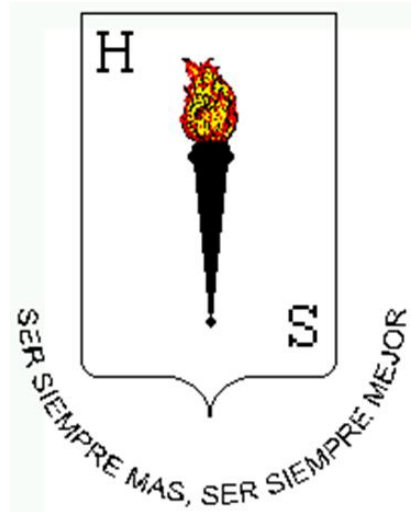


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA  
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS:

**RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ANITA ESPEJO SOLANO

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2017



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**

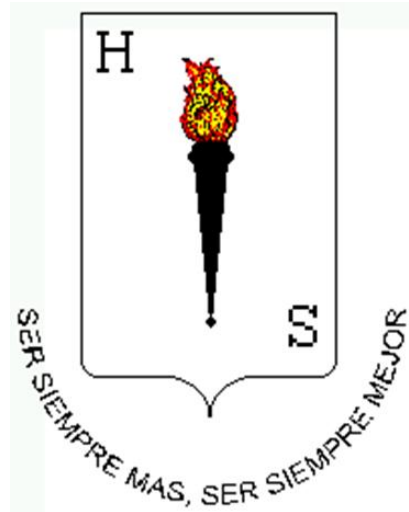
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA  
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS:

**RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ANITA ESPEJO SOLANO

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN

# Índice

Introducción

## CAPÍTULO: 1 MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Mitología sexual.....	4
a) Prejuicios.....	6
1.3 Desarrollo de la sexología como ciencia.....	6
1.4 Inequidades de género.....	7
1.5 Derechos sexuales.....	8
1.6 Sexualidad.....	9
a) Fases de la vida.....	10
1.7 Sexualidad humana.....	10
1.8 Aparato reproductor femenino.....	11
a) Órganos genitales externos.....	11
b) Órganos genitales internos.....	12
1.9 Aparato reproductor masculino.....	13
1.10 Embarazo.....	15
a) Duración.....	15
1.11 Fecundación-----	16
1.12 Células madre-----	16
1.13 Capas embrionarias-----	16
a) Ectodermo-----	17
b) Mesodermo-----	17
c) Endodermo-----	17
1.14 Desarrollo de embarazo-----	18
a) primera fase-----	18
b) segunda fase-----	18
a) Primer mes-----	18
b) Segundo mes-----	18

c) Tercer mes-----	18
d) Cuarto mes-----	18
e) Cuarto y quinto mes-----	18
f) Sexto mes-----	19
g) Séptimo mes-----	19
h) Octavo y noveno mes-----	19
1.15 Placenta-----	19
a) Citotrofoblasto-----	20
b) Sincitotrofoblasto-----	20
1.16 Control prenatal-----	20
1.17 Señales de alerta durante el embarazo-----	21
1.18 Cambios en el cuerpo durante el embarazo-----	22
1.19 Higiene y belleza-----	24
a) El baño y ducha-----	24
b) La piel-----	24
c) El cabello-----	25
d) La depilación-----	25
e) La boca-----	25
f) La higiene íntima-----	25
g) El sol-----	25
h) Ropa y calzado-----	26
1.20 Cambios emocionales-----	26
1.21 Los sentimientos del padre-----	27
1.22 Cuidados posturales-----	27
1.23 Coito durante el embarazo-----	28

a) Primer trimestre-----	28
b) Segundo trimestre-----	28
c) Tercer trimestre-----	29
1.24 Respuesta sexual normal-----	30
1.25 Influencia de la actividad sexual durante el embarazo-----	33
1.26 Contraindicaciones de actividad sexual en la gestación-----	34
1.27 Vida de la pareja-----	34
1.28 Educación para el embarazo-----	35
1.29 Consecuencias de relaciones sexuales durante el embarazo-----	37
a) Enfermedades de transmisión sexual-----	37
b) Enfermedades de transmisión sexual virales-----	38
c) Infecciones urinarias-----	44
d) Amenaza de aborto-----	45
e) Aborto-----	46
f) Ruptura prematura de membranas-----	47
g) Parto pre termino-----	48
h) Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI)--	48

## CAPÍTULO: 2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 pregunta de investigación-----	50
2.2 Justificación-----	51
2.3 Objetivo general-----	52
2.4 Objetivo específico-----	52
2.5 Hipótesis-----	52
2.6 Estrategia metodológica-----	53
2.7 Metodología-----	53
2.8 Método hipotético deductivo-----	54
2.9 Tipo de investigación-----	54
2.10 Concepto de variable independiente-----	54
2.11 Variable dependiente-----	55

2.12 Variables-----	55
2.13 Evaluación-----	56
CAPITULO 3. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	
3.1 Cuadro variable 1-----	58
3.2 cuadro variable 2 -----	60

**CONCLUSIONES**

**GLOSARIO**

**BIBLIOGRAFÍA**

**ANEXOS**

## **Dedicatoria**

Al creador de todas las cosas, que me ha dado fortaleza para continuar, con toda humildad que ha puesto en mí.

A mis padres que han sabido formarme con buenos valores, sentimientos y hábitos. Brindándome su apoyo incondicional los cuales me ayudaron a llegar hasta este nivel profesional

## **Agradecimiento**

De manera especial a mis padres, que ellos han sido cimiento para construcción de mi vida profesional, sentando las bases de responsabilidad y deseos de superación, reflejándome en ellos sus virtudes que me llevan a admirarlos cada días más. Gracias a ellos.



## Introducción

**La sexualidad durante el embarazo** se ha caracterizado por la existencia de tabúes y miedos infundados, producto de la poca información que se posee. Es tal el misterio que la rodea que ni se habla de esto en la mayoría de las consultas con el ginecólogo. Para eliminar estos prejuicios es fundamental conocer los cambios físicos y emocionales de la mujer y la pareja durante el embarazo.

Investigaciones han concluido que durante esta etapa la mayoría de las parejas sufren un deterioro sexual muy significativo, con un índice importante de insatisfacción por parte de ambos. Años atrás se aceptaba que el sexo durante el embarazo era algo incómodo, peligroso e incluso indecente. En los libros de obstetricia no se hacía referencia sobre el tema; resultando incompatibles el embarazo y el sexo.

Estudios recientes demuestran que los cambios observados en la sexualidad durante la gestación están en relación con la etapa del embarazo. En la cultura, cuesta concebir la vida sexual durante el embarazo. Se olvida que los embarazos son producto de las relaciones sexuales y, más aun, se considera que el embarazo convierte a la mujer en un ser asexuado que debe dedicarse de lleno al cuidado de su gestación.

Se comprenderá con facilidad que todos estos temores se magnificaban cuando se hablaba de esa abominable actividad durante el embarazo. Hoy persiste ese legado, y por eso existe una enorme desinformación en torno al tema de la vida sexual durante esos maravillosos nueve meses.

Y es certero aquí se menciona algunas de las consecuencias que se pueden presentar a causa de mantener esta práctica durante la gestación, por lo que la mujer embarazada no debe tener apetito sexual por el aumento de la progesterona, sin embargo, se presenta el apetito sexual por otros factores predisponentes de cambios que aparecen en esta etapa y claro es que científicamente no se tendría porque presentar.

Escoger una u otra opción, no implica necesariamente una condición de anormalidad en las personas, pero si es importante que se conozcan cuáles son las situaciones que pueden afectar las salud de la madre y su futuro hijo, con la finalidad de tratar de evitarlas y sobre todo obtener información veraz con el personal de salud capacitado y dispuesto para abordar estos temas, con la intervención de enfermería presente brindando información idónea a la mujer embarazada y resolviendo sus dudas acerca de este tema.

# **CAPÍTULO: 1 MARCO TEORICO**

En este capítulo se presentan antecedentes sobre el tema de relaciones sexuales durante el embarazo de acuerdo con diferentes autores además contiene el. Se darán a conocer conceptos, definiciones de importancia en base a la investigación presente.

## **1.1 Antecedentes**

En la sexualidad humana se distinguen dos componentes: el biológico y sociocultural. El primero constituye la base o substrato que construye el comportamiento, determinado por la cultura; esta influye sobre el componente biológico en forma positiva y negativa. La influencia es positiva cuando la cultura establece sólo las restricciones a la actividad sexual de sus miembros, necesarias para la estabilidad social en un momento histórico.

Es negativa cuando se hacen perdurar prohibiciones sexuales caducadas, que en nada benefician a la sociedad y, en cambio causan sufrimiento a los individuos. Es necesario conocer los antecedentes de la sexualidad para comprender cuál debe ser su forma racional de interacción. De las varias funciones de la sexualidad resaltan dos, que son la más arcaica y la más moderna, filogenéticamente hablando; la primera es la reproductora y la segunda es la placentera.

Desde un punto de vista cualitativo es probable que ambas tengan importancia similar para la mayoría de los seres humanos. Desde un punto de vista cuantitativo, la función erótica eclipsa por completo la reproductora, se puede asegurar que más del

99% de los coitos que realiza una pareja durante la vida matrimonial tienen propósitos placenteros. La importancia del erotismo en la vida sexual del ser humano, es un producto del proceso evolutivo, y se ha logrado en gran parte a expensas de la función reproductora. En este capítulo se presentan antecedentes sobre el tema de relaciones sexuales durante el embarazo de acuerdo con diferentes autores además contiene el objetivo general y específico, planteamiento del problema, justificación e hipótesis de la investigación.

Entre las relaciones que unen a unos seres humanos con otros, a los individuos con el grupo, y a los grupos entre sí, la sexualidad forma parte integrante, al igual que la necesidad de aire, agua, alimentos, movimiento, conocimiento y compañía humana, de las grandes necesidades que condicionan la existencia de las personas sobre la tierra.

*“Como toda actividad humana, la sexualidad ha sufrido la influencia de la sociedad, organizándose, así, el conjunto de costumbres y leyes que rigen las relaciones sexuales. Estas forman desde la antigüedad, la red más tupida de prescripciones y de prohibiciones que jamás ha rodeado a una función biológica, un fenómeno paradójico, puesto que se trata de la "reglamentación" de una función que, en la mayoría de los casos, se realiza en la intimidad más secreta”*  
*Desde la dominación cristiana de Occidente se inicia un largo período de persecución de la sexualidad. Es en el siglo XIX cuando por influencia de la burguesía victoriana (Inglaterra) se inicia una rápida represión sobre la sexualidad. En torno al sexo, silencio. Tanto en el espacio social, como en el corazón de cada hogar, existe un único lugar de sexualidad reconocida, utilitaria y fecunda: la alcoba de los padres. Por consiguiente, se reafirma en que de todo eso nada hay que decir, ni ver, ni saber. Tal es la lógica hipócrita que todavía se mantiene entre algunos grupos sociales”.* (Kinsey Alfred, s/a)

Hablar de la sexualidad provoca todavía risas y rubores, en la sociedad sigue siendo un tema tabú. Pero en otras épocas no se veía de la misma manera.

Desde la antigüedad clásica la represión ha sido el modo fundamental de relación entre poder, saber y sexualidad. Es difícil liberarse, por tanto, de ciertas transgresiones, de la anulación de ciertas prohibiciones, de la irrupción de la palabra y de la restitución del placer a la realidad. En última instancia, si asumimos que la sexualidad está reprimida, es decir, destinada a la prohibición, a la inexistencia y al mutismo, el sólo hecho de hablar de ella, y de departir de su represión, posee un aire de transgresión deliberada que anticipa, aunque sea poco, la libertad futura.

Para Isauro Torres, el cuidado físico de la mujer grávida debía concentrarse en la inspección de los senos, particularmente en el pezón, en el cuidado de dentadura, en la realización de exámenes de orina mensuales, que vigilaran la presencia de bilirrubina y exámenes del vientre, por una matrona titulada durante los últimos meses, especialmente aquellas mujeres que tenían historias de abortos precedentes. Las temidas hemorragias a causa de movimientos bruscos y golpes eran motivo suficiente para guardar reposo absoluto y que, en caso de persistir, requieran de la presencia del médico. Todas las recomendaciones que serían accesibles primero a las trabajadoras ligadas a la protección de la caja de seguro obligatorio.

La condición del embarazo y la preparación del parto descrita por aquellos manuales también son interesantes fuente de conocer, indirectamente aspectos de la vida sexual de las mujeres y de la familia.

Para Alfredo Moraga, la cohabitación o la práctica de relaciones sexuales durante el embarazo no era muy perjudicial en los seis primeros meses, aunque la frecuencia

debía ser menor, en los últimos tres meses recomendaba mayor precaución aun y si es posible, guardar continencia.

