



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y BENEFICIOS MATERNOS
PERINATALES EN GESTANTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL CHANCAY 2014

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

BACHILLER:

López Del Río, Grecia Aroma

HUACHO

2014

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado en primera instancia a Dios, quien hasta hoy es la luz que ha guiado mi camino y me brinda sabiduría y fortaleza para saber tomar las mejores decisiones.

A mi hijo, que es el ser más sublime que tengo a mi lado, por quien lucho desde que supe de su existencia y es el que hace que todo valga la pena.

A mis padres que han sido quienes con su amor, cariño, apoyo y sacrificio fueron los promotores para culminar mi carrera profesional y a quienes jamás podría pagarles lo que han hecho por mí.

A mi pareja, por tener la paciencia, confianza y el amor suficiente para comprenderme, por ser mi refugio y apoyo incondicional en los momentos difíciles, y por hacerme cada día inmensamente feliz con el amor que me entrega.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos los que fueron partícipes día a día de mi desarrollo hasta alcanzar el tan anhelado título universitario en licenciatura en obstetricia.

A Dios por brindarme la oportunidad de vivir y permitirme disfrutar el día a día. Ya que gracias a él podemos alcanzar nuestras metas.

A mis padres, Angel y Angela por confiar en mí, por su apoyo y cariño incondicional.

A mi pareja Enrique y a mi hijo Matteo por su paciencia y espera por el tiempo empleado.

A mi asesora de tesis, obstetra Mónica Acosta por su invaluable y desinteresada ayuda en el presente trabajo de investigación.

Al ingeniero Hugo Campos por sus sugerencias, participación y preocupación en este estudio de investigación.

A cada uno de los docentes, por su dedicación y transmitir sus conocimientos en la etapa de formación académica.

A todo el personal que labora en el servicio Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay, en especial a la obstetra Brígida Quilla por su colaboración en la ejecución del presente estudio.

RESUMEN

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo, determinar la relación entre la psicoprofilaxis obstétrica y los beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014. Es un estudio de nivel correlacional, tipo observacional, transversal, prospectivo y analítico, el diseño de investigación utilizado fue el de no experimental, transeccional (en el tiempo) y correlacional. Se utilizó la técnica de la observación y como instrumento la guía de observación (registro de partos). El procesamiento estadístico de los datos se realizó usando el paquete estadístico SPSS en su versión 21. Para este estudio se tuvo en cuenta el total de gestantes primigestas atendidas en el área de Gineco-obstetricia del Hospital de Chancay durante julio 2013 a julio 2014. La población estimada representa un total de 76 gestantes primigestas, la cual fue considerada también como la muestra.

En esta investigación se encontró que el grupo de gestantes primigestas de estudio se encuentran en una edad madura entre los 19 a 35 años, en cuanto al estado civil el mayor porcentaje en general son convivientes, el lugar de procedencia que predomina entre las gestantes primigestas es de la zona urbana.

Se comprobó que las gestantes recibieron una adecuada psicoprofilaxis obstétrica, representado por un 92,1%, así mismo el beneficio obtenido al recibir la psicoprofilaxis obstétrica durante el parto y después del parto es alto, representado por un 80,3% y 96,1% respectivamente. Como la significancia bilateral (p) es 0,002 se rechaza la hipótesis nula en vista que $p \leq 0,05$ para cualquier nivel las dos variables son significativamente dependientes. Por lo que se puede decir que existe relación entre la psicoprofilaxis obstétrica y los beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014. Además se observa que la correlación entre estas dos variables es significativa.

Palabras clave: Psicoprofilaxis obstétrica y beneficios maternos perinatales.

SUMMARY

This research aimed to determine the relationship between psycho obstetric and perinatal maternal benefits in primipara pregnant women at the Chancay Hospital, 2014. A study of correlation level, observational, transversal, prospective and analytical type design research I used was not experimental, transeccional (in time) and correlation. Observation technique and an instrument guide observation (registration of births) was used. Statistical data processing was performed using SPSS in its version 21. For this study primigravid total pregnant women attended in the area of Gynecology and Obstetrics Hospital Chancay during August 2013 to July 2014. The consideration was given It is representing a total estimated population of 76 primiparous pregnant, which was also considered as the sample.

In this investigation it was found that the group of first time pregnant study are at a mature age between 19-35 years in terms of marital status the highest percentage in general are cohabiting, the place of origin predominant among primiparous pregnant women is of the urban area.

It was found that pregnant women receive proper obstetrical psycho, represented by 92.1%, also the benefit to receive obstetrical psycho during delivery and after delivery is high, represented by 80.3% and 96.1 % respectively. As the bilateral significance (p) is 0.002 the null hypothesis is rejected in view $p \leq 0.05$ level for any two variables are significantly dependent. It can be said that there is psycho relationship between obstetric and perinatal maternal benefits primigravid pregnant women at the Chancay, 2014. Hospital also shows that the correlation between these two variables is significant.

Keywords: Psicoprofilaxis obstetric and perinatal maternal benefits.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN/ABSTRACT	iv
ÍNDICE	vi
INDICE DE TABLAS	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1. Descripción de la realidad problemática	11
1.2. Delimitación de la investigación	14
1.2.1. Delimitación temporal	14
1.2.2. Delimitación geográfica	14
1.2.3. Delimitación social	14
1.3. Formulación del problema	14
1.3.1. Problema principal	14
1.3.2. Problemas secundarios	14
1.4. Objetivos de la investigación	14
1.4.1. Objetivo general	14
1.4.2. Objetivos secundarios	15
1.5. Hipótesis de la investigación	15
1.5.1. Objetivo general	15
1.5.2. Objetivos secundarios	15
1.6. Justificación de la investigación	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes de la investigación	17
2.2. Bases teóricas	20
2.2.1. Psicoprofilaxis Obstétrica	20
2.2.1.1. Historia	22

2.2.1.2. Bases Doctrinarias de la Psicoprofilaxis Obstétrica	23
2.2.1.3. Sesiones de la Psicoprofilaxis Obstétrica	28
2.2.2. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica (ASSPO,1995)	83
2.2.2.1. Ejercicios Psicoprofilacticos	84
2.2.2.2. Rotación de columna	84
2.2.2.3. Encogimiento	85
2.2.2.4. Recostada en la posición de parto común	85
2.2.2.5. Cuclillas	86
2.2.2.6. Posición de sastre	86
2.2.2.7. Flexión alternada	87
2.2.2.8. De lado	87
2.2.2.9. Circunferencias	88
2.2.2.10. Flexión de tronco	88
2.2.2.11. Acercamiento	89
2.2.3. Definición de términos	89
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	93
3.1. Tipo de la investigación	93
3.2. Diseño de la investigación	93
3.3. Población y muestra de la investigación	94
3.3.1. Población	94
3.3.2. Muestra	94
3.4. Variables, dimensiones e indicadores	94
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	96
3.5.1. Técnicas	96
3.5.2. Instrumentos	96
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	97
4.1. Resultados	97

4.2. Discusión de resultados	130
Conclusiones	134
Recomendaciones	138
Referencias Bibliográficas	141
Anexos:	143
1. Matriz de consistencia	144
2 Formato de Registro	145
3 Otros Formatos	150

TABLA 01 Operacionalización de Variables	93
TABLA 02 Edad	95
TABLA 03 Estado Civil	96
TABLA 04 Lugar de Procedencia	97
TABLA 05 Grado de Instrucción	98
TABLA 06 Ocupación	99
TABLA 07 Control Pre Natal	100
TABLA 08 Tamizado Sífilis	101
TABLA 09 Tamizado VIH	102
TABLA 10 Psicoprofilaxis Obstétrica/PPO	103
TABLA 11 Vías de parto	104
TABLA 12 Episiotomía	105
TABLA 13 Presentación Fetal	105
TABLA 14 Posición del Parto	106
TABLA 15 Tiempo que demoro el periodo expulsivo	107
TABLA 16 Tiempo que demoro el periodo alumbramiento	108
TABLA 17 Tipo de alumbramiento	109
TABLA 18 Desgarros Perineales	110
TABLA 19 Grados de desgarros perineal	111
TABLA 20 Retención Placentaria	112
TABLA 21 Sangrado	113
TABLA 22 Puntaje de APGAR/a un minuto	114
TABLA 23 Puntaje de APGAR/a cinco minutos	115
TABLA 24 Contacto precoz	116
TABLA 25 Edad Gestacional por método capurro	117
TABLA 26 Peso del Recien nacido	118
TABLA 27 Complicaciones de la madre	119
TABLA 28 Complicaciones del recién nacido	120
TABLA 29 Beneficios durante el parto	121
TABLA 30 Beneficios después del parto	122
TABLA 31 Psicoprofilaxis obstétrica	123

INTRODUCCION

i
..

El presente trabajo de investigación lleva por título “Psicoprofilaxis obstétrica y beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay 2014”

Para elaborar el contenido de esta tesis, se ha respetado la estructura y el esquema vigente respectivo, establecido por el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Alas Peruanas.

Por consiguiente, en el capítulo I, se hace el planteamiento del problema, en el que se describe la realidad problemática, cuyas evidencias se observaron en el área de gineco-obstetricia y corresponden a las variables psicoprofilaxis obstétrica y beneficios maternos perinatales; dichas evidencias configurarían la situación crítica que amerita ser investigada en el Hospital de Chancay.

El objetivo principal de la investigación fue determinar la relación entre la psicoprofilaxis obstétrica y los beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014. Dicho objetivo se logró mediante la comprobación de las hipótesis planteadas, resultado que sirvió para elaborar las conclusiones y alcanzar las recomendaciones que de implementarse, estimularán el compromiso organizacional en los profesionales de la salud y permitirán elevar significativamente la calidad de atención en las mujeres gestantes.

El segundo capítulo comprende el desarrollo del marco teórico, el tercer capítulo corresponde a la metodología y las variables de estudio y el cuarto capítulo corresponde a los resultados de la investigación. Seguidamente se presenta las fuentes de información que se han consultado para elaborar el presente plan de tesis, y finalmente se adjunta los anexos respectivos.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción De La Realidad Problemática:

A lo largo de la historia la embarazada ha sido considerada como una enferma, siendo limitada al reposo, a un clima de sosiego y sin poder participar en algún tipo de ejercicio físico, sin embargo, desde la antigüedad se realizaron observaciones que indicaron el valor de movimientos físicos regulares y moderados para realizar partos con más facilidad .

La historia de la preparación para el parto empieza en el año 1908 en Estados Unidos, cuando la Cruz Roja ofrecía clases sobre el cuidado de la madre y su bebe como parte de los cursos de salud en el hogar. A principios del XX, empezaron las primeras experiencias en búsqueda del alivio del dolor durante el parto, tal como lo describió en 1914, el médico Grantly Dick – Read, cuyas observaciones motivaron sus primeras investigaciones que dieron inicio a la explicación científica de la psicoprofilaxis, publicando en el año 1933 la obra titulada Parto sin dolor. (RevHorisMed, 2012).

Según Farair (1958), existen investigaciones realizadas por Read y Lamaze, que han demostrado los beneficios de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica en la gestante, donde la mujer adquiere un mejor comportamiento durante el trabajo de parto, reflejado por la significativa

ausencia de ansiedad y por ende disminución del dolor durante sus diferentes etapas.

La Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) es mucho más que una simple prevención psíquica de los dolores del parto, como fue al principio. Con el tiempo se ha ido transformando en una profilaxis global de todas las contingencias desfavorables que pueden ser factores de riesgo a la gestación, del parto y del puerperio, por consiguiente significando los mismos beneficios tanto para la madre como para el recién nacido, incluye una preparación integral con información y educación, complementada con ejercicios gestacionales encaminados a mejorar el estado corporal- mental, lo que mejora la calidad de vida en la madre y su bebe.

En el Perú, para el Ministerio de Salud (MINSA) la psicoprofilaxis debe ser brindada desde las áreas de salud, incluyendo ejercicios físicos en correspondencia con sus necesidades y posibilidades para una mejor preparación física, proporcione información, educación y los medios necesarios para desarrollar actitudes indispensables y afrontar los cambios que se producen durante el embarazo de acuerdo con la edad gestacional. Preparar física y psicológicamente a la embarazada, para formar parte activa y consciente de la necesidad de estimular a su hijo cuando todavía pertenece a su vientre; entrenarla durante el embarazo con la aspiración de un parto como proceso fisiológico y sin complicaciones, constituyen grandes retos para la medicina en todas las instituciones y entidades que promueven la promoción de salud, separar la preparación física y psíquica del embarazo es un lamentable error.

En los últimos informes entregado por la Dirección Regional de Salud(DIRESA), nos refiere que el porcentaje de las gestantes que acuden al programa de psicoprofilaxis obstétrica en el Hospital de Chancay en los últimos años ha ido disminuyendo debido a la falta de personal capacitado para brindar este servicio, la poca implementación del área de preparación, sobre todo a la falta de sensibilización materna y el bajo conocimiento que tienen las gestantes acerca de los beneficios que brinda este programa durante la gestación, parto y puerperio .

Según el Hospital de Chancay, nos informa que en el año 2013 se han atendido 1114 partos, y en el presente año al 31 de julio, 724 partos y se ha podido apreciar la falta de gestantes acudiendo a las sesiones de psicoprofilaxis lo cual ha generado el aumento de las complicaciones durante el trabajo de parto, tanto para la madre como para el recién nacido. Estas sesiones se deben aplicar a las mujeres embarazadas a partir del sexto mes de gestación, con el objetivo de que aborde el proceso del parto sin temor, con la suficiente información, habilidades técnicas y recursos personales, a través de un adecuado conocimiento de anatomía, fisiología del embarazo y parto, junto con una información de la psicología de la gestante y de la pareja, a la par que se le entrena, por un lado, en el conocimiento de las situaciones nuevas por las que la mujer tiene que pasar durante el proceso de dilatación-parto, y por otro, en ejercicios prácticos, de tipo obstétrico (respiración, relajación abdominal y perineal y pujos) y de tipo psicológico (relajación, autocontrol, reducción de la ansiedad y habilidades de encarar situaciones ansiógenas –de sensibilización sistemática, inoculación del estrés y habilidades sociales en el ámbito hospitalario).

Debido a un bajo porcentaje de la participación de las gestantes en el programa de psicoprofilaxis obstétrica, genera distintas complicaciones tanto para la madre como para el feto, entre estos podemos encontrar: sufrimiento fetal, hipoxia (Feto). Hemorragias, desgarros perineales, traumatismos (Madre), entre otras complicaciones.

Estas complicaciones se pudieran evitar, incentivando la participación materna a las sesiones psicoprofilácticas, incentivar la promoción y prevención de la maternidad responsable, brindar charlas educativas sobre los beneficios del programa de psicoprofilaxis obstétrica, realizar campañas de salud obstétrica con el fin de evitar o reducir las complicaciones, capacitar al personal de salud.

1.2 Delimitaciones De La Investigación:

1.2.1 Delimitación Espacial:

Esta tesis se realizó en el servicio de gineco – obstetricia del Hospital de Chancay, Distrito de Chancay, Región de Lima – Provincias.

1.2.2 Delimitación Social:

La unidad de estudios correspondió solo a gestantes primigestas.

1.2.3 Delimitación Temporal:

El trabajo de investigación se llevó a cabo desde julio 2013 hasta julio del 2014.

1.3 Formulación Del Problema

1.3.1 Problema Principal:

¿De qué manera la psicoprofilaxis obstétrica se relaciona con los beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014?

1.3.2 Problema Secundarios:

- 1) ¿De qué manera la preparación psicoprofiláctica obstétrica se relaciona con los beneficios durante el parto en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014?
- 2) ¿De qué manera la preparación psicoprofiláctica obstétrica se relaciona con los beneficios después del parto en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014?

1.4 Objetivos De La Investigación

1.4.1 Objetivo Principal:

Determinar la relación entre la psicoprofilaxis obstétrica y los beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014.

1.4.2 Objetivos Secundarios

- 1) Determinar la relación entre la preparación psicoprofiláctica obstétrica y los beneficios durante el parto en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014.
- 2) Determinar la relación entre la preparación psicoprofiláctica obstétrica y los beneficios después del parto en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis principal:

Existe relación entre la psicoprofilaxis obstétrica y los beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014.

1.5.2. Hipótesis secundaria

- 1) A mayor participación en la preparación psicoprofiláctica obstétrica mayores serán los beneficios durante el parto.
- 2) A mayor participación en la preparación psicoprofiláctica obstétrica mayores serán los beneficios después del parto.

1.6. Justificación Del Estudio:

La Psicoprofilaxis Obstétrica es actualmente un programa de educación para la salud con un amplio objetivo que no se limita únicamente al parto , sino que tiene como finalidad preparar a la mujer para que viva armoniosamente su embarazo, sea plenamente participe en el proceso del parto y acepte su nueva condición de madre.

No basta con que la mujer llegue a su maternidad somáticamente sana, sino que debe llegar psicológicamente madura, ya que su labor de madre resulta decisiva en el futuro desarrollo de su hijo.

En los últimos años han tenido lugar amplios cambios sociales que han afectado a la vivencia de la maternidad: el estrés de la vida cotidiana, la incorporación de la mujer al mercado laboral, la publicidad del denominado culto al cuerpo, etc.

Todos estos cambios han tenido que ser incorporados a la Psicoprofilaxis obstétrica y su programa abarca, consecuentemente, amplios aspectos en torno a la maternidad, tales como la promoción de la lactancia materna, vivencia de la sexualidad, las adaptaciones psicológicas al embarazo, así como la integración a la figura paterna y la familia.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Nacionales

- 1) Reyes (2004), estudió la relación que existe entre los beneficios materno perinatales de las primigestas atendidas en el instituto especializado materno perinatal y la Psicoprofilaxis obstétrica. El método utilizado fue analítico, retrospectivo, comparativo, correlacional. Se evaluó 90 historias clínicas de primigestas de bajo riesgo obstétrico, 45 historias clínicas pertenecientes a gestantes con preparación psicoprofiláctica y 45 historias clínicas de gestantes que no la recibieron. Obtuvo como resultado que las primigestas con preparación prenatal y puerperal, ingresan al hospital con diagnóstico confirmado de trabajo de parto, presentan parto vaginal, y en cuanto a los recién nacidos estos no presentan signos de sufrimiento fetal y no hay dificultades para una lactancia materna exclusiva. (LIMA)

- 2) Valle (2006), determinó la influencia de la Psicoprofilaxis obstétrica en la actitud de la gestante, durante el trabajo de parto. El método utilizado fue descriptivo, prospectivo y transversal. Utilizo una muestra de 17 gestantes que recibieron la preparación psicoprofiláctica para el parto. Obtuvo como resultado que las gestantes que se prepararon para el parto son adultos jóvenes y adultos con una educación adecuada, con buen resultado en los periodos de dilatación, expulsivo, alumbramiento, donde se evidencia la aplicación de las técnicas aprendidas, no presentándose ningún tipo de desgarro perineal cumpliéndose así una de las finalidades de la preparación psicoprofiláctica. (LIMA)

- 3) Cubas y Vásquez (2012), determinó el nivel de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto, demostrando que la preparación psicoprofiláctica contribuye a disminuir los niveles de ansiedad de la gestante durante el mismo. Usó el método cuantitativo, analítico, retro prospectivo de corte transversal. Evaluó 60 casos de los cuales 36 conformaron el grupo de estudios que recibieron preparación psicoprofiláctica y 24 el grupo control que no recibieron. Obtuvieron como resultado que la preparación psicoprofiláctica de la gestante demuestra que influye significativamente disminuyendo los niveles de ansiedad durante el trabajo de parto, siendo preparada física psicológica y emocionalmente. (TARAPOTO)

- 4) Villar (2009), identificó los factores asociados al uso de Psicoprofilaxis obstétrica en puérperas en el cono sur de lima. Usó el método descriptivo, comparativo, transversal y correlacional. Utilizó una muestra de 373 puérperas que se atendieron en el cono sur de lima, usuarias y no usuarias de Psicoprofilaxis obstétrica. Obtuvo como resultado que la prevalencia del uso del servicio de Psicoprofilaxis es de 18,2% pero 10,4% no lo completaron y solo 7,8% asistieron a todas las sesiones. Los factores asociados al uso del servicio fueron: a) tener control prenatal, b) que los familiares conozcan o recomienden la Psicoprofilaxis obstétrica, c) creencias y actitudes positivas hacia la Psicoprofilaxis, d) satisfacción

en el servicio, infraestructura y logística, equipamiento, ambientación, continuidad del personal, e) conocimientos previos del servicio, f) presencia de hijos. (LIMA)

- 5) Romero y Huayllas (2011), determinaron la importancia y los beneficios maternos perinatales de la Psicoprofilaxis obstétrica en mujeres gestantes del Hospital San Juan de Lurigancho entre los meses de enero a octubre del año 2011. Usaron el método descriptivo, transversal y retrospectivo. Evaluaron el 100% de gestantes que recibieron 6 sesiones en el programa de Psicoprofilaxis obstétrica del Hospital San Juan de Lurigancho entre los meses de enero a octubre del año 2011. (LIMA)
- 6) Vidal (2004), estudió los factores asociados a la participación activa en sala de partos de la parturienta con Psicoprofilaxis obstétrica Lima-Perú. Utilizó el método comparativo, observacional, prospectivo. Se evaluaron 60 parturientas con preparación en Psicoprofilaxis obstétrica y 60 sin preparación en Psicoprofilaxis obstétrica del instituto especializado materno perinatal. Obtuvo como resultado que el grado de instrucción tiene asociación con la participación activa en ambos grupos de estudio, el factor ocupación tiene asociación con la participación activa de igual manera en ambos grupos (LIMA)
- 7) Espinoza y Figueroa (1992), estudió la percepción – beneficios del método psicoprofiláctico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Usó una muestra de 200 gestantes. Obtuvo como resultado que los niveles de temor disminuyeron observándose una actitud positiva en las madres frente al parto. (LIMA)

2.1.2. Antecedentes Internacionales

- 1) Mora y Rivadeneira (2013), determinaron el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que poseen los clientes internos y externos del subcentro de salud del tejero, sobre la Psicoprofilaxis del parto. El método

utilizado fue transversal y descriptivo. Evaluaron 30 mujeres embarazadas desde el tercer mes de gestación que acuden a sus controles prenatales al sub centro de salud el tejtar. Obtuvieron como resultado que los miembros del equipo de salud del sub centro el tejtar, poseen conocimientos y la predisposición para explicar la técnica psicoprofilactica, siendo de gran importancia la sensibilización a las mujeres embarazadas mediante la utilización de las guías como instrumentos de apoyo en el trabajo diario. (ECUADOR)

- 2) Salas (2012), determino la importancia que conlleva la realización de la Psicoprofilaxis obstétrica del embarazo, en relación a la edad materna avanzada en su primera gestación. El método utilizado fue descriptivo, prospectivo. Utilizo una muestra de 40 gestantes con diagnóstico de primigesta añosa. Obtuvo como resultado que si se realiza Psicoprofilaxis obstétrica en forma correcta brindara a la mujer mayor seguridad, sabrá actuar, como respirar y además se evitara de posibles traumatismos maternos y complicaciones que convierten el parto en un proceso patológico o traumático. (ECUADOR)

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

Según la Asociación Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica (ASPPO, 1995), la Psicoprofilaxis obstétrica es una preparación integral pre natal para un embarazo, parto y post parto sin temor, en las mejores condiciones y con la posibilidad de una rápida recuperación.

Para la OMS es un proceso educativo que permite desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido/a, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebe y su entorno familiar (MINSa, 2011).

Para Salas, la Psicoprofilaxis Obstétrica en sus orígenes fue utilizada para eliminar los dolores del parto, pero hoy en día este concepto es erróneo debido a que hay justificación neurofisiológica de la existencia del dolor en el

parto y lo que busca esta preparación educativa es que los fenómenos dolorosos que se producen no se transformen en sufrimiento, es por esto que elementos fundamentales como: Una preparación teórica, entrenamiento físico y una preparación psicológica desarrollará la auto confianza y posibilidad de asumir el proceso de manera natural y positiva.

Según la ASSPO (1995) es integral porque cubre varias áreas, como:

- Psicológica: una adecuada orientación y motivación ayudaran a la madre a sentirse cada vez más contenta, tranquila y segura durante esta etapa permitiéndole disfrutar de su embarazo al máximo y venciendo los temores o ideas negativas pre concebido que además se vinculan mucho con la tensión y el miedo al dolor.
- Teórica: los conocimientos básicos sobre anatomía y fisiología del embarazo, parto y el post parto enseñan comprender y reconocer los cambios en el organismo durante estas etapas. Asimismo, con esta información las mamás sabrán cómo evoluciona el bebé facilitando el mejor cuidado, atención y estimulación.
- Física: porque el cuerpo como en cualquier deporte, necesita un buen entrenamiento para responder a las demandas gestacionales de la forma más eficaz con el mínimo esfuerzo, sintiéndose cada día más ágil, fortalecida y lista para la jornada final: el día del parto. También, es importante saber reconocer bien los objetivos en el ámbito de los ejercicios gestacionales.

