40%
Abstinencia sexual periódica	40%
Diafragma	50%
Lactancia	50%
Métodos empíricos	70-80%

3.3 Anticonceptivos hormonales

Como su nombre lo indica, el principio activo de estos anticonceptivos son precisamente las hormonas ya que están hechos a base de estrógenos y progestágenos. Aunque la mayoría de los anticonceptivos hormonales tienen esta combinación, algunos están hechos sólo de progestágenos, sin embargo, son más seguras las combinaciones.

3.3.1 Mecanismo de acción:

- Son anovulatorios (no hay ovulación)
- Modifican el moco cervical impidiendo el paso de los espermatozoides.
- Alteran el endometrio.
- Alteran la perístasis tubarica dificultando la llegada de los espermatozoides.
- Disminuyen la libido.

3.3.2 Efectos en el organismo

- / Ovarios: inhiben la ovulación y mejoran el ovario poliquístico
- / Útero: favorecen el crecimiento de leiomiomas o pueden predisponer la reaparición de nuevos.
- / Mamas: mejoran la mastopatía fibroquística y la mastalgia pre-menstrual, predisponen al cáncer mamario después de cuatro años de uso continuo
- / A nivel gastrointestinal: pueden producir náuseas, vómitos por el contenido estrogénico, pueden alterar el gusto pero también favorecen las evacuaciones intestinales así como la colestasis intrahepática (circulación lenta de la bilis).
- / A nivel sistémico: aumenta los niveles de insulina lo que ocasiona que el organismo forme resistencia a la insulina y por lo tanto predispone a la diabetes. También producen alteraciones en la coagulación por lo que pudiera favorecer la aparición de tromboflebitis. Al igual predispone por que altera el sistema Renina Angiotensina Aldosterona.
- / Alteran el sueño, carácter y apetito, sin embargo, mejoran la tersura de la piel, disminuye el acné y vello facial y mejora la sedosidad del cabello

3.3.3 *Contraindicaciones*

Los anticonceptivos hormonales, como cualquier medicamento, tiene contraindicaciones las cuales refieren a aquellas situaciones en las que no deben administrarse. Se dividen en contraindicaciones absolutas y relativas.

○ *Contraindicaciones absolutas*: son aquellas en que las usuarias por ninguna razón deben de usarlas, esta son:

- Antecedentes de tromboflebitis
- Antecedentes de patologías coronarias
- Hemorragia trasvaginal no diagnosticada
- Cáncer hormono-dependiente
- Adenomas hepáticos
- Hipertensión arterial sistémica

○ *Contraindicaciones relativas*: son aquellas en las que pueden usarse pero bajo estricta vigilancia y por períodos cortos:

- Diabetes mellitus
- Epilepsia
- Cefalea (dolor de cabeza) migrañosa
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Leiomiomas
- Drogadicción psicotrópica
- Mujeres menores de 15 años
- Mujeres mayores de 40 años
- Lactancia (en caso de ser combinados)
-

3.3.4 Tipos de anticonceptivos hormonales

- ⊗ Orales:
 - Solos (con progestágeno)
 - Combinados (con estrógenos y progestágenos)

Los anticonceptivos hormonales combinados tienen estrógenos y progestágeno, se presentan en grageas o tabletas en presentación en base calendario en donde la primera toma debe realizarse en el primer día de la menstruación durante 21 o 28 días

En las presentaciones de 28 tabletas no se descansa ningún día, al terminar la 28 se sigue con la primera de la siguiente caja.

En las presentaciones de 21 tabletas se descansa una semana, tiempo en que se presentará la menstruación, sin embargo, independientemente del día en que se presente la menstruación tiene que haber una semana de descanso. Solo la primera caja se toma el primer día de la menstruación.

Los anticonceptivos no deben de ingerirse junto con los alimentos y debe ser a una hora fija (generalmente en la noche), no combinarlos con alcohol o grasas, en caso de que se olvide una dosis, se toma al día siguiente con la otra, si se olvida más de dos continuas se suspende en tratamientos.

- ⊗ Inyectables: sólo existe presentación intramuscular

Los anticonceptivos inyectables vienen casi todos en presentación con jeringa precargada y con la aguja adecuada. Para su aplicación, es entre el primer y el segundo día del ciclo menstrual. Deben aplicarse con aguja gruesa por vía intramuscular profunda, toda la sustancia.

⊗ Locales

- Internos (implante subdérmico y anillo vaginal)
- Externos (parches)

3.4 Implante

Es un implante subdérmico que consiste en una barra de unos 4 centímetros de longitud y que es de un material plástico, flexible, de bordes romos, que libera progestágeno a micro dosis de manera continua durante tres años. Se aplica en la cara externa del brazo no dominante. Su costo es de aproximadamente 3 milpesos. No aumenta de peso y puede ser usado en mujeres lactantes ya que no contiene estrógenos, sin embargo puede producir alteraciones menstruales. A pesar de esto es un método muy recomendable ya que es muy seguro y económico y casi no causa daño.

3.5 Anillo vaginal

Es un círculo de material plástico flexible que libera estrógeno y progestágeno y se coloca por vía vaginal el primer día de la menstruación o terminando, se deja tres semanas y se retira a la cuarta semana, tiempo en que se presentara la nueva menstruación, su costo es de aproximadamente 250 pesos al mes. No debe de aplicarse en mujeres lactantes.

3.6Parche

Librea estrógenos y progestágenos de manera continua durante tres semanas, se coloca un parche por semana de preferencia en la región abdominal baja. En la cuarta semana se descansa.

Su costo es de aproximadamente 250 pesos al mes, es antiestético y se puede despegar con el sudor o el baño, no se puede usar en mujeres lactantes ni en pacientes mayores (40 años en adelante).

3.7Dispositivo intrauterino (DIU)

Es un aparato de material plástico flexible radiopaco que se coloca dentro de la cavidad uterina con el fin de evitar el embarazo

3.7.1Mecanismo de acción

El DIU produce un proceso inflamatorio local en el endometrio llamado endometritis aséptica por lo que se producen leucocitos, polimorfo nucleares y macrófagos que atacan a los espermatozoides.

También ayudan a impedir el embarazo ya que invierte la perístasis de las trompas de Falopio, además al DIU se le agregan metales que liberan iones de cobre y/o plata que van a acentuar el proceso inflamatorio del endometrio. También pueden contener progestágeno.

3.7.2 Efectos secundarios

Como efectos secundarios producen alteraciones menstruales, enfermedad inflamatoria pélvica crónica, amenorrea, mayor flujo, mayor predisposición a infecciones, dispareunia, predisposición a embarazo eutópico, molestias, incomodidad, reacción del cuerpo extraño, fallas y problemas psicológicos.

3.7.3 Contraindicaciones:

- Mujeres nulíparas
- Mujeres con sospecha de cáncer o cáncer comprobado
- Abortos sépticos
- Mujeres con úteros malformados
- Hemorragia trasvaginal no diagnosticada
- Antecedentes de embarazo ectópico
- Alergias a los materiales del DIU
- Cardiopatías valvulares
- Prolapso
- Puerperio

3.7.4 Complicaciones:

- ☒ Embarazo
- ☒ Embarazo ectópico
- ☒ Adherencias
- ☒ Esterilidad
- ☒ Endometritis

El DIU es un método muy económico y relativamente seguro aunque si es capaz de causar daño. Debe seleccionarse adecuadamente para cada paciente en individual, de acuerdo a sus necesidades, características autónomas y físicas de la usuaria. Por otro lado el DIU se puede retirar y recolocar uno nuevo al mismo tiempo, observando la asepsia y antisepsia adecuada.

3.8 Métodos de barrera

Son aquellos métodos anticonceptivos que actúan dificultando el paso de los espermatozoides de su camino hacia el ovulo.

Sus sustancias o implementos se colocan de manera local en el pene en el hombre o la vagina en la mujer.

3.9 Preservativo (condón)

Aparatos hechos de hule látex, son impermeables que además de proteger contra embarazo protegen contra enfermedades de trasmisión sexual (ETS).

Se presentan en bases individuales l lubricados, en colores y tamaños diferentes y algunos se le agregan espermaticidas, se requiere de una técnica especial para colocarlos, ya que si no se aplica de manera adecuada aumenta el porcentaje de fallas.

3.9.1 Contraindicaciones:

Puede existir alergia al látex o a los componentes del lubricante, en estos casos no deberá usarse por una posible reacción alérgica.

3.9.2 Complicaciones:

Al no utilizarse adecuadamente o utilizar preservativos de mala calidad puede no existir una adecuada o completa protección lo que puede llevar a complicaciones como: infecciones, embarazo, enfermedades de transmisión sexual (ETS).

3.9.3 Efectos secundarios: puede haber irritación local por los componentes del lubricante

3.10 Espermaticidas

Son sustancias químicas que tienen la propiedad de inmovilizar y matar al espermatozoide. Se presentan en jaleas, óvulos o cremas vaginales.

Su aplicación debe de ser de 15 a 30 minutos antes de la relación sexual para que se disgregue el componente químico y pueda actuar. Su efecto protector es de una hora, si en ese tiempo no se tuvo la relación, es necesario colocar otro. Se aplica uno por coito aún dentro de la misma hora de protección.

La eficacia dependerá de la disciplina de la usuaria y de su pareja así como de la calidad del medicamento.

3.10.1 Efectos secundarios:

- ✓ Irritación local
- ✓ Prurito
- ✓ Ardor/escozor
- ✓ Alergia a los componentes de la fórmula.

3.11 Diafragma

Es un capuchón de hule látex en forma circular semejando medio limón, ya que se coloca en el cérvix justo antes de la relación, debiendo retirarse al terminar el coito.

Es un método poco usado en nuestro país, tiene alto porcentaje de falla y para aumentar su eficacia se combina con un espermaticida.

3.11.1 Efectos secundarios:

- Irritación local
- Prurito
- escozor

3.11.2 Contraindicaciones: Alergia a los componentes de la formula.

3.12 Coito interrumpido

Es el método más antiguo ya que se han encontrado referencias de su uso en escritos griegos y romanos desde antes de Cristo.

Este método consiste en que el hombre se retira justo antes de eyacular dentro de la mujer, sin embargo, se requiere de un gran control por parte del hombre, para saber en qué momento retirarse, tomando en cuenta que una vez iniciada la eyaculación, no se puede detener, además en las secreciones pre-eyaculatorias ya van unos espermatozoides por lo que no es un método muy seguro.

3.12.1 Complicaciones: Embarazo: el coito interrumpido, al ser un método natural no causa daños en el organismo, sin embargo en no realizarlo de manera adecuada implica el riesgo de que se presente embarazo.

3.12.2 Efectos secundarios: Problemas psicológicos, ya que se pueden presentar embarazos no deseados en situaciones física, emocional y económicamente inestables.

3.13 Abstinencia sexual periódica (ritmo)

Este método se basa en la fertilidad de la mujer evitando tener relaciones los días fértiles. Es el único método aceptado por la iglesia católica, sin embargo, tiene muchas fallas debido a que la mujer no es exacta. El espermatozoide vive 72 horas y el óvulo 48 horas. Por otro lado, las glándulas endocervicales sirven como reservorio del espermatozoide en donde sobreviven una semana.

Para llevar a cabo este método con mayor seguridad se utilizan dos procedimientos auxiliares.

- Billings
- Ogino-knaus

- Billings: se basa en la valoración del moco cervical en su elasticidad o filancia, los cuales se interpretan de, a mayor elasticidad es igual a mayor fertilidad, si estira más de 10 centímetros es más fértil.

El moco debe obtenerse introduciendo dos dedos en la vagina. La falla se debe a que no se hace de manera correcta.

➤ Ogino-knaus: este método se basa en la toma de temperatura corporal basal diariamente tomando en cuenta que durante la ovulación se produce progesterona que actúa en el centro regulado del hipotálamo.

3.13.1 Efectos secundarios:

- ◆ Efectos psicológicos
- ◆ Ansiedad
- ◆ Conflictos con la pareja

3.13.2 Contraindicaciones:

- Indisciplina de la usuaria
- Se no se sabe utilizar
- Alteraciones menstruales
- Usuaris que toman medicamentos hormonales o esteroides

3.14 Anticonceptivo de emergencia (píldora de día siguiente)

Es un método de anticonceptivo hormonal que se usa en caso de coitos fortuitos en donde no hubo protección previa y esta debe de ser su única indicación. Están hechos a base de progestágeno en altas dosis debiendo administrarse en dos dosis o tabletas, la primera debe administrarse las primeros 12 horas después del coito y las segunda, 12 horas después de la primera.

3.14.1 Mecanismos de acción:

Alteran el endometrio de tal manera que impiden la anidación por lo tanto se consideran abortivos ya que producen micro abortos:

- Ø Alteraciones menstruales
- Ø Náuseas y vómitos por el contenido hormonal

3.14.2 Complicaciones:

- Ø Embarazos
- Ø Embarazos ectópicos

3.15 Lactancia

Es un método de protección natural que protege a la mujer contra el embarazo en un 50%. Es un método no recomendable por la alta secuencia de fallas. Si la usuaria lo quiere usar se recomienda que se acompañe de otros métodos.

3.15 Métodos empíricos

Son los métodos que tradicionalmente usan las mujeres para tratar de evitar el embarazo después del coito, tales métodos son: duchas vaginales con distintas sustancias (isodine, benzal, carbonato, vinagre). O ingesta de diferentes sustancias (ruda, orégano, etc.).

3.15.1 Complicaciones:

- Irritaciones vaginales
- Infecciones
- Embarazo
- Esterilidad

3.16 Métodos probablemente definitivos

3.16.1 Salpingoclasia

Es un procedimiento quirúrgico que se realiza con fines anticonceptivos y que consiste en obstruir las trompas de Falopio ligándolas y cortándolas para mayor eficacia. Aun así y con las mejores técnicas el porcentaje de fallas es de 0.003 ó 1 por cada 300 procedimientos.