El médico Feliu Gana sostenía que era delicado dictaminar reglas y que lo ideal era subordinarlas al acierto y prudencia de los esposos y a la salud de la mujer, y que debían suspenderse ante cualquier aparición de pérdida de sangre. Curiosamente este médico sugería que la embarazada evitara la actividad sexual durante el periodo que solía preceder y seguir a su regla, método que suponía el conocimiento estricto de las fechas. Esta sugerencia tenía como fin que los órganos genitales guardaran reposo natural, evitando la congestión sanguínea que el cuerpo padecía, incluso cuando la menstruación durante la gravidez no se manifestaba. Congestión que podía ser perjudicial si se combinaba con la excitación causada por las relaciones sexuales, pues se tenía que el útero se despierte, entrando en francas y sostenidas contracciones.

Por su parte Torres era más tajante: prohibía categóricamente la práctica del sexo en el noveno mes.

Para finalizar, en la actualidad se dice que estar embarazada no es ningún impedimento para tener relaciones sexuales, no hay ninguna razón fisiológica que lo impida a menos que tu médico indique otra cosa.

## **1.2 Mitología sexual**

En la sociedad circulan muchas ideas falsas o incorrectas sobre la sexualidad que se transmiten de boca en boca pero que no tienen ningún fundamento.

También existen ideas acerca de que ciertos comportamientos son “correctos” o “naturales” y otros “incorrectos”, “indecentes” o “prohibidos” (masturbación, relaciones sexuales entre personas del mismo sexo). Estas nociones no son de ningún modo verdades absolutas, y lo que le gusta a algunos puede no gustarle a otros pero no por ello deben ser criticados o juzgados. Las falsas creencias y la información errónea impide disfrutar libremente de la sexualidad. Además, pueden fomentar actitudes discriminatorias frente a otras personas.

Está determinada, por un proceso socio-histórico, que tiene su base en las características de cada sociedad. Los mitos, son ideas que pretenden reflejar y explicar, una determinada realidad, pero que de hecho lo distorsionan. El mito se perpetúa mediante la socialización que transmite aquello que considera natural.

El mito o tabú es propagado no solo por los miembros de un grupo social, si no también, en forma vertical, por las autoridades en la posición de educación. Algunos de los mitos más insólitos en las sociedades latinoamericanas son:

- Aquellos que se abstienen del sexo son los que gozan de mejor salud.
- El tamaño del pene de un hombre, puede calcularse por el tamaño de sus manos o sus pies.
- Durante la menstruación, una mujer no debe practicar deportes, ni debe tomar baños de regadera, ni lavarse el cabello con champú.
- La esterilización reduce el apetito sexual del hombre y la mujer.
- Los homosexuales se identifican por su aspecto.
- Los hombres y mujeres homosexuales lo son desde su nacimiento.
- La masturbación puede provocar trastornos físicos, como verrugas, nacimiento de pelos en las palmas de las manos, barros, acné, y por último, la impotencia.

## **a) Prejuicios**

En las sociedades latinoamericanas, debido a la cultura característica de ellas, se producen prejuicios que van en contra de una buena y eficiente educación sexual. Los prejuicios impiden que se valoren como es debido, las actitudes sexuales del adolescente. Los prejuicios están estrechamente relacionados con los mitos y tabúes, que varían en cada sociedad.

Grupo social, se personaliza en una serie de estereotipos y roles característicos, que constituyen modelos de pensamiento y acción. Los mitos populares y la superstición han rodeado el tema de la sexualidad; los mitos han surgido de los tabúes a través de la historia de cada sociedad.

### **1.3 Desarrollo de la sexología como ciencia**

La sexología es una ciencia sumamente compleja, puesto que tiene que ver en mayor o menor proporción con muchas otras Ciencias y actividades humanas, como la Biología, la Antropología, la Sociología, la Psicología, el Derecho. Por ello es simultáneamente ciencia natural (Biología) y ciencia humana (Cultura); aunque si se requiriera mayor precisión taxonómica, probablemente tendría que clasificarse dentro de las ciencias del comportamiento.

La Ciencia sexológica comenzó a desarrollarse a fines del siglo pasado con los trabajos de los pioneros Europeos, en su mayor parte médicos, la mayoría de ellos abordaron el estudio de la sexualidad placentera con criterio patológico, debido a que compartían la opinión tradicional, que niega la existencia de una función erótica típicamente humana.



La Sexología como toda verdadera disciplina científica, no tiene un fin utilitario, si no que su propósito es la búsqueda del conocimiento; por lo tanto del conocimiento generado por ellas, se derivan dos aplicaciones prácticas muy útiles: la educación (Sexología Educativa) y la terapia (Sexología clínica).

## **1.4 Inequidades de género**

En todas las sociedades se espera que varones y mujeres se comportemos de formas diferentes. Desde la infancia se enseñan normas acerca de qué es lo apropiado para un hombre o una mujer. La vestimenta es de forma diferente, jugándose juegos diferentes, interesados por cosas diferentes y también aprendiendo que mujeres y varones deben mostrar distintas emociones (por ejemplo “las mujeres son sensibles”, “los hombres no lloran”). En este modelo tradicional los hombres tienen la responsabilidad de proveer sostén económico, y las mujeres son las encargadas del hogar y el cuidado de los hijos.

Estas diferencias entre lo que debe y lo que no debe hacer un hombre y una mujer están presentes también en la sexualidad. Se espera que las mujeres se muestren atractivas para los varones, pero que sean pasivas, y que no tomen la iniciativa para tener relaciones sexuales. Por su parte, los varones aprenden que deben ser fuertes y dominantes, saber “todo” sobre sexo, tener muchas parejas y tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales sin dejar pasar ninguna oportunidad.

Estas definiciones sobre “lo femenino” y “lo masculino” están tan profundamente instaladas en la sociedad que parece que hombres y mujeres son así “por naturaleza”, que siempre hemos sido así y que no podríamos ser de otro modo. Sin embargo esto no es así. Lo único natural e inmodificable es el sexo con el que nacemos, todo lo demás que implica comportamientos de forma “masculina” o “femenina” se aprende dentro del núcleo familiar, escuela, medios de comunicación y la sociedad en general que constantemente producen y reproducen estas ideas indicando lo que se espera del individuo. Esto último es lo que se define como “género”.

Hombres y mujeres están constantemente ajustando los mandatos de género. Muchas veces se sienten tristes o frustrados porque nuestros deseos y necesidades son diferentes de los que la sociedad espera y por ello nos critican, burlan o rechazan.

A su vez, los mandatos de género conllevan inequidades entre hombres y mujeres en general implican desventajas y limitaciones para las mujeres en el acceso a los recursos económicos y sociales. También, las inequidades representan riesgos diferenciales para la salud y el bienestar.

La salud sexual y reproductiva es uno de los ámbitos de la vida donde las inequidades de género tienen mayor impacto.

## **1.5 Derechos sexuales**

Todas las personas por el hecho de ser seres humanos tienen derechos que nadie se le puede negar. Estos derechos se denominan derechos humanos e incluyen el derecho a la vida, la identidad, la salud, la educación, la libertad, la alimentación, el techo, la seguridad, entre otros. Todos estos derechos son necesarios para que podamos disfrutar de una vida digna y desarrollarnos plenamente.

Estos derechos corresponden a todos los seres humanos sin ningún tipo de distinción o discriminación por sexo, raza, religión, edad, estado civil, orientación sexual, nacionalidad.

Los gobiernos tienen el deber y la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos, lo que implica que no pueden restringirlos y deben generar las normas y condiciones para que todos puedan ejercerlos.

Existen acuerdos internacionales firmados por la mayoría de los países del mundo que definen qué son los derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención americana de derechos humanos y la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. En el país todos estos tratados tienen rango constitucional, es decir que son de suma importancia y están por encima de todas las leyes nacionales y provinciales.

“Como la salud es un derecho humano esencial, la salud sexual y reproductiva es también una parte integral de los derechos humanos.” (Constitución Mexicana)

Los derechos sexuales y reproductivos se basan en la autonomía de las personas para tomar decisiones acerca de su vida, su sexualidad, su cuerpo, su reproducción, su salud y su bienestar. Incluyen el derecho a tener relaciones sexuales cuando se quiera y con quien quiera, sin violencia ni bajo presión; a tener hijos cuando se desea, y a expresar la sexualidad de la manera en que la sienta. Los derechos reproductivos son esenciales para que podamos ejercer nuestro derecho a la salud e incluyen el derecho a utilizar servicios de salud reproductiva integrales y de buena calidad que garanticen la privacidad, consentimiento libre e informado, confidencialidad y el respeto.

## **1.6 Sexualidad**

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo. También, desde el punto de vista

histórico cultural, es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociados a la búsqueda del placer sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo en la vida.

**a) Fases:**

Embrión: comprende desde la fecundación hasta las 8 semanas de gestación.

Feto: comprende desde las 8 semanas de gestación hasta el nacimiento.

Infancia: comprende del nacimiento hasta la pubertad y/o adolescencia.

Juventud: comprende desde la pubertad y/o adolescencia hasta los 35 años de edad

Madurez: desde los 35 años de edad hasta los 60 años

Senectud: de los 60 en adelante.

Muerte.

## **1.7 Sexualidad humana**

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como:

*“Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas*

*estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.”*

Se propone que la sexualidad es un sistema de la vida humana que se compone de cuatro características, que significan sistemas dentro de un sistema. Éstas características interactúan entre sí y con otros sistemas en todos los niveles del conocimiento, en particular en los niveles biológico, psicológico y social.

## **1.8 Aparato reproductor femenino.**

Es el sistema sexual femenino y junto con el aparato reproductor masculino garantizan la reproducción humana.

### **a) Órganos genitales externos:**

La vulva describe toda la estructura de los órganos genitales externos que son:

Monte de venus: consiste en un acolchado y blando tejido graso que se cubre de vello después de la pubertad.

Labios mayores: son dos pliegues de piel que limitan la vulva por fuera. El orificio que hay entre los labios mayores recibe el nombre de hendidura vulvar.

Labios menores: son dos pliegues de piel que se encuentran dentro de los labios mayores rodeando el introito (orificio de la vagina).

Introito de la vagina: también llamado vestíbulo de la vagina, es el orificio de la vagina.

Clítoris: está formado por los tejidos de los que está también compuesto el pene masculino, es homólogo del pene. Su función es dar placer a la mujer, su única función es sexual a diferencia del pene que sirve también para orinar.

Bulbos del vestíbulo: están situadas a ambos lados del orificio vaginal, conectados con el clítoris.

## **b) Órganos genitales internos**

Están constituidos por el útero, la vagina, los ovarios y las trompas de Falopio.

Útero: Órgano muscular hueco que se compone de cuerpo y cuello uterino, separados entre sí por un ligero estrechamiento que constituye el istmo uterino. El cérvix o cuello uterino presenta una porción supravaginal (2/3) y una porción intravaginal (1/3) denominada hocico de tenca, que muestra en su superficie el orificio cervical externo con un labio anterior y otro posterior. Este orificio constituye un extremo del conducto del cuello uterino, abierto por el otro lado en la cavidad uterina.

Vagina: conducto músculo membranoso situado entre la vejiga y el recto con una longitud media de 10-12cm. atraviesa el suelo pélvico y acaba abriéndose en el vestíbulo entre los labios menores. Alrededor de la porción intravaginal del cuello uterino se forman los fondos de saco de la vagina constituidos por un fondo de saco posterior, más profundo, otro anterior, y dos laterales. La pared posterior de la vagina es más larga, unos 11 cm, mientras que la anterior mide unos 8 cm.

Ovario: órgano bilateral situado cada uno en la fosa ovárica, en el ángulo formado por la bifurcación de la arteria iliaca primitiva. Por la base de la fosa discurre el nervio y los vasos obturadores, mientras que por su borde posterior desciende el uréter y los vasos hipogástricos. El polo superior del ovario está en contacto con la trompa mientras que el polo inferior está orientado hacia el útero y

fijado a él por el ligamento útero ovárico. Por su borde anterior se encuentra unido a la hoja postero superior del ligamento ancho por el meso del ovario que es por donde llega la inervación y vascularización ovárica.

Trompas uterinas o de Falopio: las trompas de Falopio, de unos 12 cm de longitud, comunican las cavidades uterina y peritoneal. Están situadas en el borde superior libre del ligamento ancho (mesosálpinx), entre los ligamentos redondo y útero ovárico. Podemos dividir las trompas en tres zonas: la porción intersticial de  $\approx 1$  cm, que es la que se introduce en los cuernos uterinos y se abre en la cavidad, la porción ístmica, de 2- 4 cm y la porción ampular, que es la zona más gruesa que termina en forma de embudo en las fimbrias denominándose pabellón y constituyendo la zona de contacto entre trompa y ovario

En el aparato reproductor femenino existen glándulas genitales auxiliares cuya función es:

Glándula vestibular: cuya función es proporcionar un líquido que ayuda a lubricar los labios de la vagina mientras se mantiene la relación sexual.