En conclusión, la gimnasia es apenas una parte de la preparación y hay que saber emplearla correctamente porque no todos los embarazos son iguales y alguno puede traer sus complicaciones ante los cuales la obstetra sabrá indicar los ejercicios adecuados a cada situación particular.

El principal objetivo para la PPO es lograr seguridad mediante sus tres áreas de preparación y a partir de esto contar con las mejores ventajas que darán la posibilidad de tener un parto feliz.

Siendo lo ideal tener un parto natural, donde la calidad de vida del bebé y la mamá es lo más importante, por lo tanto, el especialista decidirá oportunamente lo mejor para ambos.

En ambos casos, la recuperación será más rápida y cómoda, si hay una buena preparación.

¿Por qué sin temor y no sin dolor?

Porque el miedo es la raíz de todo. Especialmente el temor a lo desconocido o mal conocido.

Si se actúa con temor jamás habrá tranquilidad y seguridad. Por lo tanto es lo primero que debemos combatir mediante los conocimientos. Además, la influencia que ejerce el miedo sobre la mente y el cuerpo lograría ponerlos tensos. Esta tensión puede acentuar las molestias que naturalmente se sienten durante el embarazo o el parto.

¿Hay que resignarse al dolor?

Eso podría decirlo alguien que ve el parto como un sufrimiento o una obligación, cuando en realidad es la labor más noble, digna y acogedora de la mujer. Lo importante no es aguantar el dolor sino aprender a controlarlo y vencerlo. Solo así se asegura al bebé mayor bienestar y oxigenación hasta su nacimiento. El descontrol únicamente conduce a las dificultades que podrían convertirse en serias complicaciones.

¿Puede participar el esposo en esta preparación?

No solo puede sino debe. Hasta hace pocos años se consideraba al padre un simple espectador. Hoy en día el cumple un gran rol. Aprende a comprender las necesidades y colaborar durante todas las etapas disfrutando de la comunicación con él bebé y convirtiéndose en el mejor refuerzo técnico el día del parto. Por eso, se le invita a algunas sesiones de preparación donde aprende a trabajar en equipo.

2.2.1.1. HISTORIA

Para Salas (2013), Históricamente, el parto era una experiencia de mujeres y con mujeres. El nacimiento era visto como una tarea normal del desarrollo de una mujer sana, un rito de iniciación de ser mujer a ser una madre. Durante el siglo 17, los médicos se involucraron en el proceso del parto.

Uno de los primeros hombres involucrados fueron los hermanos Chamberlen que desarrollaron varios tipos de fórceps obstétricos para ayudar en partos difíciles. Mientras Velvosky y Nikolayev estaban estudiando la reacción de

una mujer parturienta durante las contracciones del parto, Grantley Dick Reas de Inglaterra rechazó el concepto del cloroformo y propuso que el dolor del parto era resultado del condicionamiento cultural. Al igual que los homólogos de Rusia, Read tenía la hipótesis que el miedo era el factor determinante del dolor durante el parto. Lamaze, médico francés a principio de 1950 observó el concepto de Psicoprofilaxis una combinación de respiración profunda para estimular la relajación, el tacto para reducir la percepción del dolor y la educación para resolver el miedo debido a la ignorancia del proceso.

Marjorie Karmel, una de las pacientes de Lamaze, junto con Elizabeth Bing empezaron la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia o ASPO, que ahora se llama Lamaze Internacional, en 1960. En 1951 es dado a conocer el método psicoprofiláctico perfectamente arreglado y demostrado sobre bases científicas, mejorándose así la actitud de la gestante en el trabajo de parto.

La educación que se brinde para el parto permitirá que la gestante haga frente a la tensión provocada, disminuyendo así el dolor.

2.2.1.2. BASES DOCTRINARIAS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

A. Escuela inglesa, representada por el Dr. Grantly Dick Read (MINSA, 2013)

Postulado "el temor es el principal agente productor del dolor en un parto normal", establece un orden de importancia entre los 4 elementos: Educación-respiración-relajación-gimnasia.

Fundamentos Teóricos y Prácticos:

- ❖ El dolor se origina en la civilización y la cultura. El parto natural sin dolor solo existió hasta que llegó la civilización.
- ❖ El dolor se origina en la tensión que produce la contracción de las fibras longitudinales y circulares del útero, estímulos que irán al tálamo quienes interpretados equivocadamente por el cerebro, los transforman en sensación de dolor.
- ❖ Se considera la educación como fundamental en la preparación psicoprofiláctica de la gestante para la erradicación del temor.

- ❖ Complementa su teoría con los diversos tipos de respiración que contribuyen a la relajación del cuello del útero.
- ❖ Considera que el ambiente debe de ser armónico y favorable. El apoyo emocional es fundamental en el momento del parto para que la gestante pueda desarrollar la relajación necesaria que la libere del temor y la tensión.
- ❖ Erradicación de la triada: Temor – Tensión – Dolor.
- ❖ Mujer en relajación durante el trabajo de parto = cuello uterino blando.

La preparación de la gestante consta de cuatro elementos (Cubas, M. y Vásquez, J. 2012):

a) Educación:

Se proporcionan conocimientos elementales pero ajustados a los hechos científicos sobre la anatomía y la fisiología de la reproducción humana con todas sus consecuencias físicas y psíquicas cuyo conocimiento previo permite que se sepa lo que va a suceder y de qué forma actuar.

b) Correcta Respiración

- ❖ Mejora el estado general durante el embarazo así como los requerimientos maternos y fetales.
- ❖ Durante el trabajo de parto permite una mejor oxigenación, durante las contracciones uterinas.
- ❖ Ayuda al útero en el periodo expulsivo y mantiene al feto en buenas condiciones.

Tipos de Respiración:

1. Respiración Profunda:

- Inspirar lentamente por la nariz para ampliar el tórax al máximo.
- Espirar el aire por la boca, forzando al final.
- La frecuencia es 17 a 18 veces por minuto.

2. Respiración Rápida y Superficial:

- Debe coincidir con la contracción final del primer periodo del parto.
- Su frecuencia es de 25 veces por minuto.

3. Respiración Jadeante:

- Facilita la salida de la cabeza en forma lenta sin pujar. Previene los desgarros perineales.
- Se realiza con la boca ligeramente abierta.
- Su frecuencia es de 35 a 40 veces por minuto.

4. Respiración Contenida:

- Se realiza en el periodo expulsivo.
- Se inspira y se contiene el aire por medio minuto, durante la contracción.

c) Relajación:

- Estado en el que el tono muscular de todo el cuerpo esta reducido al mínimo.
- Las sensaciones de la actividad uterina durante el parto se interpreta en su verdadero significado, trabajo muscular sin molestias.

d) Gimnasia:

- Es considerada como una ayuda que no debe ser exagerada o sobreestimada.
- Mejora el estado físico general
- Beneficia la flexibilidad de los músculos y articulaciones de la pelvis.
- Los ejercicios se deben de realizar con lentitud, uniéndolos con la respiración.

B. Escuela rusa, representada por Platonov, Velvovsky y Nicolaiev (MINSA, 2011)

Postulado: "el parto es un proceso fisiológico en el cual los dolores no son congénitos y pueden desaparecer con la participación activa de la mujer",
Establece que el dolor del parto es un reflejo condicionado y por tanto puede desacondicionarse.

Fundamentos Teóricos y Prácticos:

- ❖ La actividad nerviosa superior basada en los trabajos de Pavlov, y el establecimiento de los reflejos instintivos y de los reflejos condicionados

o adquiridos. Establecieron la importancia de la corteza cerebral en la elaboración de la sensación dolorosa.

- ❖ Los reflejos absolutos o incondicionados son vinculaciones permanentes entre un estímulo y una reacción determinada del organismo elaborada a nivel de la medula, del bulbo o de otros centros subcorticales a diferencia de los reflejos condicionados o que relacionan o vinculan las sensaciones externas y la respuesta del organismo la cual se elabora a nivel cortical.
- ❖ Existe un rol importante de la emoción, la cultura y de los factores sociales en las sensaciones del parto que conducen a la consideración de que “el dolor del parto” es un fenómeno de masas.
- ❖ Al cambio de la actitud de la mujer hacia el parto y su conducta durante el mismo, debe contribuir toda la sociedad, en sus ideas, artes y literatura.
- ❖ El lenguaje es un instrumento que se puede utilizar como medio fisiológico y terapéutico. La palabra, de acuerdo a Pávlov es un estímulo condicionante tan real que permite modificar la actividad neuronal, bloquea a nivel de la corteza cerebral el dolor de origen periférico y visceral, permitiendo crear en la mujer un reflejo condicionado positivo independiente de la experiencia personal.

Principios Fundamentales (Cubas, M. y Vásquez, J. 2012):

- La escuela rusa se basó fundamentalmente en los reflejos condicionados.
- El dolor en el parto es un reflejo condicionado y por lo tanto se puede desacondicionar.
- Masaje, relajación, enseñanza del pujo.
- Propaganda para hacer desaparecer la idea del parto como acto peligroso y doloroso.
- Se considera indispensable la preparación de los ambientes hospitalarios los que deben ser con mucha luz, laminas, diversos colores, etc.
- Preparación del personal hospitalario, quienes no deben de hablar de “Dolores del Parto”, este término debe ser sustituido por contracciones uterinas.
- Los medios de comunicación deben de colaborar refiriéndose al parto como una experiencia maravillosa.

C. Escuela francesa, representada por el Dr. Fernand Lamaze (MINSA, 2011)

Postulado: "parto sin dolor por el medio psicoprofiláctico en base a la educación neuromuscular"

Sus bases teóricas son las mismas que las de la escuela rusa.

Fundamentos Teóricos y Prácticos (Cubas, M. y Vásquez, J. 2012):

- ❖ Los principios son los mismos que los de la escuela Rusa. Crear un foco cortical potente capaz de inhibir los estímulos originados en la contracción uterina.
- ❖ En lugar de la respiración profunda, se utiliza la respiración acelerada. Su objetivo es limitar los movimientos del diafragma, evitando la compresión sobre el fondo uterino, manteniendo una oxigenación adecuada.
- ❖ La relajación muscular es un fenómeno activo consciente y dirigido, se incrementa el conocimiento de la acción de los músculos para hacerlo actuar a medida de las necesidades. Esta inhibición resulta de una actividad cortical, se trata de un acto consciente y dirigido.
- ❖ La relajación es entonces un aprendizaje, una educación, una actividad cerebral.
- ❖ Se integra a la pareja de una manera muy importante, tanto en la preparación teórica- práctica, como en el momento del parto.
- ❖ Considera importante conocer la psicología de la gestante y cuanto conoce del parto.

D. Escuela ecléctica, representada por el Dr. Leboyer, Dr. Gavensky y otros (MINSA, 2011).

Postulado: favorecer el momento adecuado para el encuentro padre-madre-hijo. "Parto sin dolor, parto sin violencia".

La escuela ecléctica escoge lo mejor de cada escuela o teoría dirigiendo su atención hacia el recién nacido.

2.2.1.3. SESIONES DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

SESION I: CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO Y SIGNOS DE ALARMA (Plan de trabajo Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2013)

Objetivos de la sesión:

- Enseñar a reconocer la anatomía y fisiología del aparato reproductor y los cambios que experimenta durante el embarazo.
- Enseñar a reconocer los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.
- Entrenar en gimnasia de ablandamiento.

La mujer es un ser único y especial que tiene una gran variedad de cualidades. Las funciones de las mujeres han cambiado enormemente; las funciones sociales tradicionales de las mujeres consistían en las tareas domésticas, acentuando el cuidado de niños, y no solían acceder a un puesto de trabajo remunerado, pero en la época actual esto ha cambiado y la mujer ahora tiene los mismos derechos que el hombre ya no es observada simplemente como una ama de casa ; accede a un trabajo con una remuneración óptima pero además de esto es la mujer la que entrega su ser para crear vida.

Ella es el elemento pasivo y receptivo en el proceso de procreación. Durante nueve meses, su cuerpo deja de ser sólo suyo, a la vez que carga y nutre otra vida. Así que es la mujer, tanto más que el hombre que siembra y da a luz y para quien la maternidad es un estado de ser, no sólo un logro o una experiencia.

Al igual que todos, la mujer llega a este mundo para crecer pasar de ser un bebe a una niña y poco a poco seguir creciendo hasta llegar a una etapa de transformación donde pasara de ser una niña para convertirse en una mujer y cumplir varias responsabilidades entre ellas la de ser madre (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Anatomía y fisiología del aparato genital femenino

Los órganos internos están constituidos por:

Ovarios

Los ovarios varían de tamaño de manera considerable cuando son comparados entre sí, así como entre mujeres. Su posición también varía, pero suelen yacer en la parte alta de la cavidad pélvica sobre una depresión leve de la pared lateral de la pelvis (Williams, 2011).

Los ovarios producen y liberan unas hormonas denominadas estrógenos y progesterona.

Los estrógenos, producidos desde la pubertad, determinan cambios tales como: hombros angostos, voz aguda, caderas anchas, etc. Estos cambios son las características sexuales secundarias de la mujer.

La progesterona, hormona que tiene como función aumentar la cantidad de vasos sanguíneos del endometrio uterino (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Trompas de Falopio

Son extensiones tubulares provenientes del útero que varían en longitud de 8 a 14 cm. Y cada una se divide en sus porciones intersticial, ístmica, ampollar e infundibular (Williams, 2011)

Útero

Es un órgano musculoso y hueco del tamaño y forma de una pera invertida, y está ubicado en la parte inferior del vientre.

Lo conforman tres capas: una interna o endometrio, que cada mes se enriquece con una cantidad extra de vasos sanguíneos necesarios para la nutrición del nuevo ser; otra intermedia formada por músculos lisos; y la capa externa constituida por tejido elástico (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Vagina

Es un tubo muscular elástico que comunica el útero con el exterior. Se ubica en la pelvis menor, entre la uretra y el recto. Termina en un orificio alrededor del cual hay unos repliegues de la piel llamados labios mayores. Es un

conducto que une a la vulva externa con los órganos sexuales internos (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Los órganos externos están formados por:

Vulva

La región pudenda, por lo general designada vulva, incluye todas las estructuras externas visibles desde el pubis hasta el cuerpo perineal (Williams, 2011)

Monte de Venus

La piel del monte de venus se cubre de vello rizado, de distribución triangular en la mujer, con la base formada por el borde superior del pubis. En el varón y en algunas mujeres, esta distribución no está bien circunscrita y se extiende sobre la pared abdominal anterior en dirección de ombligo (Williams, 2011)

Labios mayores

Homólogos del escroto masculino desde el punto de vista embriológico. Estructuras que varían en su aspecto principalmente de acuerdo con la cantidad de grasa que contienen (Williams, 2011)

Labios menores

Pliegues delgados de tejido que yacen en ubicación medial respecto de cada labio mayor. Se extienden hacia arriba donde se dividen en dos láminas, cuyo par inferior se une para constituir el frenillo del clítoris (Williams, 2011)

Clítoris

Es un pequeño órgano parecido al pene. Está provisto de terminaciones nerviosas y puede entrar en erección (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Meato

Por debajo del clítoris se encuentra el meato urinario, que es el orificio de la porción final de las vías urinaria. Es el lugar donde se emite la orina al exterior (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Himen

Por la abertura de la vagina, y situado entre la entrada de ésta y el vestíbulo de ella, se encuentra en la mujer virgen una membrana no perforada llamada himen. El himen es una delgada membrana que se extiende por la abertura de la vagina.

Esta membrana tiene una o más aberturas por las cuales sale el flujo menstrual y la tradición dice que en el momento de la primera penetración del órgano masculino, dicha membrana se rompe, haciendo que sangre un poco, por lo tanto era considerado una prueba de virginidad.

Actualmente se sabe que no necesariamente esta membrana se rompe en la primera relación sexual ya que puede haber membranas más elásticas que otras y además puede ser rota por otras circunstancias: utilización de tampones del diámetro no adecuado a los orificios del himen, etc. (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

❖ **Ciclo menstrual y mecanismo de fecundación**

Ciclo menstrual

Es el intervalo entre el primer día de una menstruación hasta el primer día de la siguiente menstruación. El período entre un ciclo menstrual y otro es variable. Este período comúnmente es de 28 días cuando el ciclo es regular, o puede durar desde 25 hasta 32 días cuando el ciclo es irregular, pero continúa siendo normal (Williams, 2011)

El ciclo menstrual tiene dos resultados importantes:

- Hace que cada mes solo un óvulo maduro sea liberado de los ovarios, de manera que si hay un embarazo pueda crecer un solo feto.
- Prepara adecuadamente al endometrio para la implantación del óvulo fecundado.

Durante el ciclo menstrual ocurren las siguientes fases:

- Menstruación.
- Fase folicular.
- Ovulación.
- Fase lútea.

Durante el ciclo menstrual existe un período fértil y un período no fértil. El período no fértil va del primer día del ciclo menstrual hasta el día 8 y del día 18 hasta el día 28. El período fértil va del día 9 al día 17 (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Menstruación

Es el sangrado vaginal que ocurre por el desprendimiento de la capa superficial del endometrio, provocado por niveles decrecientes de estrógeno y progesterona. El primer día de hemorragia vaginal se conoce como el primer día del ciclo menstrual.

La primera menstruación ocurre en la pubertad y se le llama menarquia. Las jóvenes experimentan su primera menstruación entre los 10 y 16 años. Entre los 48 a 50 años ocurre la menopausia que es la desaparición de las menstruaciones (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Fase folicular

Es el proceso de maduración del óvulo en el ovario y el proceso de regeneración del endometrio.

Se le conoce también como Fase Proliferativa. La hormona folículo estimulante estimula el desarrollo de folículos en los ovarios. Los folículos en desarrollo secretan cada vez mayores cantidades de estrógeno y para el día 5 a 7 la producción de estrógeno es continuamente alta.

En este momento el ovario se encuentra en fase folicular y el endometrio sufre sus propios cambios conocidos como fase proliferativa, inicio de la renovación del revestimiento uterino.

Al comienzo de la fase, el moco cervical se ve influenciado por los bajos niveles de estrógeno que lo hace grueso, turbio, con poca elasticidad, espeso y pegajoso dificultando la vida de los espermatozoides y su penetración en el útero a través del cuello uterino. Cuando los ciclos menstruales son regulares este período puede durar una semana en promedio (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Ovulación

Es la liberación del óvulo maduro por el folículo. Ocurre en la mitad del ciclo, en el día 14.

El óvulo vivirá entre 24 a 48 horas aproximadamente, al no unirse con un espermatozoide. Si existe fecundación dará origen a la formación de un nuevo ser. El período pre-ovulatorio se inicia algunos días antes de la

ovulación cuando el folículo recibe la orden, de la hipófisis de desarrollarse rápidamente. Se libera gran cantidad de hormonas estrógenos. Hay ablandamiento del cuello uterino y el moco cervical se vuelve permeable, transparente, elástico y abundante, lo que permite el acceso de los espermatozoides al útero y ayuda a su supervivencia (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Fase lútea

Es la segunda mitad del ciclo menstrual que va desde la ovulación hasta la aparición de la siguiente menstruación.

Los crecientes niveles de estrógeno y progesterona causan cambios en el endometrio que preparan un medio favorable para la implantación, esta fase de desarrollo endometrial se le llama fase secretora. Si ocurre el embarazo se mantienen elevados los niveles de estrógeno y progesterona lo que impide que no se realice el desprendimiento del endometrio (flujo menstrual). Si no ocurre embarazo, los niveles de estrógeno y progesterona disminuyen y se prepara el escenario para el desprendimiento del endometrio y el inicio de un nuevo ciclo menstrual (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Fecundación

Es la unión del o los óvulos de las mujeres y los espermatozoides de los hombres.

La mujer no es fértil todos los días. La fecundación sólo se puede producir cuando hay ovulación (cerca del día catorce del ciclo). El sitio de fecundación, encuentro entre el óvulo y el espermatozoide, es en el tercio distal de las trompas. El óvulo una vez fecundado empieza a sufrir divisiones dentro de las trompas hasta producirse la implantación o anidación en el útero donde permanecerá los nueve meses del embarazo. El feto se aloja durante el embarazo en el útero o matriz para el crecimiento (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

EL EMBARAZO

Es el proceso mediante el cual el feto crece y se desarrolla en el interior del útero; este período, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se inicia cuando termina la implantación, es decir cuando el embrión se adhiere a la pared del útero, y finaliza con el parto (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Cambios fisiológicos:

El primer cambio que presentará la gestante es la ausencia de menstruación. Las náuseas y los vómitos son frecuentes en el primer trimestre, normalmente más intensos por las mañanas, pero en algunas mujeres pueden aparecer por las tardes. Estas náuseas suelen mantenerse hasta las 12-13 semanas de embarazo, y en un porcentaje menor de gestantes hasta las 16 semanas durante todo el embarazo. El útero aumenta de tamaño de forma gradual y al final del primer trimestre alcanza la sínfisis púbica, este crecimiento uterino puede producir molestias en el bajo vientre o sensación de pinchazos. El crecimiento del útero comporta su presión sobre la vejiga urinaria, por lo que se produce un aumento en la frecuencia miccional (CARRANZA, 1998).

Cambios físicos

Se presentará un aumento de la turgencia y del tamaño de las mamas por su inicio a la preparación para la lactancia. Notará también un aumento del tamaño y un oscurecimiento de la areola y del pezón, además de un aumento en la sensibilidad. La areola mamaria tiene tendencia a oscurecerse más. A partir del segundo mes en la palpación pueden notarse nódulos en las mamas (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Cambios en el primer trimestre

Algunas mujeres no parecen estar embarazadas durante el primer trimestre del embarazo. Sin embargo, en este período el cuerpo de la mujer se está

adaptando al embarazo y está experimentando grandes cambios hormonales que pronto dejarán sentir sus efectos.

- Ausencia de menstruación.
- Aumento del volumen y de la sensibilidad de los pechos.
- Pigmentación más oscura de los pezones.
- Sensación de cansancio y sueño.
- Posibles náuseas y mareos, sobre todo, por la mañana.
- Aumento de peso de entre 1 y 2 kilos.
- Aumento del tamaño del útero.
- Aumento de las secreciones vaginales.
- Molestias leves en la pelvis.
- Frecuentes ganas de orinar.
- Cambios bruscos de humor.
- Inseguridad y ansiedad.

Una de cada 2 mujeres experimenta náuseas, generalmente entre la sexta y la octava semana. Para controlarla muchos médicos recomiendan comer varias veces en el día, pequeñas cantidades de alimento cada vez. Como hemos mencionado anteriormente, las náuseas son más frecuentes temprano en la mañana, pero pueden presentarse a cualquier hora del día. Aparecen y desaparecen en una forma del todo irregular, y para combatirlas, el ingerir algún alimento ligero y seco, rico en carbohidratos, suele ser la recomendación más común. Las náuseas pueden intensificarse por falta de una alimentación adecuada. Ningún medicamento para combatirlas debe ser tomado sin la previa aprobación de médico, y la misma advertencia debe hacerse con relación a otros remedios tradicionales (caseros, muchos de ellos) a los que nunca deberá recurrirse, sin antes consultar la opinión del médico.

Los senos de la mujer embarazada comienzan a inflamarse y aumenta la sensibilidad en el mismo. Los pezones aumentan de tamaño, y las venas en la superficie de los senos son más visibles. Los especialistas recomiendan el uso de sostenes.

La frecuencia al orinar es mayor, y en ocasiones se presenta una descarga blanquizca a través de la vagina.

El cansancio es normal durante las primeras semanas del embarazo, así como un sabor metálico en la boca.

Se manifiestan los llamados caprichos de la mujer embarazada; es decir, su deseo específico de ingerir determinados alimentos.

También la mujer embarazada comienza a aumentar de peso (CARRANZA, 1998).

Cambios en el segundo trimestre:

Por lo general la mujer comienza a sentirse mucho mejor en este período, ya que desaparecen algunas de las molestias iniciales.

- Se aumenta cerca de 4 kilos de peso.
- Los pechos en algunos casos segregan calostro.
- Se notan las primeras señales de los movimientos del feto.
- Aparece la línea alba debajo del abdomen.
- Aparece el cloasma o máscara del embarazo.
- Pueden surgir molestias físicas como ardor de estómago o congestión nasal.
Se tienen sentimientos positivos y una sensación de fortaleza.
- La madre sueña con su futuro hijo.

Las náuseas y la frecuencia de orinar ceden; la mujer se siente mejor y con más energía que durante el primer trimestre. A partir de la semana 16, la expansión del útero es notable y el aspecto externo de la mujer comienza a cambiar (ya se nota que está embarazada).

Los pezones continúan aumentando de tamaño, y van adquiriendo una tonalidad más oscura.

El apetito es mayor, y el peso aumenta rápidamente.

El ritmo cardíaco también se acelera, así como el volumen de sangre que es bombeado por el corazón, lo cual permite que el feto se desarrolle debidamente.