Comúnmente se realiza en el post-parto inmediato mediante una incisión semicircular abdominal infra umbilical aunque puede hacerse máximo a las 72 horas.

Cuando se realiza fuera del parto o puerperio se le llama salpingoclasia de intervalo.

Como todo procedimiento quirúrgico la salpingoclasia requiere la entrada a quirófano con un procedimiento anestésico, asepsia y antisepsia adecuada. La anestesia puede ser local o regional.

Como toda cirugía puede presentar complicaciones que van desde leves hasta severas y van a depender de muchos factores, como son.

- ❖ La propia técnica quirúrgica
- ❖ Cirujano
- ❖ Material de sutura
- ❖ Estado de la paciente

Dichas complicaciones pueden ser:

- Ø Sangrado
- Ø Hematomas
- Ø Dehiscencia
- Ø Eventración

- Ø Evisceración
- Ø Ceromas
- Ø Infección
- Ø Ligaduras equivocadas
- Ø Complicaciones anestésicas
- Ø Fallas humanas (técnicas defectuosas)
- Ø Quemaduras (en la salpingoclasia laparoscópica)
- Ø Lesiones a órganos vecinos
- Ø Hernias
- Ø Pérdida de materias (cuerpos extraños)
- Ø Síndrome post-salpingoclasia que consiste en:

- Alteraciones menstruales
- Alteraciones psicológicas
- Depresión con cambios de carácter
- Disminución de la libido
- Síndrome de intestino irritable
- Alteración en el sueño
- Mastalgias
- Conflictos con la pareja

3.16.1 Técnicas quirúrgicas de salpingoclasia:

- ♣ Pomeroy
- ♣ Kröener
- ♣ Irving
- ♣ Anillos de yoon

- ♣ Essure
- ♣ Salpinguectomia

3.17 Embarazo

El embarazo es el estado fisiológico pasajero que inicia con la unión del óvulo con el espermatozoide (fecundación) y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

La especie humana está programada genéticamente para tener un solo producto por cada embarazo, más de un producto es anormal o patológico.

Aunque el embarazo es un proceso natural es capaz por sí mismo de desencadenar patologías que ponen en peligro la vida de la madre.

Un embarazo que llega a término dura 280 días, 40 semanas, 9 meses 2 mitades y 3 trimestres.

3.16.1 Divisiones

El embarazo se divide o clasifica de acuerdo a la etapa de la gestación en la que se encuentra y es de la siguiente manera:

- Aborto: de las 0 a las 20 semanas de gestación.
- Inmaduro: de las 20 a las 28 semanas de gestación.
- Pre-término: de las 28 a las 37 semanas de gestación.
- Término: de las 37 a las 42 semanas de gestación.
- Post- término: de las 42 semanas de gestación en adelante

3.17 Control Prenatal

Son una serie de medidas y consultas que debe seguir la mujer embarazada hasta el momento del parto.

3.17.1 Objetivo

Identificar algún dato anormal que perjudique la buena evolución del embarazo, de tal manera que se garantice que ese embarazo termine con una madre e hijo sanos.

- 1) Evaluar integralmente a la gestante y al feto
- 2) Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna
- 3) Prevenir, diagnóstico y tratar las complicaciones del embarazo
- 4) Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como al entorno familiar
- 5) Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja, la familia y la propia comunidad
- 6) Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal
- 7) Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido
- 8) Prevenir el tétanos neonatal (vacuna antitetánica)
- 9) Detectar el cáncer de cérvix uterino (Papanicolaou) y la patología mamaria
- 10) Promover la salud reproductiva y la planificación familiar
- 11) Promover la adecuada nutrición
- 12) Prevenir y/o tratar la anemia

Se lleva a cabo mediante consultas prenatales la cuales se harán con la siguiente frecuencia.

- a) Desde el día del embarazo hasta las 30 semanas de gestación, se harán cada mes.
- b) De las 30 semanas de gestación a las 36 semanas de gestación se harán cada dos semanas.
- c) De las 36 semanas de gestación al término, se harán cada semana.

Si el embarazo es de alto riesgo entonces las consultas deben ser más frecuentes a criterio de quien revisa al paciente.

3.17.2 Esquema mínimo de la atención prenatal

- Anamnesis
- Medición del peso
- Medición de la talla
- Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura
- Examen clínico integral
- Examen de mamas y pezones
- Evaluación del estado nutricional
- Examen gineco obstétrica
- Confirmación del embarazo
- Medición de la altura uterina
- Evaluación del crecimiento fetal

- Cálculo de edad gestacional
- Descarte de embarazo múltiple
- Evaluación clínica del volumen del líquido amniótico
- Auscultación de los latidos fetales
- Evaluación movimientos fetales
- Evaluación clínica de la pelvis
- Diagnóstico de la presentación fetal
- Detección de cáncer cervical
- Detección de complicaciones
- Administración de hierro y ácido fólico, calcio
- Charlas Educativas
- Detección de violencia familiar
- Consejería
- Información sobre Planificación Familiar

3.18 Higiene en el embarazo

- a) Baño diario
- b) Aseo genital con jabón neutro
- c) Aseo bucal después de cada alimento (enjuague bucal)
- d) Aseo de orificios naturales
- e) Cambio de ropa interior diario

- f) Ropa interior 100% algodón o seda
- g) Ropa holgada, de colores vivos y claros, evitar negro, azul marino, gris y café
- h) Ropa acorde a la temporada, de fibras naturales
- i) Calzado bajo, tacones no más de 5 cm, suela corrugada o antiderrapante, zapatos cómodos
- j) Prohibido juegos acuáticos
- k) Restringir baños en albercas por riesgo de infecciones
- l) No ponerse en el sol directamente o durante mucho tiempo. Si se expone al sol usar protector solar
- m) Evitar permanecer en lugares calientes o fuentes de calor
- n) Evitar agua muy caliente
- o) Evitar pantalones ajustados, panti protectores, pantimedias y licras
- p) Usar fajas de maternidad o soportes abdominales
- q) Usar desodorante, no anti transpiraste (por la hiperhidrosis)
- r) Corte adecuado de uñas, tanto manos como pies
- s) Lubricar el pezón y la aureola para evitar grietas
- t) Si se utilizan tintes que sean de origen animal
- u) Evitar inhalar solventes
- v) Limitar la vida sexual por el riesgo de infecciones, amenazas de aborto, embarazos prematuros, ruptura prematura de membranas, desprendimiento de placenta, desencadenamiento del trabajo de parto.

3.19 Recomendaciones dietéticas

La embarazada no debe tener dietas y con menos razón de reducción, pero se debe evitar el exceso de grasa, irritantes y condimentos, refrescos principalmente negro (porque hay disminución de calcio) disminuir el consumo de repostería, tomar al menos 1500 ml de agua en 24 horas, evitar alimentos entre comidas, de preferencia disminuir el consumo de azúcar, se pueden tomar alimentos light disminuir sal.

Últimamente se ha visto que el consumo excesivo de alimentos con mucho químicos o conservadores pueden producir reflujo en el recién nacido, además de intolerancia a la lactosa.

3.19.1 Alimentación en la embarazada

Tradicionalmente, por muchas generaciones la alimentación del mexicano es muy deficiente, ya que, aunque generalmente es buena en cantidad, es deficiente en calidad. En esto influyen varios factores culturales, económicos, sociales, o si se tiene los medios económicos no sabemos comprar alimentos, comprando alimentos que nos llenan pero no nos nutren.

La alimentación debe ser equilibrada en cuanto nos dé la sensación de plenitud pero también nos nutra aportando una adecuada cantidad de sustancias que ayuden al buen funcionamiento del organismo.

3.19.2 Nutrición

Es la satisfacción de las necesidades orgánicas en cuanto a requerimientos diarios para lograr un funcionamiento óptimo o ideal de todos los aparatos y sistemas del organismo. Dificilmente la mujer embarazada tendrá que ponerse a dieta de reducción a menos que existan situaciones especiales (diabetes mellitus, obesidad mórbida, caquexia, marasmo o tiroides).

La mujer embarazada debe comer todo porque todo lo ocupa su bebé para un buen desarrollo pero debe hacerlo de manera balanceada con una buena nutrición, de no ser así podría causar efectos negativos. Lo dicho anteriormente se reflejara en el siguiente cuadro.

Parámetro	Buena nutrición	Mala nutrición
Dentadura	Dientes fuertes, sanos, resistentes a las caries	Débiles, frágiles, disposición a caries
Huesos	Fuertes, sanos, resistentes a las fracturas, menor disposición a osteoporosis	Frágiles, disposición a fracturas y osteoporosis
Sistema inmunitario	Sistema inmunológico fortalecido, mayor resistencia a enfermedades y mejor evolución cuando estas se presentan. Mayor aparición de cáncer	Mayor disposición a enfermedades en general, cuando se presentan son difíciles erradicar o se vuelven crónicas, mayor predisposición a cáncer e infecciones
Cicatrización	La cicatrización es rápida, con mejor evolución posterior, menos infecciones, menos queloides	Cicatrización lenta, mayor tendencia a infecciones y cierres defectuosos de la herida.
Desarrollo psicomotor	Buen desarrollo psicomotor, facilidad para aprender, buen desarrollo de habilidades, mejor aprovechamiento escolar, mejor desarrollo neurológico, mayor coeficiente intelectual	Retardo en el desarrollo psicomotor, dificultad en el aprendizaje, menor coeficiente intelectual
Longevidad	Mayor esperanza de vida con una buena calidad	Menor longevidad, menor calidad de vida, mayor predisposición a enfermedades crónicas degenerativas

3.19.3 Nutrientes Básicos

- ◆ Vitaminas
- ◆ Minerales
- ◆ Proteínas
- ◆ Carbohidratos
- ◆ Grasas

Cada uno de los nutrientes básicos son indispensables para la vida en mayor o menor cantidad y son básicos para el buen desarrollo y funcionamiento de los aparatos y sistemas del organismo así como para el crecimiento y desarrollo del bebé durante el embarazo.

3.19.4 Requerimientos diarios

Nutriente	Mujer no embarazada	Mujer embarazada	Mujer lactante
Calorías	2 mil	2500	2200
Proteínas	50 gr	60 gr	65 gr
Vitamina A	800 Mcg	900 Mcg	1300 Mcg
Vitamina B1	1.1 mg	1.5 mg	1.6 mg
Vitamina B2	1.3 mg	1.6 mg	1.8 mg
Vitamina B5			
Vitamina B6	1.6 mg	2.2 mg	2.6 mg
Vitamina B9	200 Mcg	5 mg	400 Mcg
Vitamina B12	2 Mcg	2.4 Mcg	2.6 Mcg
Vitamina C	60 mg	70 mg	90 mg
Vitamina D	10 Mcg	10 Mcg	12 Mcg
Vitamina E	8 Mcg	10 Mcg	12 Mcg
Vitamina K	65 Mcg	65 Mcg	65 Mcg
Calcio	200 mg	1200 mg	1200 mg
Fierro	15 mg	30 mg	20 mg
Fosforo	1200 mg	1200 mg	1200 mg
Iodo	150 Mcg	175 Mcg	200 Mcg
Magnesio	250 mg	320 mg	355 mg
Zinc	12 mg	15 mg	15 mg
Boro	1 mg	1.5 mg	1.2 mg

Potasio	3-5 mg	4.7 mg	5.1 mg
Magnesio	1.5-3 mg	1.5-3 mg	1.5-3 mg

3.19.4 Aumento de peso

No es correcta la idea que en el embarazo se sube un kilo por mes. El aumento de peso en el embarazo siempre será de acuerdo al peso con el que se inicia el embarazo o bien en base a si IMC (índice de masa corporal), de esta manera una paciente embarazada que entra delgada al embarazo se le puede tolerar un mayor aumento en comparación a aquella que entra con sobrepeso u obesidad.

El aumento de peso debe ser:

Delgada de 15 a 18 kilos

Peso ideal de 11 a 13 kilos

Sobrepeso u obesidad 9 a 10 kilos

Los pesos anteriormente mencionados no son absolutos por lo que puede tener variaciones, pero nos sirven para tener una referencia de la evolución del embarazo. En situaciones especiales (diabetes, tiroides, etc.) la variación del peso será acorde a la paciente en específico.

CAPITULO 4: PSICOPROFILAXIS PERINATAI

4.1 Concepto:

La psicoprofilaxis perinatal es un conjunto de actividades de preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para contribuir a un embarazo, parto y puerperio sin temor, ni dolor, y a la disminución de la morbilidad y la mortalidad materno-perinatal.

4.2 Objetivos

- Capacitar a la gestante, teórica, física y psicológica, acerca de los cambios fisiológicos del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones.
- Motivar que el mayor número de gestantes acuden a la atención prenatal y promover el parto institucional.
- Desarrollar actividades específicas por grupos de gestantes, considerando factores como edad, paridad y situaciones especiales.
- Estimular la participación activa de la gestante durante el trabajo de parto y parto.
- Fomentar y comprometer la participación y acompañamiento de la pareja durante la gestación, parto y postparto.
- Desarrollar sesiones de gimnasia obstétrica, acorde con los hallazgos clínicos.
- Capacitar a los gestantes para el cuidado del recién nacido.
- Promover la lactancia materna
- Promover la elección de un método de planificación familiar postparto.
- Apoyar en la elaboración del plan para la atención del parto o en caso de una emergencia obstétrica.

4.3 La psicoprofilaxis como estrategia del cuidado

Desde el inicio de la humanidad se han creado una multitud de recursos para disminuir, inhibir y evitar el dolor durante el parto.

Se pensaba que el dolor era un componente biológico de la contracción uterina y que el útero causaba dolor al contraerse.

Ahora se sabe que el dolor puede ser un acompañante de la contracción uterina pero en condiciones fisiológicas puede disminuirse. Ese dolor, por si solo o combinado con miedo afecta las características de la contractilidad uterina. Cuando se suprime al dolor durante el trabajo de parto se favorece la evolución del mismo y se mejora la calidad del nacimiento, además de aumentar la satisfacción experimentada en el embarazo, trabajo de parto y nacimiento.