Glándula parauretrales: se encargan de producir y expulsar el líquido en la eyaculación femenina.

## **1.9 Aparato reproductor masculino.**

Los varones también tienen órganos genitales externos que se pueden ver y otros internos ubicados dentro del cuerpo.

El pene: es un órgano cilíndrico de tamaño variable. a pesar de algunas creencias, el tamaño del pene no influye en el placer ni en su funcionamiento durante las relaciones sexuales. En su interior se encuentra la uretra (el conducto por donde sale el semen y la orina) y los cuerpos cavernosos que son los encargados de la erección, que se llenan de sangre durante la excitación y así aumentan el volumen del pene.

Glande: o cabeza, se ubica en la punta del pene y es muy sensible. Recubriendo el pene está el prepucio, una piel muy fina que lo protege y que se corre hacia atrás durante la erección. Algunos varones, por motivos médicos o por costumbres religiosas (como en la cultura judía) se les hacen una intervención quirúrgica llamada circuncisión que consiste en quitar el prepucio.

Escroto: es una bolsa de piel fina que se ubica debajo del pene y que recubre, contiene y protege a los testículos.

En su interior el aparato genital masculino está formado por una serie de órganos cuya función es la de producir, almacenar y transportar a los espermatozoides hasta el exterior.

Uretra: es el tubo que conduce la orina y el semen hacia el exterior del cuerpo.

Testículos: son ovalados y en un adulto miden aproximadamente 4 cm de largo por 2.5 cm de ancho. Normalmente un testículo cuelga un poco más que el otro. Los testículos son las glándulas sexuales masculinas encargadas de producir la hormona sexual masculina, la testosterona. Por acción de esta hormona a partir de la pubertad comienzan a producirse los espermatozoides.

Epidídimo: es una red de tubos que se adhiere a la superficie de cada testículo, donde terminan de madurar los espermatozoides.

Conductos deferentes: son conductos a los que llegan los espermatozoides cuando han alcanzado la madurez. Cada conducto tiene aproximadamente unos 30 cm de largo.



Vesículas seminales: producen un líquido nutritivo para los espermatozoides. Las vesículas seminales tienen un orificio que las une con los conductos deferentes.

Próstata: produce también un líquido que alimentará a los espermatozoides, además de lubricarlos y facilitar su movilidad. Dicho líquido constituye aproximadamente el 30% del fluido seminal (el líquido que sale por el pene durante la eyaculación).

Glándulas de Cowper: se encuentran debajo de la próstata. Cuando el hombre está excitado, estas glándulas liberan unas gotas de fluido que aparecen en la punta del pene antes de la eyaculación (fluido pre eyaculatorio) que pueden contener espermatozoides. Por lo tanto, el método de cuidarse “coito interrumpido” no es un método seguro para prevenir el embarazo.

## **1.10 Embarazo.**

Estado fisiológico pasajero que se inicia con la unión del ovulo 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 embarazo y más de un producto se considera anormal. Aunque el embarazo es un estado fisiológico es una entidad capaz de desarrollar patología severa que puede llegar hasta la muerte. Por lo tanto a la mujer embarazada se le denomina paciente.

### **a) Duración:**

- Días: 280
- Semanas: 40
- Meses: 9
- Trimestres:
- Mitades: 2

## **1.11 Fecundación.**

Es la unión del ovulo con el espermatozoide cuando este penetra la membrana ovular y se inicia el intercambio de ADN (ácido desoxirribonucleico). La fecundación se lleva a cabo en el tercio externo de la trompa en la región ampular específicamente.

El espermatozoide que entra al ovulo se supone que es el más capacitado genéticamente, penetra la membrana a través de procesos químicos, entrando solo la cabeza quedando afuera el cuerpo y la cola al momento que entra se desencadena procesos químicos dentro del ovulo de manera que se forma una barrera química interna que va impedir que entren otros espermatozoides.

Una vez que entra la cabeza del espermatozoide deja de llamarse ovulo y se llama huevo o cigoto. E intercambio genético se lleva acabo de manera rápida en los primeras horas ocurriendo una duplicación de células por pares hasta que se forma un conjunto de células con apariencia de racimo de uvas que se llama mórula esta células son células madre denominadas totipotenciales capaces de originar cualquier tipo de órgano.

## **1.12 Células madre.**

Son células que se encuentran en todos los organismos multicelulares y que tienen la capacidad de dividirse y diferenciarse en diversos tipos de células especializadas y de autor renovarse para producir más células madre.

## **1.13 Capas embrionarias.**

a) Ectodermo: deriva todo el SNC y periférico, piel, anexos de la piel, glándulas mamarias, ojos y oídos

b) Mesodermo: da origen a el sistema musculo esquelético, (cartílagos, ligamentos, tendones, articulaciones, liquido sinovial, discos intervertebrales, meniscos) sistema circulatorio, sistema linfático, aparato urogenital (incluyendo vejiga, riñones, uréteres, testículos, ovarios, útero, vagina, pene), corazón y grandes vasos (aorta, cava, carotideas), corteza suprarrenal, linfa, sangre y bazo

c) Endodermo: deriva el tubo gastrointestinal entrada y salida incluyendo sus anexos (lengua, epiglotis, glándulas salivales, esófago, estómago, páncreas, hígado, vesícula biliar, tiroides, paratiroides, epiplón), árbol respiratorio (nariz, tráquea, bronquios, bronquiolos, pulmones)

## **1.14 Desarrollo del embarazo**

El desarrollo dentro del útero del nuevo ser pasa por dos fases:

a) La primera constituye el “Período Embrionario”, que comprende aproximadamente los primeros dos meses y medio.

b) La segunda se denomina “Período Fetal” y se inicia al terminar la anterior y comprende el resto del embarazo.

### **a) Primer mes.**

Al final del primer mes, el embrión mide medio centímetro y comienzan a formarse el cerebro, la columna, los riñones, el hígado, el aparato digestivo y lo que más adelante serán los brazos y las piernas.

**a) Segundo mes.**

En el segundo mes el embrión mide unos 2'5 cm. La cabeza está bien diferenciada y en ella se distinguen los ojos, la nariz, la boca y las orejas. También se diferencian bien los brazos y las piernas en sus distintas partes o segmentos. Los principales órganos se han formado y el corazón empieza a latir. Al final de este período el embrión mide unos 4 cm y se denomina feto.

**b) Tercer mes.**

Al tercer mes, el feto tiene una forma que recuerda a la especie humana. Es capaz de realizar movimientos por sí solo. Ahora mide entre 8 y 10 cm. Tiene una cabeza muy grande con relación a su cuerpo. En este momento su cuerpo se encuentra básicamente formado. A partir de ahora es capaz de deglutir ó tragar, y en el aparato digestivo se acumula una sustancia de color verde llamada meconio que se irá expulsando durante los primeros días de vida.

**c) Cuarto mes.**

Hacia el cuarto mes, los genitales externos están bien formados. La piel se va desarrollando y produce una sustancia blanquecina que se denomina "vermix" y que recubre al feto y contiene gran cantidad de grasa. Esta sustancia protege su piel del continuo contacto con el líquido amniótico en el que está inmerso y suele recubrir al niño en el nacimiento.

**d) Cuarto y Quinto mes.**

Entre los cuatro y cinco meses de embarazo se empezara a notar cómo se mueve. Al principio se mueve muy suavemente y a veces se tendrá dudas, pero más adelante, cuando se mueva con mayor fuerza, se notara perfectamente. En

estos meses es capaz de llevarse la mano a la boca, puede tener tos o hipo y suele estar a ratos dormidos y a ratos despierto.

**e) Sexto mes.**

Aproximadamente a los seis meses aparece el pelo en la cabeza. Crecen las cejas y las pestañas y todo su cuerpo se cubre de un vello muy fino que se denomina "lanugo". En esta fase pesa algo más de 1.000 gr. Y mide unos 35 cm.

**f) Séptimo mes.**

Sobre el séptimo mes se va completando la maduración de sus órganos (pulmón, aparato digestivo). A partir de ahora vuestro hijo empezará a engordar porque su cuerpo ya acumula grasa.

**g) Octavo y noveno mes.**

Durante el octavo y noveno mes, sigue creciendo hasta alcanzar el peso que tendrá en el nacimiento, alrededor de los 3 o 3,5 kg. Su longitud es de unos 50 cm. Durante estos meses le crece el pelo y las uñas, sus movimientos los percibiréis de una forma más brusca. El niño tenderá a ponerse con la cabeza hacia abajo, es decir, hacia la pelvis en dirección al cuello del útero. Ésta es la postura más adecuada para el parto y desde ese momento ya no se moverá tanto.

## **1.15 Placenta.**

Órgano vital que se desarrolla durante la gestación, que consiste en una masa esponjosa, adherida al útero, con múltiples funciones como endocrinas, respiratorias, digestivas, renales, circulatorias y a través de la cual se establece el intercambio de oxígeno y sustancias nutritivas entre la madre y el embrión.

La placenta al inicio del embarazo se llama trofoblasto se inicia a formar de manera inmediata después de la implantación del blastocito en la decidua una vez implantado emite ramificaciones en busca de sustrato alimenticio.

Al inicio del embarazo la placenta se divide en dos partes:

**a) Citotrofoblasto:** encargado de producir la hormona gonadotropina corionica (HGC)

**b) Sincitotrofoblasto:** encargado de producir progesterona y otras hormonas para mantener el embarazo, evitando que haya abortos.

## **1.16 Control prenatal.**

Serie de consultas de seguimiento del embarazo se llevan a cabo por el personal sanitario de atención primaria y atención especializada. Los equipos de atención a la embarazada están formados por médico/a de familia, ginecólogo/a, y enfermero/a. Hasta el parto.

Con el objetivo de identificar alguna patología que dificulte o perjudique la buena evolución del embarazo, tratando de que este finalice con una madre y un hijo sano.

Dentro del “Seguimiento del Embarazo” el personal sanitario realiza una serie de actividades que, de forma general, son las siguientes:

- Actualizar tu Historia Clínica y apertura del Documento de Salud de la Embarazada o Cartilla Maternal.

- Petición de Analíticas Generales y/o Especiales (suelen solicitarse dos o tres analíticas).

- Exploración General que incluye toma de tensión arterial, peso y talla, y una exploración de los principales órganos del cuerpo.

- Exploración del aparato genital, las mamas y toma de una muestra para Citología.

- Prueba de tolerancia a la glucosa, que en la mayoría de los casos suele hacerse entre el sexto y séptimo mes.

- Otras pruebas, como la medición del tamaño del útero, para valorar como va creciendo, o escuchar el latido fetal.

- Ecografía: abdominal y/o vaginal. En general suelen ser tres, una por cada trimestre, aunque pueden ser menos o más, en función de cómo discorra el embarazo.

- A veces es necesario que se realicen otras pruebas o consultas a otros especialistas en función de tus antecedentes o por enfermedades previas o actuales.

El número de visitas suele oscilar entre 8 y 10 (una por mes), pero puede variar en función sobre todo de las necesidades de tu embarazo. La frecuencia de las visitas suele ser mayor al final del mismo. En este programa se vigilan los denominados “embarazos de bajo riesgo”, es decir los embarazos sin complicaciones o aquellos que se presentan acompañados de trastornos o enfermedades leves.

En ocasiones un embarazo puede necesitar ser más vigilado o requerir la utilización de pruebas especiales. Estos casos serán atendidos en las consultas de vigilancia del embarazo del hospital de referencia.

### **1.17 Señales de alerta durante el embarazo.**

Si durante el embarazo se observa o nota algunos de los síntomas que se describen a continuación, debes comunicarlo inmediatamente al médico de familia o al personal sanitario que vigila el embarazo.

1. Pérdida de sangre por vagina, por pequeña que sea.
2. Dolor abdominal intenso y continuo.
3. Náuseas y vómitos intensos.
4. Fiebre mayor de 38 grados.

5. Disminución repentina y acusada de la cantidad de orina.
6. Dolor y escozor al orinar
7. Hinchazón repentina de pies, manos y cara.
8. Mareos intensos o trastornos de la visión como aparición de manchas, destellos de luz.
9. Dolor de cabeza fuerte y persistente.
10. Pérdida de líquido por vagina, acompañado o no, de escozor o picor genital.
11. Cambio brusco del tamaño del útero.
12. Ausencia de movimientos fetales, a partir del 5º mes.
13. Presencia de contracciones fuertes e intensas, o muy frecuentes.