Es importante hacer notar que estos cambios significan un esfuerzo mayor para el corazón de la mujer embarazada, lo cual debe ser tomado en cuenta

por el médico, especialmente si la mujer en cuestión ha presentado anteriormente problemas cardiovasculares.

Algunas mujeres sufren de episodios de calor y se ruborizan fácilmente.

Alrededor de la semana 22 (como promedio entre las semanas 18 y 20) la mujer ya siente algún movimiento de la criatura en su vientre (CARRANZA, 1998).

Cambios en el tercer trimestre.

En esta última etapa del embarazo, la mujer ya sólo piensa en el parto y en su deseo de ver a su bebé.

- Aumento de entre 3 y 5 kilos de peso.
- Aparición de cansancio y dolores de espalda de nuevo.
- Frecuentes ganas de orinar.
- Aumento de la transpiración.
- Contracciones uterinas de Braxton-Hicks.
- Preocupación y temor ante la llegada del parto.

Se desarrollan las llamadas marcas del embarazo en el abdomen, los senos y los muslos de la mujer embarazada. También es frecuente que una línea oscura, del ombligo al vello púbico, se manifieste.

Algunas mujeres se sienten afectadas por episodios de calor, y sudan fácilmente. Esto se debe a que la temperatura del cuerpo sube algo.

En esta etapa es difícil que la mujer encuentre una posición que le permita sentirse cómoda; sin embargo, el descanso es impredecible para ella.

Alrededor de la semana 36, si se trata de primer parto, el feto se va colocando en la posición adecuada para ser expulsado al exterior (con la cabeza en dirección a la pelvis). En partos subsiguientes, este movimiento no se presenta hasta unas semanas más tarde. En todo caso, la mujer embarazada se siente mejor ya que la presión en la parte superior del abdomen se alivia. No obstante, la presión es ejercida ahora sobre la vejiga,

y es frecuente que se presenten más descargas vaginales (CARRANZA, 1998).

SESION II: ATENCION PRE NATAL Y AUTOCUIDADO

Objetivos de la sesión:

- Resaltar la importancia de la atención pre - natal para lograr una maternidad saludable y segura con la participación activa de la pareja, familia y comunidad.
- Educar a la gestante en el reconocimiento y manejo oportuno de los signos y síntomas de alarma) retroalimentación en cada sesión) y su manejo oportuno en el establecimiento de salud.
- Identificar y aclarar los mitos, creencias y costumbres relacionadas al embarazo, parto, puerperio y el niño por nacer.

CONTROLES PRENATALES

Es una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad. El control prenatal es eficiente si cumple con cinco requisitos básicos:

1. **Completo e integral:** Atención por personal calificado. Detección precoz del embarazo. Control periódico e integral de la embarazada. En este punto se atenderá: riesgo nutricional, detección de discapacidades y enfermedades perinatales, maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia, infecciones de transmisión sexual, consejería pre/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia, enfermedades buco – dentales, referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

2. **Precoz:** El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

3. Enfoque intercultural: El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

4. Periódico: Toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 6 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal.

Nivel mínimo eficiente: 5 controles

- Uno en las primeras 20 semanas.
- Uno entre las 22 y 27 semanas.
- Uno entre las 28 y 33 semanas.
- Uno entre las 34 y 37 semanas.
- Uno entre las 38 y 40 semanas.

5. Afectivo:

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

Son elementos importantes del control prenatal:

- ✓ Cálculo de ganancia de peso: evalúa la evolución normal del embarazo y el estado nutricional de la madre y su niño. La poca ganancia de peso en las mujeres embarazadas puede afectarle a ella y al feto. El exceso de ganancia de peso puede significar retención de líquidos y puede ser un signo de pre-eclampsia.

- ✓ Crecimiento uterino: La curva de crecimiento del útero es un indicador del aumento de tamaño del feto.
- ✓ Vigilancia de los movimientos fetales: ya que una disminución de los mismos puede ser aviso temprano de sufrimiento fetal.
- ✓ Vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal: igualmente, una disminución es aviso temprano de sufrimiento fetal.
- ✓ Inmunizaciones: con toxoide tetánico para prevenir el tétano neonatal.
- ✓ Control de la presión arterial: para detectar oportunamente el síndrome hipertensivo del embarazo.
- ✓ Hacer énfasis en la asistencia a los controles prenatales, explicando las ventajas del control periódico, insistiendo en que los problemas se tienen que atender a tiempo.
- ✓ Se debe enfatizar que las pacientes embarazadas que asisten a su control son para verificar la evolución normal o no del embarazo (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Higiene en general

Aunque la gravidez es un estado orgánico y funcional fisiológico en las embarazadas normales, siempre es recomendable prescribir, aún a las embarazadas más normales, algunas reglas específicas de higiene.

- Ejercicios: La mujer embarazada no tiene necesidad de limitar su ejercicio con tal que no se fatigue en exceso, pero tampoco hay que permitir las actividades peligrosas que implican riesgo de un daño corporal.
- Baños: No hay objeción a la ducha o baño en cualquier momento del embarazo o puerperio.
- Coito: El coito debe evitarse cuando exista amenaza de aborto o parto prematuro. De otra manera, el coito no suele causar ningún daño a la mujer embarazada sana. Algunos recomiendan evitar el coito 4 a 6 semanas antes de la fecha probable del parto.
- Cuidados de las mamas y abdomen: Se aconseja el cuidado especial de los pezones para reducir las grietas, efectuar un agrandamiento y eversión de los mismos. Los masajes y cremas no mejoran las estrías en las mamas y

abdomen. La extensión de las estrías es proporcional al aumento de peso de la paciente.

- Fumar: Evitar fumar por la posibilidad de que el recién nacido puede tener bajo peso para su edad gestacional.
- Alcohol: El consumo de alcohol puede ocasionar retraso del crecimiento, este retraso es posible que persista después del nacimiento.
- Medicaciones: Muchos fármacos pueden ser nocivos para el embrión y el feto, esto quiere decir que puede causar malformación congénita (CARRANZA, 1998).

DESARROLLO FETAL

Primera semana del desarrollo. Crecimiento morfológico

El embrión anida en el útero de la embarazada la primera semana desde que se produce la concepción. El corazón del feto se forma en este tiempo, así como el paladar, que al final del primer mes y medio está plenamente desarrollado (CARRANZA, 1998).

Fecundación.

Una vez formados los gametos, para que se produzca un nuevo ser es necesario que el óvulo y el espermatozoide se junten y fusionen, a este proceso se le denomina fecundación. Ocurre generalmente en la región ampular de la trompa. Los espermatozoides y el ovocito secundario permanecen viables en el tracto genital femenino durante 24 horas (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Segmentación del cigoto.

Tras la fecundación, el cigoto experimenta un marcado aumento de su actividad metabólica, necesario para que se inicie la segmentación, o lo que es lo mismo, una serie de divisiones mitóticas del cigoto en células hijas o blastómeros. Estas subdivisiones del cigoto no se acompañan de crecimiento celular, por lo que el embrión no aumenta de tamaño y permanece rodeado por la membrana pelúcida (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

En primer lugar, el cigoto se divide en 2 blastómeros, que a continuación lo hacen en cuatro blastómeros y así sucesivamente. La segmentación suele ocurrir cuando el cigoto se desplaza a lo largo de la trompa uterina hacia el útero. Cuando existe entre 12 a 32 blastómeros se compactan, el ser humano en desarrollo se designa como mórula. Poco después de la entrada de la mórula al útero aparece un espacio lleno de líquido denominado cavidad del blastocito dentro de la mórula (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Formación del blastocito.

Hacia el cuarto día después de la fecundación se forman espacios entre las células de la masa interna. Al llegar la mórula al útero estos espacios aumentan por la filtración de líquido desde la cavidad uterina. Esta presión genera la formación de una cavidad única llamada blastocele. El embrión así formado recibe el nombre de blastocisto. En el blastocisto la masa celular interna, ahora llamada embrioblasto, hace eminencia hacia el blastocele y se ubican hacia el polo embrionario; en cambio, la masa celular externa, ahora llamada trofoblasto, forma la pared celular del blastocisto. El quinto día después de la fecundación el blastocisto se encuentra ya en la cavidad uterina y la zona pelúcida comienza a desaparecer, digerida por enzimas de la mucosa uterina; situación que permitirá la implantación del embrión (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Segunda semana del desarrollo.

La segunda semana del desarrollo, se caracteriza por la consumación de la implantación del blastocisto y el desarrollo subsiguiente del trofoblasto.

Implantación.

A partir del séptimo día de desarrollo el trofoblasto del polo embrionario prolifera y se fija en la capa compacta del endometrio y, mediante una acción histolítica, comienza a profundizarse en la mucosa. El lugar de implantación normalmente es en la pared anterior o posterior de la cavidad uterina cercano al fondo del útero (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Tercera semana de desarrollo. Periodo embrionario

Aquí aparecen los vasos sanguíneos fetales de las vellosidades corionicas (Williams, 2011).

El desarrollo rápido del embrión a partir del disco embrionario durante la tercera semana se caracteriza por:

- Aparición de la estría primitiva: La línea primitiva es el primer signo de la gastrulación. Se trata de una zona densa situada en la región central posterior del disco embrionario, su formación se debe a la migración y proliferación de células del epiblasto hacia el plano medial del disco embrionario. En la línea primitiva se desarrolla un surco estrecho llamado Surco Primitivo.
- Desarrollo de la notocrota: Prolongación de tejido mesodérmico que se origina en el nodo primitivo y se extiende a lo largo de la superficie dorsal del embrión en desarrollo, por debajo del tubo neural, formando el eje esquelético longitudinal inicial.
- Diferenciación de las tres capas germinales.

La tercera semana del desarrollo embrionario coincide con la semana que sigue a la primera falta, es decir, 5 semanas después del primer día de la última regla normal. El cese de la menstruación suele constituir el primer indicio de embarazo de una mujer.

Aproximadamente 3 semanas después de la concepción, es decir 5 semanas después de la última regla normal (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Gastrulación.

La gastrulación es un proceso formativo de las tres capas germinales o germinativas, precursoras de los tejidos embrionarios; se establece también la orientación axial del embrión. Durante la gastrulación, el disco embrionario bilaminar se transforma entonces en un disco embrionario trilaminar.

Hay cambios profundos de la forma celular, reordenación, movimientos y cambios en las propiedades adhesivas que favorecen la gastrulación. La gastrulación es el comienzo de la morfogenia y un episodio relevante de la tercera semana.

El primer signo morfológico de la gastrulación comienza con la formación de la estría primitiva en la superficie del epiblasto del disco embrionario.

Durante este período se puede denominar gástrula al embrión. Cada una de las tres capas germinativas da origen a tejidos y órganos específicos:

- Ectodermo embrionario: da lugar a la epidermis, el sistema nervioso central y periférico, los ojos, revestimiento de la boca, esmalte dental, oído interno, epitelio nasal y olfato, tubo neural, encéfalo y médula espinal.
- Endodermo embrionario: es el origen de los revestimientos epiteliales de las vías respiratorias y alimentarias (tubo digestivo), incluidas las glándulas que se abren al tubo digestivo y las células glandulares de los órganos asociados, tales como el hígado y el páncreas.
- Mesodermo embrionario: da lugar a todos los tejidos musculares, los esqueléticos, las células sanguíneas y el revestimiento de los vasos sanguíneos, todas las capas musculares lisas viscerales, los conductos u órganos del aparato reproductor y excretor, y la mayor parte del aparato cardiovascular (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Durante el primer mes de embarazo, la placenta (la cual nutrirá al bebe) se desarrolla.

Al final de este primer mes, él bebe es solamente un embrión, más pequeño que un grano de arroz; pero en las siguientes dos semanas, el tubo neural (una estructura a partir de la cual se formara el cerebro y la medula espinal), el corazón, el tracto digestivo, los órganos sensoriales, y los primordios (conjunto de células exponentes de los primeros vestigios de un órgano o estructura) de los brazos y las piernas comenzaran a formarse (CARRANZA, 1998).

Por tanto, el desarrollo durante el periodo fetal consta del crecimiento y maduración de las estructuras que se formaron durante el periodo embrionario (Williams, 2011)

Al final del segundo mes, el embrión ya tiene una apariencia más humana. Ha crecido hasta alcanzar entre 2.5 y 3 centímetros de largo (la cabeza constituye una tercera parte de este tamaño), y aunque aún pesa muy poco,

su corazón ya está latiendo, y sus brazos y piernas están presentes, sugiriendo el inicio de sus dedos.

Las estructuras óseas comienzan a reemplazar el cartílago, y algunos elementos en el rostro (como los ojos y los oídos) también comienzan a desarrollarse (CARRANZA, 1998).

Desarrollo del feto mes a mes.

Tercer mes de embarazo:

A partir del tercer mes de embarazo el embrión pasa a llamarse feto (CARRANZA, 1998).

El útero es apenas palpable sobre la sínfisis del pubis y la longitud corona rabadilla del feto es de 6 a 7 cm. (Williams, 2011)

Aunque la cabeza del feto sigue siendo grande en proporción a su cuerpo, sus extremidades crecen a gran velocidad. El cordón umbilical ya está formado y la placenta ha adoptado su forma circular. Un fino vello, el lanugo, recubre el cuerpo del feto.

En esta etapa aparece el reflejo de succión y también se producen los primeros movimientos del bebé, aún imperceptibles para la madre. El oído comienza a desarrollarse gracias a las células nerviosas del cerebro.

La vena principal del cordón se encarga de aportar oxígeno y sangre rica en nutrientes al feto, mientras que las arterias transportan, desde el feto hasta la placenta, los desechos y la sangre pobre en oxígeno. En el tercer mes de embarazo el feto alcanza los 50 gramos (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Al final de este mes más órganos están desarrollándose y varios sistemas del cuerpo están ahora funcionando, entre ellos el sistema urinario y circulatorio.

El hígado ya produce bilis. Los órganos reproductivos están desarrollados, pero el sexo es aun difícil de distinguir externamente (CARRANZA, 1998).

Cuarto mes de embarazo

A la semana 16 la longitud corona rabadilla del feto es de 12 cm y tiene 110 g de peso. Se puede determinar correctamente el género por observadores

experimentados mediante la inspección de los genitales externos a las 14 semanas (Williams, 2011)

A lo largo del cuarto mes de embarazo, el feto termina de formarse y comienza a reaccionar ante estímulos externos como la luz o ciertos ruidos, que percibe a través del vientre de la madre. Su cuerpo está completamente rodeado de lanugo, una capa de fino vello del que se desprenderá a lo largo del embarazo, y su corazón late al doble de velocidad que el de la embarazada (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Aunque el feto ya tendrá una apariencia humana fácil de reconocer, el futuro bebe aun no puede ser capaz de sobrevivir fuera de útero materno (CARRANZA, 1998).

Quinto mes de embarazo:

Este es el punto medio del embarazo calculado a partir de la última menstruación. El feto pesa ahora algo más de 300 g y ese parámetro empieza a aumentar de manera lineal. Desde este punto en adelante el feto se mueve casi cada minuto y está activo 10 a 30% de las veces. La piel fetal se ha hecho menos transparente, un lanugo afelpado cubre todo el cuerpo y ya ha aparecido algo de cabello (Williams, 2011)

Las cejas y las pestañas también aparecen en este periodo (CARRANZA, 1998).

A partir del quinto mes de embarazo y hasta el parto el feto no hace más que crecer, pues ya está casi plenamente formado. Su cerebro es similar al de un adulto, produciendo una media de cien neuronas por segundo. El feto es capaz de distinguir la voz de su madre (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Sexto mes de embarazo:

El feto pesa ahora casi 630 g, su piel esta característicamente arrugada y se inicia el depósito de grasa. En términos comparativos la cabeza es todavía grande. Ha concluido casi el periodo canalicular del desarrollo pulmonar durante el cual bronquios y bronquiolos crecen y los conductos alveolares se desarrollan. Un feto nacido en esta fecha intentará respirar, pero casi todos

mueren porque aún no se forman los sacos terminales requeridos para el intercambio de gases (Williams, 2011)

Entre las semanas 25 y 26, sus papilas gustativas terminan de formarse y el feto ya distingue unos sabores de otros. El oído del feto se perfecciona y a través del vientre de la madre puede distinguir unos ruidos de otros (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Al final del sexto mes las huellas dactilares de las manos y pies ya serán visibles. Los ojos se abrirán ocasionalmente, aunque por cortos periodos de tiempo (CARRANZA, 1998).

Séptimo mes de embarazo:

Se alcanza una longitud corona rabadilla de casi 25 cm y el feto pesa alrededor de 1 100 g. la piel es delgada y roja y está cubierta por vernix caseosa. El recién nacido de esta edad puede sobrevivir sin alteración física o neurológica en un 90% (Williams, 2011)

A lo largo del séptimo mes de embarazo los huesos del feto comienzan a endurecerse y su piel se estira a la vez que adquiere un tono opaco. Su sistema nervioso está suficientemente desarrollado como para permitirle realizar movimientos complejos (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Durante este periodo el futuro bebé ya es capaz de chupar su dedo pulgar, tener hipo, e inclusive llorar. También puede distinguir entre el sabor dulce y amargo y responde a determinados estímulos (incluyendo el dolor, la luz y el sonido) (CARRANZA, 1998).

Octavo mes de embarazo:

La longitud promedio corona rabadilla fetal es casi de 32 cm y el peso cercano a 2 500g. Debido al depósito de grasa subcutánea, el cuerpo se ha hecho más redondeado y el aspecto antes arrugado de la cara se ha perdido (Williams, 2011)

Al finalizar el octavo mes de gestación, todos los órganos del feto están formados, exceptuando los pulmones. Los sentidos de la vista y el oído siguen afinándose y el lanugo que recubría su rostro se desprende. Por lo general, al cabo del octavo mes de embarazo el bebé se posiciona con la

cabeza hacia abajo. Esto se debe a que se está preparando para el parto (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Noveno y último mes de embarazo

El feto esta ahora desarrollado por completo. La longitud corona rabadilla promedio del feto a término es de casi 36 cm y su peso de 3 400 g. (Williams, 2011)

Aunque todavía no hay aire en sus pulmones, sus movimientos respiratorios se vuelven frecuentes. Su intestino está lleno de meconio, una sustancia que expulsará al nacer.

El lanugo se ha desprendido casi por completo y su piel es suave. El parto suele producirse entre las semanas 38 y 42 (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Riesgos obstétricos.

Riesgo:

Es la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño.

Daño:

Es el resultado no deseado en función del cual se mide el riesgo.

Factor de riesgo:

Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir daño.

Embarazo de alto riesgo obstétrico:

Es aquel en que la madre, el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto.

Factores de riesgo para el embarazo:

Son aquellos factores sociales, genésicos y fundamentalmente biológicos, solos o asociados, cuya presencia puede significar un mayor compromiso y alteración en el embarazo, parto y puerperio, con repercusión en el estado de salud de la madre el feto o ambos.

Los factores estudiados como de riesgo para el embarazo son muchos, pero existen algunos que las usuarias deben de considerar más importantes porque son en los que ellas pueden influir.

Embarazo en adolescentes

El principal problema del embarazo en las adolescentes son las implicaciones sociales, es decir la muchacha interrumpe sus proyectos de vida (escuelas, posibilidades de lograr trabajos mejor pagados). Existe incidencia aumentada de toxemia gravídica como la pre-eclampsia, prematuridad y síndrome del bajo peso al nacer.

Embarazo en mujeres de edad avanzada (mayores de 35 años de edad).

Las embarazadas de edades mayores en nuestro medio son mujeres con muchos hijos, con deterioro de su organismo y aparentan más edad de la que tienen. En muchas ocasiones sufren de enfermedades crónicas degenerativas concomitantes: Diabetes, Hipertensión Arterial. En estos embarazos existe incidencia aumentada de toxemia gravídica, distocias de contracción, inserciones o adherencia anormales de placenta, malformaciones congénitas. Con frecuencia no asisten al control prenatal lo que añade un elemento de peligro para el pronóstico materno y perinatal.

Mujeres multíparas

El número excesivo de embarazo ha sido descrito como un factor de riesgo para la salud materna y perinatal. A partir de la quinta gestación se encuentra un aumento sensible en las tasas de morbilidad materna y perinatal.

Existe mayor frecuencia de complicaciones obstétrica, entre las que se destacan: Trabajos de parto prolongados y aumento en la probabilidad de ruptura uterina espontánea.

Hemorragias durante el embarazo y transparto por problemas placentarios.
Hemorragias postparto por hipotonía uterina.

Con frecuencia no asisten al control prenatal lo que influye en el agravamiento de los riesgos señalados anteriormente (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

Señales de alarma en la primera mitad del embarazo.

Primera mitad del embarazo es el período comprendido desde la fecundación hasta la semana 20 y las principales señales de alarma durante este período son: vómitos, sangrado vaginal, dolor hipogástrico y escalofrío/fiebre.

Vómitos. Los vómitos son comunes en un buen número de embarazadas pero es de interés diferenciar dos formas distintas de vómito durante el embarazo: Los vómitos simples o emesis gravídica y los vómitos graves o hiperemesis gravídica.

Vómitos simples o emesis gravídica: Son característicos de la primera etapa de la gestación, entre las 6 y 16 semanas. Se observa en el 25% de las embarazadas. Se cree que son causados por aumento de producción hormonal durante este período. Otro factor es el psicossomático. Generalmente los vómitos son precedidos por náuseas, por la mañana, al levantarse o después de las comidas. Los olores influyen en su producción. Se aconseja comidas más frecuentes, en menor abundancia y dieta rica en carbohidratos.

Vómitos graves o hiperemesis gravídica: Estado grave de náuseas y vómitos asociado al embarazo y que es rebelde al tratamiento. Provocan trastornos hidroelectrolíticos y deficiencia nutricional, con pérdida de peso. Se desconocen las causas, pero existen varias teorías: hormonal, alérgica y psicológica. Está asociado a embarazos múltiples. Los vómitos se presentan con mayor intensidad y frecuencia. Aparece en las tres primeras semanas de

gestación. Su incidencia es de 3 por cada mil embarazadas. Se requiere hospitalizar a la embarazada para su tratamiento.

Hemorragia vaginal. Todo sangrado durante el embarazo es una emergencia obstétrica que requiere de un minucioso estudio para determinar el origen, localización, color, la asociación con dolor, entre otras, ya que cada una de estas características se asocia con determinadas complicaciones. Por tanto, cualquier tipo de sangrado que presente la embarazada siempre debe de ser valorada por personal de salud.

Durante la primera mitad del embarazo las complicaciones que están asociadas al sangrado son: Aborto, que es lo más frecuente, embarazo ectópico y embarazo molar.

Se entiende por embarazo ectópico a la nidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad del útero, mientras el embarazo molar es una degeneración de las vellosidades coriales, que por su apariencia también se llama mola vesicular o en racimos.

Es toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación.

El sangrado vaginal siempre se acompaña de dolor lumbar y en bajo vientre. Si existe sangrado vaginal sin modificaciones del cuello uterino se habla de una amenaza de aborto que tiene mejor pronóstico. Si el sangrado vaginal se acompaña de modificaciones del cuello uterino hay que pensar en un aborto.

Dolor en el vientre y región lumbar. La presencia de dolores siempre debe de llamar la atención de la paciente y del personal de salud. La complicación más frecuente que se asocia al dolor en el vientre es la amenaza de aborto, sobre todo si se acompaña de dolor en la región lumbar.

Amenaza de aborto: Este es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo.

Se debe sospechar en una amenaza de aborto en una mujer con signos presuntivos de embarazo y que presenta:

- Dolor hipogástrico de tipo cólico.
- Sangrado vaginal leve.
- El cuello uterino no presenta modificaciones.
- Fundamentalmente se recomienda reposo.

Escalofrío y fiebre. La presencia de escalofríos y fiebre durante el embarazo representan, igualmente, signos de complicaciones en esta etapa, siendo lo más frecuente las Infecciones bajas del tracto urinario.

Infecciones urinarias: Posibles causas son la compresión uretral que origina estasis urinaria y patologías renales previas o concomitantes con el embarazo. Además del escalofrío y fiebre, la paciente presenta dolor y ardor al orinar. Se diagnostica a través del examen general de orina. La complicación obstétrica más frecuente es aborto y parto prematuro.

Señales de alarma en la segunda mitad del embarazo.

Segunda mitad del embarazo es el período comprendido desde la semana 21 hasta la semana 40, los principales signos de alarma durante este período son: Dolor en el vientre, dolor de cabeza e inflamación de las extremidades. Sangrado vaginal tipo hemorrágico.

Dolor en el vientre. Al igual que en la primera mitad del embarazo, la presencia de dolores en bajo vientre siempre debe de llamar la atención de la paciente y del personal de salud. La complicación más frecuente que se asocia al dolor en el vientre en este período es la amenaza de Parto Prematuro, sobre todo si se acompaña de sangrado y expulsión de secreciones vaginales.