La psicoprofilaxis obstétrica es una disciplina médica que apoya a la salud reproductiva, cuyos fundamentos científicos han sido derivados de la medicina, bioquímica, fisiología, psicología, entre otras ciencias.

Las psicoprofilaxis es una analgesia verbal que se basa en la educación racional de la embarazada y es fundamentalmente distinta de los demás métodos de la analgesia obstétrica.

Gracias a la psicoprofilaxis perinatal, las mujeres pierden la actitud pasiva que adoptan casi todas al llegar el momento del nacimiento, saben lo que va a suceder y

aprenden a adaptarse y a controlar las modificaciones que ocurren en su organismo durante el proceso del nacimiento.

Este método a diferencia de otros:

- / No causa toxicidad ni en el feto o recién nacido.
- / Propicia la participación activa y completa de la mujer.

Este método tiene ciertas reglas y disciplinas y debe aplicarse consciente e inteligentemente. No es un método fácil, exige un esfuerzo colectivo, que enriquece a todos los participantes. Su resultado es el nacimiento en las mejores condiciones posibles para la madre y para el hijo.

4.4 Cuidados en el embarazo parto y puerperio

Es importante considerar los cambios que sufre la embarazada por el mismo embarazo condicionan alteraciones en todos los aparatos y sistemas y a partir de estos serán los cuidados de enfermería a realizar durante el control prenatal, el trabajo de parto y puerperio. Enseñar a la mujer sobre estos cambios normales les permitirá reconocer aquellos que no lo sean y que serán factores que ocasionarán peligro y complicaciones en su salud y por lo tanto en el bebé.

4.5 Cambios en la mujer: Adaptación materna al embarazo

Se refiere a los cambios normales que ocurren en la mujer embarazada a lo largo de todo su embarazo, su parto y su puerperio y que no indican patología.

Las modificaciones fisiológicas, psicológicas y anatómicas que se originan en el embarazo son múltiples, y el personal de salud que es quien se encarga de la atención a estas pacientes, deben saber distinguir las modificaciones y diferenciarlas de cuando haya patología, con el objetivo de llevar a buen término el embarazo todo lo cual se lleva a cabo mediante la consulta prenatal.

4.5.1 Cambios psicológicos

Existe labilidad, la mujer está vulnerable ante cualquier situación desde el punto de vista emocional, por lo que cualquier actitud hacia ella, de cualquier persona, pudiera desencadenar un estado depresivo.

Por otro lado la mujer embarazada reclama mucho cariño, amor respeto y comprensión, por parte del círculo donde se desenvuelve. En el caso de las madres solteras, su estado emocional es más complicado por diversas situaciones que tendrá que enfrentar.

La mujer embarazada tiene dos grandes temores durante su embarazo, el primero es el cómo estará su bebé en cuanto integridad general (psicológica, anatómica y funcional) y la segunda es el cómo le va a ir durante el parto. Estas dos grandes preocupaciones le causan angustia, ansiedad, insomnio, cambios de carácter y depresión, sobre todo en las primigestas que no tienen la experiencia o los conocimientos adecuados y reciben mala información o una información alterada por parte de personas cercanas. El personal de salud, especialmente el personal de enfermería quien está en más íntimo contacto con las

pacientes, debe de dar una información clara, veraz, sin agregar ni quitar nada, ya que la embarazada que llega bien informada al parto coopera más y es menos aprensiva.

El apetito caprichoso o, como es conocido comúnmente, los antojos no son más que un reclamo psicológico de la mujer embarazada hacia la pareja o las personas con las que convive. Esta es una forma figurativa que utiliza para darse cuenta cuanto la quieren o cuanto puede esperar de las personas ya que generalmente son antojos exóticos o difíciles de conseguir. Se debe, en este aspecto, brindar un apoyo emocional a la paciente y valorar hasta que momento es normal o es exagerado.

La mujer embarazada pierde su figura anatómica lo que también va a ocasionar ansiedad y angustia ya que se cree en desventaja o menos atractiva hacia el hombre, lo que podría traer conflictos con la pareja.

Otros cambios psicológicos son la mayor tendencia al llanto, disminución de la libido, lo que podría también traer conflictos con la pareja.

También hay aumento de cefaleas tensionales, fatiga somnolencia y en caso raros puede haber polifagia y una característica especial de las embarazadas es que magnifican los problemas lo que causa el aumento de stress y tensión.

En muy raros casos puede haber divorcio e inclusive intentos de suicidio en estados depresivos severos, por lo que en estos casos, se debe canalizar a la paciente con un psicólogo o psiquiatra.

4.5.2 Cambios a nivel del aparato reproductor: a nivel del útero

El útero sufre hipertrofia en mayor grado e hiperplasia en menor grado, así, que de tener una capacidad de 10 fuera del embarazo, al final del embarazo el útero tiene una capacidad de 10 litros, lo que significa un aumento de 1000 veces su capacidad, lo que no hace ningún otro órgano del cuerpo humano.

El final del embarazo, en el último trimestre, en los ángulos corneales del útero, aparecen unas zonas específicas que reciben el nombre de Marcapasos Uterinos y que van a ser los sitios en donde nacen los impulsos eléctricos que darán origen a las contracciones uterinas y estas contracciones son de arriba hacia abajo y deben ser concéntricas de manera que ejerzan la presión hacia el cérvix de tal manera que impulse al bebé hacia el canal del parto.

El crecimiento uterino es más hacia la parte superior y menos hacia los lados. El crecimiento no se ve impedido por algún órgano interno normal, excepto cuando haya una patología tumoral.

Es normal que durante la segunda mitad del embarazo se presenten unas pequeñas contracciones uterinas que no son dolorosas, son de poca duración, poca intensidad y que no modifican el cuello uterino y por lo tanto no requieren tratamiento y se les conoce como contracciones de Braxton-Hicks.

4.5.3A nivel del cérvix

Se presenta el signo de Hegar y signo de Chadwick, el moco cervical se produce en mayor cantidad, formando el tapón de moco: denso, adherente y muy celular con propiedades bacteriostáticas. Dicho tapón impide el paso de bacterias, gérmenes hacia el útero, éste tapón permanece durante todo el embarazo, y se expulsa de manera espontánea entre 24 y 48 , antes del parto cuando el cérvix se empieza a dilatar, este hecho nos indica la proximidad del parto aunque no siempre se expulsa.

4.5.4A nivel de la vagina

El pH tiende a alcalinizarse lo que ocasiona aumento de flujo vaginal así como mayor predisposición a flujos vaginales, se presenta el signo de Chadwick.

4.5.5A nivel de la vulva

Congestión vascular por aumento de flujo sanguíneo lo que puede ocasionar varices vulvares, aumento de la producción de grasa de los labios menores con fines de lubricación. Las glándulas de Bartolin se hipotrofian.

4.5.6A nivel de los ovarios

Se suspenden las ovulaciones por ausencia de FSH, por lo tanto no hay maduración folicular, no hay menstruación.

4.5.7Abdomen

La piel se estira conforme avanza el embarazo y crece el útero, pudiendo aparecer “estrías gravídicas”, que también se pueden presentar en la cara externa de mamas, muslos o en región de las nalgas.

También aparece la “línea morena” del embarazo en la línea media del abdomen que se trata de una hiperpigmentación supra e infraumbilical, debido a una acumulación de melanina, sin saberse la causa exacta. También puede aparecer vello en todo el abdomen pero es un bello fino delgado, que desaparece después del parto. Puede hacerse evidente la diastasis de rectos.

También es común que aparezcan las hernias umbilicales, casi siempre la segunda mitad de embarazo pero comúnmente no requieren tratamiento, al menos que sufran un estrangulamiento o encarcelamiento, de lo contrario pueden usar fajas de maternidad durante todo el embarazo.

4.5.8 Aparato cardiovascular.

- ☞ El gasto cardiaco aumenta entre un 30 y un 20 %.
- ☞ La frecuencia cardiaca aumenta entre 10 y 15 latidos por minuto.
- ☞ La presión arterial baja.
- ☞ El volumen sanguíneo aumenta un 45 %.
- ☞ En el electrocardiograma el eje se desvía ligeramente hacia la izquierda, la onda T se invierte y la onda Q se acorta y puede llegar a invertirse sobre todo en el tercer trimestre.
- ☞ Hay un desdoblamiento del primer ruido cardiaco durante la sístole pudiendo aparecer un soplo de eyección a lo largo del esternón.
- ☞ Puede haber disnea de medianos esfuerzos pero sin producir cianosis.

4.5.9 Aparato respiratorio.

- / El consumo de oxígeno aumenta un 25%.
- / La ventilación pulmonar aumenta un 40%.
- / La capacidad pulmonar residual disminuye.
- / El diafragma se eleva 4 cm debido al crecimiento uterino.
- / La frecuencia respiratoria aumenta.
- / Disnea de medianos esfuerzos en un 60% de las embarazadas.
- / Ligera alcalosis respiratoria.
- / Disminuye el volumen pulmonar residual.
- / Mayo predisposición a enfermedades respiratorias.

4.5.10 Aparato urinario

- Gasto urinario aumenta en proporción a la ingesta de líquidos.
- La tasa de filtración glomerular aumenta de un 30 a 50%.
- El riñón crece un cm aproximadamente.
- El flujo plasmático aumenta.
- El flujo renal aumenta.
- La pelvícula renal se dilata.
- Los cálices sufren dilatación.
- Aumenta la filtración de sodio.
- Aumenta el pH de la orina haciéndose alcalino.
- Los ureteros se dilatan.
- La vejiga se vuelve hipotónica.
- La orina circula más lenta (estasis urinaria).
- La absorción de agua es mayor y la excreción de sodio es menor por lo que hay mayor retención de líquidos por lo que un 20 a 80 % presentarían edema fisiológico

4.5.10.1 Cambios que Presenta la Mujer Embarazada que Favorecen o Propician un Aumento en la Frecuencia de Infecciones de Vías Urinarias.

- ❖ Dilatación de ureteros.
- ❖ Dilatación de la pelvis renal.
- ❖ Dilatación de los cálices.
- ❖ Circulación lenta de orina (estasis urinaria).
- ❖ Vejiga hipotónica.
- ❖ pH alcalino de la orina.
- ❖ Aumento de excreción de nutrientes en la orina.
- ❖ Menor consumo de líquidos.

- ❖ Aumento de flujo transvaginal.
- ❖ Estado de inmunosupresión.
- ❖ Sedentarismo.
- ❖ Uretra corta.
- ❖ Cercanía del ano.
- ❖ Malos hábitos higiénicos.
- ❖ Malos hábitos alimenticios: aumento de consumo de dulces y carbohidratos.

4.5.11 Aparato digestivo

- Náuseas.
- Vómitos.
- Disfagia.
- Taquifagia.
- Bradifagia.
- Sialorrea.
- Anorexia.
- Hiperexia.
- Pérdida de peso en el primer trimestre.
- Pirosis.
- Regurgitaciones.
- Sensación de vacío gástrico.
- Vaciamiento gástrico lento.
- Circulación biliar lenta (colestasis intrahepática)
- Prurito.
- Mala digestión

El conocimiento de todos estos cambios en el embarazo vuelven a la mujer responsable de su salud y permiten tener su propio plan para el nacimiento, autocuidado de su salud y la de su hijo.

El autocuidado es un tema muy importante dentro de la salud, y no sólo de la embarazada, si no de todas las personas en general. El autocuidado es una herramienta muy útil que el personal especializado brinda a su paciente, ya que de esta manera, su bienestar no solo dependerá del cuidado y estrategias médicas, sino también de las propias estrategias y opiniones de la propia paciente acerca del cuidado de su salud de acuerdo a sus necesidades personales.

La educación que se le brinda a la madre, ayudan a canalizar preocupaciones, detectar factores de riesgo o signos y síntomas de alarma oportunamente y los capacita para la toma de decisiones.

La enfermera, como el profesional de la salud que está en más constante contacto con la paciente, y quien se carga en primera instancia de su atención y cuidados, debe de conocer todos los cambios físicos y emocionales ya mencionados que la mujer experimenta. Es importante que la enfermera reconozca la importancia de orientar a la mujer en relación a todos estos cambios.

4.6 Estimulación intrauterina

Se define como el medio de estimulación intrauterina en la cual se recurren a ondas sonoras para producir cambios favorables en el feto así como para favorecer un vínculo entre madre e hijo.

La estimulación prenatal es considerada como la técnica, que a través de estímulos sonoros, auditivos, ópticos, vestibulares (movimiento), presión y vibración, se puede comunicar con el bebé desde antes de nacer. Estos estímulos se dan de manera inconsciente cuando la madre no cuenta con una preparación acerca de la estimulación pre-natal como: al bañarse estimula su vientre, al caminar, al hablar, al cantar, etc. Y la estimulación consciente, cuando ya se tiene la información, la madre aprende las técnicas para

desarrollar durante el embarazo. El feto aprende a reconocer y responde a estímulos externos, lo que favorece al desarrollo sensorial, físico y mental.

La estimulación temprana a través de la música-terapia como técnica, es importante para el desarrollo en las áreas prácticas, por lo que es importante en la estimulación intrauterina desarrollando así su sistema nervioso central.

Se ha comprobado que el útero no es un medio hermético y que el bebé percibe la luz, la voz de la madre, los ruidos de exterior, hasta el tono con que se le hable. Los niños prematuros al escuchar los sonidos del útero materno suben de peso de forma más rápida.

Una madre tranquila y feliz con su embarazo, lo transmite al el bebé, al contrario de una mujer rodeada de problemas, derivará a la larga un ser con problemas de comunicación, timidez, entre otras alteraciones.

Es trascendental que la mujer embarazada sostenga un vínculo temprano y cree un estado de plenitud y tranquilidad recurriendo a estímulos externos para estimular al feto.