Estos signos no tienen por qué indicar necesariamente problemas graves para la salud de la madre o la del bebé pero, ante la duda, acude rápidamente a tu centro sanitario

### **1.18 Cambios en el cuerpo durante el embarazo.**

La gran mayoría de cambios que se experimentan se deben a la influencia de las hormonas que harán que el cuerpo se adapte a este nuevo estado.

El peso aumentará de forma gradual a lo largo de estos nueve meses de gestación.

Mamas se preparan durante el embarazo para la lactancia. Aumentan de tamaño, se vuelven más sensibles y las venas superficiales son más visibles. Observarás además que los pezones y las areolas se ponen más oscuros y a partir del quinto mes puedes segregar por el pezón un líquido amarillo que se llama calostro.



El útero va a crecer para albergar al niño hasta que esté preparado para salir. Se puede notar que a veces el útero se contrae, y esto es totalmente normal ya que es un músculo y lo hace como entrenamiento para el parto.

La vagina durante el embarazo se adapta para el parto, se vuelve más elástica, la mucosa se oscurece y aumenta el flujo vaginal. Nictamero debido a la presión que el útero ejerce sobre la vejiga.

Todo el cuerpo trabaja más, el corazón, los riñones, los pulmones. Todos los órganos colaboran y ayudan a que el feto crezca.

La piel también cambia, sobre todo la de las mamas y el vientre, y el aumento del tamaño puede hacer que aparezcan estrías

La piel se oscurece en determinadas zonas como: los pezones y areolas, abdomen (línea alba) y los genitales. También pueden aparecer “melasma” (manchas en la cara). Es un cambio transitorio que desaparecerá a los pocos meses del parto.

El embarazo también influye sobre el pelo, pues las hormonas actúan sobre las glándulas sebáceas y el folículo piloso.

Existen variaciones individuales de unas embarazadas a otras, tanto en la pérdida como el aumento del cabello y vello.

Las uñas se vuelven más frágiles; no te preocupes después del parto recuperan su dureza normal.

La boca se vuelve más sensible y pueden sangrar las encías al cepillarse los dientes.

Los sentidos se agudizan, puedes descubrir sabores y olores nuevos y sobre todo más intensos y puede aparecer el apetito caprichoso a nominados alimentos.

En la columna vertebral, también se producen cambios que van a influir en las posturas cotidianas y en la marcha. Aunque en los primeros meses los cambios no son muy marcados, a partir del cuarto mes la curva de la columna irá aumentando y todo tu cuerpo se irá adaptando a ellos. Estos cambios en la columna van a producir una forma distinta de caminar, dando lugar a la denominada “marcha de pato” o de “orgullo de la embarazada”, que aparece sobre todo al final del embarazo.

## **1.19 Higiene y belleza.**

### **a) El baño y ducha.**

Durante el embarazo se suda más, por lo que es conveniente que el baño o ducha sea diario con agua templada. En las piernas, para prevenir la aparición de varices se alterna el agua fría y caliente, terminando con la fría. La ducha, además de refrescarte, tonificará la piel y la relajará.

### **b) La piel**

En este estado, la piel tiende a researse y deshidratarse y por eso es mejor que se use jabones suaves y neutros.

También conviene usar cremas o aceites hidratantes para evitar que la piel se seque y pierda flexibilidad. Esto es especialmente importante en las zonas del cuerpo que van a sufrir un mayor estiramiento (vientre, pecho, parte superior de los muslos). Es bueno aplicarlas dando masaje superficial hacia arriba, siempre en dirección hacia el corazón y de forma suave.

### **c) El cabello**

Se debe de Utiliza “Champús suaves” y evita productos que puedan dañar el cabello. Es bueno darse un par de cortes en las puntas a lo largo de estos meses para darle más fuerza y belleza.

### **d) La depilación**

Evitar la depilación con cera caliente, puede favorecer la aparición de varices. Usar otros sistemas, como la cera fría, las pinzas o algún aparato eléctrico.

### **e) La boca**

El cepillado de los dientes debe realizarse dos o tres veces al día, después de cada comida para evitar la aparición de caries. Es conveniente acudir al dentista al principio del embarazo.

### **f) La higiene íntima.**

Lo más adecuado es que se lave los genitales externos durante la ducha y utilice ropa interior de algodón, cambiándola cuantas veces apetezca. El uso de pequeñas compresas (protectores) no es recomendable, porque no dejan que la piel transpire con normalidad. Tampoco son aconsejables los desodorantes vaginales. Si necesitas asearse más de una vez al día, se hace sólo con agua.

### **g) El sol**

En caso de que aparezcan manchas en la cara (melasma) no se recomienda la exposición al sol ni utilizar cremas despigmentantes.

## **h) Ropa y calzado.**

Hasta después de los tres meses de embarazo no suele ser necesario que se cambien ropa habitual por ropa amplia, ya que los cambios externos son aún pequeños, salvo el aumento de tamaño del pecho. Necesita un sujetador apropiado para proteger las mamas; si éste no es adecuado puedes desarrollar más estrías. La mujer con mamas grandes puede sentirse aliviada usando un sujetador ligero durante la noche. Evitar el uso de prendas que opriman o que dificulten la circulación sanguínea (calcetines, ligas). Es conveniente que se comience cuanto antes a usar calzado de tacón bajo y base ancha

### **1.20 Cambios emocionales.**

Al principio de tu embarazo es posible que sientas sorpresa y desconcierto, inquietud y preocupación. No te preocupes porque es una reacción normal. Puede que te sientas más necesitada de la compañía y atenciones de los demás. A veces puedes sentirte irritada y sufrir frecuentes cambios de humor. También, pueden aparecer temores de perder al bebé y por ello necesites más demostraciones de cariño y ternura en tu pareja, de tu familia y amigos.

En el segundo trimestre es normal que te sientas más tranquila y serena; tu embarazo sigue adelante. La experiencia de sentir cómo se mueve tu hijo/a te ayudará a que tus inquietudes y temores vayan quedando atrás.

Con el tercer trimestre se acerca el momento del parto. Te puedes sentir de nuevo inquieta, deseando que todo acabe, e impaciente por conocer y tocar a tu hijo/a. Es frecuente que dudes sobre cómo será el parto, si tu hijo/a nacerá sano, y si podrás cuidarle y atenderle adecuadamente. Si estás preparada para tan feliz acontecimiento, todo te resultará más fácil

## **1.21 Los sentimientos del padre.**

Puede experimentar, como ella, sentimientos contradictorios con respecto al embarazo y al futuro bebé; desde temores y preocupaciones hasta alegría, satisfacción y orgullo. Es posible que en algunos momentos se sienta en un segundo plano respecto a los sentimientos, puede sentirse solo, poco atendido, incluso puede tener sentimientos de celos.

También puede ocurrir que ella necesite más atención de la parte del padre, más cuidados, más apoyo, y todo eso puede hacer que sienta confuso y desplazado.

Cuando llegue el parto, es muy importante que intente estar relajado y seguro, entre otras cosas porque así podrás acompañar y ayudar. Además debe estar preparado para hacerse cargo de las tareas que habitualmente realiza la mujer.

## **1.22 Cuidados posturales.**

Desde levantarse hasta acostarse debe tener en cuenta la mujer embarazada la postura correcta y realizar los movimientos y esfuerzos cotidianos de manera que la columna vertebral soporte la menor carga posible. Lo más importante es que en todas las actividades de la vida diaria, por ejemplo levantarte de la cama, agacharse, planchar, pasar la aspiradora, llevar bolsas, coger en brazos a un niño, la columna permanezca en una posición equilibrada, es decir, ni muy curvada a la derecha ni a la izquierda, ni excesivamente flexionada hacia delante o hacia detrás.

## **1.23 Coito durante el embarazo.**

### **a) Primer trimestre.**

En los primeros tres meses comienza una etapa de adaptación a los cambios que se sucederán durante el embarazo. Aumenta la sensibilidad de las mamas, con aumento de su tamaño y tumefacción de las areolas y pezones. Este aumento en la sensibilidad muchas veces hace que un estímulo que antes resultaba placentero, ahora sea una molestia. Para evitar esto, es recomendable mayor suavidad en las caricias. Muchas mujeres manifiestan que con el tiempo la mayor sensibilidad continúa, no así el dolor, por lo que la excitación es mayor. Estudios científicos han encontrado que el 54% de las mujeres experimentan una disminución de su libido durante el primer trimestre del embarazo como consecuencia del cansancio, las náuseas y los malestares habituales durante este período. En un porcentaje menor (5-10%), las mujeres tienen más deseos sexuales. Incluso algunas experimentan su primer orgasmo en esta etapa.

### **b) Segundo trimestre**

Muchas mujeres manifiestan que el deseo ha aumentado. Existe un mayor bienestar, ya que han disminuido o desaparecido las molestias físicas. La pareja se ha adaptado al embarazo y han desaparecido muchos de los temores. Es en esta etapa que se vuelve a la sexualidad previa al embarazo o bien se disfruta del sexo como nunca. Pueden aparecer algunos temores a perder él bebe al comenzar a percibir sus movimientos. Muchas mujeres, por los cambios físicos observados en este trimestre, se preocupan por su atractivo físico y por si pueden despertar el interés sexual de su pareja, por lo que es muy importante la comunicación entre ambos.

### **c) Tercer trimestre**

Durante esta última etapa la sexualidad vuelve a estar comprometida. Estudios científicos han encontrado que durante el último mes solamente el 75% de las parejas continuaban sus relaciones sexuales. Esto es debido a lo corporal, ahora es la panza la que se interpone entre los dos y a lo emocional, es muy difícil abstenerse de toda la ansiedad que despierta el nacimiento. La mayoría de las mujeres experimentan una disminución o ausencia del deseo sexual. Las sensaciones vividas durante el orgasmo disminuyen considerablemente. Es fundamental saber que si bien no sienten un deseo sexual, al sentirse más inseguras y frágiles, aumenta la necesidad de mimos, caricias y cuidados.

El coito o el orgasmo se deben evitar cuando la futura madre experimenta una complicación del embarazo. Si existe la posibilidad de que la pareja de la paciente tenga una ETS (enfermedad de transmisión sexual), por ejemplo que está infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), siempre deberá usar condón. En las embarazadas las ETS pueden provocar un trabajo de parto antes de lo indicado, aborto o muerte fetal intrauterina o ser nocivas para el embrión o el feto.

En cambio en el caso de la mayoría de las mujeres embarazadas sanas y sus parejas no hay razones para prohibir el sexo, ni siquiera en las semanas previas al parto.

Muchos ginecólogos no saben con seguridad que asesoramiento sexual deben proporcionar cuando surgen problemas en el embarazo. Casi todos concuerdan en que se deben evitar la relación sexual cuando existe una hemorragia y después de ella pero no hay acuerdo acerca de la duración del periodo de abstinencia y del momento en que se pueden reanudar las relaciones sexuales, como después del cese de una hemorragia vaginal.

Además las recomendaciones varían en relación con las consecuencias sexuales de las contraindicaciones prematuras y algunos médicos no una restricción de la

actividad sexual cuando es necesario, como en el caso de incompetencia cervical o infección vaginal.

La incertidumbre y la falta de entrenamiento en asesoramiento de parejas y sexual podrían explicar por qué en ocasiones se descuida este tema de gran importancia en esta etapa de la mujer embarazada así como tener en cuenta que el asesoramiento que se dé la pareja masculina debe estar incluido en ella.

Habitualmente no es necesaria ninguna medida restrictiva en cuanto a las relaciones sexuales en gestantes con un embarazo normal. Se debe informar a las gestantes que la gestación puede modificar su actividad sexual, tanto en cuanto al deseo de la misma como a su modo de realización; de la posibilidad de que se produzcan molestias vaginales o que aparezca actividad uterina tras el coito.

En las pacientes con antecedentes de abortos de repetición y parto pretermino quizás sea aconsejable restringir la actividad sexual; si es necesaria su restricción en la amenaza de parto pretermino en la gestación actual, placenta previa o ruptura prematura de membranas.

Si queremos informar adecuadamente a la gestante sobre las repercusiones de la gestación tiene en su esfera sexual y sobre las posibles repercusiones que la actividad sexual normal en la mujer y las modificaciones fisiológicas que le acompañan y las posibles interacciones de estas modificaciones sobre factores fisiológicos o patológicos de la gestación.

### **1.24 Respuesta sexual normal.**

La respuesta sexual normal consta de cinco fases: deseo, excitación y metafase, orgasmo, resolución y fase refractaria.



El deseo sexual hace referencia al nivel general de interés en la sexualidad. Tiene una modulación fundamental hormonal, siendo la testosterona la principal hormona implicada.

La fase de excitación la podemos subdividir en tres partes; excitación central, respuesta genital y excitación periférica.