Amenaza de parto prematuro: Es el parto que sobreviene entre las 28 y 36 semanas de gestación. La prematurez del producto es la primera causa de muerte de los recién nacidos. Se debe generalmente a infecciones de vías urinarias, a sobre esfuerzo físico y emocional de las mujeres. El tratamiento

oportuno y de cumplimiento estricto permite evitar que se produzca el parto prematuro y, por tanto, el nacimiento antes de tiempo.

Edema en pies y manos. La inflamación de los pies, manos y cara se asocia generalmente con la toxemia del embarazo, o sea la hipertensión inducida por el embarazo, siendo la preeclampsia o eclampsia el estado hipertensivo más frecuente de la mujer embarazada y la puérpera.

Preeclampsia y eclampsia: Síndrome de aparición exclusiva durante la gestación humana, generalmente después de las 20 semanas y se caracteriza por hipertensión, edema y proteinuria. El edema o inflamación inicia en los pies y luego se generaliza hasta en los párpados. Aumenta la presión arterial. Si la paciente no es atendida de forma adecuada puede convulsionar y morir (desarrollo de eclampsia). Los síntomas que avisan la posibilidad de las convulsiones pueden ser: Dolor de cabeza, vómitos, la paciente refiere ver lucecitas y visión borrosa, le zumban los oídos y presenta dolor epigástrico (en la boca del estómago). (Arauz, 2009)

Hemorragias. Igual que en la primera mitad del embarazo, todo sangrado durante la segunda mitad del embarazo es una urgencia obstétrica.

Durante la segunda mitad del embarazo las causas más frecuentes de hemorragias son placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. En cualquiera de los casos la vida de la madre y del feto está en peligro inminente de muerte.

Placenta previa: Es un proceso caracterizado, anatómicamente, por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero y, clínicamente, por hemorragia de intensidad variable.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta: Es el desprendimiento parcial o total, antes del parto, de una placenta insertada en su sitio normal. Los principales síntomas son:

- Dolor agudo de intensidad creciente en el abdomen.
- Hemorragia que a veces no es externa.
- Hipertonía uterina.
- Shock. (MORA, K. Y RIVADENEIRA, F. 2013).

SESION III: FISILOGIA DEL PARTO

Objetivos de la sesión:

- Dar a conocer las causas fisiológicas y psicológicas del dolor en el parto.
- Reconocer los signos y señales del inicio de labor de parto.
- Informar sobre la importancia del contacto precoz piel a piel de la madre y el recién nacido y el rol de la pareja y la familia.
- Ejercitar las técnicas y/o estrategias para disminuir el dolor en el parto.

EL DOLOR DEL PARTO

Aunque se pensaba que el parto era un proceso natural y que la mujer era capaz de dar a luz sin sentir dolor alguno. Hoy sabemos que a pesar de la preparación a la que la mujer se pueda someter para el parto, siempre el dolor está presente aunque puede ser controlado.

Cuando se habla del dolor del parto, las descripciones son muy variadas: mientras que algunas mujeres aseguran que ninguna de sus contracciones fue dolorosas, otras se quejan de haber experimentado un sufrimiento irresistible y agonizante. La mayoría sin embargo, suele calificar sus dolores de parto, en un punto medio en estos dos extremos.

En realidad nadie puede negar que el parto es un proceso físico verdaderamente intenso, que exige toda la energía y concentración de la madre. Sin embargo, eso no significa que el proceso tenga necesariamente que ser una agonía, ni que no existan diferentes recursos para aliviar las inevitables molestias que presenta el parto. Al comprender cuales son los factores que pueden causar dolor durante el parto, la mujer embarazada no solo tolerara mejor sus contracciones, sino que también podrá combatir el dolor que las mismas le pueden producir, de una manera natural.

- Parte del dolor del parto es causado por la propia anatomía y actividad del útero. Algún dolor que se presenta durante el parto resulta de la actividad del útero y de los cambios que ocurre dentro del cuerpo durante el proceso. Por ejemplo durante el parto, la vejiga, el recto, la columna vertebral y el hueso púbico reciben una mayor presión del útero (a medida que este se endurece con cada contracción) y de la cabeza del bebe (según esta se mueve hacia abajo dentro de la pelvis de la madre). de igual forma hacia el final del parto algunas mujeres experimentan un fuerte o agudo dolor en sus músculos (esto se debe a que la cabeza del bebe también ejerce presión sobre los nervios y los vasos sanguíneos en el área de la pelvis, los cuales pueden enviar señales de dolor al cerebro).
- El cansancio puede provocar que el dolor se sienta con mayor intensidad durante el parto, aquí la mayor parte de las contracciones uterinas tiene lugar durante la primera etapa. Esta usualmente comienza con contracciones suaves, que duran entre 20 a 40 segundos. Pero a medida que el tiempo pasa, las contracciones aumentan en su intensidad, frecuencia, y en su duración. Según la primera etapa del parto progresa y las contracciones se vuelven más largas y fuertes, con menos descanso entre ellas, el útero puede cansarse y resentirse, de la misma manera que los músculos de las piernas pueden sentirse adoloridos después de haber escalado una montaña. Las contracciones más fuertes y largas se presentaran justo en el momento que la mujer este más cansada. Y, como la fatiga incrementa la percepción de dolor y hace que resulte más difícil relajarse y emplear las técnicas dirigidas a aliviar las molestias, las contracciones de parto pudieran sentirse más incómodas y más dolorosas en ese momento.

La segunda etapa comienza cuando el cérvix está completamente dilatado (que es el punto en el cual la mujer debe comenzar a pujar) y finaliza con el nacimiento de bebe. La mayoría de las mujeres encuentra mejoría durante la etapa en que deben pujar, y muchas aseguran que pujar realmente alivia las molestias de las contracciones. Sin embargo, ciertos aspectos de la segunda etapa del parto pueden ser naturalmente dolorosos. Por ejemplo, a medida

que la cabeza del bebe está presionando hacia la abertura vaginal, esta actúa como una cuña para expandir las paredes vaginales y temporalmente remodelarlas hasta ajustarlas al tamaño y la forma del bebe. Y esto inevitablemente resulta doloroso.

El mismo proceso ocurre cuando la cabeza del bebe alcanza el perineo, esa área de la piel y musculo entre la vagina y el recto (tercera etapa). Con cada contracción, la cabeza del bebe es presionada contra perineo, expandiéndolo y remodelándolo gradualmente para permitir que él bebe emerja a través del canal vaginal. Durante estos cambios, las mujeres frecuentemente sienten una presión rectal intensa y una aguda sensación de quemazón y aguijoneo en el perineo y alrededor de la abertura de la vagina. Después de algún tiempo, sin embargo, muchas mujeres encuentran alivio a medida que la cabeza del niño presiona más y más fuertemente contra los vasos sanguíneos y los nervios del perineo, adormeciendo el área con una especie de anestesia natural.

- La posición en que se presenta el bebe es otra causa de dolor; otra causa común de dolor durante el parto es la inadecuada posición del bebe, un situación que se presenta en aproximadamente el 30% de todos los partos. En la mayoría de los partos el feto se encuentra en una posición anterior (de frente hacia la espalda de la madre), con su rostro y los pequeños huesos de sus brazos y sus piernas contra la columna vertebral de la madre. Sin embargo, cuando el feto se encuentra en una posición posterior (es decir, mirando hacia el frente de la madre, con la parte huesuda de su cabeza contra la columna vertebral de la embarazada), el parto puede ser especialmente doloroso.
- La intervención médica también puede provocar dolor, en todos los partos existe siempre la posibilidad de que la intervención médica cause (o incremente) las molestias de la mujer. Las mujeres cuyo parto es inducido con ayuda de elementos químicos u otros recursos, usualmente experimentan contracciones uterinas más fuertes y dolorosas que las de aquellas mujeres cuyo parto comienza espontáneamente. De igual forma, la mayoría de las mujeres también consideran que sus contracciones son

mucho más intensas e incómodas durante los exámenes vaginales, las cuales son realizadas para ayudar a determinar el proceso del parto.

Otra fuente de dolor es el común Monitoreo electrónico fetal, el cual puede ser usado intermitentemente o continuamente durante el parto, algunas mujeres consideran que sus contracciones son particularmente dolorosas cuando el útero se expande y choca contra las cintas que mantienen el monitor en su lugar.

- El temor causa dolor, los principales métodos de preparación para el momento del parto (Lamaze, Bradley y Kitzinger) fueron diseñados sobre el concepto de que el nacimiento normal no es físicamente doloroso y que con la preparación adecuada cualquier mujer puede dar a luz sin experimentar dolor. Aunque esta promesa de un parto completamente indoloro probó ser falsa para la mayoría de las mujeres, si es completamente cierto que el temor y la ansiedad causan más dolor y sufrimiento que el necesario. El temor crea tensión muscular la cual puede resultar en un dolor uterino más intenso, al igual que en un dolor mayor en áreas como el abdomen, la pelvis, la espalda y los muslos. Asimismo, el temor también hace que el cuerpo produzca las llamadas hormonas del estrés, las cuales pueden demorar el parto y algunas veces hasta reducir el suministro de oxígeno al feto no obstante, no hay duda de que las clases de preparación para el nacimiento pueden ayudar a la futura madre a relajarse y controlar su temor durante el parto (CARRANZA, 1998).

INICIO DE LA LABOR DE PARTO

Hay varios síntomas físicos que anuncian que el gran momento está próximo. Las simples contracciones del útero no bastan; son solo el comienzo, pero en muchas oportunidades el momento preciso está aún lejano. Cuando las contracciones se hacen cada vez más fuertes y se suceden con mayor rapidez, la embarazada pierde el tapón mucoso o se rompen la bolsa de agua, eso quiere decir que la partida a la clínica o al hospital es inminente: el niño está por nacer.

- Perdida de tapón mucoso:

Durante todo el embarazo el cuello de útero esta taponeado por una mucosidad que forma una barrera. Al empezar la dilatación del cuello uterino, es decir al iniciarse las verdaderas contracciones de parto, esa mucosidad se desprende y se elimina. Generalmente tiene un color rosado sanguinolento y es uno de los síntomas del comienzo del trabajo de parto.

- Ruptura de la bolsa de agua:

La ruptura de la bolsa de agua es otro signo de la iniciación de parto. Como ya se sabe, durante el embarazo él bebe flota en el líquido amniótico que cumple una importante función protectora, mitigando los golpes y traumatismos externos. Hacia el final del embarazo la cantidad de líquido amniótico puede llegar a ser de hasta casi un litro. Al apoyarse la bolsa de agua contra el cuello de útero, empujada por las contracciones ayuda a aumentar la dilatación. Normalmente la bolsa de agua se rompe durante el primer periodo de parto (periodo de dilatación). Después de la ruptura, las contracciones se intensifican. Sin embargo, la madre no debe preocuparse, ya que el parto puede sobrevenir varias horas más (REVISTA NACER)

CONTACTO PIEL A PIEL

Como mamíferos, los humanos esperamos encontrar en nuestro desarrollo: El útero materno, el pecho y el cuerpo materno, la familia y la red social. Tanto en el útero materno como después en los brazos de la madre, el organismo en desarrollo está físicamente preparado y neurobiológicamente programado para comportarse de manera que le permita satisfacer sus necesidades. El hábitat determina así el nivel de organización del cerebro, es decir, su capacidad para controlar correctamente el nivel de vigilia.

El contacto piel con piel tras el parto puede fundamentarse en los estudios de animales que tras el parto son “hábitat dependientes” para poder sobrevivir. En los mamíferos este hábitat, que es el cuerpo de su madre, garantiza la supervivencia ya que proporciona calor, alimento, protección e interacción. Todos los sentidos necesitan una señal de calidad que les

estimule y refuerce desde el inicio las vías e interconexiones cerebrales; sin duda este estímulo es la madre.

La transición de la vida intrauterina a la extrauterina es un periodo crítico y delicado porque implica cambios en la respiración, circulación sanguínea y en la manera de alimentación. Los sistemas sensoriales del recién nacido están preparados para recibir nuevos estímulos y el recién nacido los recibe tal cual son, sin ningún tipo de filtro. Estos filtros los va desarrollando con el aprendizaje.

Aunque la unión entre madre e hijo/a es continua, las primeras horas de vida del bebé son especialmente importantes. Por esto, la iniciación precoz de la lactancia, proporciona una experiencia singular de vinculación afectiva para la madre y criatura, ya que estimula la mayoría de los sentidos y el íntimo contacto corporal permite al bebé reconocer el olor de su madre. Esto tiene efectos positivos para toda la vida, ya que la necesidad instintiva de protección y nutrición del bebé es especialmente fuerte.

El parto es la situación más estresante que le sucede al bebé. Hemos visto que es importante la situación anímica de la madre en el embarazo y sabemos que el dolor del parto es una situación a veces difícil de afrontar como algo natural por ellas, pero dedicamos poca atención a la vivencia del parto por el bebé.

Uno de los principios contemplados dentro de la “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia” (IHAN), dice que se debe: *“Ayudar a las madres a iniciar la lactancia tras el parto. Este Paso implica: Colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y ayudar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda en caso necesario.* Este paso contempla situaciones de partos vaginales y cesáreos sin anestesia general en las que las madres puedan recibir a sus hijos tras el nacimiento para continuar ese contacto íntimo y estrecho que han tenido intraútero y que sigue siendo necesario para ambos.

La IHAN especifica la duración de al menos una hora o incluso más (pues los RN pueden tardar más de ese periodo en engancharse de forma efectiva

al pecho) salvo que haya una indicación médica que justifique la separación. Con más de 50 minutos de contacto la probabilidad de hacer una toma de forma espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo es inferior a 50 minutos.

Desde el nacimiento todos los mamíferos tienen una serie encadenada de comportamientos, siempre que estén en el hábitat correcto. Cuando al recién nacido se le facilita el Contacto piel a piel tras nacer, pasa por nueve fases de comportamiento: llanto, relajación, despertar, actividad, gateo, descanso, familiarización, succión del pecho y sueño, esto da lugar a principios de óptima auto-regulación. Este comportamiento es lo que estimula la respuesta cuidadora de la madre

Los beneficios demostrados del contacto piel a piel tras el parto son los que han llevado a implementar esta estrategia de salud a nivel universal.

A través de un contacto estrecho, piel con piel, inmediatamente tras nacer, la madre regula la temperatura corporal del bebé, le ayuda a conservar energía (mejor control de glucosa) y a estabilizar el equilibrio ácido-base, a ajustar la respiración, el llanto y a despertar las maniobras de búsqueda del alimento. A su vez, él bebé despertaría o regularía la atención que precisa de su madre para que le facilite los cuidados, el inicio y mantenimiento de la lactancia.

El bebé debería permanecer en contacto piel con piel con su madre en las primeras horas tras el nacimiento, y está claro, que las rutinas hospitalarias en la salas de partos deberían dirigirse hacia favorecer un ambiente cálido, respetuoso, silencioso, para no molestar o interferir en este proceso de autorregulación, en la primera toma, o en el inicio del vínculo madre-hijo/a.

Como el recién nacido parece depender del sentido del olfato, se debe posponer el lavado del pecho de la madre o lavado del niño y la separación para pesar o recibir profilaxis vacunal o de cualquier tipo. La administración de sedantes u oxitocina a la madre de forma rutinaria durante el parto, puede ser un elemento que distorsione y retrase la conducta innata del bebé tras nacer, lo que le hace más vulnerable. Como antes hemos dicho, es necesario mantener la vía aérea despejada, sobre todo en estas condiciones.

Todos los recién nacidos sanos deberían permanecer con su madre desde el nacimiento y durante su estancia en maternidad con el fin de facilitar la lactancia y el vínculo. No se debe forzar a los RN a engancharse al pecho sino facilitarles el acceso al mismo. Si la madre necesita sedación y no puede atender a su bebé, el contacto piel con piel se realizará en cuanto la madre se encuentre reactiva y alerta.

El contacto piel con piel durante la cesárea es un hecho apoyado en numerosas guías internacionales. Además de estas ventajas, el contacto piel con piel en cesáreas mejorará la percepción de la madre hacia su parto, ayudando a que de esta forma el nacimiento se viva como una experiencia más grata, ya que la mayoría de los estudios señalan que la cesárea es percibida como una experiencia menos satisfactoria, asociándose con más frecuencia a depresión postparto y a mayores dificultades durante la lactancia.

La presencia del padre (o de un acompañante elegido por la madre) en el quirófano podría ayudar a la realización del piel con piel y ayuda a la madre a través del apoyo emocional.

Se han publicado casos de muerte súbita durante las primeras horas tras el parto. Aunque algunas se pueden justificar por enfermedades del niño, otras se han relacionado con situaciones de cansancio de la madre, falta de supervisión, partos de madrugada, partos en primíparas etc., que probablemente han producido obstrucción de la vía respiratoria, sobre todo cuando están mamando. Por ello:

“Es imprescindible que durante las primeras horas tras el nacimiento, la/el recién nacido se encuentre bajo supervisión de sus padres y de los profesionales, sobre todo si la madre tiene la movilidad limitada y ha recibido sedantes/analgésicos que pueden alterar su estado de conciencia y el del niño/a, al fin de prevenir sofocaciones del recién nacido. Es imprescindible que durante la lactancia la posición de la madre no obstruya la vía respiratoria del bebé. Probablemente el que la madre esté en decúbito supino favorezca esta situación, quizás, por tanto, sea mejor que las madres estén incorporadas 30-60 grados”.

El desarrollo afectivo es base del desarrollo físico, social y cognitivo del niño/a, y éste se inicia en las primeras horas de vida, inmediatamente al parto. El vínculo afectivo madre/padre-hijo/a incluye todos los lazos emocionales que se establecen entre los progenitores y sus criaturas. Es un instinto biológico que promueve la reproducción y protección de la especie. Es crucial para la supervivencia y desarrollo del bebé: capacita a los padres y madres para que se sacrifiquen y le cuiden (MATERNIDAD Y SALUD, 2012)

SESIÓN IV: ATENCIÓN DEL PARTO Y CONTACTO PRECOZ

Objetivos de la sesión:

- Enseñar a las gestantes sobre el parto y sus periodos.
- Brindar información acerca de los tipos y posturas del parto con adecuación intercultural y atención humanizada.
- Preparar a las gestantes para el parto y sus periodos mediante técnicas de relajación y respiración.

EL PARTO

El parto es la expulsión de un feto desde el claustro materno al exterior con un peso igual o mayor de 500 gr. Igual o mayor a las 22 semanas contadas desde el primer día de la última menstruación.

PRODROMOS DEL TRABAJO DE PARTO

- El cuello uterino comienza a ablandarse, adelgazar y avanzar, y puede comenzar a abrir. El bebé se acomoda en la pelvis.
- En este momento del parto, las contracciones pueden notarse como una sensación adolorida o como presión en la parte inferior del abdomen o en la espalda. Las contracciones en esta fase suelen ser irregulares-arranque y parada; a veces fuerte, a veces suave. Esta es la forma natural de su cuerpo de preparar.
- Esta fase puede durar desde unas pocas horas hasta varios días (LAZAME INTERNACIONAL, 2013)

Además de las contracciones, los pródromos implican otros síntomas como la pérdida del tapón mucoso (aunque no necesariamente), el ablandamiento del cuello uterino (sólo podemos saberlo mediante una exploración), el descenso del abdomen aliviando la zona del estómago y en algunas mujeres mayor sensibilidad emocional por el momento que se aproxima.

RECOMENDACIONES:

- No te preocupes si es o no es realmente el trabajo. Para la gran mayoría, el trabajo con el tiempo se hace muy claro.
- Trate de ser paciente y tener la confianza de que su cuerpo está haciendo exactamente lo que tiene que hacer.
- Tome el buen cuidado de ti mismo. Comer, beber mucho líquido y descansar o dar un paseo.
- Rodéate de personas que te ayudan a sentirte cómodo y seguro. Su equipo de apoyo puede que le haga compañía y proporcionar tranquilidad (LAZAME INTERNACIONAL, 2013)

TRABAJO DE PARTO

Corresponde al periodo comprendido entre el inicio de las contracciones uterinas regulares y la expulsión de la placenta (Williams, 2011).

PERIODOS:

a. Periodo de Dilatación.

Se inicia con el primer dolor verdadero de parto y finaliza con la dilatación completa del cuello uterino (10 cm). Este primer periodo tiene una duración aproximada de 6 a 8 horas en la multípara y entre 8 a 12 horas en la nulípara.

Durante este período, las contracciones uterinas dilatan el cuello; a medida, que la dilatación cervical progresa la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas aumentan gradualmente; al final de este períodos, los valores promedios son 41 mm Hg para la intensidad y de 4 contracciones cada 10 min para la frecuencia; la actividad uterina media es de 187 Unidades Montevideo y el tono uterino medio es de 10 mm Hg (CUBAS, M. Y VASQUEZ, J. 2012)

FASE LATENTE

El inicio de la fase latente del trabajo de parto, definido por Friedman (1972), corresponde al momento en que la madre percibe contracciones regulares. La fase latente de la mayor parte de las mujeres termina entre los 3 y 5 cm de dilatación, un umbral que puede ser clínicamente útil porque define los límites de dilatación, más allá de los cuales es de esperar un trabajo de parto activo (Williams, 2011).

RECOMENDACIONES:

- Puede ser difícil de creer que esto es todo. Tómese el tiempo para establecerse y trabajar con la mano de obra.
- Una vez más, lo mejor que puede hacer es cuidarse a sí mismo. Descanso y actividad alternativa (por ejemplo, tomar un agradable paseo seguido de una ducha relajante), comer alimentos de fácil digestión y beber mucho líquido.
- Muchas mujeres encuentran que el mejor lugar para estar durante esta fase del parto es en casa, donde usted puede moverse y hacer las cosas por ti mismo. - Cuando las contracciones se vuelven tan fuertes que ya no se puede hablar a ti mismo a través de ellos, trate de usar estrategias de relajación y respiración. Sus personas de apoyo deben estar cerca, ayudando a mantener la calma y la confianza.
- Mantenga el ambiente agradable, tal vez escuchar música, pídele a tu pareja para un masaje en los hombros o preparar el cuarto del bebé.
- La mayoría de las mujeres se dirigen a un centro de partos a medida que avanzan de la mano de obra temprana de parto activo. Es posible que desee ayuda para decidir cuándo ir al centro de maternidad. Tradicionalmente, las mujeres han utilizado la regla 5-1-1; es decir, cuando las contracciones vienen cada 5 minutos, con una duración de un minuto, y han sido así durante una hora. Recomendaciones más recientes son 4-1-1 (cuatro minutos de diferencia) o incluso 3-1-1 (tres minutos de diferencia). Sin embargo, escuchar a su cuerpo y confiar en sus instintos. Si usted siente que es hora de ir a su centro de maternidad, seguir ese instinto (LAZAME INTERNACIONAL, 2013)

FASE ACTIVA:

Las contracciones son cada vez más y más fuerte, hasta que son finalmente unos 3 minutos y duran alrededor de un minuto o más (LAZAME INTERNACIONAL, 2013)

Las multíparas avanzan algo más rápido en la fase activa del trabajo de parto, con una velocidad mínima de 1.5 cm /h (Williams, 2011)

RECOMENDACIONES:

- Ahora el trabajo tiene un verdadero impulso. Escuche a su cuerpo y desarrolle un ritmo con ella.
- Haga algo activo durante las contracciones, tales como la respiración en un patrón o desplazarse y descansar entre las contracciones.
- A medida que la fuerza de las contracciones aumenta, también lo hace su necesidad de apoyo. Todos los presentes deben centrar su atención en usted.
- Cambiar de posición con frecuencia no sólo le ayuda a estar más cómodo, sino que también aumenta el progreso.
- El medio ambiente puede influir en su trabajo. Que sea pacífica y personalizarlo con música y luces tenues (LAZAME INTERNACIONAL, 2013).

b. Periodo Expulsivo.

El período expulsivo comienza cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto (Williams, 2011)

Durante el mismo el feto debe completar el descenso, rotación y amoldamiento de la cabeza al canal del parto. Las fuerzas que participan son las contracciones uterinas y la contracción voluntaria de los músculos abdominales que intentan expulsar el contenido uterino.

Durante este período, la frecuencia de las contracciones aumentan hasta un promedio de 5 cada 10 min y la intensidad sube hasta 47 mm Hg (CUBAS, M. Y VASQUEZ, J. 2012).

Este tiene una duración de: En nulíparas hasta 2 horas (promedio 50 minutos). En multíparas hasta 1 hora (promedio 30 minutos) (Williams, 2011).

RECOMENDACIONES:

- La necesidad de pujar por lo general se siente más fuerte en el pico de las contracciones y luego se desvanece hacia el final. Sólo tienes que seguir adelante y hacer lo que se siente bien. Para la mayoría de las mujeres, esto significa tomar respiraciones normales como las contracciones construir y luego empujando cuando se vuelve irresistible.
- Puede ayudar a hacer sonidos (al igual que hacen los atletas) en respuesta a lo que estás sintiendo.
- Partidarios Laborales deben proporcionar tranquilidad, ánimo tranquilizador. No hay necesidad de gritar.
- Si el progreso es lento, cambiar de posición. Eyectar, a cuatro patas y en decúbito lateral son todas buenas opciones.
- Deja ir cualquier tensión en el perineo. La aplicación de compresas calientes puede ayudar a empujar.
- Descanse profundamente entre las contracciones (LAZAME INTERNACIONAL, 2013).

c. Periodo de Alumbramiento.