El programa puede ser incorporado como un plan de trabajo de tipo preventivo, en madres sin problemas pero que deseen tener hijos con áreas desarrolladas, así como medio de apoyo en niños con problemas existentes.

La estimulación intrauterina debe iniciar a partir de las 20 semanas de gestación, el feto tiene la capacidad de escuchar y responder con movimiento. Parte importante de los

cuidados de enfermería es dar a conocer la importancia que tiene para el feto y la madre la estimulación intrauterina.

La enfermera debe considerar lo siguiente:

- 1) El tiempo de estimulación debe de ser de 20 a 30 minutos al día.
- 2) Que la mujer haya ingerido fruta o líquido antes de iniciar la sesión.
- 3) Distribuir el tiempo para la estimulación:
 - a. Auditiva
 - b. Óptica
 - c. Vestibular (movimiento)
 - d. Táctil

a) Ejercicios de la área auditiva: serán a través de platicar con el bebé, el pronunciar su nombre, expresarle su cariño, todo esto de manera positiva, cantarle canciones, tocar algún instrumento o poner música instrumental.

b) Ejercicios ópticos: el nervio óptico se forma a las 28 semanas de gestación, a las 29 semanas percibe su propia mano, ve el entorno del vientre y hace movimientos faciales ante estímulos visuales y es muy sensible a la luz. A partir de las 21 semanas de gestación el feto puede recibir estímulos luminosos. A partir de las 31 semanas de gestación el nervio óptico está maduro y percibe puntos luminosos.

Los ejercicios a realizar serán: una linterna de mano se pasa por el abdomen tres veces apagándola y encendiéndola en un tiempo de diez minutos una vez a la semana.

c) Ejercicios de movimiento: el sistema vestibular está localizado en el oído interno, este sentido madura el equilibrio del bebé, por lo que puede percibir las sensaciones al caminar, bailar y desplazarse de la madre.

Los ejercicios que realizará la mujer serán por lo menos de 20 minutos.

d) Ejercicios táctiles: se realizan caricias y masajes circular en el abdomen, a partir de que se detectan los movimientos fetales y al mismo tiempo se platica con el

bebé, el baño con regadera es una forma de estimular al feto, hacer presión suave con las manos cuando el bebé se mueve.

4.6.1 Beneficios de la estimulación

- ❖ Ayudarán al bebé a comunicarse con sus padres
- ❖ Ayudará al bebé a enfocar su atención
- ❖ Le enseña al bebé a diferenciar los sonidos y las voces que vienen del mundo exterior
- ❖ Se enseña que los sonidos tienen significado y pueden ser usados para comunicarse
- ❖ Le enseña el concepto del ritmo
- ❖ Mejora el equilibrio
- ❖ Desarrolla y ejercita la memoria

4.7 Mecánica corporal durante el embarazo

La mecánica corporal se entiende como el movimiento o el uso del cuerpo al aplicar energía. El objetivo principal de la mecánica corporal es disminuir las molestias que se tienen durante el embarazo por cambios hormonales y posturales; el crecimiento uterino cambia el centro de gravedad que es el punto donde se concentra todo el peso corporal, provocando una lordosis en el embarazo y como consecuencia una tensión muscular.

Los huesos que se ven afectados por los cambios durante el embarazo son: la columna vertebral, los huesos largos de piernas y brazos y sobre todo la pelvis que sufre cambios en sus articulaciones para ensancharse y dar cabida al feto. Por lo anterior es de suma importancia que la mujer embarazada realice un programa de ejercicio físico, en donde se corrija la posición y relaje los músculos de la columna. Los cuidados de

enfermería para proporcionarle a la mujer una orientación sobre cómo mejorar su mecánica corporal, serán en base a las molestias que presente la mujer como:

- i. Dolores lumbares por un aumento de peso, mala postura al caminar, dormir, sentarse, etc.
- ii. Dolor púbico por reblandecimiento articular por los cambios hormonales.
- iii. Dolor inguinal debido a una extensión del ligamento redondo a consecuencia del crecimiento uterino.
- iv. Calambre debido a una insuficiencia sanguínea, deficiencia de Ca, Na, K, el uso de ropa ajustada, fatiga excesiva, períodos prolongados en una posición.

Por todo lo anterior es importante que la mujer embarazada realice una rutina de ejercicio físico ya que este le permitirá corregir la postura, así como disminuir la tensión muscular. El ejercicio está orientado al desarrollo de la resistencia aeróbica y la adecuación motora, aspectos esenciales para el embarazo y trabajo de parto (TDP), debido a que durante el embarazo se incrementa el ritmo respiratorio y por consiguiente el consumo de oxígeno; su aplicación depende de una eficiente adaptación del sistema cardiorrespiratorio.

4.8 Posiciones durante el embarazo

Las posiciones que debe adoptar la mujer durante el embarazo serán aquellas que favorezcan la circulación y mejoren la postura como:

- Al descansar, es conveniente que coloque un pequeño cojín entre sus piernas para mejorar la circulación.
- Al caminar deberá tratar de no echar hacia adelante tratando de enderezar la espalda para evitar el dolor lumbar.
- Al sentarse es recomendable indicarle que se coloque un cojín en la espalda para corregir la postura y evitar dolor, debe evitar cruzar las piernas cuando esté

sentada ya que esto disminuye la circulación. Es importante que al corregir la postura la mujer tendrá una mejor circulación y con ello mayor aporte sanguíneo al feto.

En relación a la adecuación motora evidentemente debe ser estimulada sobre todo en lo referente a la fuerza de los músculos abdominales y de la región pélvica que juega un papel básico en el parto, concretamente en el momento de la expulsión así como la estructura ósea que en su dinámica articular requiere de una mayor amplitud de movimiento, el cual se manifiesta desarrollando flexibilidad, particularmente de las articulaciones coxofemorales e interlumbares.

4.9 Ejercicios durante el embarazo y el puerperio

El ejercicio debe de tener como fin el mantener la condición física dentro de las limitaciones fisiológicas del embarazo, poniendo especial cuidado en evitar los esfuerzos y la fatiga.

Se debe iniciar un calentamiento de articulaciones y movimientos de flexión antes de iniciar el ejercicio, intercalar con el ejercicio, períodos de descanso y relajación.

La prescripción debe dirigirse también a corregir los cambios posturales del embarazo. Debe también tomar en cuenta los problemas ortopédicos comunes en las mujeres embarazadas como son lumbalgia, dolor en rodillas, calambres y dolor en piernas.

Las actividades de flexibilidad y relajación pueden afectar las articulaciones ya flojas y provocar o agravar las molestias.

Las recomendaciones de ejercicio durante el embarazo deben ser personalizadas de acuerdo a la situación particular de cada mujer.

- Tomar la respiración y temperatura de la madre, FCF del feto antes del ejercicio
- Realizar algunos ejercicios respiratorios antes de iniciar con el ejercicio físico, esto le ayudará a disminuir su estrés y favorecer la circulación feto placentaria.
- Se tomarán en cuenta las condiciones de cada paciente para adecuar las técnicas específicas.

Es importante vislumbrar el nacimiento no sólo como algo biológico, sino que se atienda la seguridad y la salud en los aspectos emocionales y espirituales inherentes al proceso del parto.

Desde esta perspectiva se considera como un proceso dinámico, en donde la mujer pueda adquirir información básica sobre los aspectos físicos y emocionales del embarazo, parto y puerperio.

Las estrategias utilizadas en psicoprofilaxis se deben realizar a partir del quinto mes, con la finalidad de que la pareja las aprenda y las ponga en práctica durante el parto, sin embargo la mayoría de las gestantes no cuentan con esta información previa por lo tanto el Lic. En enfermería y el personal de salud, tiene la responsabilidad de proporcionar atención de calidad en el momento que la paciente lo requiere.

En términos generales se recomienda a la mujer que realice ejercicios después de la semana 20 de gestación y a los 15 días de un parto normal, o bien a los 30 días de una

cesárea, con la intención de que sus sistemas osteoarticular y muscular (sobre todo de la pared abdominal) mejoren su tono y recuperen su flexibilidad.

4.9.1 Objetivos que persigue el ejercicio físico

- ⌘ Mejora la postura durante el embarazo
- ⌘ Reforzar los músculos necesarios para el momento del trabajo de parto
- ⌘ Dar mayor elasticidad y flexibilidad a los músculos y tejidos que tienen cambios durante el embarazo y que se utilizan durante el trabajo de parto y el parto.
- ⌘ Activar la circulación sanguínea, en especial de las piernas
- ⌘ Preparar los senos para la lactancia
- ⌘ Proporcionar mayor confianza a la embarazada en el manejo y control de su cuerpo
- ⌘ Favorecer una adecuada y rápida recuperación después del post parto.

4.9.2 Recomendaciones

- *La F.C. materna no deberá exceder a 140 latidos por minuto
- *Las actividades de gran esfuerzo no deberán exceder de 15 minutos
- *No realizar ningún ejercicio en posición supina después del 4^o mes de gestación
- *Ingesta calórica adecuada al ejercicio realizado
- *Que la temperatura materna no exceda los 38^oC
- *Suspender los ejercicios al presentarse los siguientes signos y síntomas en la paciente
- *Dolor, hemorragia, mareo, falta de aliento, taquicardia, sensación de desmayo
- *Cada ejercicio debe realizarse de forma lenta y suave, sin forzar
- *La inclusión de nuevos ejercicios se hará de forma progresiva

4.9.3 *Contraindicaciones*

1. Procesos hipertensivos
2. Arritmias
3. Cardiopatías
4. Retraso del crecimiento intrauterino
5. Anemia (por la disminución de la capacidad ventilatoria a causa de un transporte de oxígeno deficiente)
6. Amenaza de parto pre-término
7. Embarazo gemelar
8. Hemorragia
9. Diabetes
10. Sobrepeso
11. Placenta previa
12. Antecedentes de placenta previa
13. Enfermedades tiroideas

Las áreas corporales a trabajar son:

- Cuello
- Hombros y brazos
- Pectorales
- Abdomen
- Pelvis
- Glúteos
- Muslos
- Piso pélvico

Durante la actividad física se debe trabajar bajo la siguiente dinámica:

- Calentamiento
- Coordinación
- Trabajo muscular
- Estiramiento
- Ejercicios de piso pélvico
- Desarrollo flexibilidad

4.9.4 Riesgos durante el ejercicio

Cuando el estado físico de la mujer se evalúa en forma inadecuada y el ejercicio se prescribe indebidamente o cuando la mujer se excede de las indicaciones, se pueden presentar riesgos tanto para la madre como para el feto.

Los riesgos para la madre pueden ser: lesiones músculo esquelético, complicaciones cardiovasculares, trabajo de parto prematuro e hipoglucemia. También los riesgos fetales incluyen sufrimiento fetal, retardo en el crecimiento intrauterino, prematuridad.

4.9.5 Lineamientos para el ejercicio durante el embarazo

- a) El inicio de la actividad física será a partir de las 20 SDG
- b) El ritmo cardiaco no debe exceder 140 latidos por minuto
- c) Las actividades fuertes no deben durar más de 15 minutos
- d) No realizar ejercicios en posición supina
- e) Evitarse los ejercicios con la maniobra de Valsalva antes de las 37 semanas de gestación
- f) No exceder la temperatura corporal más de los 37°C
- g) No utilizar ejercicios con salto

- h) Realizar los ejercicios en piso de madera o con alfombra para reducir el golpeteo
- i) Evitar la extensión flexión profunda de las articulaciones debido a la laxitud del tejido conectivo
- j) Ingerir líquidos en cantidades moderadas durante el ejercicio

4.9.6 Descripción de los ejercicios

Los programas de ejercicio durante el embarazo deben estar dirigidos hacia el fortalecimiento de los músculos para minimizar el riesgo de lesiones en las articulaciones y ligamentos.

4.9.6.1 Elevación de la pelvis

- Posición: Tendida boca arriba, con las rodillas flexionadas

Levantar la pelvis (caderas) todo lo posible, separándola del suelo, de forma que el peso del cuerpo se apoye en los pies en el los hombros. Volver a la posición inicial.

- Frecuencia: 10 veces. Dos sesiones al día.
- Finalidad: Mayor flexibilidad para la columna y la pelvis. Fortalecer músculos de la pelvis y piernas.

4.9.6.2 Rotación de la Columna

- Posición: Tendida boca arriba, con las piernas estiradas

- Caderas: Relajarse. Girar y levantar la cadera de un lado al otro, lo más posible. Mantener la rotación. Regresar a la posición original. Realizar con la cadera del otro lado.
- Hombros: Relajarse. Sin mover las piernas, girar el busto levantando el hombro de un lado. Mientras, que el otro hombro permanece apoyado en el suelo.
 - Frecuencia: Al realizar el movimiento, contar hasta 3 y luego volver a la posición original y repetir. Realizar el movimiento 5 veces a cada lado.
 - Finalidad: Elasticidad en la torción de las articulaciones de la columna con la pelvis. Aumentar la elasticidad de las articulaciones de la columna vertebral y activar algunos músculos del pecho y vientre.

4.9.6.3 Encogimiento

- Posición: Tendida boca arriba, con las piernas estiradas.
 - Encoger las piernas sobre el tronco. Sujetar las rodillas con las manos, y doblar lo más posible la columna y el cuello. De forma que la cabeza quede entre las rodillas. Volver a la posición inicial
- Frecuencia: Permanecer en la posición hasta contar hasta 2. Luego volver a la posición inicial y repetir. Realizar el movimiento 3 veces.
- Finalidad: Mayor elasticidad a las articulaciones útiles para el parto.

4.9.6.4 Recostada en la Posición de Parto Común

- Posición: Acostada, con las piernas dobladas sobre el tronco, sujetadas por las manos. Cabeza apoyada sobre dos almohadas. También, sentada en una silla, con los pies apoyados. Manteniendo los muslos doblados y tocando el vientre.
 - Relajarse. Respirar. Tomar una inspiración completa y rápida. Mantener la respiración. Sin dejar escapar el aire, realizar el esfuerzo de evacuar el intestino (acción de pujar). Descansar expulsando el aire. Realizar respiraciones normales y repetir.