La excitación central comprende la respuesta a los estímulos sexuales visuales, táctiles o productos de la imaginación, de tal forma que, actuando a través de la corteza cerebral, e; sistema límbico e hipotálamo, como los centros de excitación con las endorfinas como neurotransmisor y centros de inhibición ligados a los centros del miedo y el dolor, termina produciendo la respuesta genital y a excitación periférica.

La respuesta genital está compuesta fundamentalmente por la congestión vascular y cambios neuromusculares. La dilatación arteolar está controlada por el estímulo parasimpático sacro de las raíces S2, S3 Y S4 vehiculizadas a través de los nervios erectores.

Tiene un papel significativo el estímulo torácico simpático y como neurotransmisor local el polipeptido intestinal vasoactivo (VIP), un potente vasodilatador que se encuentra en el pene y la vagina.

Esta fase produce abombamiento en la parte superior de la vagina, engrosamiento de los plexos venosos que rodean la parte inferior y los bulbos eréctiles del vestíbulo a ambos lados del introito. Pueden producirse contracciones irregulares y lentas en el tercio inferior de la vagina. Los labios menores se contraen y el clítoris se pone eréctil y gira 90 grados hacia la sínfisis del pubis.

La vagina se lubrica por la producción de un trasudado de su pared que se genera al aumentar el aporte sanguíneo a la misma y, posteriormente, por la secreción de las glándulas de Bartholin, el útero se engruesa, aumenta el tamaño y asciende a la pelvis.

La respuesta genital se acompaña de una excitación periférica en la que se produce el incremento de la tensión arterial sistólica y diastólica, rubor cutáneo generalizado, modificaciones en la frecuencia cardíaca, cambios respiratorios y dilatación pupilar.

Las tres subfases interactúan entre sí, potenciando y manteniendo la fase de excitación.

La fase de excitación se puede mantener en meseta cuando llega a su máxima expresión, prolongando el placer de la relación sexual antes de llegar al orgasmo. Una prolongación excesiva puede producir dolor durante el coito.

En el orgasmo se produce un espasmo de los músculos que rodean el tercio inferior de la vagina, seguido de contracciones rítmicas de los mismos. Fuera de área genital se produce contracciones de los rectos anteriores del abdomen y del esfínter anal e incrementando la tensión arterial y la ventilación pulmonar. Existe un sentimiento de intenso placer y una alteración variable del nivel de conciencia.

Tras el orgasmo se produce la fase de resolución, en la que se intervienen los cambios producidos durante la fase de excitación y orgasmo. Si la mujer no ha llegado al orgasmo, la congestión pélvica puede tardar horas en resolverse y producir sensación disforia.

La fase refractaria sigue a la de resolución y durante ella una mayor estimulación no da lugar a una respuesta. Esta fase es de duración variable; puede no presentarse, produciéndose orgasmos múltiples en aproximadamente un bajo porcentaje de mujeres

## **1.25 Influencia de la actividad sexual durante el embarazo**

La influencia de la actividad sexual sobre la gestación ha sido poco estudiada. Las mayoría de las recomendaciones que realiza el medico están apoyadas en conocimientos científicos.

Se ha relacionado el coito con la interrupción precoz de la gestación. Sin embargo, sabemos que la causa más frecuente del aborto es la presencia de defectos cromosómicos graves y letales en el embrión, y que las interrupciones precoces de la gestación debidas a trauma, injuria o actividad física son extremadamente poco frecuentes.

La amenaza de aborto podría contraindicar el coito, pero no el antecedente de aborto espontaneo o recurrente.

El orgasmo femenino puede producir contracciones dolorosas y prolongadas durante la gestación. Se ha asociado hecho con el parto pre termino y con la bradicardia fetal sin que exista evidencia suficiente para ello. No está claro si las contracciones uterinas se asocian con la estimulación mamaria, el orgasmo femenino o las prostaglandinas de la eyaculación masculina.

Se ha asociado el riesgo de infección ascendente con el coito en una población con falta de higiene, disminución de las defensas del huésped por déficit nutricional e infecciones recurrentes.

## **1.26 Contraindicaciones de actividad sexual en la gestación.**

Riesgo de transmisión sexual.

Amenaza de aborto.

Patología cervico-vaginal que genera sangrado.

Placenta previa.

Metrorragia no etiquetada.

Amenaza de parto pretermino.

Rotura prematura de membranas.

Crecimiento intrauterino restringido.

Infección vaginal.

Diagnósticos precisos de actividad uterina precoz.

## **1.27 Vida de la pareja.**

No cabe duda que el embarazo implica cambios intensos que se suceden en forma diferente en el hombre y la mujer.

En la mujer, cambia la imagen de sí misma, de alguna manera comienza a sentirse acompañada por esa nueva vida y puede replegarse y distanciarse. Por otro lado la invade la gran responsabilidad de preservar y hacer crecer esa vida y esto centra sus pensamientos.

El varón en general tiene otros tiempos y otra forma de hacerse la idea mental del hijo y suele ocurrir que a pesar de desear ese embarazo, se siente desplazado. Además a veces le es difícil integrar que su pareja sexual sea, a la vez, madre.

En cuanto a la relación, podemos pensar esta etapa como una oportunidad de conocerse más profundamente y aprender a tolerar el destiempo y desencuentros. En caso de dificultad en este delicado proceso, una intervención terapéutica puntual puede brindar alivio y enriquecer la vida de pareja.

Cada pareja es un mundo diferente. La sexualidad forma parte de los cambios que se generan en el embarazo. El deseo sexual, la excitación y la capacidad orgásmica de la pareja pueden incrementarse o sufrir un importante deterioro. Las alternativas son variadas y en todos los casos rige la naturaleza de una manera lógica y normal.

Aquella que tenga deseos puede satisfacerlos ya que en nada afectará al bebé el acto sexual. Las mujeres que no sienten deseo, no deberán preocuparse. Es fundamental en todos los casos la información y la consulta médica, para vivir una sexualidad en el embarazo liberada de falsas creencias y miedos.

### **1.28 Educación para el embarazo.**

En la práctica médica es necesario tener presente que todo individuo, sano o enfermo, forma parte de un grupo familiar. La familia constituye así, dentro de la sociedad, la unidad básica y la reproducción humana es la forma natural de conservarla.

Los procesos educativos en materia de salud y en particular los de la esfera reproductiva son parte de la educación general de la población.

El país tiene, entre otras características, a de presentar una heterogeneidad económica, política y cultural. Esto dificulta la proyección de la educación en la reproducción humana, ya para los que haya que programar el proceso educativo existen grupos en muy diferentes condiciones educativas y con muy diversas características culturales, para lo que hay que programar el proceso educativo. En particular en e país, las condiciones en que se efectúa la reproducción tiene sus sellos especiales.

Es un país joven, con una población en que son muy numerosos los menores de 20 años. En este país el grupo de menores de esta edad que contraen matrimonio constituye el 42.4% en el sexo femenino, siendo más

numerosos que el grupo de entre 20 y 24 años que es de 30.6%. Así se encuentra que el 70% de población femenina contrae matrimonio antes de los 25 años, con altas posibilidades de seguirse embarazando por más de 20 años.

Desafortunadamente, el que las parejas sean fértiles y tengan hijos, varios años antes de que su psicología y socialmente sean aptos, es un obstáculo para que el niño inicie su vida en condiciones que le ofrezcan seguridad.

En esta condiciones, el riesgo que significa el embarazo a temprana edad es grande, el que las madres adolescentes o muy jóvenes estén preparadas para la maternidad, va a depender de sus propios recursos físicos y emocionales, de las condiciones económicas de sus familia y de su educación.

Efectuar capacitación del personal profesional y técnico que elabora en los servicios. Mejora la asistencia de la mujeres a la consulta prenatal, al promoveré la utilidad de la vigilancia médica antes del parto. Lograr el bienestar físico y mental de la futura parturienta. Cuando se desea organizar un servicio de psiscoprofiaxis obstétrica hospitalario se deben analizar y aprovechar los recursos disponibles; se analizaran en tres grupos:

Humanos: se requiere la colaboración de médicos obstetras y pediatras, de psicólogos, de trabajadores sociales y de instructores físicos. En ocasiones podrán ser de la institución, en otras, tendrán que integrarse

Físicos: se necesita del apoyo de las instalaciones ya establecidas para la atención materno infantil, como lo son las salas de hospitalización, cunas, salas de labor y de expulsión, salas de operaciones, salas de esterilización, cuidados intensivos y toco quirúrgicos.

Económicos: se debe aprovechar al máximo el personal médico, de psicología, de trabajo social y de instructores físicos con que cuente la institución o capacitarlos. Aprovechar al máximo los recursos físicos de la institución, procurando adaptación de los existentes; es necesario contemplar aquí la posibilidad de incremento presupuestal para cubrir necesidades de recursos humanos o físicos, de verdadera imposibilidad de cubrir con los propios

## **1.29 Consecuencias de relaciones sexuales durante el embarazo.**

### **a) Enfermedades de transmisión sexual.**

Candidiasis urogenital

Chancro blando

Hepatitis viral a

Hepatitis viral b

Herpes genital

Infección gonocócica

Linfogranuloma venéreo

Seropositivo VIH

Sífilis adquirida

Sífilis congénita

SIDA

Tricomonirosis

Virus del papiloma humano

Hepatitis viral C

## **b) Enfermedades de transmisión sexual virales.**

### **Virus de molusco contagioso**

Molusco contagioso, infección viral caracterizada por lesiones umbilicadas.

Bateman llamó al trastorno molusco, que es un término común para señalar las lesiones pediculadas, e indicó que era contagioso para denotar su carácter transmisible, ya que, según él, el contagio se debía a un líquido lácteo que salía de la lesión al exprimirla.

### **Virus del papiloma humano**

Los virus del papiloma humano (VPH) son virus comunes que pueden causar verrugas. Existen más de 100 tipos de VPH. La mayoría son inofensivos, pero aproximadamente 30 tipos se asocian con un mayor riesgo de tener cáncer. Estos tipos afectan los genitales y se adquieren a través del contacto sexual con una pareja infectada. Se clasifican como de bajo riesgo o de alto riesgo. Los VPH de bajo riesgo pueden causar verrugas genitales. En las mujeres, los VPH de alto riesgo pueden conducir al cáncer del cuello uterino, vulva, vagina y ano. En los hombres, pueden conducir al cáncer del ano y del pene.

Aunque algunas personas que desarrollan verrugas genitales por infecciones con VPH tienen síntomas, otras pueden no sentirlos. Un profesional de la salud puede tratar o eliminar las verrugas. En las mujeres, el examen de Papanicolaou puede detectar cambios en el cuello uterino que pudieran evolucionar en cáncer. El Papanicolaou y el test del VPH son tipos de exámenes de detección del cáncer cervical.



El uso correcto de los preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar el VPH. Las vacunas pueden proteger contra varios tipos de VPH, incluyendo algunos de los que pueden causar cáncer

## **Herpes simple tipo I Y II**

La infección por el virus del herpes simple, denominada por lo general herpes, puede deberse al virus del herpes simple de tipo 1 (VHS-1) o al virus del herpes simple de tipo 2 (VHS-2). El VHS-1 se transmite principalmente por contacto de boca a boca y causa infecciones en la boca o a su alrededor (herpes labial). El VHS-2 se transmite casi exclusivamente por vía sexual y provoca infecciones en la zona genital o anal (herpes genital). Sin embargo, el VHS-1 también puede transmitirse a la zona genital por contacto bucogenital y provocar herpes genital.

La infección por VHS-1 es muy contagiosa, frecuente y endémica en todo el mundo. Se adquiere mayoritariamente durante la infancia y dura toda la vida. La gran mayoría de las infecciones por VHS-1 son herpes labiales (infecciones en la boca o a su alrededor, por lo que se denomina en ocasiones herpes bucal, labial o bucofacial), si bien algunas son herpes genitales (infecciones en la zona genital o anal).

La infección por VHS-2 está muy extendida en todo el mundo y se transmite casi exclusivamente por vía sexual. El VHS-2 es la causa principal del herpes genital, aunque también hay casos causados por el virus de herpes simple de tipo 1 (VHS-1). La infección que provoca el VHS-2 dura toda la vida y no tiene cura.

El herpes genital provocado por VHS-2 es un problema mundial. Según estimaciones de 2012, había 417 millones de personas infectadas en todo el mundo. La prevalencia estimada de la infección por VHS-2 era más elevada en África (31,5%), seguida de las Américas (14,4%). También se ha demostrado que aumenta con la edad, pese a que el mayor número de infecciones se produce en adolescentes.

El VHS-2 se transmite principalmente durante las relaciones sexuales, por contacto con las superficies genitales, la piel, las vesículas o los líquidos del paciente infectado. El VHS-2 puede transmitirse a partir de superficies genitales o anales de aspecto normal y, de hecho, la transmisión ocurre con frecuencia en ausencia de síntomas.