Inmediatamente después del nacimiento del producto se revisa el tamaño del fondo uterino y su consistencia. Si el órgano se mantiene firme y no hay hemorragia anormal, la práctica habitual incluye una vigilancia cuidadosa hasta que se desprende la placenta (Williams, 2011).

Este período comprende 4 etapas:

- Desprendimiento de la placenta: Tan pronto como el feto se desprende, el útero se retrae para adaptarse a su menor contenido. No obstante, la placenta permanece un tiempo adherido a él. Pero a continuación del nacimiento, sobre la retracción señalada se agrega fuertes contracciones rítmicas, que no son sino continuación de las del parto, sin interrupción y

similar a ellas en intensidad y frecuencia: “Esta actividad contráctil será el motivo fundamental del desprendimiento de la placenta”.

- Desprendimiento de las membranas: Las membranas se desprenden por idéntico proceso. Las contracciones del útero que sobrevienen, al accionar sobre un tejido distinto, lo hacen de tal manera que pliegan primero las membranas y las desprenden después; finalmente, el mismo peso de la placenta, en su descenso, terminará de desprenderlas por simple tironeamiento.
- Descenso de la placenta: Desprendida la placenta, ésta desciende del cuerpo al segmento y de aquí a la vagina, lo que ocurre en parte porque continúa cierta actividad contráctil del útero y mayormente por el peso mismo de la placenta.
- Expulsión de la placenta: Lo normal es que se repita algunos pujos y estos, con el agregado del peso de la placenta y el hematoma retoplacentario, termina la expulsión placentaria hasta el exterior.

Este periodo dura de 5 a 30 minutos (CUBAS, M. Y VASQUEZ, J. 2012)

RECOMENDACIONES:

- Acariciar y abrazar a su bebé sin limitaciones de tiempo. Manténlo de piel a piel con usted desde el momento del nacimiento.
- Este es un buen momento para su primera lactancia, que aprieta el útero y disminuye el sangrado.
- Todos los procedimientos de rutina para niños se puede hacer sin necesidad de retirar al bebé de su lado (LAZAME INTERNACIONAL, 2013).

TIPOS DE PARTO

El nacimiento no es una enfermedad. El parto es un proceso fisiológico normal en el que los aspectos emocionales son fundamentales y deben ser respetados. Es un acontecimiento íntimo y único en la vida de una mujer en el que deberíamos tener el papel protagonista y no quedar reducidas a un objeto pasivo de prácticas quirúrgicas.

La mujer tiene derecho a ser consultada sobre las intervenciones a las que va a ser sometida y recibir información sobre sus consecuencias y las alternativas existentes. Según la intervención médica, un parto puede ser:

- **Natural.**

Es el que menos riesgos conlleva tanto para la mamá como para el bebé ya que el médico basa su diagnóstico en los latidos del bebé y en la frecuencia e intensidad de las contracciones y no utiliza ningún tipo de anestesia ni intervención quirúrgica. Su principal beneficio es el contacto inmediato del bebé y la madre, lo que más tarde puede influir en el desarrollo de su personalidad. Si decides tener un parto natural deberás estar preparada para afrontar el dolor que supone. El yoga y las clases de preparación al parto pueden ayudarte a aliviarlo (REVISTA NACER).

Otras modalidades del parto natural son:

1. En posición vertical el parto dura menos, si la mujer puede moverse libremente, sentarse o ponerse de pie necesita menos calmantes y ahorra energías, en posición vertical el peso del bebé recae directamente sobre el cuello de la matriz, de forma que acelera la dilatación, al provocar contracciones más eficaces. La parturienta tiene más fuerzas cuando está sentada, de rodillas o en cuclillas porque puede coordinar mejor la respiración con las contracciones. Al respirar plenamente, el bebé tiene más oxígeno (www.elpartoesnuestro.es).
2. En cuclillas. El parto en cuclillas está considerado la postura más natural para dar a luz. El peso del cuerpo descansa sobre los pies, con las rodillas muy flexionadas. Se pueden utilizar los brazos para apoyarse, o la mujer puede colocarse de espaldas a la matrona. Otra posibilidad es contar con una persona (la pareja) que le sostenga y ayude a mantener el equilibrio sujetando por debajo de las axilas.
3. De rodillas. La mujer tiene el apoyo en las rodillas y en los pies. Para estar más cómoda puede usar cojines o similares debajo.

4. Sentada o semisentada. Esta posición está indicada para evitar el dolor lumbar y es la postura natural más favorecedora para las madres que desean usar la anestesia epidural. La mujer apoya los glúteos en una silla de parto (disponible en algunos hospitales españoles) o en la cama u otro asiento y mantiene la espalda en posición vertical con las rodillas dobladas.
 5. A gatas. La madre se coloca con las rodillas y las palmas de las manos sobre una superficie. Esta postura favorece el descenso del feto mientras que la gravedad aleja la presión del periné (www.elpartoesnuestro.es)
- **Parto por cesárea.**

Suele realizarse cuando el bebé no está bien colocado, viene de pies o nalgas o se encaja de forma transversal. También cuando surgen complicaciones o emergencias como una tensión fetal, cavidad pélvica menor al tamaño del bebé, sangrado vaginal o infecciones virales activas que afecten al cuello uterino. La cirugía consiste básicamente en una incisión en la pared abdominal y en el útero para extraer al bebé. Existen dos tipos de cisura: una que se realiza de forma longitudinal del ombligo al pubis; y otra en forma transversal y a nivel suprapúbico (REVISTA NACER)

TECNICAS DE RELAJACION Y RESPIRACION

El ejercicio durante el embarazo mejora la salud cardiaca de los bebes

El ejercicio es muy recomendable en todas las etapas de la vida, y también durante el embarazo. Practicar ejercicio en el embarazo tiene grandes beneficios tanto para la madre como para el bebé, pues entre otras cosas mejora la salud cardíaca de los hijos (www.nuevelunasperu.com).

Los ejercicios físicos definitivamente, ayudan a la mujer a superar muchos de los problemas que se pueden presentar durante los meses del embarazo, y a la misma vez aceleran la recuperación después de parto.

- Ayudan a la mujer a controlar la subida de peso que se produce normalmente durante el embarazo, y a recuperar su peso original después de haber dado a luz.

- Tienen a reducir las molestias físicas que generalmente están asociadas con el embarazo, como son los dolores de espalda, el estreñimiento, las fatigas y la inflamación de las extremidades.
- Aumentan la fuerza y la resistencia de los músculos, facilitándole a la mujer soportar el exceso de peso que se produce durante el embarazo.
- Mejoran la actitud psicológica de la mujer en general, proporcionándole cierto control sobre su cuerpo en un momento en que esta está experimentando cambios profundos. Además, constituyen un valioso punto de apoyo a su autoestima.

Si se manifiesta alguno de los siguientes síntomas durante los ejercicios, interrumpa inmediatamente la rutina hasta que desaparezcan por completo. Cuando reanude la sesión (uno o dos días después) reduzca la intensidad y la frecuencia de los ejercicios.

- dificultad al respirar
- debilidad en los músculos
- sangramiento de la vagina
- pérdida de movimientos fetales
- contracciones uterinas
- mareos o náuseas
- dolores en el pecho
- pérdida de líquido amniótico
- pulso acelerado (aun cuando está en reposo)
- dificultad al caminar.

Desde luego no todas las mujeres embarazadas deben hacer ejercicios; la mujer embarazada no debe participar en un programa de ejercicios en estos casos:

- Sufre de hipertensión debido al embarazo
- Se le ha presentado un parto prematuro en un embarazo anterior.
- Si presenta sangramientos persistentes
- Si se presenta problemas en el área de la cervix
- Si el desarrollo de feto es lento.
- Si existen condiciones médicas crónicas (CARRANZA, 1998).

Respiración: Encontrar serenidad en Trabajo

Cuando se le permite y anima a una mujer, naturalmente, mover, gemir, influir, cambiar su patrón de respiración, y la roca para hacer frente a las contracciones, eventualmente encontrar el ritmo adecuado para sus necesidades únicas. Tal comodidad búsqueda activa de la ayuda a girar bebé y descender y ayuda a prevenir el trabajo de parto se cale. A medida que sus contracciones se hacen más fuertes, su cuerpo libera endorfinas de-naturaleza-narcótico para aliviar su dolor.

Respiración Consciente

Consciente de respiración (especialmente a la respiración lenta) reduce la frecuencia cardíaca, la ansiedad y la percepción del dolor. Funciona en parte porque cuando la respiración se convierte en un foco, otras sensaciones (tales como el dolor del parto) se mueven al borde de su conciencia.

La respiración consciente es una herramienta de trabajo muy útil, ya que no sólo mantiene a usted y su bebé bien oxigenado, también es fácil de aprender y usar. Es, naturalmente, rítmica y fácil de incorporar en un ritual. Y lo mejor de todo, la respiración es una estrategia de supervivencia que no puede ser quitado de vosotros, incluso si usted está atascado en la cama conectado a un monitor fetal electrónico y líquidos por vía intravenosa.

La respiración consciente (o patrón) solía ser el sello distintivo de la educación para el parto Lamaze. Para muchas mujeres, sigue siendo una forma importante de mantener la calma y estar al tanto de sus contracciones. Es cierto que la respiración consciente puede ayudar a relajarse y sentirse menos dolor durante las contracciones. No hay manera "correcta" de respirar en el trabajo, a pesar de lo que otros puedan decir. La respiración lenta y profunda ayuda a la mayoría de las mujeres a controlar el dolor de las contracciones. Pero la manera correcta para que usted respira es lo que se siente bien a usted. Temas como el número de respiraciones por minuto, respirando por la nariz o la boca, o haciendo sonidos (como ji-ji) con sus respiraciones sólo son importantes si hacen una diferencia para usted.

Puede ayudar a tener un enfoque visual para acompañar su respiración consciente. Puede recuperar una imagen con los ojos cerrados, se centran en una imagen o un objeto especial de su hogar, mantenga sus ojos en su pareja, o simplemente mirar a un punto en la pared. También puede encontrar que a medida que avanza el trabajo, más rápido, menos profunda es la respiración-como un perro jadeando suavemente se siente mejor. Va averiguar lo que funciona mejor para usted. Y lo que funciona mejor probablemente cambiará a medida que se mueve a través del trabajo.

Muchas mujeres realizan respiración "práctica" durante el embarazo mediante el uso de la respiración consciente que la vida cotidiana presentan situaciones de estrés, como estar atrapado en el tráfico, llegando tarde a una reunión importante, o preocuparse por cualquier número de cosas (LAZAME INTERNACIONAL, 2013)

SESION V: PUERPERIO Y RECIEN NACIDO

Objetivos de la sesión:

- Enseñar a la gestante su pareja y familia como reconocer los signos y síntomas de alarma y sobre los cuidados durante el puerperio.
- Educar a la gestante, pareja y familia sobre el recién nacido y signos de alarma.
- Instruir a la pareja y la familia sobre su rol para el soporte emocional de la puérpera.
- Educar a la gestante y su pareja para una salud sexual y reproductiva en el puerperio.
- Capacitar a la gestante y su pareja para una lactancia materna exclusiva y exitosa.
- Planificación familiar.

PUERPERIO

Periodo que incluye las primeras semanas que siguen al parto. Es comprensible que su duración sea imprecisa, pero la mayoría de los especialistas considera un lapso de cuatro a seis semanas (Williams, 2011).

Tan pronto nace el bebé, el abdomen de la madre queda como desinflado, pese a que el extremo superior del útero puede palparse apenas un poco por debajo del ombligo. En quince días ya no será posible palparlo a través de abdomen, y en dos meses habrá retornado ya a su tamaño normal. Durante los primeros días después del parto, el útero se encoge y reduce y la vagina deja salir un líquido más o menos sanguinolento llamado “loquios”. El flujo de loquios acompaña al proceso de involución. Este flujo proviene principalmente de la zona del útero en la que estaba fijada la placenta. El flujo es sanguinolento totalmente los primeros cinco días después de parto, algo menos los cinco siguientes y persiste como un líquido más bien amarillento o blancuzco durante las próximas tres o seis semanas. En este caso la interrupción de loquios determina el momento en que pueden iniciarse las relaciones sexuales normales.

Después del parto los dolores pueden aun ser molestos. Los pechos se hinchan con el flujo de leche y duelen un poco; cuesta trabajo orinar y mover el intestino. Los puntos de sutura (cuando los ha habido) molestan y en general, los músculos protestan por el esfuerzo que se les ha requerido en el trabajo de parto. En este caso caminar es doloroso pero puede ser menos confortable está sentada: por lo demás los médicos aconsejan que la madre camine para reducir el riesgo de que se formen coágulos en las venas profundas de las piernas (trombosis) que puede ser entonces un problema serio (REVISTA NACER).

SIGNOS DE ALARMA:

- Sangrado abundante.
- Ardor y molestias para orinar.
- Fiebre, escalofríos.
- Flujos vaginales.
- Hinchazón y dolor de mamas con fiebres.

RECIEN NACIDO

Si el niño ha respirado está en buenas condiciones generales, hay que colocarlo de lado, con la cabeza más abajo que los pies, en una cuna temperada. Para saber si un niño nace sin problemas graves, hay un sistema de evaluación llamado TEST DE APGAR. Se abusa en la observación de algunos signos, cada uno de los cuales tiene un puntaje determinado.

Estos signos son:

- El número de latidos cardíacos por minuto
- El esfuerzo para respirar
- El tono muscular
- La respuesta del niño cuando se le introduce una sonda por la nariz, cuando la garganta ya fue aspirada después del nacimiento.
- Color de la piel.

El puntaje para cada signo va desde cero a dos. Cero significa ausencia, debilidad o color cianótico (azulado) según el aspecto que se esté evaluando. El máximo de dos puntos a más de cien latidos cardíacos por minuto, llanto fuerte, movimientos activos, tos o estornudos y piel totalmente rosada. El teste de APGAR se le debe hacer al minuto de nacido y repetirse a los cinco minutos.

Otro aspecto fundamental en la atención del recién nacido consiste en mantener una diferencia de temperatura entre el medio ambiente y el cuerpo del niño de un grado y medio. La cantidad de calor que pierde un recién nacido es tres o cuatro veces mayor que un adulto

La piel de todo el cuerpo al igual que el cordón umbilical, deben ser aseados con un algodón estéril empapado en una solución para evitar los riesgos de una infección.

El cuidado de los ojos es importante, el niño puede infectarse al pasar por el orificio externo de canal del parto. Para proteger los ojos hay que echarles gotas de una solución de nitrato de plata al 1 por ciento, inmediatamente después de nacer. Luego se lavan con una solución estéril de suero fisiológico para evitar la irritación química de las conjuntivas.

El recién nacido está expuesto a tener hemorragias, pérdida de sangre, en los primeros días de vida. Para prevenirlos se le inyecta un miligramo de vitamina k, que actúa indirectamente en el proceso de coagulación.

Transcurrido eso, hay que pasar al niño desnudo y medirlo, el peso promedio de un niño oscila entre tres y tres kilos y medio. La talla varía entre cincuenta y cincuenta y dos centímetros.

Hay que asegurarse de que el ano, el orificio terminal del intestino, este abierto y comunicado con la última porción intestinal, lo que va a permitir eliminar sus primeras deposiciones o meconio.

Después de haber recibido todas estas atenciones el niño debe ser llevado con su madre. Ya que el contacto precoz favorece el desarrollo psicológico de niño e intensifica el instinto maternal de su madre (REVISTA NACER)

SALUD SEXUAL EN EL PUERPERIO

El sexo después del parto es una de las situaciones que probablemente requieren más atención por parte de la pareja. Lo primero que deben hacer las parejas que se aman es hablar y analizar la situación a la que se enfrentan con toda franqueza. Cuando se tiene la certeza de que el amor existe, y se demuestra de mil formas diferentes (no necesariamente mediante el acto sexual), y al mismo tiempo se comprende que estos inconvenientes son factores transitorios, todo se hace más llevadero.

Hay mujeres que se angustian al comprobar cómo pasan los días y notar que han perdido su apetito sexual de antes del embarazo. “me estoy volviendo frígida”, es lo primero que piensan. Sin embargo, si esta misma mujer llega a la conclusión de que se trata de un periodo transitorio condicionado por factores bioquímicos de naturaleza hormonal y por otros elementos físicos temporales, la situación cambia muy drásticamente.

A partir de ese momento se restaura la confianza que se creía perdida y no se incrementa el estrés (personal y conyugal) con temores y presentimientos negativos (CARRANZA, 1998).

LA LACTANCIA MATERNA

La capacidad gástrica de un bebé al nacer es de máximo 20ml, así es, menos de una onza, cuatro cucharaditas, eso es todo lo que cabe en el estómago de un bebé. Además su estómago, intestino, hígado y páncreas no funcionan al 100% y aún no producen las enzimas necesarias para digerir algo diferente al calostro, ni siquiera una fórmula infantil por muy buena que sea. Es por eso que tu leche, aunque sólo sean unas gotitas, es lo más importante para él en éste momento, aunque sea en poca cantidad, será utilizada y absorbida toda por tu bebé, a diferencia de otro alimento.

Poco a poco con forme pasen los primeros días, ira succionando mejor y tomando más leche y su estómago irá incrementando su capacidad junto al incremento de producción de leche. No hay de qué preocuparse, está todo “fríamente calculado“, la cantidad de leche que produce la madre es la cantidad necesaria para su bebé.

Así como no todas las personas necesitan consumir la misma cantidad de alimento, lo mismo sucede con los bebés, los requerimientos pueden variar de un niño a otro, no todos necesitan ni toman la misma cantidad de leche, pero cada mamá produce la cantidad de leche necesaria para su bebé. La mujer está preparada para producir la cantidad de leche necesaria para uno o más niños de acuerdo al estímulo de succión que produzcan.

La cantidad de leche que produzcas o la cantidad de leche que tome tu bebé no debería preocuparte, es más ni siquiera vale la pena averiguarlo. La mejor manera de saber si tu bebé recibe lo que necesita es el control de peso y talla que su pediatra llevará a cabo en sus controles mensuales. (www.nuevelunasperu.com).

Iniciar la lactancia materna durante la hora siguiente al nacimiento eleva las probabilidades de tener una lactancia exitosa, promueve el apego mamá y bebé, lo que refuerza el lazo afectivo desde el principio. La lactancia materna es la forma más adecuada y natural de nutrir al bebé física y emocionalmente, aporta todos los nutrientes y anticuerpos que lo mantendrán sano. Son ampliamente conocidos los beneficios de la leche materna, pero como toda acción suma y aporta y esta semana es el pretexto perfecto para recordarlos, van algunos:

Beneficios para el bebé:

- Su composición única y específica para el ser humano permite su pronta y fácil digestión, además de tratarse de un fluido vivo que cambia constantemente para cubrir y adaptarse a las necesidades de cada bebé conforme crece y por ello es superior a cualquier fórmula láctea o leche en polvo. Previene la obesidad y protege contra alergias y reduce los riesgos de algunas enfermedades a largo plazo en la edad adulta.
- La acción de mamar ayuda al bebé a tener desarrollo maxilofacial óptimo, pues cuando el bebé extrae la leche del pecho utiliza más músculos faciales que con el biberón.
- Al fluir la leche directamente del pezón a la boca del bebé, está exenta de manipulaciones y libre de contaminación por gérmenes. El bebé al pecho recibe una estimulación sutil e integral a todos sus sentidos: vista, olfato, oído, tacto y gusto.

Beneficios para la madre:

- Contribuye a la involución del útero gradualmente, lo que reduce el riesgo de hemorragias tras el parto. Reduce los riesgos de depresión postparto.
- Contribuye a perder el peso ganado durante el embarazo, ya que la grasa acumulada se utiliza en cierta medida para producir la leche. Varios eventos sucederán durante esta semana. Participar de cualquier manera positiva genera conciencia y “normaliza” lo que debería ser natural (www.mamanatural.com.mx).

ANTICONCEPCION

La organización mundial de salud ha estructurado cuatro criterios basados en evidencias para la planificación familiar, los cuales incluyen temas de selección de anticonceptivos, asesoramiento de pacientes y uso de métodos.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES:

Hoy en día están disponibles en presentaciones orales, inyectable, transdérmica (parches) y transvaginal (anillos). Las píldoras anticonceptivas orales constituyen una combinación de estrógenos y progestágenos (la píldora) o constan únicamente de progestágenos.

- Los anticonceptivos orales combinados :
Corresponden al método de anticoncepción hormonal más utilizado y se cuenta con una variedad inmensa de ellos en el comercio. El efecto neto es la supresión efectiva de la ovulación, la inhibición del desplazamiento de los espermatozoides a través del moco cervical y la creación de un endometrio poco favorable para la implantación. Por tanto, aportan una protección casi absoluta de la concepción siempre y cuando se tomen diariamente durante tres de cada cuatro semanas.
- Los parches:
Tiene una capa interna con un adhesivo y una matriz de hormona, así como una capa externa resistente al agua. El parche se puede aplicar en las nalgas, la cara posterior externa de la extremidad superior, la parte inferior del abdomen o la región superior del torso, pero se evita en las glándulas mamarias. Se aplica uno nuevo cada semana durante tres semanas y, a continuación, se deja transcurrir una semana sin parche para permitir que aparezca la hemorragia por privación.
- Anillo intravaginal:
Es flexible, su centro contiene etinilestradiol y el progestágeno etonogestrel. Estos se absorben a través del epitelio vaginal. El anillo se coloca dentro de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación y se extrae después de tres semanas de uso, con el propósito de que haya una semana para la aparición de la hemorragia por supresión.
- Inyectable :
Aplicable cada tres meses, se inyecta en el musculo deltoides o el glúteo mayor, sin masaje, para asegurar que el fármaco se libere lentamente. Inhiben la ovulación, aumento de la viscosidad del moco cervicouterino y creación de un endometrio desfavorable para la implantación del ovocito. La inyección inicial debería aplicarse en los primeros cinco días de la menstruación.
- Dispositivo intrauterino:
Los dispositivos intrauterinos que son inertes desde el punto de vista químico, constan de un material no absorbible, siempre polietileno, y están impregnados con sulfato de bario para ser radiopacos. Es un anticonceptivo

eficaz y su capacidad para evitar el embarazo es similar en forma global a la de la esterilización tubarica.

METODOS DE BARRERA:

Durante muchos años se han utilizado preservativos, espermicidas vaginales y diafragmas vaginales como métodos anticonceptivos con una tasa de buenos resultados variable.

- **Preservativo masculino:**
Disponble desde hace muchos años, es un anticonceptivo bastante eficaz. La eficacia anticonceptiva del preservativo mejora con un reservorio en la punta, y con la adición de un lubricante espermicida. Si se utiliza de forma apropiada, el preservativo ´protege bastante bien, aunque no de manera absoluta, contra gran variedad de enfermedades de transmisión sexual. Así mismo, previene y reduce los cambios cervicales pre malignos, tal vez al bloquear la transmisión del virus del papiloma humano.
- **Preservativo femenino:**
El único existente en el comercio es una cubierta de poliuretano con un anillo flexible, también de poliuretano, en cada extremo. Se puede usar con lubricantes hidrosolubles y liposolubles.
- **Espermicidas:**
La presentación de los anticonceptivos es muy variada y consta de jaleas, supositorios, espumas. Son útiles sobre todo cuando se necesita protección temporal, por ejemplo, durante la primera semana después de haber comenzado con anticonceptivos orales o durante la lactancia.
- **Diafragma:**
Es una cúpula circular de látex de diámetro variable reforzada con un resorte de metal circunferencial cubierto de látex. Es efectivo si se combina con una jalea o crema espermicida. El uso de diafragma reduce la frecuencia de enfermedades de transmisión sexual más que le preservativo.

METODOS BASADOS EN LA DETECCION DE FECUNDIDAD

Esta modalidad de anticoncepción incluye todos los procedimientos de planificación familiar con los que se intenta identificar el periodo de fecundidad de cada ciclo y después modificar la conducta sexual. Cuando los métodos basados en la detección de fecundidad implican abstinencia sexual durante el periodo de fecundidad, la técnica se denomina, PLANIFICACION FAMILIAR NATURAL.

- **Métodos de los días estándar:**
Sus usuarias evitan el coito sin protección durante los días ocho a 19 del ciclo. Para un uso exitoso, las mujeres deben tener ciclos menstruales regulares, de 28 a 32 días. Aquellas que utilizan el método de los días estándar pueden usar marcas comerciales disponibles en el mercado para llevar el registro de sus días.
- **Método de ritmo según calendario:**
Este método requiere contar en número de días en el ciclo menstrual más corto y el más largo durante un periodo de seis a doce meses. A partir del ciclo más corto, se restan 18 días para calcular el primer día de fecundidad. Del ciclo más largo, se restan 11 días para identificar el último día de fecundidad.
- **Método del ritmo según la temperatura:**
Este método se basa en la presencia de cambios leves en la temperatura basal justo antes de la ovulación. Este método tiene mayor probabilidad de éxito siempre y cuando se evite el coito durante cada ciclo menstrual hasta que pasa por completo la elevación de la temperatura por la ovulación. Para que este método sea más efectivo, la mujer debe abstenerse de tener relaciones sexuales desde el primer día de la menstruación hasta el tercer día después de que se incrementa su temperatura.