- Frecuencia: Al realizar la acción de puje, mantener el esfuerzo hasta contar 5. repetir 10 veces cada sesión.
- Finalidad: Fortalecer los músculos que intervienen en los esfuerzos para expulsar el niño, en el parto. Facilita y abrevia el parto.

4.9.6.5 Elevación de las piernas

- Posición: Tendida boca arriba, con las piernas estiradas.
 - *Ejercicio 1:* Elevar una pierna, doblarla sobre el vientre, extenderla hasta ponerla totalmente recta. Bajarla poco a poco hasta el suelo en la posición inicial. Realizar el ejercicio con la pierna contraria. Luego, realizar el movimiento sin tocar el suelo.
 - *Ejercicio 2:* Elevar las dos piernas, juntas y rectas, hasta ponerlas verticales. Bajarlas lentamente. Respirar profundamente al bajar las piernas.
- Frecuencia: Para el *ejercicio 1* 10 repeticiones con cada pierna. Para el *ejercicio 2* 20 o 30 repeticiones.
- Finalidad: Fortalecer eficazmente la pared muscular del vientre. Se desarrolla para constituir una faja protectora y evitar desgarros. Se ejercitan los músculos y las articulaciones de la pelvis.

4.9.6.6 Balanceo de la Pelvis

- Posición: Tendida boca arriba, con las rodillas flexionadas, los pies apoyados en el piso
 - Disminuir el espacio entre la columna de la zona lumbar y el suelo, doblando la columna vertebral de manera que ésta, toque el suelo. Luego doble la columna

en sentido contrario, aumentando todo lo posible el espacio entre la Columba y el suelo

- Frecuencia: 20 veces cada sesión.
- Finalidad: De esta manera se balancea la pelvis. Permite obtener mayor elasticidad, necesaria para un parto fácil.

4.9.6.7 Ejercicios Resistidos

- Posición:
 - *Posición 1:* Tendida en el suelo, boca arriba. Piernas dobladas y pies apoyados en el suelo, separados.
 - *Posición 2:* Sentada en una silla, piernas un poco separadas, con los pies en el suelo, las manos sujetando las rodillas.
 - Juntas y alejar las rodillas, oponiendo una resistencia a los movimientos. En la *posición 1* se necesita que otra persona aplique la resistencia, sí no, puede realizarse la resistencia, colocando una almohada entre las piernas y tratar de juntar las rodillas.
- Frecuencia: 4 repeticiones sostenidas hasta contar hasta 4.
- Finalidad: Fortalecer los músculos de los muslos y de la pelvis. Aumenta la elasticidad de las articulaciones de la pelvis.

4.9.6.8 Cuclillas

- Posición: En cuclillas. Los pies han de estar completamente planos sobre el suelo, no en puntillas. Lo más juntos posibles.
 - Consiste en permanecer en la posición.
- Frecuencia: Se sugiere de 5 a 10 minutos. Si no se logra, resistir el tiempo que se pueda.

- Finalidad: Uno de los ejercicios más importante para el método del parto natural. Aumenta la elasticidad de la pelvis y la flexibilidad de la columna vertebral.

4.9.6.9 Posición de Sastre

- Posición: Sentada en el suelo, piernas abiertas y pies unidos por las plantas.
 - En esta posición apoyar los codos sobre las rodillas y con ellos, llevarlas poco a poco hacia abajo, hasta tocar el suelo. Al mismo tiempo, con las manos sujetando los tobillos, acercarlos progresivamente al cuerpo lo más posible. Al fatigarse volver a la posición inicial.
- Frecuencia: De 6 a 8 veces.
- Finalidad: Aumentar la elasticidad de las articulaciones que intervienen en el parto. Dilatar el fondo del vientre. Favorece el relajamiento.

4.9.6.10 Flexión alternada

- Posición: De pie, con las piernas separadas y los brazos extendidos en cruz sobre el tronco. Sentada con el tronco erguido.
 - Con el cuerpo erguido, se toma una inspiración profunda. Se procede a girar el tronco, luego a doblarlos, sin cambiar la actitud de los brazos, la mano derecha llega a tocar el pie izquierdo. Cuando se dobla el tronco se expulsa el aire.
- Frecuencia: 5 repeticiones de cada lado.
- Finalidad: Acostumbrar la respiración. Hacer más flexible la columna vertebral.

4.9.6.11 Ejercicios “a gatas”

- Posición: A gatas en el suelo, o se apoyada en cuatro puntos (rodillas y manos).
 - *Ejercicio1:* Imitación del gateo de los niños.
 - *Ejercicio2:* Encoger el vientre mientras se espira el aire contenido. Se vuelve a la posición inicial al realizar la inspiración. No debe moverse la espalda.
 - *Ejercicio3:* Hundir la espalda todo lo posible, aumentando la curvatura de los lomos. (La pelvis baja por delante). Luego, arquear la espalda cuanto se pueda, con un arco anterior al anterior (la pelvis sube por delante).
- Frecuencia:
 - *Ejercicio1:* De 2 a 3 minutos diarios.
 - *Ejercicio2:* Repetir 5 veces.
 - *Ejercicio3:* Repetir 5 veces.
- Finalidad: Aumentar la elasticidad de las articulaciones de la columna y de la pelvis.

4.9.6.12 De lado

- Posición: Tendida de lado en un sitio plano.
 - Elevar todo lo posible la pierna de arriba. Mantenerla unos momentos extendida y volverla a bajar, lentamente.
- Frecuencia: 5 repeticiones.
- Finalidad: Activar los músculos de los costados del vientre. Hacer más flexibles y elásticas las articulaciones de la pelvis.

4.9.6.13 Circunferencias

- Posición: Tendida boca arriba, con las piernas estiradas
 - Elevar una pierna y describir con ella una circunferencia en el aire. Al fatigarse, bajar la pierna y hacer lo mismo con la pierna contraria. *Se sugiere comenzar a realizar el ejercicio con la pierna lo más vertical que se pueda, e ir la bajando conforme se adquiera mayor fuerza.*
- Frecuencia: Consideraciones personales. Al fatigarse.
- Finalidad: fortalecer la musculatura del vientre. Evitar la caída del vientre y las hernias de los partos difíciles.

4.9.6.14 Flexión de tronco

- Posición: De pie, con los brazos abiertos en cruz.
 - Tomar aire con una inspiración profunda. Doblar el tronco suavemente, dejando caer los brazos, al mismo tiempo se afloja la musculatura. Regresar a la posición inicial. Tomando aire profundamente.
- Frecuencia: 2 sesiones de 5 repeticiones.
- Finalidad: Ejercicio de respiración profunda y completa.

4.9.6.15 Acercamiento

- Posición: De rodillas en el suelo, sentada sobre los talones, con los brazos caídos a lo largo del cuerpo y el tronco lo más derecho posible.

- A partir de la posición inicial, tomar una inspiración profunda. Doblar el tronco hacia delante, inclinando la cabeza, aflojando todo el cuerpo y sacando el aire al mismo tiempo. Descansar un momento durante la posición y luego enderezar el tronco a la vez que se inspira profundamente. Recordar mantener la pelvis apoyada de los talones en todo momento del ejercicio.
- Frecuencia: 5 repeticiones
- Finalidad: Aumentar la elasticidad de la columna vertebral.

4.9.6.16 Anteversión y retroversión de la pelvis

- Posición: De pie, con los pies juntos y el cuerpo erguido.
 - Se coloca una mano sobre el bajo vientre y la otra sobre las nalgas. Con la mano de delante, se empuja la pelvis hacia arriba, mientras que con la mano de detrás la empuja hacia abajo. Luego, volver a la posición de comienzo.
- Frecuencia: 10 veces.
- Finalidad: Aumenta la elasticidad de la pelvis y frótale los músculos del vientre y de los lomos.

4.9.6.17 Los Ejercicios de Kegel

- El lento

Aprieta los músculos como hiciste cuando intentaste detener la orina, tirándolos hacia arriba. Contráelos y mantenlos así mientras cuentas hasta 5 respirando suavemente. Luego, relájalos durante 5 segundos más, y repite la serie 10 veces. Intenta aumentar progresivamente el tiempo de contracción y relajación. Empieza por 5

segundos en cada caso hasta llegar a los 20. Cuanto más tiempo consigas aguantar la contracción de los músculos, más fuertes se harán.

- El rápido

Aprieta y relaja los músculos tan rápidamente como puedas hasta que te canses o transcurran unos 2 ó 3 minutos (lo que suceda primero). Empieza con 10 repeticiones cuatro veces al día hasta alcanzar las 50 repeticiones diarias. Al principio, al practicar el ejercicio lento, puedes notar que los músculos no quieren mantenerse contraídos. También es posible que te canses enseguida con el rápido. Pero si perseveras, verás que en pocos días no te supondrán ningún esfuerzo.

4.9.7 Técnicas de Respiración

- Respiración limpiadora: Ésta es una respiración exagerada y profunda, realizada generalmente inhalando por la nariz, y exhalando por la boca.
- Punto focal: El imaginar una escena llena de paz o serenidad, es buena opción para algunas madres; otras quizás les funciona mejor concentrarse en un objeto del cuarto o en los ojos de su compañero.
- Respiración de Ritmo Lento
 - Tome una respiración “limpiadora” al comienzo de la contracción.
 - Continúe respirando en forma pareja, de adentro y hacia afuera con calma, respiración abdominal suave.
 - El ritmo es aproximadamente la mitad del ritmo normal de su respiración.
- Usted puede usar estrategias de Atención de Enfoque tales como:
 - Inhalar/Exhalar a través de la nariz/Boca
 - Contando los ritmos, imágenes, frases de afirmación, etc.

- Movimientos, caricias, masajes, palmadas, etc.
- Un punto focal visual.

Mientras termina la contracción, tome una respiración “limpiadora”, saque el aire lentamente, relajándose completamente.

- Respiración de ritmo modificado

- Suave, respiración rítmica con una frecuencia aproximadamente el doble del ritmo normal de su respiración.
- Movimiento relajado en el pecho y abdomen con más uso de los músculos intercostales (pecho).
- Úselas tanto como las necesite para contracciones más desafiantes.
- Use el mismo ritmo constante a lo largo de la contracción o use las estrategias de atención focalizada tanto como lo necesite.

- Respiración de ritmo modelo

- Constantes, respiraciones rítmicas aproximadamente el doble de su ritmo normal de respiración.
- El modelo de respiración no cambia el ritmo ni el volumen de intercambio de aire.
- Modelo 3 respiraciones/1 soplo.
- Use las estrategias de atención focalizada tanto como lo necesite.

4.8 El parto

El parto es un proceso fisiológico y natural, caracterizado por su gran importancia emocional, ya que significa la presentación de una nueva vida al mundo. Para la mujer y para el hombre, el parto significa un momento esperado y un punto de partida, en el que tendrán que hacer frente a nuevas emociones y a cambios en sus vidas y en la forma de relacionarse con la pareja.

4.8.1 Fisiología del parto

Los productos de la concepción (feto y sus anexos) son expulsados del útero gestante consecuencia del proceso que recibe la denominación de parto. El parto empieza cuando el útero que hasta entonces albergaba y nutria el feto inicia las contracciones uterinas estas constituyen el motor del parto, pues crea una fuerza que desplaza el feto por el canal del parto. Éste consta del segmento inferior del útero, el cuello uterino la vagina y la vulva.

Normalmente el TDP (trabajo de parto) se desencadena de manera espontánea cuando el feto está maduro y apto para vivir fuera de la cavidad uterina, sin embargo no se sabe a ciencia cierta qué es exactamente lo que lo desencadena aunque hay varias teorías.

- Crecimiento uterino: cuando el útero llega a cierto volumen se distiende y se cree que estimulan los marcapasos uterinos (sitios en donde nacen los impulsos eléctricos que darán origen a las contracciones uterinas).
- Liberación de oxitocina endógena la cual puede ser de manera fisiológica o por estimulación del pezón.
- Que el feto produzca ciertas sustancias químicas que mande una señal tanto a los marcapasos uterinos como a la hipófisis posterior.

- Ruptura de las membranas o despegamientos de las mismas.
- Coito, por las prostaglandinas del semen y el esfuerzo físico

El objetivo del trabajo de parto es expulsar los productos de la concepción y se caracteriza por las contracciones uterinas que harán que se logre el objetivo.

3.9 Las contracciones uterinas

El útero suministra, mediante contracciones, la fuerza requerida para expulsar a feto. La contracción eficaz del útero conduce a los cambios necesarios del cuello uterino para que se produzca el parto.

Las contracciones proporcionan la fuerza primaria para el parto. En la última etapa de éste, la mujer, con los pujos añade las fuerzas secundarias para completar la expulsión del feto y sus anexos.

Los músculos del útero tiene una estructura singular por la cual son capaces de contraerse de forma involuntaria, en forma descendente, es decir, desde el fondo del útero hasta el cuello.

4.9.1 Características de la contracción uterina

El origen de la contracción tiene lugar en el fondo uterino debido a la mayor contracción de fibras musculares en esta zona.

La contracción uterina eficaz posee lo que se denomina triple gradiente descendente, es decir.

1) Frecuencia (3 contracciones en 10 minutos). Las contracciones se originan simultáneamente en los marcapasos uterinos situados en los ángulos corneales del útero y se propagan hasta el cuello.

2) Duración de la contracción en el fondo uterino que en las zonas alejadas. (50 segundos)

3) Intensidad de la contracción en el fondo del útero que en la parte baja del mismo.

En presencia de estas tres características se dice que existe sinergia funcional. Con ellas se dan mayores posibilidades para una evolución normal del parto.

Durante el embarazo no existe tal sinergia; al contrario, hay contracciones parciales de la musculatura uterina, que no son dolorosas, son de poca intensidad, poca duración y que no modifican el cuello uterino, por todo ello no logran desencadenar el parto. Son las llamadas contracciones de Braxton-Hicks, que cumplen otra función: la de madurar el cuello uterino reblandeciéndolo, acotándolo y permitiendo así la formación del segmento inferior.