Aunque es más bien raro, la infección por VHS-2 puede transmitirse de la madre al recién nacido durante el parto

## **Virus de inmunodeficiencia humana**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4. La inmunodeficiencia entraña una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir. La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o sida, y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto. El sida se define por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves.

El VIH se puede transmitir por el contacto con diversos líquidos corporales de personas infectadas, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales. No es posible contagiarse a resultas de contactos de tipo corriente y cotidiano como puedan ser los besos, abrazos o apretones de manos o por el hecho de compartir objetos personales, alimentos o bebidas.

Los síntomas de la infección por el VIH varían en función del estadio en que se encuentre. Aunque en la mayoría de los casos el pico de infectividad se alcanza en los

primeros meses, muchas veces el sujeto ignora que es portador hasta que alcanza fases más avanzadas. En las primeras semanas que siguen al contagio, las personas a veces no manifiestan ningún síntoma, y otras presentan una afección de tipo gripal, con fiebre, cefalea, erupción o dolor de garganta.

A medida que la infección va debilitando su sistema inmunitario, el sujeto puede presentar otros signos y síntomas, como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento podrían aparecer también enfermedades graves como tuberculosis, meningitis por criptococos o diversos tipos de cáncer, por ejemplo linfomas o sarcoma de Kaposi, entre otros.

Hay ciertos comportamientos y afecciones que incrementan el riesgo de que una persona contraiga el VIH, entre ellos:

- practicar coito anal o vaginal sin protección;
- padecer alguna otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidias, gonorrea o vaginosis bacteriana.
- compartir agujas o jeringuillas contaminadas, soluciones de droga u otro material infeccioso para consumir drogas inyectables.
- recibir inyecciones o transfusiones sanguíneas sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen corte o perforación con instrumental no esterilizado.
- pincharse accidentalmente con una aguja infectada, lesión que afecta en particular al personal sanitario.

## **Virus de la hepatitis**

La hepatitis es una inflamación del hígado. La afección puede remitir espontáneamente o evolucionar hacia una fibrosis (cicatrización), una cirrosis o un cáncer de hígado. Los virus de la hepatitis son la causa más frecuente de las hepatitis, que también pueden deberse a otras infecciones, sustancias tóxicas (por ejemplo, el alcohol o determinadas drogas) o enfermedades auto inmunitarias.

La hepatitis A y la E son causadas generalmente por la ingestión de agua o alimentos contaminados. Las hepatitis B, C y D se producen de ordinario por el contacto con humores corporales infectados. Son formas comunes de transmisión de estos últimos la transfusión de sangre o productos sanguíneos contaminados, los procedimientos médicos invasores en que se usa equipo contaminado y, en el caso de la hepatitis B, la transmisión de la madre a la criatura en el parto o de un miembro de la familia al niño, y también el contacto sexual.

La infección aguda puede acompañarse de pocos síntomas o de ninguno; también puede producir manifestaciones como la ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos), orina oscura, fatiga intensa, náuseas, vómitos y dolor abdominal.

Los científicos han identificado cinco virus de la hepatitis designados por las letras, A, B, C, D y E. Todos causan enfermedades hepáticas, pero se distinguen por varios rasgos importantes.

**Virus de la hepatitis A (VHA)** está presente en las heces de las personas infectadas y casi siempre se transmite por el consumo de agua o alimentos contaminados. Se puede propagar también por ciertas prácticas sexuales. En muchos casos la infección es leve, y la mayoría de las personas se recuperan por completo y adquieren inmunidad contra infecciones futuras por este virus. Sin embargo, las infecciones por el VHA también pueden ser graves y potencialmente mortales. La mayoría de los habitantes de zonas del mundo en desarrollo con saneamiento deficiente se han infectado con este virus. Se cuenta con vacunas seguras y eficaces para prevenir la infección por el VHA.

**Virus de la hepatitis B (VHB)** se transmite por la exposición a sangre, semen y otros líquidos corporales infecciosos. También puede transmitirse de la madre infectada a la criatura en el momento del parto o de un miembro de la familia infectado a un bebé. Otra posibilidad es la transmisión mediante transfusiones de sangre y productos sanguíneos contaminados, inyecciones con instrumentos contaminados durante intervenciones médicas y el consumo de drogas inyectables. El VHB también

plantea un riesgo para el personal sanitario cuando este sufre pinchazos accidentales de aguja mientras asiste a personas infectadas por el virus. Existe una vacuna segura y eficaz para prevenir esta infección.

**Virus de la hepatitis C (VHC)** se transmite casi siempre por exposición a sangre contaminada, lo cual puede suceder mediante transfusiones de sangre y derivados contaminados, inyecciones con instrumentos contaminados durante intervenciones médicas y el consumo de drogas inyectables. La transmisión sexual también es posible, pero mucho menos común. No hay vacuna contra la infección por el VHC.

**Virus de la hepatitis D (VHD)** solo ocurren en las personas infectadas con el VHB; la infección simultánea por ambos virus puede causar una afección más grave y tener un desenlace peor. Hay vacunas seguras y eficaces contra la hepatitis B que brindan protección contra la infección por el VHD.

**Virus de la hepatitis E (VHE)**, como el VHA, se transmite por el consumo de agua o alimentos contaminados. El VHE es una causa común de brotes epidémicos de hepatitis en las zonas en desarrollo y cada vez se lo reconoce más como una causa importante de enfermedad en los países desarrollados. Se han obtenido vacunas seguras y eficaces para prevenir la infección por el VHE, pero no tienen una distribución amplia.

## **Citomegalovirus**

Es una afección causada por un miembro de la familia de los herpes virus.

La infección con citomegalovirus (CMV) es muy común. Esta infección se propaga por medio de:

- Transfusión sanguínea
- Trasplante de órganos
- Gotitas de la respiración

- Saliva
- Contacto sexual
- Orina

La mayoría de las personas entra en contacto con el CMV en algún momento de su vida. Generalmente sólo las personas con un sistema inmunitario debilitado se enferman a raíz de la infección. Algunas personas con una infección por CMV aguda que por lo demás están sanas desarrollan un síndrome similar a la mononucleosis.

Los síntomas que pueden presentarse son: Inflamación de ganglios linfáticos, especialmente en el cuello, fiebre, fatiga, inapetencia, malestar, dolores musculares, erupción cutánea, dolor de garganta

Los síntomas menos comunes incluyen: Dolor torácico, tos, dolor de cabeza, urticaria, frecuencia cardíaca irregular, ictericia, rigidez del cuello, frecuencia cardíaca rápida, sensibilidad a la luz, dificultad respiratoria, inflamación del bazo y del hígado.

La infección por CMV puede ser contagiosa si la persona infectada entra en contacto cercano o íntimo con otra persona. Se deben evitar los besos y el contacto sexual con una persona infectada.

El virus también se puede diseminar entre los niños pequeños en las guarderías.

Al planear transfusiones de sangre o trasplantes de órganos, se puede examinar el estado del donante para detectar CMV con el fin de evitar transmitírselo a un receptor que no haya tenido una infección por CMV.

### **C) Infecciones urinarias.**

Las infecciones de las vías urinarias se encuentran entre los trastornos más comunes en la práctica médica. En las infecciones agudas suelen encontrarse un germen simple, mientras que en las infecciones crónicas se observa con mayor frecuencia dos o más patógenos.

Las infecciones del tracto urinario son unas de las complicaciones más frecuentes del embarazo. Además. La infección urinaria puede comprometer el curso del embarazo y dañar la salud del producto de la concepción. En condiciones normales, las bacterias que pueden encontrarse en el torrente sanguíneo, se filtran hacia el riñón y por lo tanto el tejido renal, la pelvella, uréter y la vejiga urinaria se consideran estériles.

Los factores de riesgo dependen de las características del huésped y que son independientes del agente bacteriológico causal, mientras más alto es el estatus socioeconómico, la frecuencia de infecciones urinarias en el embarazo es mucho menor. Por el contrario, pacientes con carencias nutricionales o hábitos deficientes de higiene pueden adquirir infecciones urinarias con mayor facilidad y la evolución puede ser más severa. La edad y la paridad influyen también ya que la prevalencia de bacteriuria e primigestas menores de 21 años es de 2%, mientras que en las mujeres de 35 años se eleva a 8 y 10%. La actividad sexual también es un factor importante ya que en las clínicas de enfermedades de transmisión sexual, la prevalencia de bacteriuria puede llegar hasta 25% en las mujeres con vida sexual promiscua. Muchas de ellas inclusive ya tienen infección urinaria desde la primera consulta prenatal. El desarrollo de la piel nefritis sintomática al final del embarazo es a menudo la expresión de la bacteriuria asintomática en el embarazo temprano

#### **d) Amenaza de aborto.**

Es cuando se presenta un sangrado dentro de las primeras semanas de gestación, se diagnostica amenaza de aborto, puede asociarse a dolor abdominal o lumbosacro tipo cólico, el sangrado suele ser escaso y persistir a lo largo de varios días o presentarse en forma intermitente; al aspecto del sangrado puedes ser desde rojo brillante a sangre oscura, el cérvix se encuentra cerrado y no hay expulsión de tejido organizado.

Cuando esto es diagnosticado, se debe indicar a la paciente reposo en casa, evitar ejercicios pesados y las relaciones sexuales; en caso de incrementar el sangrado se internara a la paciente y se valorara con la ayuda del ultrasonido.

### **e) Aborto.**

Es la expulsión del feto, natural o provocada, en el período no viable de su vida intrauterino, es decir, cuando no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir. Si esa expulsión del feto se realiza en período viable pero antes del término del embarazo, se denomina parto prematuro, tanto si el feto sobrevive como si muere.

Se pueden clasificar en cuanto a la edad gestacional, el peso fetal, etiología o cuadro clínico.

La organización mundial de la salud divide el aborto en precoz, si este ocurre antes de las 12 semanas, y tardío, si se presenta entre las semanas 12 y 20 de gestación.

En cuanto al peso se refiere se considera como abortos aquellos fetos que pesan menos de 500g; los comprendidos entre 500 y 1000g son considerados como productos inmaduros, los de 1000 a 2500g como productos pre termino, y de termino los mayores de este peso.

La etiología de los abortos puede dividirse en dos categorías, la primera como espontaneo, donde sin mediar intervención activa se ha precipitado el aborto e inducido, en el que hay un intento deliberado de acabar la gestación. Estos se dividen en terapéutico, el cual está indicado cuando la vida de la madre se encuentra en peligro por enfermedades agravantes o malformaciones fetales comprobadas. Usualmente el aborto espontaneo puede presentarse entre el 6.5 y 21% de los embarazos; esto puede variar de una población a otra y no es debido a una sola causa; puede haber varios factores relacionados entre sí, en ocasiones difíciles de



verificar, en general se considera como causa de aborto factores atribuibles al feto y a la madre, así como factores ambientales.

Factores maternos: las infecciones maternas son las de mayor riesgo para el embrión durante la etapa de desarrollo, aunque también juega un papel importante de pérdidas fetales en la segunda mitad del embarazo. Las infecciones virales sin capaces de causar malformaciones congénitas o aborto al infectar al feto. Las infecciones más importantes causantes de trastornos son los virus de la rubéola, citomegalovirus y con menos frecuencia el virus del herpes simple, y otras infecciones como la toxoplasmosis.

#### **f) Ruptura prematura de membranas.**

El mayor entendimiento de la fisiopatología de la ruptura prematura de membranas (RPM) y la identificación de las intervenciones oportunas ofrece cada vez más oportunidades de reducir el riesgo de parto pre término y las secuelas de la prematuridad.

Es la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas antes de que se inicie el trabajo de parto. Según el momento de presentación se clasifican en: de término, cuando se presentan después de las 37 semanas de gestación (SDG), y de pre término cuando se presenta antes de las 37 SDG.

La ruptura espontánea de membranas habitualmente precede al inicio del trabajo de parto. Las membranas normalmente se rompen de manera espontánea al final del primer periodo del trabajo de parto.

Diversos estudios epidemiológicos y clínicos han identificado un sinnúmero de factores asociados a un mayor riesgo de RPM. Estos incluyen infecciones del tracto genital materno, factores de comportamiento (tabaquismo, abuso de drogas, estado nutricional y coito), complicaciones obstétricas, cambios ambientales.

### **g) Parto pre termino.**

La amenaza de parto pre término se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22,0 hasta las 36,6 semanas de gestación. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pre término. En la mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pre término, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo (20- 30%). La amenaza de parto pre término puede tener un origen multifactorial.