- Método de ritmo según el moco cervical:
El llamado método Billings se basa en la resequedad y la humedad vaginal, las cuales son consecuencias de los cambios que sufre la cantidad y la calidad de moco cervical en los diversos periodos del ciclo menstrual. Es necesario que haya abstinencia desde que comienza la menstruación hasta cuatro días después de identificar el moco filante.
- Método sintomático térmico:
En este método se combinan los cambios de moco cervical y los cambios de la temperatura basal. Este método es más difícil de aprender y aplicar y no te resulta más confiable.

ANTICONCEPCION DE URGENCIA

Muchas mujeres solicitan un método anticonceptivo después de haber tenido una relación sexual deseada sin protección y, en algunos casos, luego de haber sido víctimas de una agresión sexual.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Es muy poco probable que la madre lactante ovule durante las primeras 10 semanas después del parto. Sin embargo, este método no es confiable como técnica de planificación familiar en las mujeres cuyos hijos no se alimentan únicamente a base de leche materna. El periodo de espera de la primera menstruación conlleva cierto riesgo de embarazo, puesto que la ovulación casi siempre antecede a la menstruación. Ciertamente, después de la menstruación, es indispensable que la mujer utilice algún anticonceptivo, a menos que desee embarazarse.

ESTERILIZACION

La esterilización se ha convertido en una opción de uso generalizado de anticoncepción para millones de varones y mujeres en estados unidos, así como en muchos países de todo el mundo. Este procedimiento está indicado en aquellas personas que lo solicitan y que claramente comprenden su carácter permanente, y la dificultad y falta de buenos resultados frecuentes

de la reversión. Debería asesorarse las mujeres en cuanto a alternativas anticonceptivas.

- Esterilización femenina:

La esterilización femenina constituye el método anticonceptivo de elección para 28% de las parejas estadounidenses. Y para las mujeres de 35 a 44 años de edad, la esterilización quirúrgica fue la modalidad más frecuentemente comunicada de anticoncepción. La esterilización suele llevarse a cabo al obstruir o seccionar las salpinges (trompas de Falopio). Esta técnica puede practicarse en cualquier momento, pero por lo menos la mitad se realiza después de una cesárea o un parto vaginal, y se denomina puerperal o postparto. Por lo regular, la salpingoclasia que no es puerperal se realiza por medio de una laparoscopia en un centro ambulatorio. También se dispone de los accesos de histeroscopia o minilaparatomía para la oclusión.

- Esterilización masculina:

Por lo general, la disponibilidad de anticonceptivos masculino se ha limitado a preservativos y vasectomía. De acuerdo con su revisión, citan tasas de eficacia de 90 a 95% de los anticonceptivos masculinos experimentales basados en hormonas. Ellos también citan métodos no hormonales promisorios que hacen blanco en la movilidad espermática. Ninguno de ellos está disponible hoy en día.

Esta intervención quirúrgica se realiza a través de una incisión pequeña en el escroto, o de manera alternativa mediante una punción en el mismo, para interrumpir la luz de los vasos deferentes y bloquear el paso de espermatozoides desde los testículos. La vasectomía es más seguro que la esterilización tubárica, debido a que es menos cruenta y se lleva a cabo con anestesia local.

SESION VI: RECONOCIMIENTOS DE AMBIENTES

Objetivos de la sesión:

- Familiarizar a la gestante con los ambientes y el personal que labora en el establecimiento de salud, según corresponda.
- Evaluar el proceso de aprendizaje de las sesiones (elementos de fijación)
- Preparar el maletín básico para llevar en el momento de parto.

Materiales para el parto:

- Mama:
 - 01 bata
 - 04 pañales tipo calzón
 - Útiles de aseo (cepillo, kolynos, peine, shampoo, toalla, jabón)
 - Un par de sandalias
 - Un par de pantuflas y medias
 - 02 trusas
 - 01 brasier (para lactancia)
- Bebe:
 - 01 paquete de pañales descartables
 - 01 paquete de pañitos húmedos (sin alcohol)
 - Jabón, shampoo, toalla
 - Ropa para el recién nacido
 - 02 colchitas
- Clausura de programa.

2.2.2. BENEFICIOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA (ASSPO, 1995)

- Una buena actitud y mejor respuesta durante el trabajo de parto.
- El tiempo total del trabajo de parto suele ser más corto.
- La expulsión del bebe suele ser en menor tiempo y más efectiva.
- Se reduce la posibilidad de complicaciones durante el parto.
- Se reduce el uso de medicamentos.
- El bebe nace con mejor estado de salud y con buena respiración.
- Se reduce el número de cesáreas e instrumentación en el parto.
- Favorece una buena lactancia y sin complicaciones.

- Se logra una recuperación más rápida y cómoda.
- Hay menor riesgo de presentar depresión post parto.

2.2.2.1. EJERCICIOS PSICOPROFILACTICOS

Los ejercicios explicados a continuación, acompañados de claras ilustraciones de todos sus movimientos deben estar dirigidos hacia el fortalecimiento de los músculos, para minimizar de esta forma el riesgo de lesiones en las articulaciones y ligamentos. Los cuales permiten diferentes beneficios:

- Una mejoría en la postura y apariencia.
- Alivio del dolor de espalda.
- Músculos más fortalecidos para preparación para el trabajo de parto y soporte para las articulaciones flácidas
- Una mejoría en la circulación.
- Aumento en la flexibilidad.
- Aumento / mantenimiento de la condición aeróbica.
- Aumento en el nivel de energía: combate la fatiga.
- Reducción en la tensión de los músculos; promueve el relajamiento.
- Promoción de los sentimientos de bienestar y de una imagen positiva.

2.2.2.2. ROTACIÓN DE LA COLUMNA

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

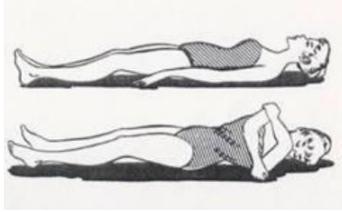


Figura 1 Rotación de la columna

<http://www.efisioterapia.net/articulos/programa-ejercicios-parto-psicoprofilactico>

2.2.2.3. ENCOGIMIENTO

Posición: Tendida boca arriba, con las piernas estiradas.

Encoger las piernas sobre el tronco. Sujetar las rodillas con las manos, y doblar lo más posible la columna y el cuello. De forma que la cabeza quede entre las rodillas. Volver a la posición inicial

Frecuencia: Permanecer en la posición hasta contar hasta 2. Luego volver a la posición inicial y repetir. Realizar el movimiento 3 veces. Finalidad: Mayor elasticidad a las articulaciones útiles para el parto.

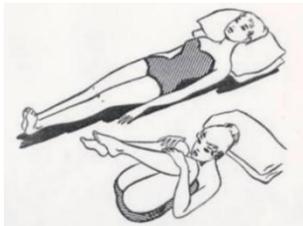


Figura 2 Encogimiento

2.2.2.4. RECOSTADA EN LA POSICIÓN DE PARTO COMÚN

Posición: Acostada, con las piernas dobladas sobre el tronco, sujetadas por las manos. Cabeza apoyada sobre dos almohadas. También, sentada en una silla, con los pies apoyados. Manteniendo los muslos doblados y tocando el vientre.

Relajarse. Respirar. Tomar una inspiración completa y rápida. Mantener la respiración. Sin dejar escapar el aire, realizar el esfuerzo de evacuar el intestino (acción de pujar). Descansar expulsando el aire. Realizar respiraciones normales y repetir.

Frecuencia: Al realizar la acción de puje, mantener el esfuerzo hasta contar 5. Repetir 10 veces cada sesión.

Finalidad: Fortalecer los músculos que intervienen en los esfuerzos para expulsar el niño, en el parto. Facilita y abrevia el parto.



Figura 3 Recostada en la posición de parto común

2.2.2.5. CUCLILLAS

Posición: En cuclillas. Los pies han de estar completamente planos sobre el suelo, no en puntillas. Lo más juntos posibles.

Consiste en permanecer en la posición.

Frecuencia: Se sugiere de 5 a 10 minutos. Si no se logra, resistir el tiempo que se pueda.

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



Figura 4 Cuclillas

2.2.2.6. POSICIÓN DE SASTRE

Posición: Sentada en el suelo, piernas abiertas y pies unidos por las plantas. En esta posición apoyar los codos sobre las rodillas y con ellos, llevarlas poco a poco hacia abajo, hasta tocar el suelo. Al mismo tiempo, con las manos sujetando los tobillos, acercarlos progresivamente al cuerpo lo más posible. Al fatigarse volver a la posición inicial.

Frecuencia: De 6 a 8 veces.

Finalidad: Aumentar la elasticidad de las articulaciones que intervienen en el parto. Dilatar el fondo del vientre. Favorece el relajamiento.

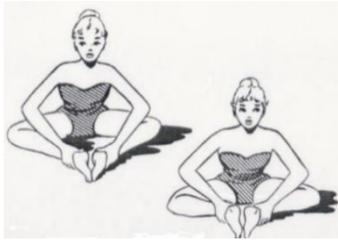


Figura 5 Posición de sastre

2.2.2.7. FLEXIÓN ALTERNADA

Posición: De pie, con las piernas separadas y los brazos extendidos en cruz sobre el tronco. Sentada con el tronco erguido.

Con el cuerpo erguido, se toma una inspiración profunda. Se procede a girar el tronco, luego a doblarlos, sin cambiar la actitud de los brazos, la mano derecha llega a tocar el pie izquierdo. Cuando se dobla el tronco se expulsa el aire.

Frecuencia: 5 repeticiones de cada lado.

Finalidad: Acostumbrar la respiración. Hacer más flexible la columna vertebral.

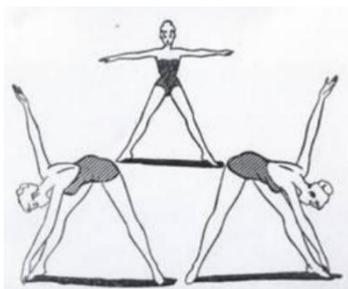


Figura 6 Flexión alternada

2.2.2.8. DE LADO

Posición: Tendida de lado en un sitio plano.

Elevar todo lo posible la pierna de arriba. Mantenerla unos momentos extendida y volverla a bajar, lentamente.

Frecuencia: 5 repeticiones.

Finalidad: Activar los músculos de los costados del vientre. Hacer más flexibles y elásticas las articulaciones de la pelvis.

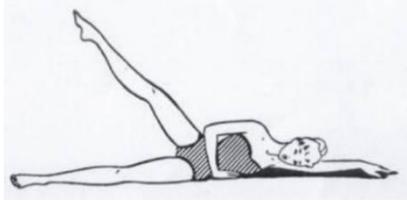


Figura 7 De lado

2.2.2.9. CIRCUNFERENCIAS

Posición: Tendida boca arriba, con las piernas estiradas

Elevar una pierna y describir con ella una circunferencia en el aire. Al fatigarse, bajar la pierna y hacer lo mismo con la pierna contraria. Se sugiere comenzar a realizar el ejercicio con la pierna lo más vertical que se pueda, e ir bajando conforme se adquiera mayor fuerza.

Frecuencia: Consideraciones personales. Al fatigarse.

Finalidad: Fortalecer la musculatura del vientre. Evitar la caída del vientre y las hernias de los partos difíciles.

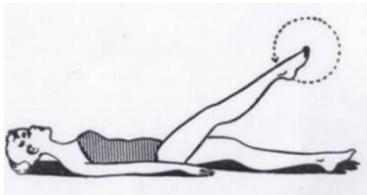


Figura 8 Circunferencias

2.2.2.10. FLEXIÓN DE TRONCO

Posición: De pie, con los brazos abiertos en cruz.

Tomar aire con una inspiración profunda. Doblar el tronco suavemente, dejando caer los brazos, al mismo tiempo se afloja la musculatura. Regresar a la posición inicial. Tomando aire profundamente.

Frecuencia: 2 sesiones de 5 repeticiones.

Finalidad: Ejercicio de respiración profunda y completa.



Figura 9 Flexión de Tronco

2.2.2.11. ACERCAMIENTO

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

A partir de la posición inicial, tomar una inspiración profunda. Doblar el tronco hacia delante, inclinando la cabeza, aflojando todo el cuerpo y sacando el aire al mismo tiempo. Descansar un momento durante la posición y luego enderezar el tronco a la vez que respira profundamente. Recordar mantener la pelvis apoyada de los talones en todo momento del ejercicio.

Frecuencia: 5 repeticiones.

Finalidad: Aumentar la elasticidad de la columna vertebral.



Figura 10 Acercamiento

2.3. Definición de términos

a) Amenazas Emocionales: Son momentos en que la embarazada puede descontrolarse y aparece temor a lo desconocido; primero amenaza emocional, (a los 5-6 cm de dilatación); segunda amenaza emocional (8cm de dilatación); tercer amenaza emocional (dilatación completa la cabeza presiona el recto) cuarta amenaza emocional (cabeza distiende al vulva, esta coronando, empieza a arder a quemar).

b) APGAR: Es un sistema formal que evalúa la necesidad de asistencia médica al recién nacido en los primeros minutos de vida, se obtiene al

minuto y a los 5 minutos. Expresa la adaptación cardio-respiratorio y la función neurológica del recién nacido.

- c) Beneficios Perinatales:** Son las ventajas que ofrece la psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto y después del parto tanto para la madre como para el bebé.
- d) Dolor:** Se expresa como cualquier sufrimiento corporal que el enfermo diga sufrir. Sensación molesta y aflictiva. Sentimiento, pena y congoja. Pesar y arrepentimiento.
- e) Ejercicios Respiratorios:** Respiraciones y relajación mediante dos tipos de respiraciones: Producido por los estímulos químicos sea directa o indirectamente a través de los quimiorreceptores y que se caracteriza por ser amplia y profunda.
El controlado por el sistema neurovegetativo por ser pequeño y superficial. De libre juego de ambos sistemas resulta el tipo respiratorio normal que se registra mediante aparatos especiales denominados neumógrafos.
- f) Ejercicios de Relajación:** Se define como un Esfuerzo corporal en que los músculos están en reposo, es un estado de conciencia que se busca voluntaria y libremente con el objetivo de percibir los niveles más altos que un ser humano puede alcanzar, de calma, paz, felicidad, alegría.
- g) Epiblasto.-** En embriología, el epiblasto es una clase de células presentes durante la etapa de gastrulación del desarrollo embrionario. En este estado, el epiblasto y el hipoblasto juntos forman el disco embrionario bilaminar, ambas capas provenientes de la masa celular interna. Las células del epiblasto dan origen a las tres capas de tejido embrionario: ectodermo, mesodermo y endodermo.
- h) Estrógeno.-** Son hormonas sexuales esteroideas (derivadas del ciclopentanoperhidrofenantreno) de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios, la placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales.
- i) Gimnasia:** Se caracteriza por movimientos sistemáticos, con la posibilidad de seleccionar actividades y ejercicios con fines determinados, con la intención de mejorar la relación de los hombres y

de las mujeres con su cuerpo, su movimiento, el medio ambiente y los demás. Toda gimnasia lleva implícita las características de intencionalidad, sistematicidad, promoción de la salud, socialidad e incluso creatividad.

- j)** Gestación: Período de cuarenta semanas de duración, en el que tiene lugar el desarrollo del embrión hasta su formación completa y durante el cual tiene lugar la formación de todos los órganos.
- k)** Gestante Preparada: Es aquella gestante que ha recibido las seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.
- l)** Menstruación.- El periodo, regla o menstruación es el sangrado que las mujeres tienen cuando el óvulo que fue expulsado del ovario para ser fecundado no es fertilizado.
- m)** Parto: También llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebé del útero materno.
- n)** Periodo de dilatación: Se inicia cuando el orificio interno alcanza 2 cm; y la termina cuando la dilatación es completa, es decir, 10 cm. Se acepta esta condición como índice final porque ya la cabeza puede pasar a través de él, sin dificultad.
- o)** Periodo Expulsivo: Se relaciona con la salida del feto y se inicia cuando termina el periodo de dilatación, es decir, el orificio interno se ha incorporado totalmente al segmento uterino inferior y no se palpa al practicar el examen vaginal y culmina con la salida total del feto.
- p)** Periodo de Alumbramiento: También llamado placentario; tiene lugar desde la salida del feto hasta la expulsión total de la placenta y sus membranas.
- q)** Preeclampsia.- Es una complicación médica del embarazo también llamada toxemia del embarazo y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo; está asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria).
- r)** Progesterona.- La progesterona, también conocida como P4 (pregn-4-en-3,20-diona), es una hormona esteroide C-21 involucrada en el ciclo menstrual femenino, embarazo (promueve la gestación) y embriogénesis de los humanos y otras especies.

- s)** Psicoprofilaxis Obstétrica: Es una preparación integral prenatal para un embarazo, parto y post parto sin temor, en las mejores condiciones y con la posibilidad de una rápida recuperación.

- t)** Puerperio: Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino vuelvan a las condiciones pre-gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.

- u)** Temor: Miedo, sentimiento de inquietud o incertidumbre.

- v)** Tensión: Estado de un cuerpo, estirado por la acción de alguna fuerza que lo solicita o que le impide contraerse.

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION:

3.1. Tipo de la investigación

Según la intervención de la Investigadora será observacional.

Según la planificación de la toma de datos será retrospectivo.

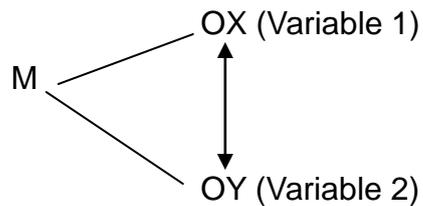
Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio será transversal.

Según el número de variables de interés será analítico.

3.2. Diseño de la Investigación

El diseño de investigación es no experimental de naturaleza transversal porque refieren que el objetivo de este diseño es describir una población en un momento dado León y Montero (1993); citado por Hernández, etal. (2010).

Gráfico del diseño de investigación



M = Muestra

OX = Observación de la variable X, en una sola oportunidad.

OY = Observación de la variable Y, en una sola oportunidad.

X = Preparación psicoprofiláctica obstétrica.

Y = Beneficios perinatales

3.3. Población y muestra de la investigación

3.3.1. Población

Se considerará al número total de mujeres gestantes primigestas atendidas en el área de Gineco-obstetricia del Hospital de Chancay durante el periodo de julio del 2013 a julio del 2014, la población estimada representa un total de 76 gestantes

3.3.2. Muestra

En vista que este trabajo tiene una población finita, se trabajará con toda la población.

3.4. Variable

Variable X = Psicoprofilaxis obstétrica.

Variable Y = Beneficios maternos perinatales

Tabla 1

Operacionalización de Variables

.VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Psicoprofilaxis obstétrica	Recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica	Número de sesiones en la preparación psicoprofiláctica teórica, física y psicológica	Adecuada: asistencia de 6 a 8 sesiones Inadecuada: asistencia de 1 a 5 sesiones

VARIABLE		INDICADORES	ESCALA
Beneficios materno perinatales	Beneficios durante el parto	Vía de parto Episiotomía Presentación Posición del parto Tiempo que demora el período de dilatación Tiempo que demora el período expulsivo Tiempo que demora el alumbramiento Alumbramiento Desgarros del canal de parto Retención de placenta y/o membranas ovulares Pérdida de sangrado vaginal	Alto Regular Bajo
	Beneficios después del parto	Puntaje de apgar Contacto precoz Edad gestacional del recién nacido por método capurro Peso del recién nacido para edad gestacional Complicaciones de la madre Complicaciones del recién nacido	Alto Regular Bajo

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.5.1. Técnicas

Observación.

3.5.2. Instrumentos

Guía de observación (Registro de partos).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla2

Edad

	Frecuencia	Porcentaie
Adolescente (12 a 18)	24	31,6
Adulta (19 a 35)	49	64,5
Añosa (35 a mas)	3	3,9
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

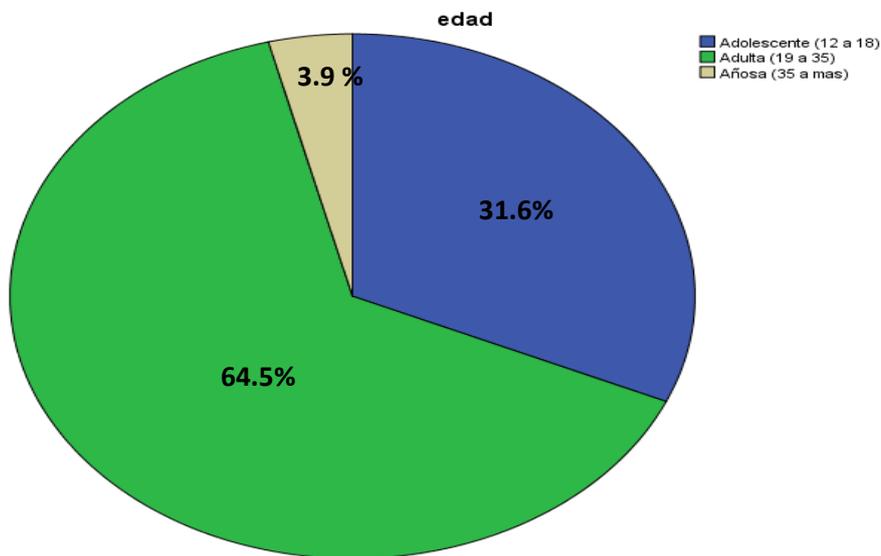


Figura Edad

La tabla 2, muestra que la edad predominante de aquellas primigestas en estudio está entre 19 a 35 años con un 64,5%, mientras que de 12 a 18 años se refleja un porcentaje de 31,6% y se muestra en menor frecuencia de 35 años a más un 3,9%.

Tabla3

Estado civil

	Frecuencia	Porcentaie
Soltera	18	23,7
Casada	5	6,6
Union Libre	53	69,7
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

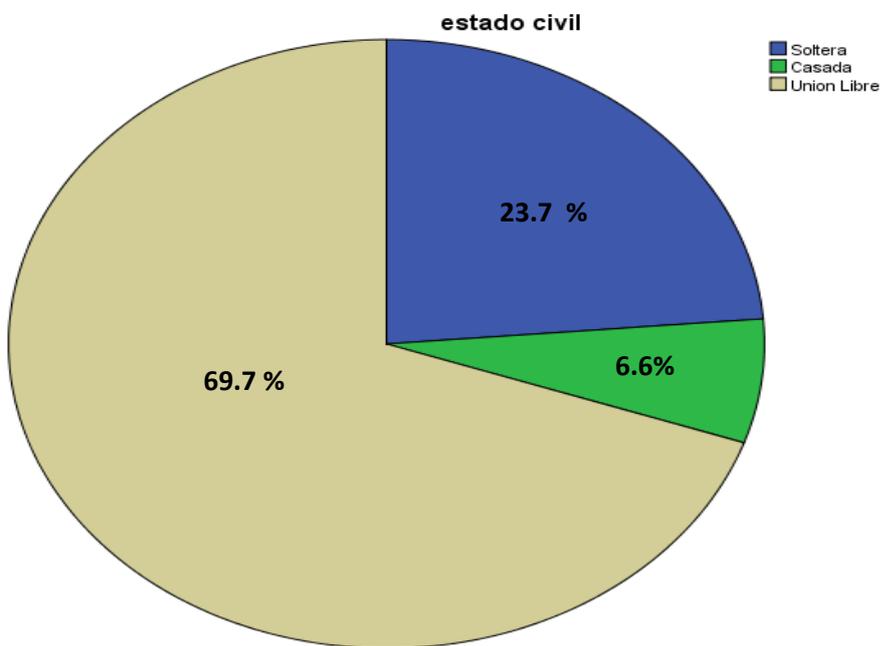


Figura Estado Civil

En cuanto a estado civil el mayor porcentaje de las primigestas son aquellas con unión libre (convivientes) con un 69,7%, mientras que se muestra un 23,7% de aquellas que son solteras y en menor frecuencia un 6,6% aquellas que son casadas.