4.9.2 Contracción de parto

Las contracciones uterinas son capaces de modificar el cérvix produciendo borramiento y dilatación.

Las contracciones uterinas pueden presentarse con o sin dolor dependiendo del umbral de la paciente. Las contracciones uterinas se valoran por medio del triple gradiente el cual es común hacerlo colocando la palma de la mano en el abdomen materno o bien mediante aparatos electrónicos.

4.9.2.1 Actividad uterina:

Se determina según la intensidad de las contracciones multiplicada por la frecuencia en 10 minutos expresada en mmHg.

Cada contracción tiene tres fases:

- Ascenso de la intensidad creciente, con un acmé o pico.
- Descenso de intensidad.
- Relajación o descenso. Se prolonga durante las dos terceras partes de la contracción.

La contracción tiene una curva en forma de campana con una pendiente más acentuada en el ascenso.

El grado de relajación entre las contracciones es muy importante porque permite al feto y a la musculatura uterina recuperarse del esfuerzo que supone la contracción.

Durante el intervalo o fase de reposo, el útero y la placenta se rellenan de sangre, lo que facilita el intercambio de oxígeno, de anhídrido carbónico y de nutrientes.

Se dice que las contracciones son hipertónicas cuando el útero no se relaja lo suficiente entre contracción y contracción. Al presentarse la contracción bajar el flujo sanguíneo uterino y la FCF (frecuencia cardiaca fetal) y cuando esta trata de recuperarse se inicia otra contracción y entonces no alcanza a recuperarse. Este patrón es anormal y puede producir una hipoxia fetal y es llamado Desaceleración Intraparto II (DIP II). Lo normal es la Desaceleración Intraparto I (DIP I) que es cuando existe una contracción uterina y por lo tanto disminuye el flujo sanguíneo y por lo tanto la frecuencia cardiaca fetal, pero al pasar

la contracción se restituye de inmediato el flujo sanguíneo uterino y se recupera la frecuencia cardiaca fetal normal.

4.9.2.2 Períodos del trabajo de parto

- Dilatación
- Expulsión
- Alumbramiento
- Dilatación: es el período que comprende o se inicia con las contracciones uterinas y termina con la dilatación completa. Esta se divide en dos fases:
 - ▶ Fase latente: de 0 a 4 cm de dilatación. Esta fase puede durar 8 horas en la multigesta y de 18 a 20 horas en la primigesta.
 - ▶ Fase activa: de los 4 a 10 cm de dilatación. La primigesta dilata 1 cm por hora y la multigesta de 1.5 a 2 cm por hora.
- Expulsión: es el período que comprende desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto. Este período puede durar una hora máximo.
- Alumbramiento: período que comprende desde la expulsión del feto hasta la expulsión de la placenta. Su duración debe ser debe de rebasar los 30 minutos aunque en promedio la placenta sale entre los 6 y los 10 minutos

4.9.2.3 Mecanismos del parto

En su descenso por el canal de parto, el feto realiza una serie de movimientos rotatorios para vencer los obstáculos que se oponen a su progresión que son los tres estrechos de la pelvis y que reciben el nombre de Movimientos Cardinales Del Trabajo De Parto. Dichos movimiento son:

- ♣ Encajamiento
- ♣ Descenso
- ♣ Flexión
- ♣ Rotación interna
- ♣ Extensión
- ♣ Rotación externa
- ♣ Expulsión

4.9.2.4 Estimulación del parto

La estimulación del parto mediante la administración de oxitocina sólo está indicada cuando la dinámica uterina es insuficiente para asegurar el progreso de la dilatación y el descenso de la presentación feta. Si es necesario administrar oxitocina, se hará siempre por vía endovenosa y en perfusión continua, con el fin de que se puede suspender de forma inmediata en cualquier momento y evitar complicaciones. Se recomienda usar la bomba de perfusión.

4.9.2.5 Atención de enfermería

Además del seguimiento del progreso del trabajo de parto y de valoración materna y fetal, la enfermera ha de prestar los siguientes cuidados.

- a) Realizar la preparación perineal y administrar el enema si procede.
- b) Recoger muestras para el laboratorio de acuerdo con las necesidades individuales y/o el protocolo asistencial.

- c) Valorar las necesidades individuales, higiene, ingesta, hidratación, sueño, eliminación.
- d) Ofrecer información, procurar un entorno confortable.
- e) Dar seguridad, apoyo emocional y físico.
- f) Durante las contracciones, dirigir la respiración, dar masajes en la espalda y ofrecer apoyo emocional.
- g) Mantener en condiciones óptimas el entorno, el camisón y la cama de la parturienta durante todo el proceso.
- h) Controlar la hidratación y la diuresis.

4.9.3 Aspectos fisiológicos y psicológicos del dolor durante el trabajo de parto y parto. Estrategias para disminuirlo.

4.9.3.1 Mecanismos del dolor

El dolor se define como una sensación localizada de daño; consiste en lo que la persona experimenta y siempre que ella lo exprese.

La vía sensorial del dolor es la vía hipotalámica lateral externa, se produce un estímulo, pasa a los nociorreceptores, de ahí a la neurona de primer orden que trasmite el impulso correspondiente de receptor apropiado del cuerpo posterior de la médula espinal, en la que se establece sinapsis con la neurona del segundo orden. El axón cruza al lado opuesto de la medula espinal para formar parte del haz espinotalámico en el cordón posterior, después de sus fibras se dirige hacia arriba, pasa por el tallo encefálico y llega al núcleo ventral posterolateral del tálamo donde se reconoce de marea consistente el dolor. Desde el tálamo, el impulso pasa por la capsula interna y viaja a la corteza cerebral, por

medio de una neurona de tercer orden. La corteza cerebral analiza los impulsos e identifica con precisión el origen, la intensidad y características cualitativas del estímulo doloroso.

4.9.3.2 *Tratamiento del dolor durante el parto: Objetivos*

- Determinar los factores fisiológicos y psicológicos que influyen en la percepción del dolor durante el parto.
- Explicar las causas del dolor durante el parto.
- Aprender los mecanismos y principales teorías que explican la percepción del dolor.
- Permitir la elaboración de un plan de enfermería para ayudar a la gestante a controlar y disminuir el dolor durante el parto.

4.9.3.3 *Características del dolor durante el parto*

El dolor tiene diversos orígenes en función de la etapa del parto en la cual se encuentra la gestante.

4.9.4 *Primera etapa (Dilatación)*

- Las contracciones uterinas pueden producir dolor, ya que durante estas se produce una disminución del riego sanguíneo al útero, provocando dolor por isquemia.
- La dilatación y el borramiento del cuello uterino se consiguen por el estiramiento y tracción de sus músculos, produciendo dolor no solo

por tracción, sino también por la estimulación de los ganglios nerviosos.

- La presentación fetal occipital posterior o izquierda occipital posterior aumenta la incomodidad y el dolor, ya que la cabeza presiona contra la columna de la gestante añadiendo tensión.
- El miedo, la tensión y el dolor de la gestante durante este período, normalmente debidos a un desconocimiento de la situación y otros factores personales o del entorno.
- Característica fisiológicas individuales: umbral del dolor

4.9.5 Segunda etapa (Expulsión)

- Además de los factores anteriormente mencionados:
- El estiramiento de la vagina y del suelo pélvico y la presión sobre el periné por acomodación de la presentación fetal
- Una pelvis estrecha que dificulta el nacimiento
- Contracciones uterinas más intensas
- Fatiga en función de la duración del período de dilatación

4.9.6 Tercera etapa (Alumbramiento)

- I. Esta etapa es relativamente más relajada para la mujer, pero también puede presentarse dolor como consecuencia de:
- II. Expulsión de la placenta
- III. La episiotomía y episiorrafia

IV. Laceraciones del cuello uterino y de la vagina que se produjeron en n la segunda etapa del trabajo de parto.

V. El abatimiento o fatiga interna

4.9.7 Modelo de Loeser

Este modelo distingue en la experiencia del dolor cuatro niveles:

- ✦ Nocicepción: hace referencia al sistema de detección de daño periférico. durante el parto es importante detectar cuales son causas fisiológicas que inician las señales del parto y que tipo de dolor se está experimentado.
- ✦ El dolor: es la experiencia sensorial provocada por la percepción de la nocicepción. La relación entre nocicepción y dolor no es lineal, pueden existir independientemente.
- ✦ El sufrimiento: es la respuesta afectiva negativa, generada en los centros nerviosos superiores por el dolor o por otras situaciones. Durante el parto será necesario conocer: cuáles son las reacciones de la paciente al dolor y la importancia que le asigna, cuáles son los sentimientos que experimenta y cuál es su rección emocional al dolor.
- ✦ Las conductas: las conductas del dolor hacen referencia a todo tipo de conducta generada por la persona y que suele indicar presencia de nocicepción; comprende el lenguaje, la expresión facial, la postura, buscar atención, consumir medicamentos, etc.

4.9.8 Técnicas para reducir el dolor: estimulación cutánea

Se define como la estimulación de la piel con el propósito de aliviar el dolor. Los métodos de estimulación cutánea que no requieren de una formación especial son:

- 1) Masaje superficial
- 2) Presión/masaje
- 3) Calor y frío superficial

Los efectos de la estimulación cutánea son variables, pero en general suele disminuir la intensidad del dolor durante y/o después de la estimulación. A veces la estimulación es brevemente dolorosa y luego aparece el alivio. En algunos casos el tipo de dolor puede cambiar simplemente a una sensación que es más aceptable.

4.9.8.1 Masaje superficial:

Los efectos son por lo general tranquilizantes y relajantes, tanto física como mentalmente. El masaje disminuye el dolor, principalmente por la relajación muscular. Se puede realizar masaje suave sobre el abdomen con los pulpejos de los dedos durante la contracción, pero también el masaje sobre los hombros o la espalda puede ayudar a la disminución de la tensión de la gestante y, por tanto, disminuir ligeramente el dolor.

4.9.8.2 Presión/masaje:

Se puede aplicar una presión intensa durante la contracción en la zona lumbar con el objetivo de inactivar el dolor. Esta presión se puede aplicar con el puño; puede resultar

incómoda al principio pero después de espera que haya alivio del dolor. La presión puede aumentarse o disminuirse gradualmente según las necesidades de la gestante.

Las dos técnicas pueden ser aplicadas por la enfermera por la pareja o algún otro familiar de la paciente que ella prefiera que pueda así colaborar en el proceso de alivio del dolor.

4.9.8.3 Aplicaciones superficiales de calor o frío:

Es una técnica tradicional de alivio del dolor, pero los mecanismos que actúan están sujetos a especulación. El efecto del calentamiento parece estar relacionado con la reducción del espasmo de los músculos, con la reducción de la sensibilidad del dolor, con la relajación del musculo liso, con la vasodilatación cutánea y con el aumento del flujo sanguíneo en la piel.

El enfriamiento reduce también el espasmo muscular, la sensibilidad de la piel, la inflamación, la rigidez articular y alivia el dolor a distancia. Durante el parto se puede aplicar calor local en la zona lumbar para el alivio del dolor en esta zona. La aplicación puede realizarse con una bolsa de caucho para agua caliente, envolviéndola previamente en una toalla para prevenir quemaduras. También se puede colocar compresas caliente sobre el abdomen, inglés, perineo o muslos. Si el medio hospitalario dispone de bañera puede ayudar a la mejor la inmersión en agua caliente.

Algunas mujeres prefieren la aplicación del frío al calor en la zona lumbar; es necesario que la enfermera explore las preferencias individuales.

4.9.8.4 Distracción

Centrar la atención en estímulos distintos a la sensación dolorosa. La distracción es un tipo de protección sensorial que permite a la gestante protegerse de la sensación dolorosa aumentando otros inputs sensoriales, especialmente auditivos, visuales y táctiles o cinéticos (escuchar, mirar, tocar, moverse). Con la distracción hay un aumento de tolerancia del dolor; la calidad de la sensación dolorosa se hace más aceptable y, en general, mejora el humor al centrar la atención en cosas más placenteras. Durante el parto se le ha de proporcionar a la gestante distracción hablándole entre contracción y contracción, intentando que se concentre en la respiración permitiéndole el movimiento, revisando cosas que pueden ser divertidas.

La enfermera ha de individualizar la técnica de distracción y ha de valorar si la gestante ha utilizado esta técnica con éxito o no para el alivio del dolor. Se han de aplicar tantas técnicas de distracción como sea posible, pero teniendo en cuenta que a medida que aumenta el dolor, aumenta la complejidad de la distracción; aunque en intensidades de dolor muy altas, las distracciones han de ser más sencillas, ya que la gestante puede sentirse incapaz de concentrarse bien. Se ha de intentar proporcionar estímulos de modalidades sensoriales diferentes.

4.9.8.5 Relajación

Permite una disminución de la tensión muscular y mental, proporcionando una sensación de tranquilidad y calma de la mente y de los músculos. A lo largo de todo este capítulo se ha comentado que la experiencia dolorosa incluye la percepción personal del dolor; por este motivo, no es extraño que la práctica de la relajación pueda controlar el dolor dentro de ciertos límites. Las técnicas de relajación enseñan a percibir la sensación dolorosa

mas objetivamente, por lo cual el dolor se libera de la carga emocional que lo convierte en sufrimiento.

Las técnicas para conseguir o aprender la relajación comprenden una amplia variedad de métodos, entre los que se incluyen: relajación progresiva de Jacobson, entrenamiento autógeno de Schultz, el yoga, el zen, la meditación o la sofrología, como los más utilizados. Algunas técnicas son sencillas, pero otras requieren de un entrenamiento o adquisición de habilidad en la relajación, que la persona incorporará después a su vida diaria.