En la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, poli hidramnios) que explique la aparición de la dinámica. En otras ocasiones, podemos identificar focalidad infecciosa de otras partes del organismo (pielonefritis, apendicitis). Pero la causa conocida más frecuente es la infección/inflamación intraamniótica subclínica presente, según datos del Hospital Clínic (2008-2013) y de forma muy similar a lo reportado en la literatura, en un 18% del total de mujeres que ingresan por amenaza de parto prematuro. Dado que la literatura refiere un aumento de la morbilidad neonatal secundaria a este proceso infeccioso y un mayor riesgo de parto pre término, la identificación de esta etiología podría tener una importancia relevante para mejorar el pronóstico global de la gestación en estos casos. Es por este motivo que incluiremos la realización de una amniocentesis en el proceso diagnóstico.

### **h) Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI)**

Las hemorragias obstétricas en hoy en día una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad materna, así como también un factor muy importante en la morbimortalidad perinatal. En el 30% de los casos de hemorragia obstétrica, la causa es el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI).

Como su nombre lo indica, el desprendimiento prematuro de placenta es la separación placentaria desde su sitio de implantación normal antes del nacimiento del feto.

Se llama DPPNI al desprendimiento a una parte a toda de la placenta después de las 20 SDG y antes del tercer periodo del trabajo de parto.

Su etiología es la siguiente: enfermedades hipertensivas den embarazo, multiparidad, brevedad de cordón, traumatismos directos e indirectos, deficiencia de la vitamina del complejo B, embarazos múltiples, hidramnios, niños macrosomicos, niños con malformaciones graves, ruptura prematura de membranas, amniocentesis, coito.

Se clasifican en tres grados:

Primer grado se considera un desprendimiento leve que pudiera abarcar hasta una 30% de la superficie placentaria. Se manifiesta por un sangrado rojo oscuro no coagulable y con dolor tipo obstétrico ligero, puede haber ligera contractibilidad uterina, la frecuencia cardiaca fetal no se modifica; no hay sufrimiento fetal.

Segundo grado; corresponde entre un 30-60% de desprendimiento, la perdida sanguínea ya es mayor entre 300-400 mililitros no es coagulable y puede haber ya datos de hipovolemia como los son: taquicardia, palidez de tegumentos, diaforesis, hipotensión arterial. El útero se encuentra más contraído, más doloroso y ya se presentan datos de sufrimiento fetal.

Tercer grado; es un desprendimiento de 60-90% el sangrado es más de 500 mililitros, se presentas datos de shock hipovolémico, dolor uterino intenso; debido a que el útero se encuentra muy contraído pudiendo llegar a la tetania y el feto ya está ovitado.

## **CAPÍTULO: 2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En este capítulo se presenta el planteamiento del problema, justificación, objetivos generales, objetivos específicos, hipótesis, estrategia metodológica, metodología, método hipotético deductivo, tipo de investigación, concepto de variable, variable dependiente, variables, evaluación e instrumento sobre la investigación del tema de relaciones sexuales durante el embarazo.

**2.1** La principal pregunta de esta investigación es:

**¿Cuáles son las consecuencias de mantener relaciones sexuales durante la gestación y conocer si las mujeres en edad reproductiva de 20 a 25 años tienen información pertinente sobre el tema del Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS) de Morelia Michoacán, en enero 2015-enero 2016?**

Es un problema porque las mujeres en esta edad no tienen los cuidados adecuados o desconocen las consecuencias y si pueden mantener esta práctica durante la gestación porque en ocasiones no se le da a conocer la información ideal para su estado gestacional en el que se encuentra. Siendo frecuente que la usuaria igualmente no pregunte por timidez y por el tabú que existe en nuestra sociedad que se cree que hablar de relaciones sexuales está mal o que no se debe de tocar este tema de importancia que esto depende de la educación sexual que tiene la persona.

Esta investigación es para informar, dándole a conocer el impacto de mantener la práctica de relaciones sexuales durante la gestación que consecuencias se pudieran llegar a presentar por mantener esta práctica en este estado de embarazo.

Se realizara mediante actividades simples y concretas como con charlas, presentaciones, trípticos, sobre el tema, resolviendo dudas que tenga la usuaria. A quienes se entrevistara en esta investigación a pacientes embarazadas.

## **2.2 Justificación**

Debido a la gran controversia en este tema de investigación por la posición de anteriores investigaciones diferentes ginecólogos argumentan que por naturaleza no se debe de tener relaciones sexuales durante el embarazo porque puede desencadenar el trabajo de parto antes del término. Así mismo si se puede mantener esta práctica siempre y cuando no sea un embarazo de alto riesgo o hasta ciertas semanas de gestación.

Se observan grandes problemas de conocimiento, por el tabú que está presente siempre ante este tema que parece vergonzoso hablar de ello, que es de gran importancia, beneficiara a todas las mujeres embarazadas en edad reproductiva de 20-25 años de edad de HNSS que no cuentan con la información apropiada de si deben y pueden tener relaciones sexuales durante el embarazo, adquiriendo el conocimiento del impacto de mantener la práctica de relaciones sexuales durante la gestación, brindándole información sobre salud sexual y consecuencias que se pudieran llegar a abordar con las relaciones sexuales durante el embarazo , en el periodo de enero 2015-enero 2016.

Beneficiando a la sociedad, mujeres con la información necesaria y pertinente del conocimiento sobre la investigación, a la enfermera enriqueciendo el saber sobre este tema de importancia para que brinde la información idónea y verdadera sobre la práctica de relaciones sexuales durante el embarazo.

## **2.3 Objetivo general**

Identificar el impacto de mantener la práctica de relaciones sexuales durante la gestación

Brindar información sobre salud sexual y consecuencias que se pudieran llegar a abordar con las relaciones sexuales durante el embarazo.

## **2.4 Objetivo específico**

Identificar las consecuencias que se pueden llegar a presentar al practicar las relaciones sexuales durante el embarazo.

Informar a la mujer embarazada si debe o no tener relaciones sexuales durante la gestación

Informar sobre la práctica de relaciones sexuales durante el embarazo

## **2.5 Hipótesis**

El índice de relaciones sexuales que practican las mujeres embarazadas del HNSS de Morelia, Michoacán en edad reproductiva de 20-25 años en el periodo de enero 2015-2016, con respecto a la investigación tienen relaciones sexuales durante la gestación porque no cuentan con la información adecuada si pueden o no mantener la práctica de relaciones sexuales durante el embarazo, se dará a conocer las

consecuencias que se pueden llegar a presentar en el periodo de gestación para conocer el impacto de mantener relaciones sexuales durante la gestación y así mismo brindarle información a la mujer embarazada sobre relaciones sexuales durante el embarazo, ayudando a resolver sus dudas que tengan acerca del tema.

Variables:

**1. identificar el impacto de mantener relaciones sexuales durante la gestación.**

**2. Brindar información sobre salud sexual y consecuencias que se pudieran llegar a presentar con las relaciones sexuales durante el embarazo**

## **2.6 Estrategia metodológica**

Las estrategias metodológicas permiten identificar principios, criterios y procedimientos que configuran la forma de actuar del docente en relación con la programación, implementación y evaluación del proceso de enseñanza aprendizaje.

## **2.7 Metodología**

El concepto hace referencia a un plan de investigación que permite cumplir ciertos objetivos, que conlleva procedimientos científicos para determinar una investigación.

## **2.8 Método hipotético deductivo**

Camino que sigue el investigador para hacer de su investigación una práctica científica con pasos esenciales observación, creación de la hipótesis y verificación de la verdad comprobándolo con la experiencia con la observación de la realidad. Se utiliza este método porque es un proceso iterativo que se repite constantemente, que se examina la hipótesis que se realizó de los datos que van arrojando los experimentos la aplicación del método empleado

## **2.9 Tipo de investigación**

Cualitativa: lo cualitativo(a) se refiere a las cualidades o calidad de algo, en cuanto se diferencia de lo cuantitativo que refiere a la cantidad o a los valores numéricos o estadísticos de un hecho o fenómeno. La cualitativa toma al por qué y al cómo como sus preguntas de cabecera. Esto le permite no sólo conocer porcentajes sino también de qué modo se producen los fenómenos y estudiar en profundidad el comportamiento y las interacciones humanas en esta investigación.

## **2.10 Concepto de variable independiente**

Es aquella propiedad, cualidad o característica de una realidad, evento o fenómeno, que tiene la capacidad para influir, incidir o afectar a otras variables. Se llama independiente, porque esta variable no depende de otros factores para estar presente en esa realidad en estudio.



## **2.11 Variable dependiente**

Es una variable cuyo valor puede variar independientemente de otras variables.

Otra manera de indicar esto es el valor de la variable independiente no depende del valor de cualquier otra variable. En funciones, una variable independiente también se llama una variable de entrada.

## **2.12 Variables**

**1. identificar el impacto de mantener relaciones sexuales durante la gestación.**

**2. Brindar información sobre salud sexual y consecuencias que se pudieran llegar a presentar con las relaciones sexuales durante el embarazo**

La técnica e instrumento que se va utilizar en esta investigación es mediante una lista de cotejo, como fuente la consulta externa que se aplica a las pacientes embarazadas de 20 a 25 años del Hospital de Nuestra señora de la Salud (HNSS) de Morelia Michoacán.

## **2.13 Evaluación**

Proceso de operación continua, sistemática, flexible y funcional, que al integrarse al proceso de intervención profesional, señala en qué medida se

responde a los problemas sobre los cuales interviene y se logran los objetivos y las metas; describiendo y analizando las formas de trabajo, los métodos y técnicas utilizadas y las causas principales de logros y fracasos.

Es un instrumento de evaluación que contiene una lista de criterios o desempeños de evaluación, previamente establecidos, en la cual únicamente se califica la presencia o ausencia de estos mediante una escala dicotómica (partición), por ejemplo: si-no

## CAPITULO 3. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo a continuación se presentan los resultados del análisis de los datos obtenidos mediante una lista de cotejo, instrumento aplicado a pacientes en la investigación sobre relaciones sexuales durante el embarazo. Destacando especialmente las variables del tema de investigación “**relaciones sexuales durante el embarazo**’ que influyen significativamente presentándolas a continuación.

1. Conocer el impacto de mantener relaciones sexuales durante la gestación

2. Brindar información a la mujer embarazada sobre relaciones sexuales durante el embarazo

En esta investigación se ha utilizado el método hipotético deductivo, camino que sigue el indagador para hacer de su investigación una práctica científica con pasos esenciales observación, creación de la hipótesis y verificación de la verdad comprobándolo con la experiencia con la observación de la realidad. Se utiliza este método porque es un proceso iterativo que se repite constantemente, que se examina la hipótesis que se realizó de los datos que van arrojando los experimentos la aplicación del método empleado.

Tipo de investigación Cualitativa: lo cualitativo(a) se refiere a las cualidades o calidad de algo, en cuanto se diferencia de lo cuantitativo que refiere a la cantidad o a los valores numéricos o estadísticos de este hecho. La cualitativa toma al por qué y al cómo como sus preguntas de cabecera. Esto le permite no sólo conocer porcentajes sino también de qué modo se producen los fenómenos y estudiar en profundidad el comportamiento y las interacciones humanas en esta investigación.

A continuación se presenta la interpretación de resultados del cuadro de la variable número uno.

### 3.1 cuadro 1: Variable 1. “identificar el impacto”

Nº	Pregunta	Si	No	A veces
1.1	¿Conoce que consecuencia se pueden presentar durante el embarazo al mantener relaciones sexuales?	37.5%	62.5%	0%
1.2	¿Tiene conocimiento si puede mantener relaciones sexuales durante la gestación?	50%	50%	0%
1.3	¿Durante el embarazo mantiene relaciones sexuales?	18.75%	31.25%	50%

De acuerdo al cuadro que se presenta representando los resultados de la variable número 1. identificar el impacto de mantener relaciones sexuales durante la gestación, en la pregunta uno en base al resultado el 37.5% de las mujeres embarazadas si conocen las consecuencias que se pueden presentar durante el embarazo al mantener relaciones sexuales, por lo contrario el 62.5% no conocen las consecuencias que se pueden presentar. De la misma manera un 50% cuenta con el conocimiento si puede mantener relaciones sexuales durante este estado fisiológico así mismo el restante que equivale al 50% no cuenta con el conocimiento si puede o no mantener esta práctica. Se interroga si durante el embarazo mantiene relaciones sexuales, un 18.75% si mantiene esta práctica, un 31.25% no la realiza y el 50% a

veces tiene relaciones sexuales teniendo menor porcentaje que si las mantienen el resto de las mujeres embarazadas.

Por lo tanto en el variable número uno el mayor porcentaje está inclinado que el 53. 25% de las mujeres embarazadas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud desconocen el impacto de mantener relaciones sexuales durante la gestación, en segunda posición se encuentra la parte positiva que si cuentan con el conocimiento de esta práctica en esta etapa de su vida y en tercera posición se encuentra que alguna que otra vez independientemente de todo si tienen relaciones sexuales.