Tabla4

Lugar de Procedencia

	Frecuencia	Porcentaje
Rural	13	17,1
Urbano	63	82,9
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

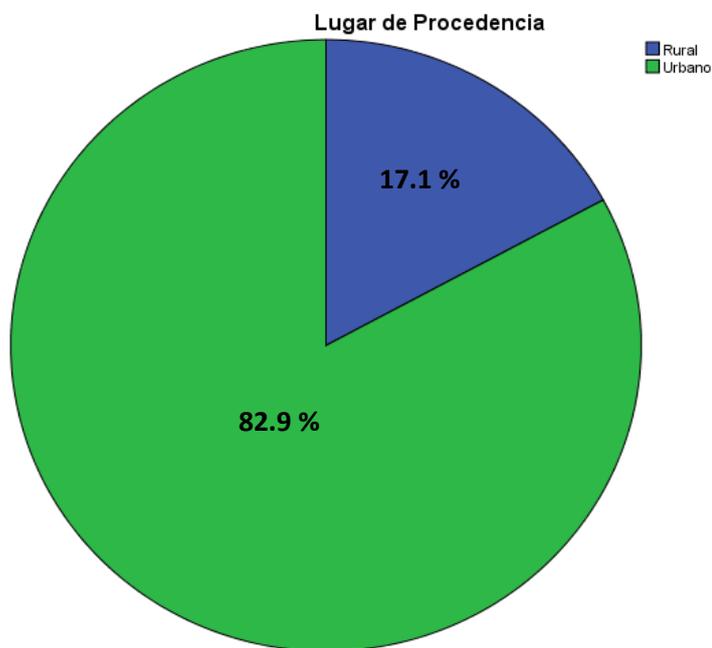


Figura Lugar de Procedencia

En cuanto al lugar de procedencia el porcentaje que predomina en las primigestas es la zona urbana registrándose un 82,9%, mientras que un 17,1% corresponde a aquellas que radican en zona rural.

Tabla5

Grado de Instrucción

	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	1,3
Primaria	2	2,6
Primaria Incompleta	6	7,9
Secundaria	34	44,7
Secundaria Incompleta	14	18,4
Superior	13	17,1
Superior no Universitario	6	7,9
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

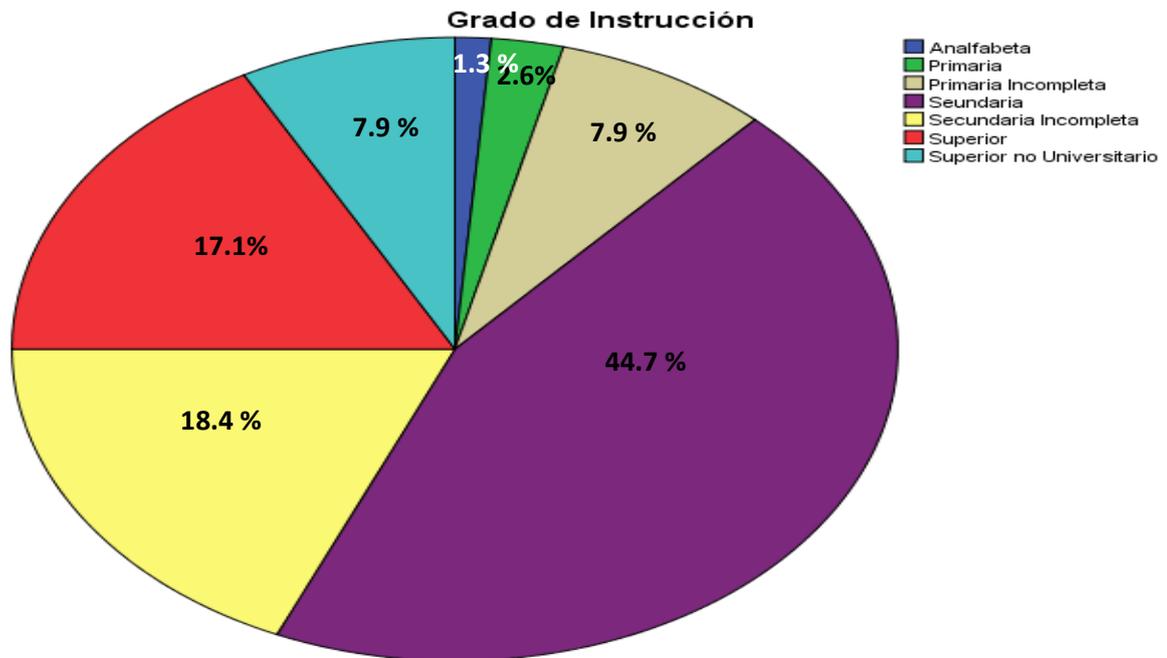


Figura Grado de Instrucción

El grado de instrucción de las primigestas demuestra un gran porcentaje en aquellas con estudios secundarios completos registrándose en un 44,7%, seguidos de aquellas con estudios secundarios incompletos en un 18,4% y de aquellas con estudios superiores universitarios con un 17,1%, también se registró un 7,9% para aquellas con estudios primarios incompletos y otro 7,9% aquellas con estudios superiores no universitarios, registrándose en menor frecuencia un 2,6% de aquellas con estudios primarios completos y un 1,3% analfabetas.

Tabla6
Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	69	90,8
Trabajadora	7	9,2
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

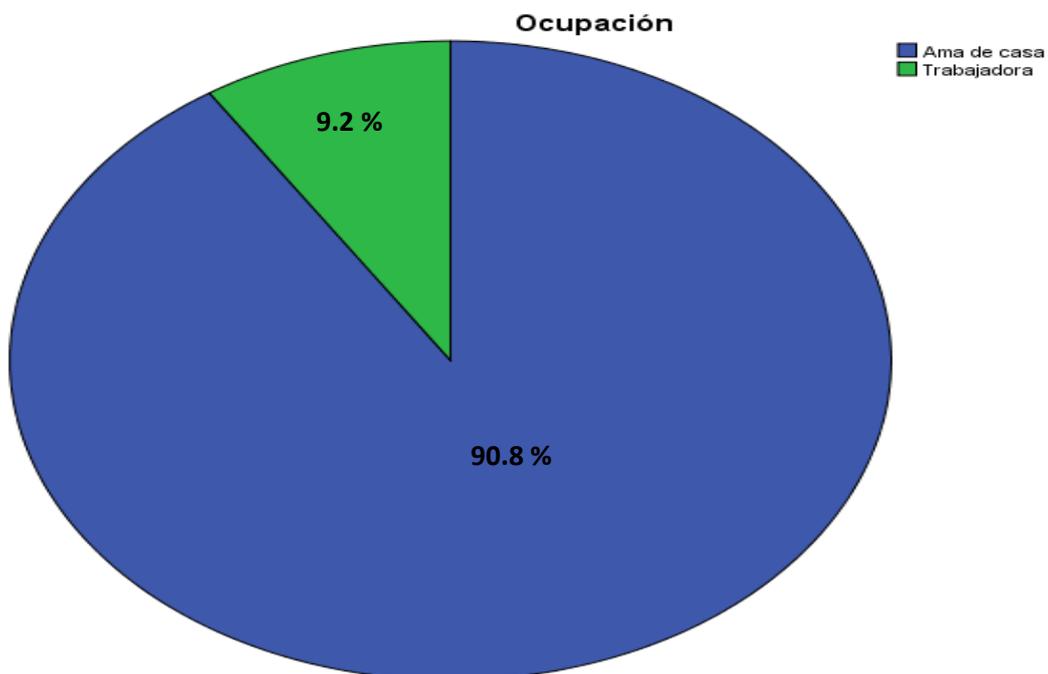


Figura Ocupación

El factor ocupación muestra que gran porcentaje del grupo de estudio se mantiene al cuidado de su familia con un 90,8%, mientras que el otro grupo de aquellas gestantes que mantienen un trabajo se refleja en un 9,2%.

Tabla7

Control Prenatal

	Frecuencia	Porcentaie
Si	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

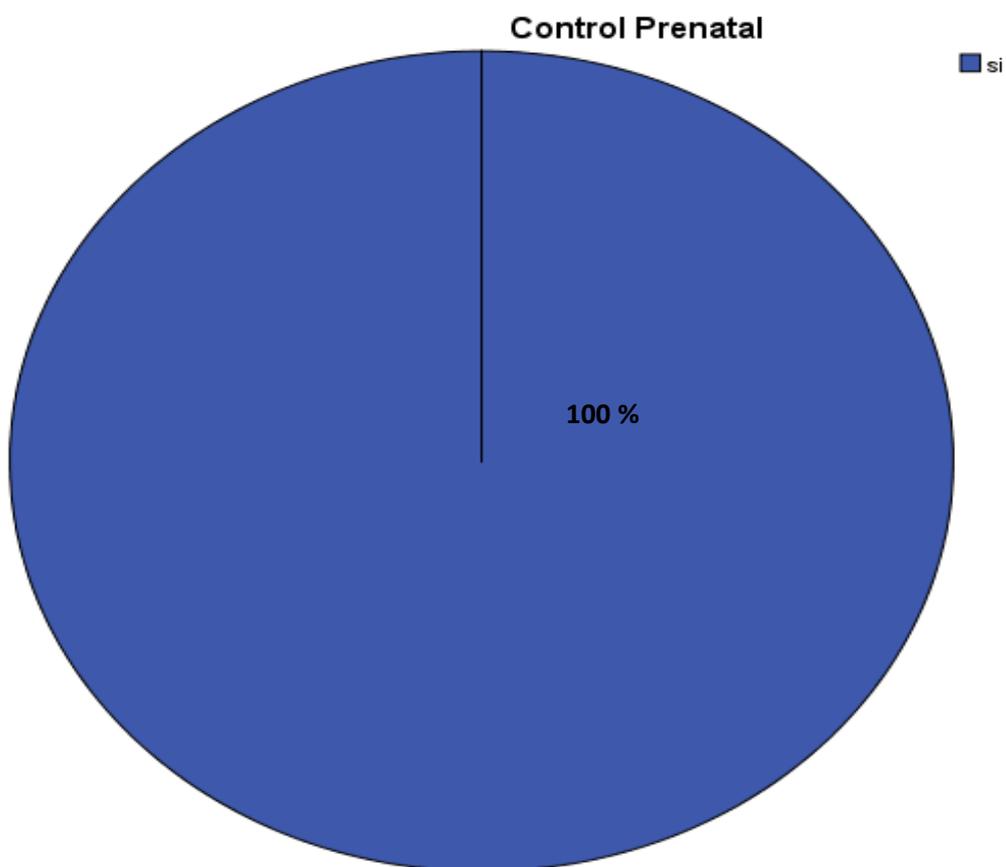


Figura Control Prenatal

En cuanto a control prenatal, la tabla nos muestra que el 100% de las gestantes primigestas acudió a sus controles prenatales.

Tabla 8
Tamizaje de Sífilis

	Frecuencia	Porcentaie
si	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

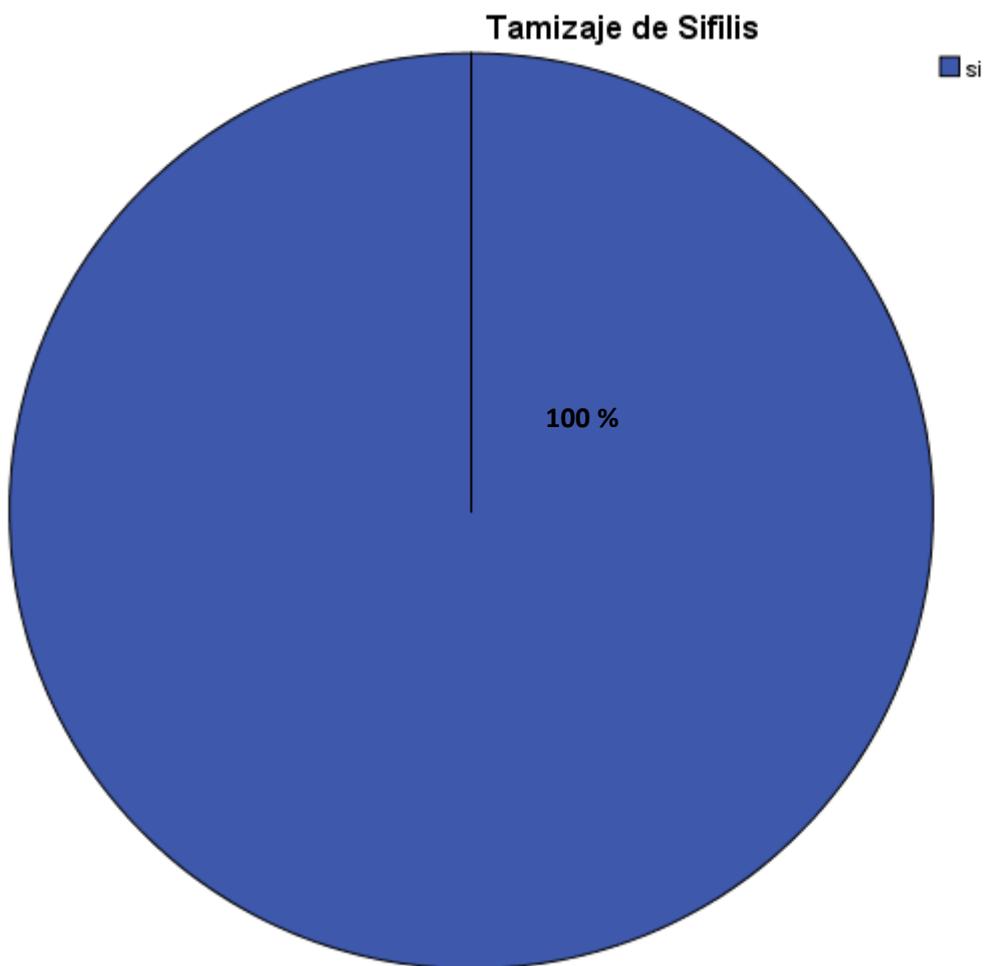


Figura Tamizaje de Sífilis

En cuanto a tamizaje de sífilis, el cuadro nos muestra que el 100% de las primigestas fueron tamizadas.

Tabla 9
Tamizaje de VIH

	Frecuencia	Porcentaje
Si	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

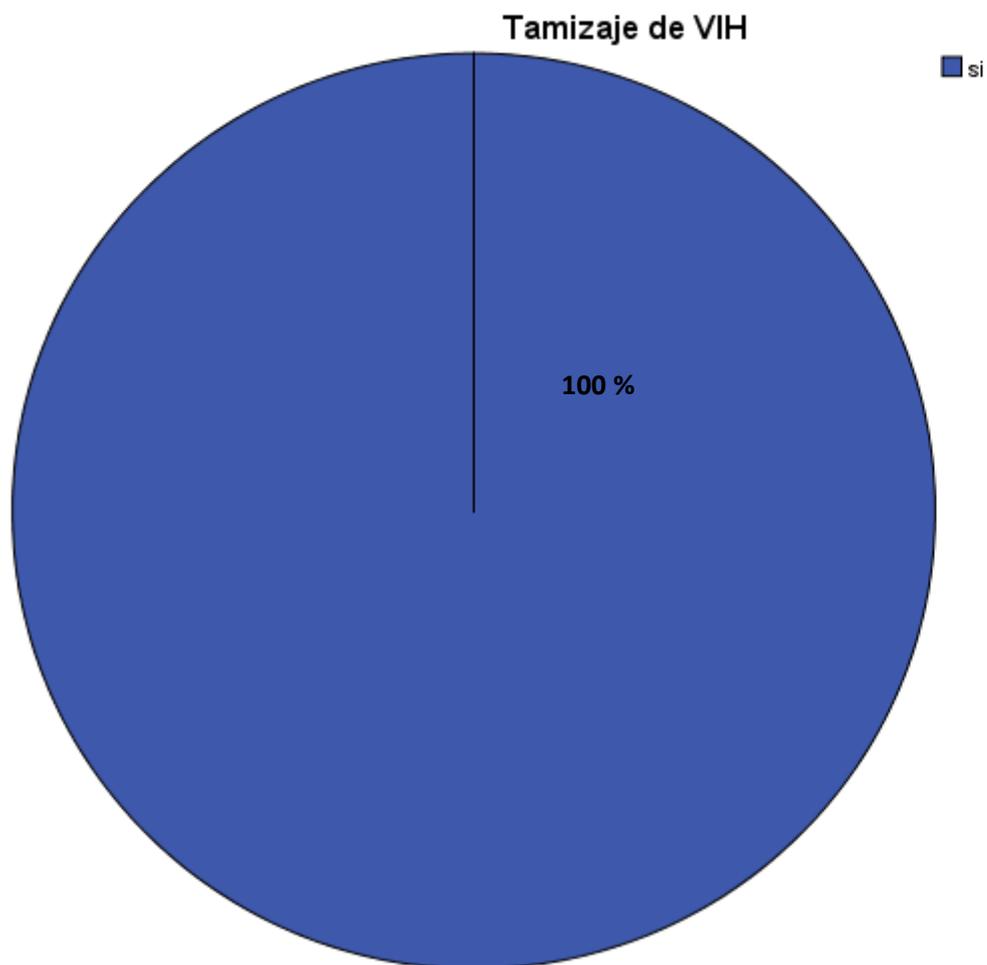


Figura Tamizaje de VIH

En cuanto a tamizaje de VIH, el cuadro nos muestra que el 100% de las gestantes primigestas fueron tamizadas.

Tabla 10

Número de asistencias a la preparación psicoprofilaxis

	Frecuencia	Porcentaje
Regular	5	6,6
Alto	71	93,4
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

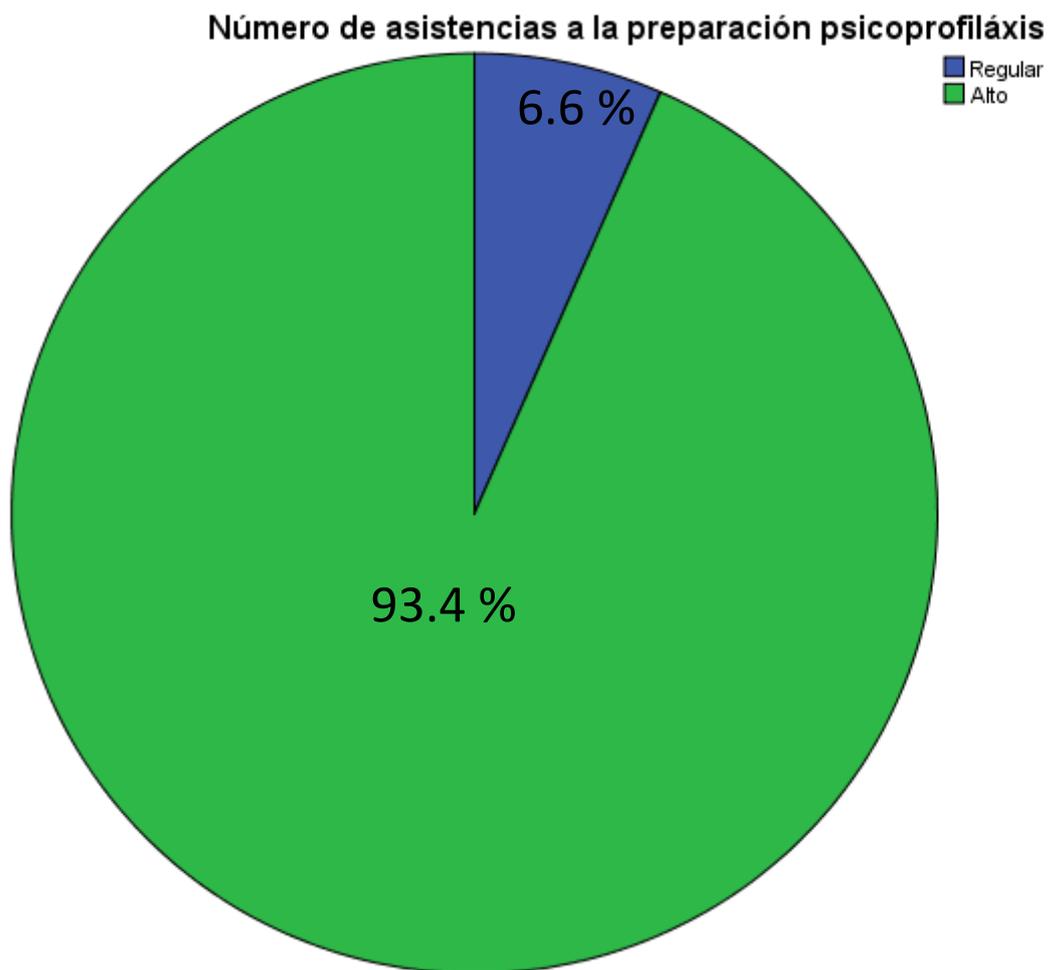


Figura Número de asistencia a la preparación de psicoprofilaxis

En cuanto a psicoprofilaxis obstétrica, el cuadro nos muestra que el 93,4% de las gestantes primigestas recibió preparación psicoprofiláctica, asistiendo mínimamente a seis sesiones programadas.

Tabla 11
Vía de Parto

	Frecuencia	Porcentaje
Abdominal	12	15,8
Vaginal	64	84,2
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

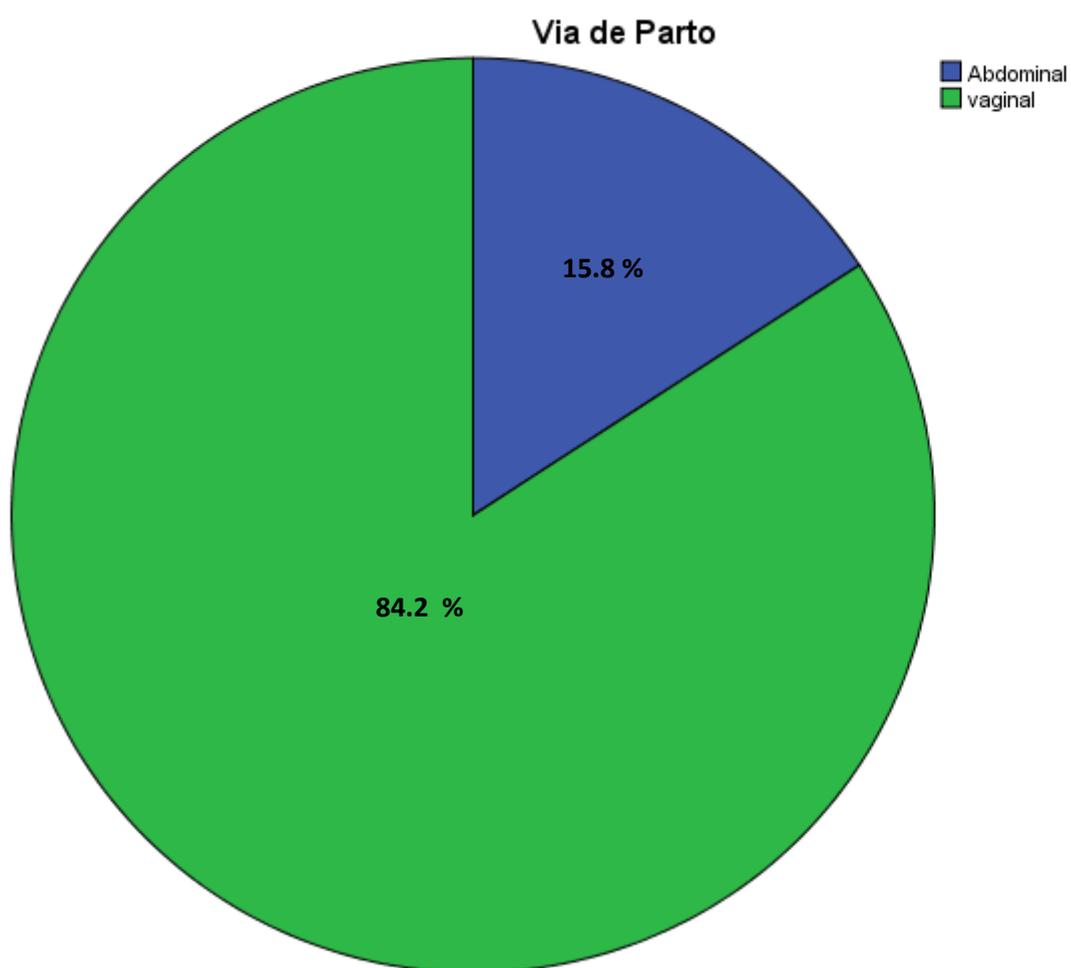


Figura Vía de Parto

En cuanto a vía de parto se observa que el porcentaje predominante de las primigestas en estudio fue vía vaginal con un 84,2%, siendo un 15,8% aquellas gestantes que terminaron su parto vía abdominal.