Los grupos de educación maternal incluyen dentro de su propuesta educativa el aprendizaje de alguna técnica de relajación, que resultará fundamental a la hora de poder controlar la sensación dolorosa durante el parto. No obstante, en aquellas gestantes que no han practicado previamente estas técnicas, la enfermera puede ayudar en la relajación mostrando la diferencia entre la relajación y tensión. En estos casos es necesario trabajar con retroalimentación de la gestante ayudándola a relajarse en los diferentes momentos de la dilatación.

4.9.8.6 Técnicas de respiración

Permiten, aparte de una mejor oxigenación de la madre y del feto, modificar la concentración sobre las contracciones y por tanto, sobre el dolor. Las técnicas de respiración suelen enseñarse también, en los grupos de educación maternal. Es importante que la enfermera identifique el patrón respiratorio de la gestante y la ayude a aprender algunas técnicas respiratorias simples durante el parto.

4.9.8.7 Visualización

Implica la utilización de la propia imaginación para controlar el dolor a través de imágenes mentales o representaciones internas. Con esto se consigue desarrollar imágenes sensoriales que disminuyen la intensidad del dolor, o lo hacen más soportable.

La enfermera ha de ayudar a la gestante en la búsqueda de aquellas imágenes que pueden permitirle controlar el dolor. Esta ayuda suele ser vaga para permitir mejor la individualización. Las imágenes se pueden sugerir según McCaffery son, por ejemplo, imaginar cómo se alivia el dolor o una imagen del estado deseado. Para algunas mujeres la visualización es una técnica complicada y no surtirá efecto. Se han de tener en cuenta las posibilidades individuales de cada gestante.

4.9.8.8 Otras técnicas para reducir el dolor

Dentro de estas es necesario pensar en un conjunto de actuaciones que se han de considerar en todas las gestantes

4.9.9 Medidas de comodidad

Durante el parto la mujer requiere de una atención específica de su higiene y comodidad. La enfermera ha de valorar, continuamente las necesidades de la gestante.

La posición es uno de los aspectos que puede ayudar a las medidas de comodidad. La mujer puede necesitar ayuda para encontrar la posición más confortable. Las camillas de las

salas de partos no suelen ser muy confortables, por lo que se ha de ayudar con cojines para hacer más soportable las contracciones.

Lo importante es permitir la adopción de diferentes posiciones, así como la movilidad de la gestante.

4.9.10 Creación de un entorno agradable

Una atmosfera relajada puede ayudar a la mujer y a su pareja a sentirse más cómodos. La actitud de los profesionales es muy importante, quizás más que la propia estructura física del entorno. Es necesario también tener en cuenta la posibilidad de disminuir los ruidos, de disminuir la intensidad de la luz, utilizar música suave, etc.

4.9.11 Información

La enfermera ha de dar continuamente información a la gestante y a la pareja de la evolución de su parto, de las actuaciones a realizar, de los tratamientos, y de cómo controlar y ayudar al alivio del dolor para que la pareja pueda tomar decisiones.

4.9.12 Apoyo psicológico

Durante el parto la gestante puede experimentar sentimientos como ansiedad, miedo, angustia, desilusión, agotamiento y dificultad para considerar que es capaz de seguir adelante. En estos casos, los cuidados de la enfermera así como la relación que establezca con la pareja son de vital importancia para que la gestante pueda calmar estas emociones y se alivie el dolor. Se han de poder identificar las necesidades de la gestante para poder

planificar correctamente los cuidados que se tienen que proporcionar, evaluando continuamente los resultados obtenidos.

4.9.13 Relación de ayuda

Durante el proceso del parto es de suma importancia que el profesional que lo asiste sepa escuchar, empatizar y comprender, y así establecer una relación terapéutica positiva con la mujer.

La relación positiva es el elemento es un elemento clave en el proceso del parto. En pocas horas se producen muchos cambios y resulta necesaria una gran capacidad de adaptación.

La información es fundamental y ha de ser concreta, precisa y clara, con el objetivo de desangustiar a la mujer a la mujer y facilitar que preste su colaboración.

Las palabras de aliento, afirmación y reconocimiento, transmitidas o enfocadas en caricias positivas, le ayudaran a disminuir el cansancio y la sensación de dolor. No hay que olvidar el dolor, la falta de información y miedo a lo desconocido forman un círculo cerrado del que resulta difícil salir.

Durante el parto, la mujer puede experimentar sensaciones de autocontrol y realización o bien de todo lo contrario, en función de su preparación tanto física como como psíquica. El apoyo durante el parto es vital.

Algunos estudios señalan que las necesidades varían de unas mujeres a otras según su preparación y la colaboración por parte de su pareja. Hace falta planificar los cuidados, en función de sus necesidades en cada caso, pero es común la necesidad de apoyo, que se puede prestar mediante el contacto físico, con las manos, y la comunicación verbal. Los resultados son positivos en la mayoría de los casos y se aprecian a corto plazo.

La mujer que en el proceso de parto recibe una relación de ayuda y tiene con quien compartir sus dudas, miedos y emociones, se siente más segura de sí misma y transmite de forma indirecta la seguridad al feto.

4.10 Vinculación afectiva

Una vez que ha finalizado el período expulsivo y ha salido completamente el cuerpo del niño, el primer encuentro debe de ser con su madre, para que los reconozca, lo abrace y le transmita su cariño. Es en ese momento cuando se inicia el vínculo, el reconocimiento mutuo y el inicio de una relación que perdurará en el tiempo y en la que tiene una gran importancia el cómo se establezca desde el momento inicial.

El aspecto más importante en el parto, desde el punto de vista psicosocial, es la relación madre-hijo y la unión entre los padres y el recién nacido. A este proceso se le conoce como “establecimiento del vínculo”. Los mecanismos de unión son el tacto, la visión, el reconocimiento de voz y el olfato. Es necesario que los padres y el hijo pasen largo tiempo junto, después del nacimiento, adoptando posiciones que favorezcan el contacto visual, utilizando un tono de voz suave, acariciando y cargando al recién nacido en brazos.

El establecimiento del vínculo es crucial para la supervivencia y desarrollo del niño. La relación madre-hijo según M.H. Klaus posee dos características singulares: primero, antes de nacer, el niño se gesta dentro del cuerpo de la madre; y segundo, después de nacer, le asegura la supervivencia en un período en el que el niño depende por completo de ella. Este vínculo original entre madre e hijo es la fuente de donde manan después todos los vínculos que habrá que entablar el niño en futuras relaciones con otras personas.

Los tres primeros meses de embarazo las embarazadas en lugar de subir, bajan, debido a que no se alimentan bien, a las náuseas, vómitos y al apetito caprichoso (antojos), además de la deshidratación por el bajo consumo de líquidos. Esta baja de peso no es

patológica a menos que sobrepase el 10% de peso corporal, entonces si requiere tratamiento médico. Por otro lado, si una paciente tiene un alza de peso súbita, indica patología como por ejemplo preclampsia. En la segunda mitad del embarazo el peso aproximado debe ser de medio kilo por semana.

CAPITULO 5: METODOLOGÍA

5.1 Concepto de metodología

La metodología es que se centra en la búsqueda de las mejores estrategias para incrementar los conocimientos en algunos casos, o bien para llegar a dar con las mejores soluciones a un problema.

5.1.2 Tipos de investigación:

Entre los más tradicionales podemos citar al método histórico, que es aquel que estudia los objetos en sus distintas etapas, su nacimiento, desarrollo, evolución. Luego nos encontramos con el sistémico, que será el que parte del análisis de los componentes y las relaciones entre estos para profundizar el conocimiento. El fenomenológico, que es en el que prima lo colectivo. El empírico-analítico, que es de todos el que más adeptos consiguió y se caracteriza por la distinción de cada uno de los elementos del fenómeno primero, para luego revisarlos ordenadamente a cada uno por separado.

En la presente investigación acerca de la preparación física, psicológica y emocional ante el embarazo, se llevarán a cabo una serie de consultas bibliográficas de aquellos textos que se consideren favorables en la recopilación de información relevante para la adquisición de nuevos conocimientos científicos con los que se pretende que el personal de enfermería, sea capacitación, y de esta manera, proponga y realice métodos de difusión de la información útil sobre el embarazo, así como brindar una atención y cuidados de calidad.

5.2 Variable

Una variable es una propiedad que puede fluctuar o cambiar y es susceptible de adoptar distintos valores, pudiendo medirse u observarse. Adquieren valor para la investigación cuando se relacionan con otras variables, es decir, si forman parte de una hipótesis o de una teoría; acorde a la influencia que asignemos a unas variables sobre otras, podrán ser.

5.2.1 Variables Independientes

Son las características o propiedades que se suponen ser la causa del fenómeno estudiado, se escogen para establecer agrupaciones en el estudio, clasificando esencialmente a cada caso del estudio mismo, pueden modificar al resto de las variables independientes y de no tenerse en cuenta adecuadamente pueden alterar los resultados por medio de un sesgo, es decir un desvío o tendencia errónea.

.5.2.2 Variables Dependientes

Son aquellas cuyos valores dependen de los que tome otra variable, son las respuestas que son observadas y medidas en el estudio y que podrían estar influidas y determinan el efecto de las variables independientes. También se pueden definir como la propiedad o características que se trata de cambiar mediante la manipulación de la variable independiente.

VARIABLE	ASPECTOS (INTERVENCIONES)
Planificación familiar	Generalidades Estadísticas Métodos anticonceptivos
Embarazo	Definición Cambios Psicológicos Cambios Fisiológicos Cambios Anatómicos
Psicoprofilaxis obstétrica	Definición Estrategias de cuidado
Parto	Definición Fisiología del parto Trabajo de parto Períodos del parto Dolor en el parto

Se pretende que las anteriores variables, que se presentaran en la investigación, se obtendrán por medio de investigación teórica fundamentada que presente una información adecuada y clara que sea de gran utilidad, así como de la interacción con las pacientes que puedan brindar la información necesaria para cumplir con esta investigación.

5.3 Aspectos Éticos de la Investigación (Código de Ética Profesional)

El profesional de enfermería tiene una sólida formación basada e fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito

indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México. Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas. Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones. En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión.

La observancia del código de ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante el riesgo o daño de la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional. (actualización del conocimiento).

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

CAPITULO 6: PROPUESTA

Se busca que un grupo organizado de enfermeros (as), realicen una serie de pláticas y exposiciones en donde se traten diversos temas que ayuden a la preparación física, cognoscitiva y psicológica ante el embarazo. Los temas serán dirigidos a adolescentes y mujeres en edad reproductiva (25-35 años) principalmente.

Las pláticas y exposiciones se realizarán en el auditorio del Hospital de Nuestra señora de la salud realizando un programa de eventos en donde se organizaran los horarios establecidos para cada tema y se realicen ciertas actividades ejemplificando los temas que se presten para que así sea.

Es importante, para que cada uno de los distintos temas a tratar sea entendido, se brinde la información adecuada tomado en cuenta las diversas situaciones y características del grupo de personas a quien será dirigido intentando resolver las dudas y problemas más importantes para cada uno.

Profesionales médicos y de enfermería con experiencia, serán los encargados de llevar a cabo las pláticas y exposición de temas auxiliados de material interactivo, en donde se impartirá solo la información adecuada y necesaria buscando que sea más dinámico y entendible para el público que asistirá.

6.1 Justificación

La falta de preparación que tiene la mujer ante el proceso del embarazo tiene múltiples razones, dadas por la falta de información y asesoría por los grupos de edad en que se presenta el embarazo.

Existe información indispensable para que se pueda tener una correcta preparación física, cognoscitiva y psicológica ante el embarazo, y que ayudará al bienestar y la salud materno-fetal así como a la prevención de complicaciones durante todo el proceso del embarazo.

El hecho de que exista información relevante y métodos aplicables para la promoción y atención de la salud de la embarazada y su bebé no quiere decir que es suficiente para que se efectúe un cambio positivo en cuanto a esto, existen diversas barreras que impiden que sea posible recibirla, el bajo nivel socioeconómico puede crear dichas barreras, en zonas marginadas es muy difícil que exista una asesoría y atención adecuada, sin embargo también influyen otras situaciones. Es común, principalmente en nuestro país, una actitud pasiva ante el cuidado de la propia salud, también depende de una falta de promoción de la misma por parte del personal que le compete.

Es muy importante que haya una promoción por parte de personal médico en donde se utilicen métodos apropiados que ayuden a brindar una atención de calidad y a la fomentación del autocuidado.

En la calidad de atención sanitaria es importante la capacidad para fomentar la iniciativa y disminuir la apatía ante las situaciones actuales que ponen en riesgo la salud. Se debe difundir una visión más amplia en donde se aprovechen al máximo las capacidades, conocimientos y recursos del equipo de salud en compañía de la buena preparación del

paciente o usuario que a la par disminuirán la incidencia de morbilidad e incluso mortalidad durante el proceso del embarazo.

La organización de pláticas y exposiciones es una herramienta útil para aplicar o llevar a cabo lo antes mencionado, es una forma adecuada de divulgar información, abordar los temas necesarios, resolver dudas y problemas personales a través de una interacción directa y una comunicación efectiva entre medico/enfermera y usuario o paciente

6.2 Fundamentación

6.2.1 Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.

3.4 Atención de la emergencia obstétrica, a la prestación que debe brindar el personal médico de la unidad de salud, garantizando la resolución inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continúa las 24 horas, todos los días del año.

3.5 Atención prenatal, a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido, acciones que se deberán registrar en el expediente clínico.

3.6 Calidad de la atención, al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica con los menores riesgos para los pacientes, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

3.7 Calidez en la atención, al trato cordial y atento que se proporciona al usuario del servicio.

3.9 Cesárea, al procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae al producto de la concepción, vivo o muerto, así como sus anexos, a través de una laparotomía e histerotomía.

3.10 Comunicación educativa, al proceso de aprendizaje que permite al profesional de la salud, ponerse en contacto con las diferentes culturas, idiomas y costumbres del usuario de los servicios de salud, en un ámbito interpersonal que trasciende los enfoques cognitivo, afectivo, psicomotor y de salud.