### 3.2 cuadro 2: Variable 2. “información a la mujer embarazada”

N°	Pregunta	Si	No	A veces
2.1	¿Su ginecólogo le hablo de alguna consecuencia que se puede llegar a presentar si tiene relaciones sexuales durante la gestación?	37.5%	62.5%	0%
2.2	¿Ha presentado incremento del apetito sexual?	25%	56.25%	18.75%
2.3	¿Cuenta con el conocimiento hasta que semana de gestación debe suspender esta práctica?	18.75%	31.25%	50%

Al iniciar con el segundo cuadro variable número 2.Brindar información a la mujer embarazada sobre relaciones sexuales durante el embarazo, en la primera pregunta que se realizó el 37.5% el especialista en ginecología si les habla a la paciente de alguna consecuencia que se puede presentar si se tiene relaciones sexuales durante la gestación por lo tanto el restante que es un 62.5% no le brindan esta información de

suma importancia. Continuando con la siguiente interrogante un 25% si presenta incremento del apetito sexual durante este estado y por lo contrario un 56.25 no presenta el incremento y a veces se presenta un 18.75%. De igual modo un 18.75% con la última interrogante si cuenta con el conocimiento hasta que semana de gestación debe suspender esta práctica, relaciones sexuales refiriéndose al coito por lo tanto un 31.25% no lo sabe, no cuenta con este conocimiento y el 50% a veces sabe de esta información pero de manera personal o porque con el paso el tiempo con su experiencia lo ha aprendido no porque el especialista le brinde esta educación.

A las pacientes embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de acuerdo a los resultados de esta variable gran porcentaje de los resultados que da la investigación no indica que no se le brinda la información a la paciente acerca del tema de investigación ya conocido.

**¿Cuáles son las consecuencias de mantener relaciones sexuales durante la gestación y conocer si las mujeres en edad reproductiva de 20 a 25 años tienen información pertinente sobre el tema del Hospital de Nuestra señora de la Salud (HNSS) de Morelia Michoacán, en enero 2014-enero 2016?**

La investigación se contesta la pregunta que se planteó se encuentran las consecuencias de mantener relaciones sexuales durante la gestación porque el embarazo a pesar de que se considera fisiológico, es una invasión al cuerpo, organismo de la mujer, por lo cierto, que al mantener esta práctica durante el embarazo causara consecuencias negativas para la madre y feto.

De acuerdo a la investigación con los resultados mostrados de las interrogantes realizadas a las pacientes embarazadas que acuden a la consulta externa el 54.75% de las mujeres en edad reproductiva desconocen la información adecuada, completo sobre las consecuencias que se pueden presentar al mantener relaciones sexuales

durante el embarazo mostrado los resultados en las tablas anteriores y mantiene su práctica sexual refiriéndose al coito sin saber, sin contar con esta información de suma importancia desgraciadamente. Según los resultados a un 62.5% muestra el personal de salud en este caso su especialista no le brinda la información y obviamente tampoco es pedida por la paciente debido al tabú que aún existe en este tema.

La limitación de la investigación la principal fue la búsqueda de la información de este tema, que se encuentra muy poca información acerca de las consecuencias en todos los medios y la que se encuentra es repetitiva y de poca ayuda. En esta investigación se aplicó el instrumento de lista de cotejo a pacientes embarazadas del hospital de nuestra señora de la salud en edad reproductiva el inconveniente fue que no están acostumbradas a hablar de este tema por lo tanto fue muy poca su colaboración.

## Conclusión

La sexualidad durante el embarazo es un tema que no suele abordarse en el control prenatal ya que la embarazada no suele realizar preguntas sobre ella y el obstetra rara la vez toma la iniciativa. Sin embargo es lo suficientemente importante como para prestarle atención.

El personal de salud debe conocer las diferentes etapas de la respuesta sexual normal y las alteraciones que se pueden originar en la gestación. Debe tener conocimientos suficientes para poder dar solución a los problemas más simples y tener criterios adecuados que le permitan detectar alteraciones importantes de la actividad sexual. Durante el embarazo son muchas las dudas que existen sobre diferentes temas relacionados con esta etapa y, el tema de la sexualidad no es la excepción, genera muchas dudas tanto en hombres como en mujeres ya que el común denominador es el bienestar del futuro hijo(a). El grado de modernización que se ha alcanzado en muchas sociedades actuales ha generado cambios a todos los niveles pero sobre todo conceptuales, de actitudes y prácticas de las actividades humanas.

Actualmente a las personas se les dificulta menos, hablar de temas relacionados con la sexualidad humana, sin embargo tocar el tema cuando se está embarazada, todavía es motivo de incomodidad o de vergüenza para la población en general e inclusive para algunas personas inmersas en el ámbito de la salud, ya que las explicaciones, recomendaciones o "consejos" que se pueden difundir son variados y van desde lo mínimo sin un compromiso y sustento teórico, hasta lo arbitrario y absurdo.

Durante el embarazo la presencia de cambios corporales, biológicos y emocionales que se van presentando de forma gradual obligan a la mujer a hacer varias adaptaciones para poder interactuar con ella misma, su pareja, la familia de origen y con el ambiente laboral y social. Así pues, se modifica, la forma de pensar y percibir el mundo que rodea, los planes, la ropa, el calzado, la alimentación, la forma de moverse, de dormir y hasta la forma de tener relaciones sexuales. Por lo que en esta etapa de acuerdo a la investigación se concluye que no se debería de mantener estas prácticas durante la gestación por las consecuencias que se pueden presentar, por naturaleza, científicamente no se recomienda más sin embargo se practican porque no se tiene el conocimiento y porque algunos profesionales de la salud lo recomiendan. Y si se realizan estas prácticas se recomienda que se practiquen con protección y no bruscamente bajo la responsabilidad de la pareja.



## Bibliografía

John F. Huddleston, Florida. (s.f.). *Urgencias Obstétricas, Ginecológicas. Segunda edición*

Ludimir Braham. *Ginecología y obstetricia, prevención, diagnóstico y tratamiento*. 1ª edición. Editoria concytec, 1996.

John f. Kennedy blvd, Philadelphia. (2008, 2001, 1996). *Family medicine obstetrics*

Gerardo Casanova Román, Federico Javier Ortiz Ibarra, Jesús Reyna Figueroa, C. F. (s.f.). *Infecciones de transmisión sexual.abby*

Tortora G. *principios de anatomía y fisiología*.7º edición. Editorial Mosby Doyma, 1996.

J. Roberto Ahuend Ahuend, C. F. (s.f.). *Ginecologia y obstetricia aplicadas*. Manual moderno.

Paginas web:

<https://books.google.com.mx/books?id=RSI1QMxGgA8C&pg=PA1019&lpg=PA1019&dq=libros+de+obstetricia+sobre+relaciones+sexuales+durante+el+embarazo&source=bl&ots=UUtY2Efg5N&sig=JR9Unp2Ev5ErsHH1Dk1jJlF49Pk&hl=es&sa=X&ved=0CBwQ6AEwAGoVChMIrpO2r6ixxwIVR6GACH0LVgfR#v=onepage&q=libros%20de%20obstetricia%20sobre%20relaciones%20sexuales%20durante%20el%20embarazo&f=false>

<https://books.google.com.mx/books?id=AGh8rK1MmOsC&pg=PA339&lpg=PA339&dq=libros+de+obstetricia+sobre+relaciones+sexuales+durante+el+embarazo&so>

urce=bl&ots=R0bTdWSInt&sig=g7p2qjQAKfhcTf3mj2DVpcsUfN8&hl=es&sa=X&ved=0CCwQ6AEwA2oVChMI\_rv-s4S2xwIVil-ACh3KKAAsA#v=onepage&q=libros%20de%20obstetricia%20sobre%20relaciones%20sexuales%20durante%20el%20embarazo&f=false

[https://books.google.com.mx/books?id=lqpw23HzTZAC&pg=PA13&lpg=PA13&dq=relaciones+sexuales+durante+el+embarazo+tiempos+antiguos&source=bl&ots=V1Lp7UiDHH&sig=eC-xY\\_4L74x2MpNwvH5j-7XIAQw&hl=es&sa=X&ved=0CDgQ6AEwBWoVChMIqvW\\_oZS5xwIVBZqACh08fgBC#v=onepage&q=relaciones%20sexuales%20durante%20el%20embarazo%20tiempos%20antiguos&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=lqpw23HzTZAC&pg=PA13&lpg=PA13&dq=relaciones+sexuales+durante+el+embarazo+tiempos+antiguos&source=bl&ots=V1Lp7UiDHH&sig=eC-xY_4L74x2MpNwvH5j-7XIAQw&hl=es&sa=X&ved=0CDgQ6AEwBWoVChMIqvW_oZS5xwIVBZqACh08fgBC#v=onepage&q=relaciones%20sexuales%20durante%20el%20embarazo%20tiempos%20antiguos&f=false)

file:///C:/Users/USER/Downloads/422-1671-1-PB.pdf

<http://www.laleo.com/obstetricia-de-williams-p-292.pdf>

<http://www.bebesymas.com/embarazo/el-sexo-durante-el-embarazo-beneficios-para-todos.pdf>

<http://medic-libros.blogspot.mx/2012/09/ginecologia-y-obstetricia.html>

## Glosario

**Filogenética:** determinación de la historia evolutiva de los organismos.

**Arcaica:** Que es muy antiguo o que pertenece a los primeros tiempos o fases de una cosa que no ha alcanzado todavía su pleno desarrollo.

**Paradójico:** es una figura retórica que consiste en la utilización de expresiones que envuelven una contradicción.

**Alcoba:** Habitación de una vivienda, destinada a dormitorio.

**Tabú:** Prohibición de hacer o decir algo determinado, impuesta por ciertos respetos o prejuicios de carácter social o psicológico

**Transgresión:** violación de un precepto, de una ley o de un estatuto

**Senectud:** vejez, ancianidad

**Homologo:** Que es semejante a otra cosa por tener en común con ella características referidas a su naturaleza, función o clase

**Coito:** Acto consistente en la introducción del pene en la vagina.

**Vermix:** grasa que envuelve al bebé.

**Lanugo:** Vello muy fino que cubre el cuerpo del feto y que desaparece a los pocos días del nacimiento

**Ecografía:** Técnica de exploración de los órganos internos del cuerpo que consiste en registrar el eco de ondas electromagnéticas o acústicas enviadas hacia el lugar que se examina.

**Melasma:** El paño o melasma también conocido como cloasma o la "máscara del embarazo" es una hipermelanosis adquirida que se manifiesta en las zonas expuestas al sol, sobre todo en el rostro. Cuando se presenta en el embarazo de las mujeres es un oscurecimiento de la piel facial

**Tumefacción:** Hinchazón que se forma en una parte del cuerpo.

**Sida:** Enfermedad infecciosa, causada por el virus de inmunodeficiencia humana,

VPH: \_virus del papiloma humano (VPH) son virus comunes que pueden causar verrugas.

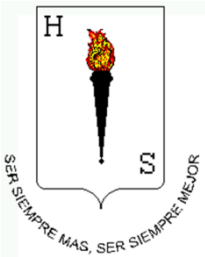
Nicturia: Expulsión involuntaria de orina durante la noche.

Primigesta: mujeres que están embarazadas por primera vez

Amniocentesis: Punción abdominal de la matriz para extraer una pequeña cantidad del líquido amniótico que rodea el feto.

Hipovolemia: Disminución del volumen total de sangre que circula por el cuerpo.

**ANEXOS**



**Anexo1: pacientes del Hospital de Nuestra Señora de la Salud**

Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud



Incorporada a la Universidad Autónoma de México (UNAM)

Morelia, Michoacán.

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Séptimo Semestre

“Seminario de Tesis”

**Hospital de Nuestra Señora de la Salud**

(Lista de cotejo)

**Objetivo:** Conocer el impacto de mantener la práctica de relaciones sexuales durante la gestación.

Brindar información sobre relaciones sexuales durante el embarazo así como sus consecuencias que se pueden llegar a presentar

**Instrucciones:** conteste las siguientes preguntas marcando con una x en el cuadro correspondiente cual sea su respuesta. (si, a veces, no)

### Datos de Identificación

Nombre: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Nº	Criterios	si	A veces	No
2.1	¿Su ginecólogo de hablo del alguna consecuencia que se puede llegar a presentar si tiene relaciones sexuales durante la gestación?			
1.1	¿Conoce que consecuencias se pueden presentar durante el embarazo al mantener relaciones sexuales?			
1.2	¿Tiene el conocimiento si puede mantener relaciones sexuales durante la gestación?			
2.2	¿Ha presentado incremento de apetito sexual?			
1.3	¿Durante el embarazo mantiene relaciones sexuales?			
2.3	¿Cuenta con el conocimiento hasta que semana de gestación debe suspender esta práctica?			

**Gracias por su colaboración.**

Nombre deLaplicador: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_