3.14 Embarazo, al periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

3.15 Embarazo complicado, a la certeza de estados patológicos durante la gestación, que incrementan la morbimortalidad de la mujer, del feto o del recién nacido y que requiere atención especializada.

3.16 Embarazo de alto riesgo, al embarazo con altas probabilidades de presentar estados patológicos que pueden incrementar la morbimortalidad de la mujer, del feto o del recién nacido.

3.17 Embarazo saludable, al embarazo sin factores de riesgo, libre de complicaciones y que con una adecuada vigilancia prenatal, logra un estado de bienestar biológico, psicológico y social para la gestante y para el producto de la concepción.

3.18 Emergencia obstétrica, a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, el parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de

morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

3.23 Maternidad saludable, al que involucra tratar al embarazo como un periodo especial, durante el cual, todas las mujeres deben tener acceso al cuidado apropiado acorde a su estado, buscar tratamientos para ciertos signos y síntomas, que pongan en peligro su vida y contar con un nivel de capacidad resolutive que permita atender estas complicaciones.

3.25 Muerte materna, a la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Muerte Materna Directa relacionado con las complicaciones propias del embarazo. Muerte Materna Indirecta causada por una enfermedad de fondo agravada por el embarazo.

3.27 Muerte neonatal, a la pérdida de vida del recién nacido, en el período comprendido desde su nacimiento hasta los 28 días completos.

3.36 Parto, al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y de sus anexos. El nacimiento puede ser también por cesárea, e indicación médica u obstétrica.

3.40 Promoción de la salud, a la estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

3.41 Puerperio normal, al período que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

3.56 Obstetricia: rama de la medicina que estudia el parto, sus antecedentes y sus secuelas.

6.3 Objetivos: General:

- Brindar una orientación de calidad acerca de la preparación ante el proceso del embarazo, a adolescentes y mujeres en edad reproductiva, basada en información y métodos adecuados para cada una de sus necesidades mediante la ayuda de un determinado grupo de profesionales de la salud con experiencia y disponibilidad.

6.3.1 Específicos:

- Dar la información útil acorde a cada grupo de mujeres de acuerdo a su situación y necesidades.
- Aclarar las dudas y tabúes acerca del proceso del embarazo con el fin de que exista menor dolor y/o miedo ante este.
- Enseñar y aplicar métodos que ayuden al bienestar y a la salud materno-fetal
- Ofrecer una adecuada educación que contribuya con una actitud más activa ante el proceso del embarazo
- Promocionar e integrar el autocuidado.
- Disminuir el número de embarazos con complicaciones así como el índice de morbilidad y mortalidad materno-fetal

6.4 Líneas de intervención

1. Planificación familiar
 - 1.1. Generalidades
 - 1.2. Estadísticas
 - 1.3. Métodos anticonceptivos
2. Embarazo
 - 2.1. Definición
 - 2.2. Cambios Psicológicos
 - 2.3. Cambios Fisiológicos
 - 2.4. Cambios Anatómicos
3. Psicoprofilaxis obstétrica
 - 3.1. Definición
 - 3.2. Estrategias de cuidado
4. Parto
 - 4.1. Definición
 - 4.2. Fisiología del parto
 - 4.3. Trabajo de parto
 - 4.4. Períodos del parto
 - 4.5. Dolor en el parto

6.5 Metodología

Se pretende realizar una serie de exposiciones y pláticas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, en donde colaborarán un determinado grupo de médicos y enfermeras.

Cada uno de los temas contará con ponentes experto. Serán implementados con varios ejemplos y ejercicios prácticos para que puedan participar e interactuar cada una de las

personas que asistan con el fin de hacer más fácil el entendimiento y aprendizaje. Como ejemplo, en el caso de la psicoprofilaxis obstétrica se explicarán y llevarán a cabo distintos ejercicios para la embarazada que le permita disminuir molestias físicas, tensión emocional y favorecen al buen desarrollo fetal.

El programa de actividades se realizará en dos días en donde se organizarán y asignarán a los distintos ponentes, cada uno de los temas a exponer

6.6 Evaluación

6.6.1 Concepto de evaluación

El concepto de evaluación se refiere a la acción y a la consecuencia de evaluar, un verbo cuya etimología se remonta al francés évaluer y que permite indicar, valorar, establecer, apreciar o calcular la importancia de una determinada cosa o asunto.

Se trata de un acto donde debe emitirse un juicio en torno a un conjunto de información y debe tomarse una decisión de acuerdo a los resultados que presente.

6.6.2 Lista de Cotejo

Consiste en un listado de aspectos a evaluar (contenidos, capacidades, habilidades, conductas, etc.), al lado de los cuales se puede calificar dar un puntaje, una nota o un concepto.

Es entendido básicamente como un instrumento de verificación. Es decir, actúa como un mecanismo de revisión durante el proceso de enseñanza-aprendizaje de ciertos indicadores prefijados y la revisión de su logro o de la ausencia del mismo.

Puede evaluar cualitativa o cuantitativamente, dependiendo del enfoque que se le quiera asignar.

La lista de cotejo se utilizará en la elaboración de este proyecto ya que se considera es adecuada para evaluar la respuesta que se obtendrá tras la aplicación de tal proyecto. Se realizará de manera cuantitativa y será aplicada a la comunidad en general.

Conclusiones

A través del presente trabajo de investigación se pudo obtener gran cantidad de información relevante para conocer de manera detallada los temas planteados, la cuál será útil para el equipo de enfermería en su labor diaria para ejercer una mejor práctica ofreciendo atención de calidad a la paciente o usuaria en el proceso del embarazo.

Se pudo observar que la mujer embarazada tiene muchos cambios físicos y psicológicos durante todo este proceso que a pesar de ser normales pueden favorecer a que se presenten complicaciones ya que las funciones de su organismos y sus emociones se alteran y se vuelven más susceptibles y para poder evitarlas es indispensable conocer y comprender a cada paciente o usuaria y dar una atención tomando en cuenta, en general, todas las posibles complicaciones que se pueden presentar pero también contemplando las necesidades de cada una en particular principalmente las emocionales, ya que una paciente a quien se le brinda confianza, cuidados y orientación adecuada y se demuestra una mayor empatía es una paciente que está mejor preparada, con menor dolor y temor y por lo tanto tendrá mayor confianza y será más cooperadora favoreciendo la buena evolución del embarazo.

Al igual que los cuidados una correcta orientación en la mujer embarazada es esencial que este bien informada y que pueda detectar por si misma signos y síntomas de alarma, y siendo así acuda a una unidad de salud a recibir un tratamiento oportuno lo que favorecerá la disminución de la morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal.

Los métodos de prevención son la mejor herramienta que se puede brindar y obtener para disminuir la morbimortalidad y para que esto sea posible se necesita de enfermeros y enfermeras capaces, resolutivos, con iniciativa y disponibilidad así como un amplio criterio

y conciencia ante las situaciones que se presentan o se pueden presentar aplicando en todo momento el valor de la humanidad.

Es muy importante que la enfermera tenga una visión panorámica acerca de la situación actual que favorecen la mortalidad y morbilidad en el proceso del embarazo y así poder prevenirlas. Existen un gran número de personas y comunidades marginadas o aisladas en situaciones económicas muy desfavorables y esto en verdad es un gran obstáculo para poder recibir atención y orientación oportuna y de calidad. Aunque muchas veces no se toma en cuenta, los índices de morbimortalidad materno fetal se encuentran más elevados en las mujeres bajo estas condiciones pero es precisamente en donde casi siempre se toma menos en cuenta para realizar métodos de prevención. Si bien hay mucha información valiosa que el personal de enfermería debe de saber, o existen diversos métodos útiles y aplicables a las usuarias o pacientes gestantes para prevenir complicaciones, esto no sirve de nada si dicha información no se trasmite o dichos métodos no se aplican a todas aquellas personas que lo necesitan. Hace falta tomar medidas y organizar estrategias que busquen y realicen la divulgación y difusión de toda la información y orientación oportuna a las zonas en donde hay un menor acceso a estos beneficios y donde por consiguiente hay una mayor dificultad y complicaciones en la salud, tanto en mujeres embarazadas como en toda la población en general. Si el personal de enfermería toma esto en cuenta con la seriedad y responsabilidad correspondiente se podrán tomar medidas para resolver estas situaciones y disminuir significativamente los índices de morbimortalidad.

Referencias bibliográficas

Rigol Ricardo O; et al. (1997) *Medicina General Integral*, Ed La Habana: Pueblo y Educación, 2º Edición, Pp. 123-127

Rosa María Torrens Singalés y Cristina Martínez Bueno, (2012) *Enfermería Obstétrica y Ginecológica*, Ediciones DAE (grupo Paradigma), 1º Edición, pp. 171-177

Catalina Mendoza Colorado, *manual de psicoprofilaxis perinatal*, Pp. 23-76

J.M. Carrera Macia; J. del Hoyo Calduch, (2009), *Biblioteca Familiar: Embarazo, Parto y Post-parto*, Edición Didaco, 1º Edición, Pp. 40-60

Carlos Gispert; et al, *Diccionario de medicina OCÉANO MOSBY*, Pp. 431, 457, 842

Apuntes de la materia de obstetricia del Dr. Alfonso Zamudio Pedraza

Sitios web

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/childbirth_pain_esp.html#(enero2015)

<http://mexicosocial.org/index.php/mexico-social-en-excelsior/item/260-embarazo-adolescente-fen%C3%B3meno-expansivo.html> (enero 2015)

<http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/09/30/984329>(enero 2015)

http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5276550(enero2015)

http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004662_abalose_com/es/ (enero 2015)

<http://sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/> (marzo2015)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> (marzo2015)

<http://anauntiverosorellana.tripod.com/> (marzo2015)

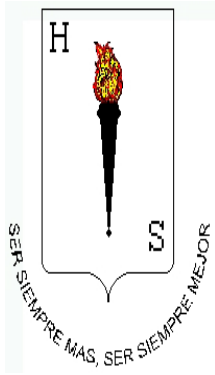
<http://psicoprofilaxisenembarazo.blogspot.mx/2012/10/psicoprofilaxis-en-el-embarazo.html> (marzo2015)

http://www.medichi.cl/minisitios/atencion_integral_gestante_2013/descarga.pdf
(marzo2015)

http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html
1 (marzo2015)

<http://hadoc.azc.uam.mx/evaluacion/cotejo.htm> (marzo2015)

ANEXOS



ANEXO 1: Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Octavo Semestre

“seminario de Tesis”

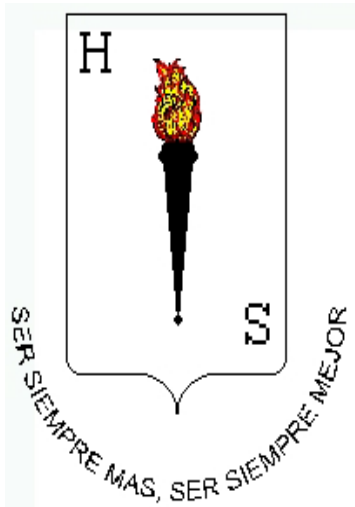
Público en General

(Lista de cotejo)

Objetivo: Comprobar que mi propuesta sea de útil y aplicable a la población a quien va dirigida de acuerdo a la opinión de esta misma.

Lea cada una de las interrogantes y conteste con una (X) la respuesta que considere adecuada.

L I S T A D E C O T E J O				
#	INTERROGANTE	SI	NO	POSIBLEMENTE
1.-	En general, le pareció buena la propuesta			
2.-	Cree que los temas son adecuados			
3.-	Agregaría otro tema			
4.-	Alguno de los temas propuestos le parecen ofensivos o inapropiados			
5.-	Piensa que la organización es la adecuada			
6.-	Cree que se cumplirán con los objetivos de la propuesta			
7.-	La duración del programa le parece adecuada			
8.-	La metodología a utilizar es la correcta para un fácil aprendizaje			
9.-	Asistiría usted a alguna de estas pláticas			
10.-	Le recomendaría a alguien más asistir			



ANEXO 2 : Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

**Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de
la Salud**

**Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de
México**

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Octavo Semestre

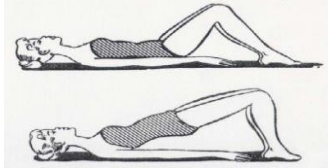
“seminario de Tesis”

Tabla de Ejercicios Durante el Embarazo

Objetivo: Dar a conocer más detalladamente cuales son los ejercicios que se pueden realizar durante la etapa del embarazo y que son de gran importancia ya que favorecen a tener una mejor condición durante el trabajo de parto ayudando a la preparación física y psicológica ante este.

EJERCICIOS DURANTE EL EMBARAZO

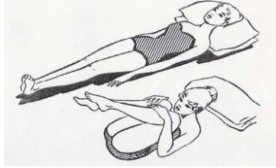
Elevación de la pelvis



Rotación de la columna



Encogimiento

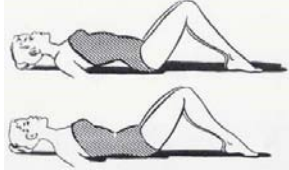




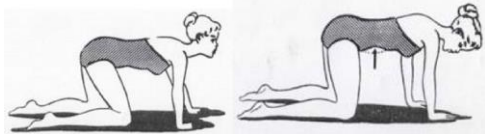



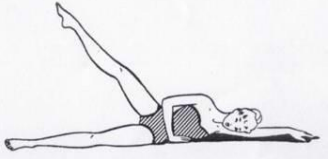



Recostada en posición de parto común



Elevación de piernas



<p>Balaneo de pelvis</p>	
<p>Ejercicios resistidos</p>	
<p>Cuclillas</p>	
<p>Posición de sastre</p>	
<p>Flexión alternada</p>	
<p>Ejercicio a gatas</p>	

	
De lado	
Circunferencias	
Flexión de tronco	
Acercamiento	
Anteversión y retroversión de la pelvis	