Tabla 12
episiotomía

	Frecuencia	Porcentaie
0	12	15,8
Si	18	23,7
No	46	60,5
Total	76	100,0

Elaboración propia

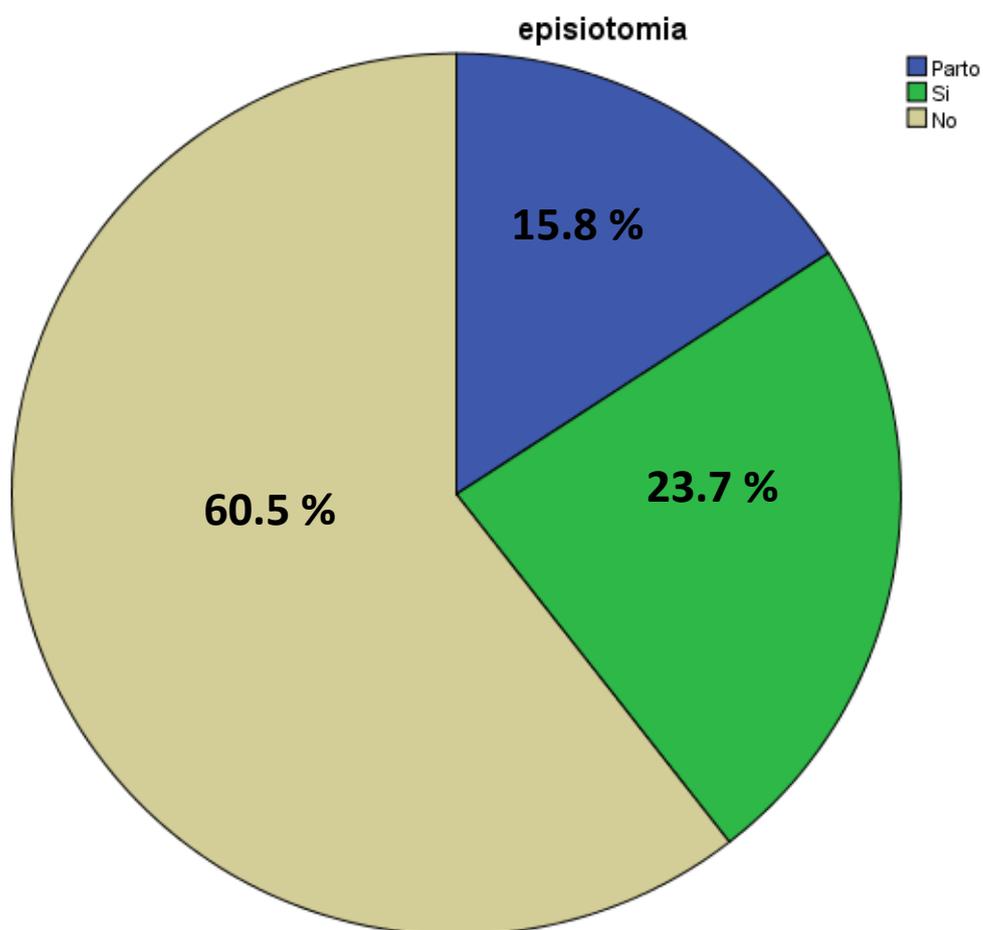


Figura Episiotomía

En cuanto a episiotomía, el cuadro nos muestra que un buen porcentaje fue de aquellas gestantes a quienes no se les realizó episiotomía, mientras que el 23,7% corresponde a aquellas que si se les realizó episiotomía, y el 15,8% representa a aquellas gestantes primigestas que terminaron su parto via abdominal.

Tabla 13
Presentación fetal

	Frecuencia	Porcentaje
Podálico	1	1,3
Cefálico	75	98,7
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

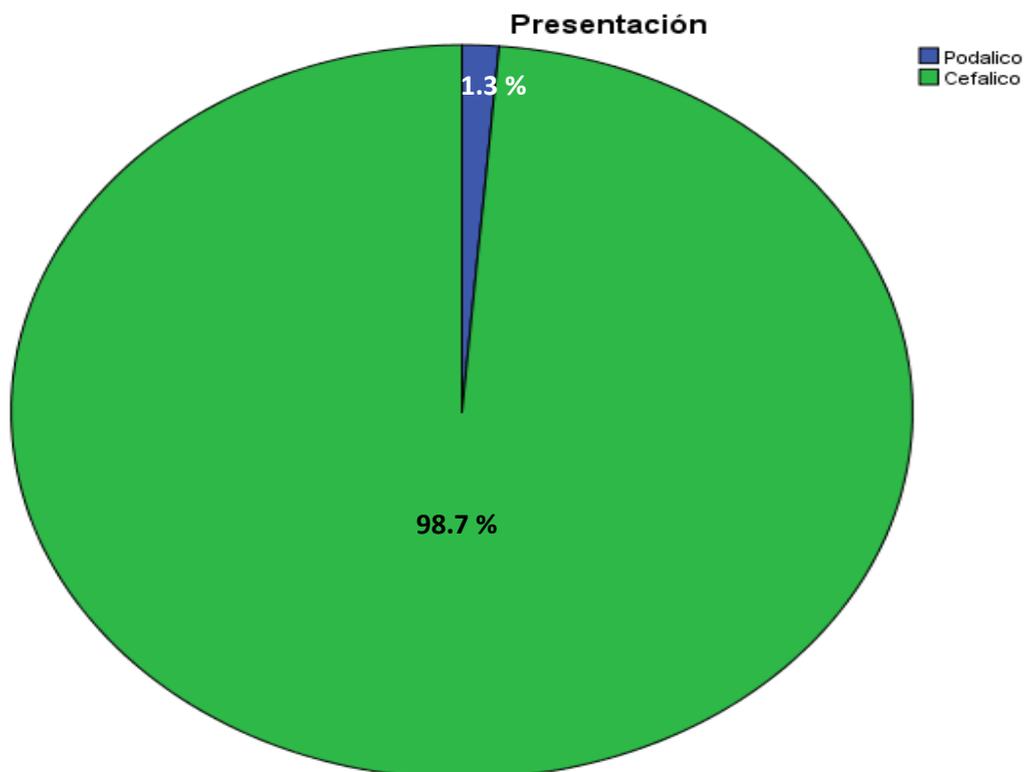


Figura Presentación

En cuanto a la presentación fetal, el cuadro nos muestra que un gran porcentaje fue presentación cefálica con un 98,7%, mientras que el 1,3% fue presentación podálica.

Tabla 14
Posición del parto

	Frecuencia	Porcentaje
Horizontal	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

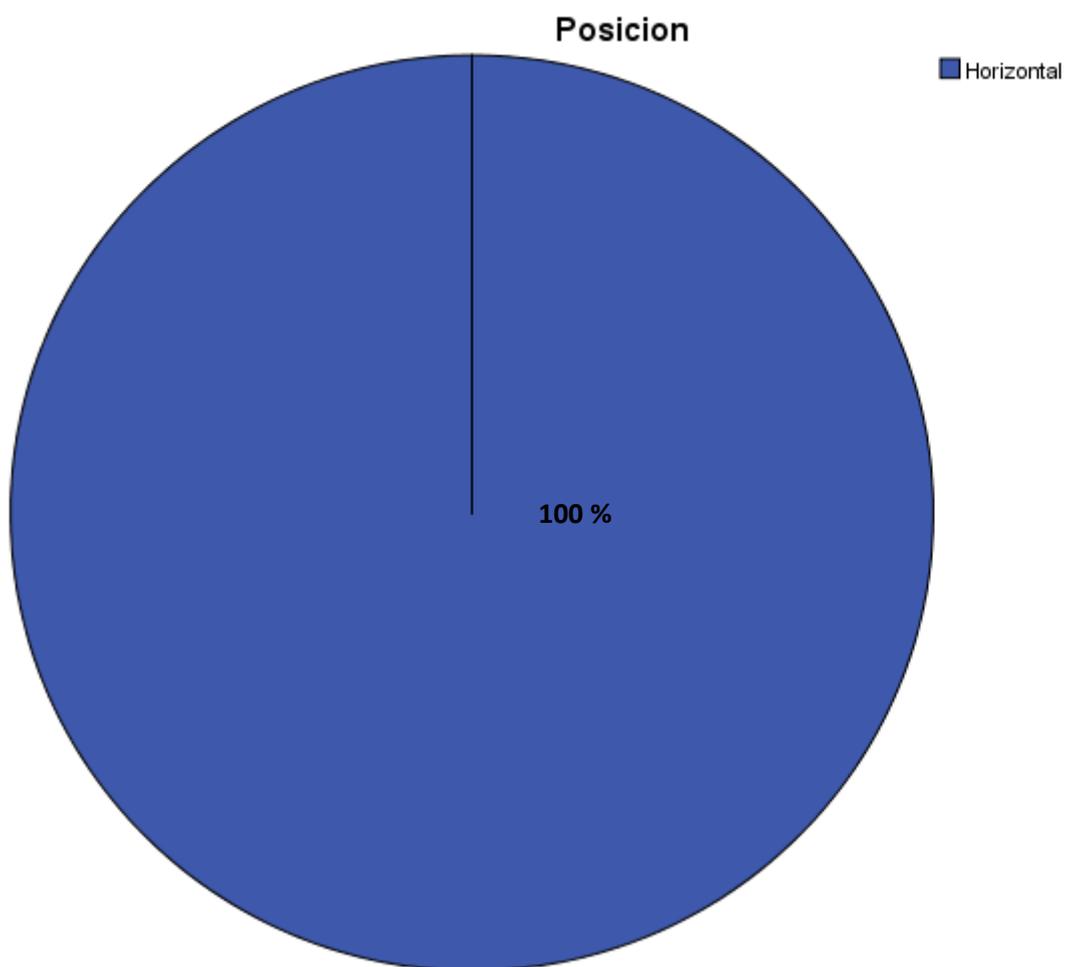


Figura Posición

En cuanto a la posición del parto el 100% de las gestantes primigestas mantuvo la posición horizontal.

Tabla 15

Tiempo que demoro el periodo expulsivo

	Frecuencia	Porcentaje
0	12	15,8
1 a 30 minutos	63	82,9
31 a 50 minutos	1	1,3
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

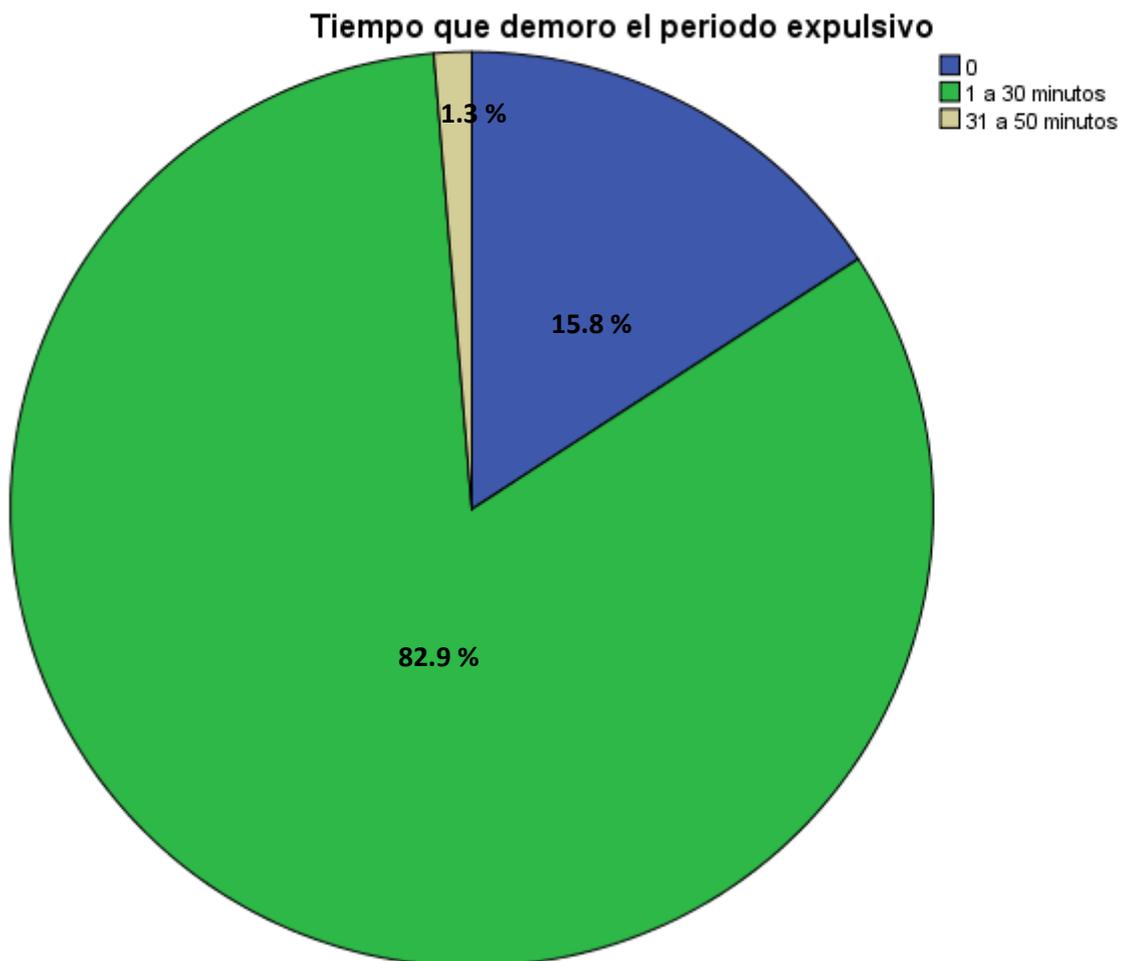


Figura Tiempo que demoro el periodo expulsivo

Según el tiempo de periodo expulsivo los promedios de tiempo fueron de 1 a 30 minutos en aquellas primigestas con un 82,9%, mientras que un 1,3% registro un promedio de 31 a 50 minutos. Y el 15,8 % corresponde a aquellas gestantes primigestas que terminaron su parto vía abdominal.

Tabla 16
Tiempo que demoro el periodo de alumbramiento

	Frecuencia	Porcentaje
0	12	15,8
2 a 15 minutos	63	82,9
16 a 30 minutos	1	1,3
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia



Figura tiempo que demoro el periodo de alumbramiento

Según el tiempo que demoro el periodo de alumbramiento los promedios de tiempo fueron de 2 a 15 minutos con un 82,9% registrándose un 1,3% con un tiempo de 16 a 30 minutos y un 15,8% de aquellas gestantes que termino su parto vía abdominal.

Tabla 17
Tipo de Alumbramiento

	Frecuencia	Porcentaje
0	12	15,8
Esponáneo	54	71,1
Manejo Activo	10	13,2
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

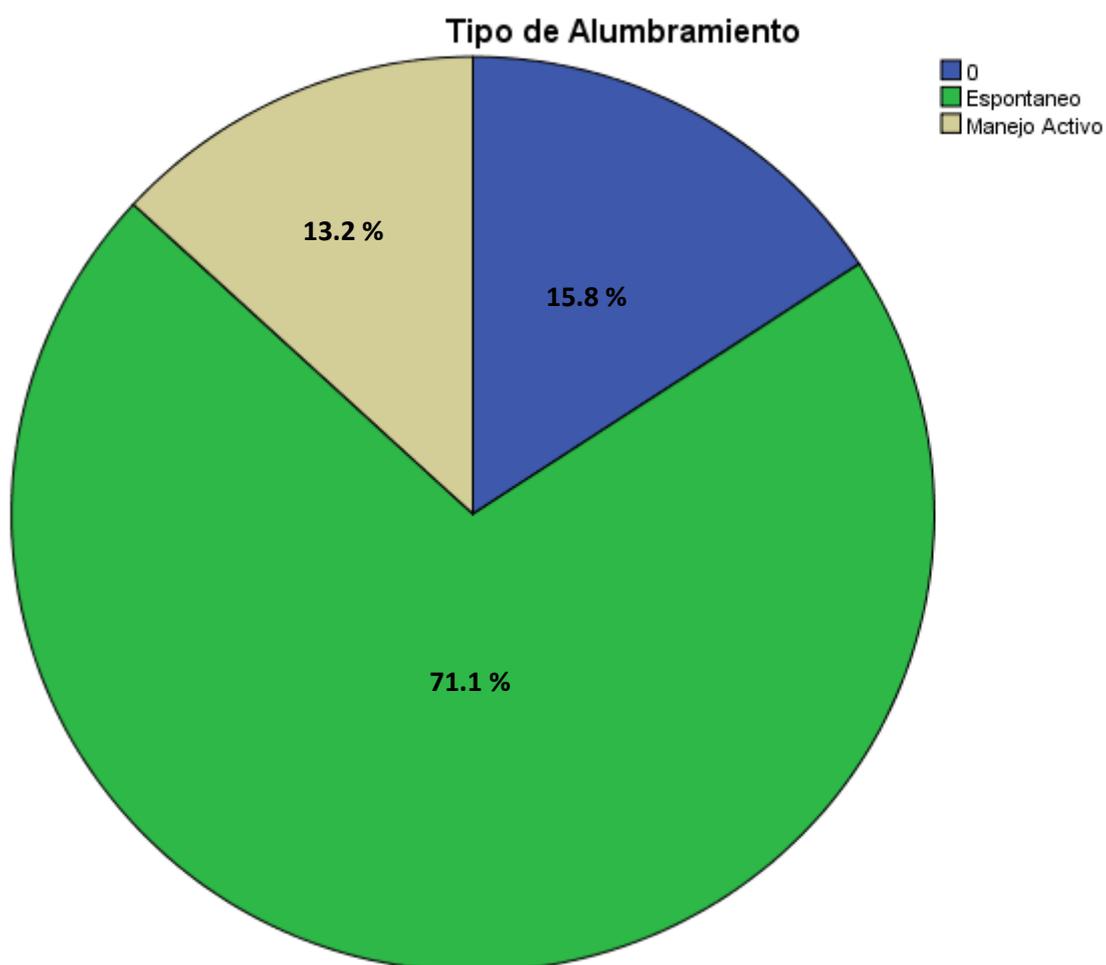


Figura Tipo de alumbramiento

Según el tipo de alumbramiento se muestra en mayor porcentaje al alumbramiento espontáneo con un 71,1% mientras que manejo activo se registra con un 13,2%, siendo el 15,8% perteneciente a aquellas gestantes que término su parto vía abdominal.

Tabla 18
Desgarros perineales

	Frecuencia	Porcentaje
0	12	15,8
Si	19	25,0
No	35	35,5
Episiotomía	18	23,7
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

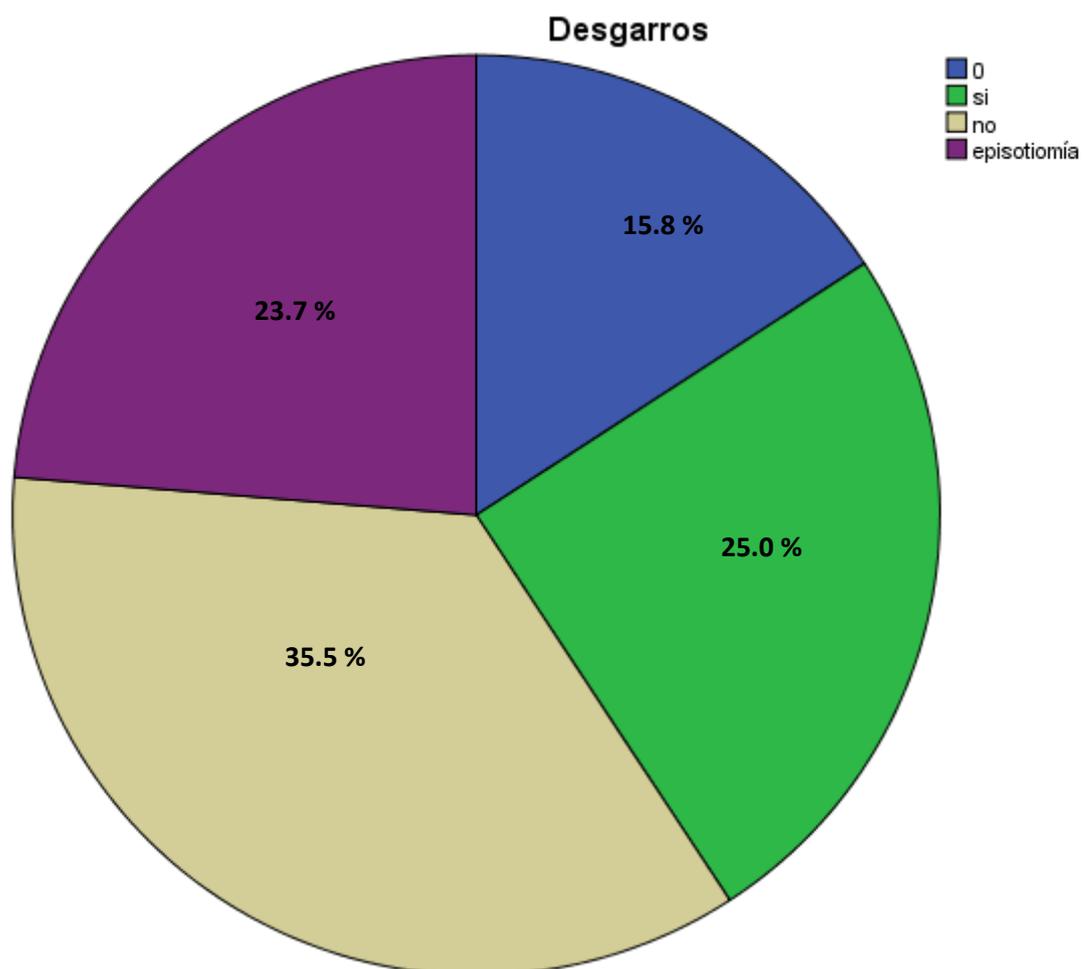


Figura Desgarros perineales

En cuanto a desgarros perineales, el 35,5% de primigestas no tuvo desgarros al momento del parto, mientras que un 25% si tuvo algún tipo de desgarro, así

como un 23,7% se les realizo episiotomia, y el 15,8% corresponde a aquellas que termino su parto vía abdominal.

Tabla 19
Grados de desgarro perineal

	Frecuencia	Porcentaje
0	57	75,0
i	14	18,4
ii	5	6,6
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

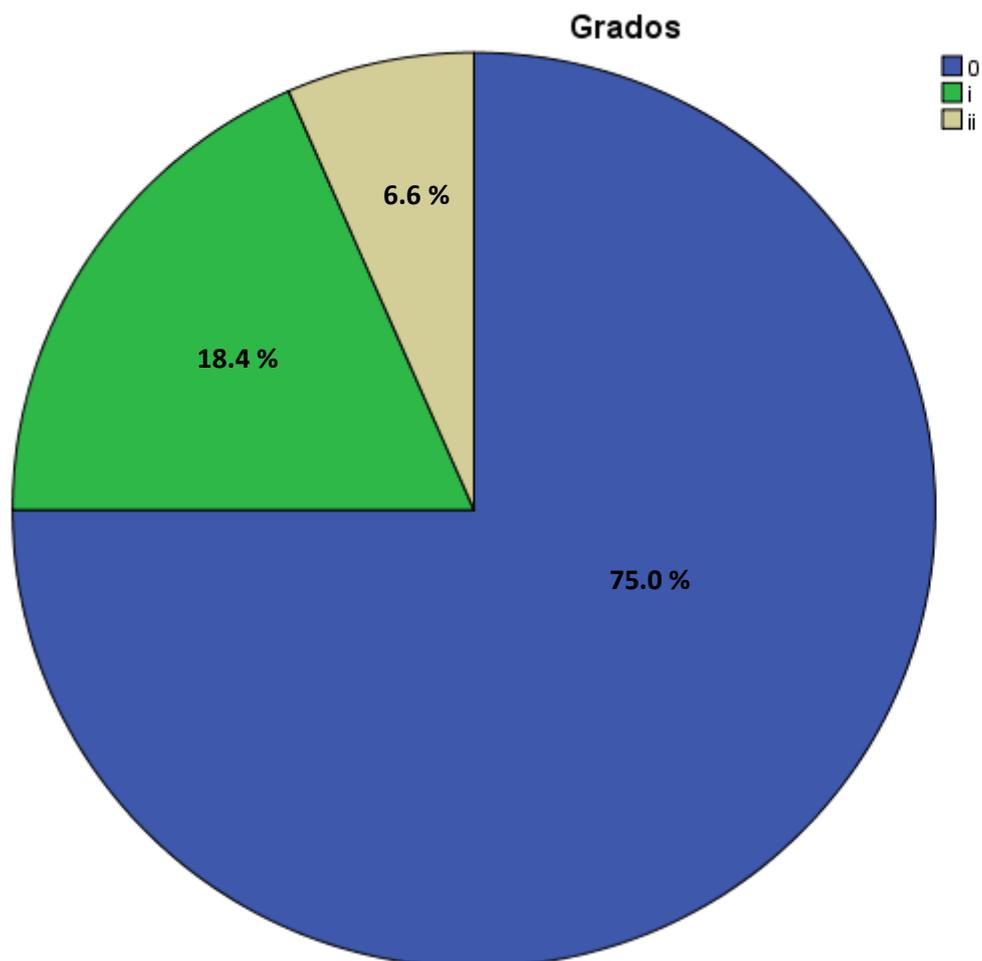


Figura Grados de desgarro perineal

En cuanto a grados de desgarro perineal se muestra que el 18% de las primigestas tuvo desgarros perineal grado I, mientras que el 6,6% tuvo desgarro perineal grado II, y el 75% corresponde a aquellas que no tuvieron

ningún tipo de desgarro perineal y a aquellas que terminaron su parto vía abdominal.

Tabla 20
Retención Placentaria

	Frecuencia	Porcentaje
0	12	15,8
Si	1	1,3
No	63	82,9
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

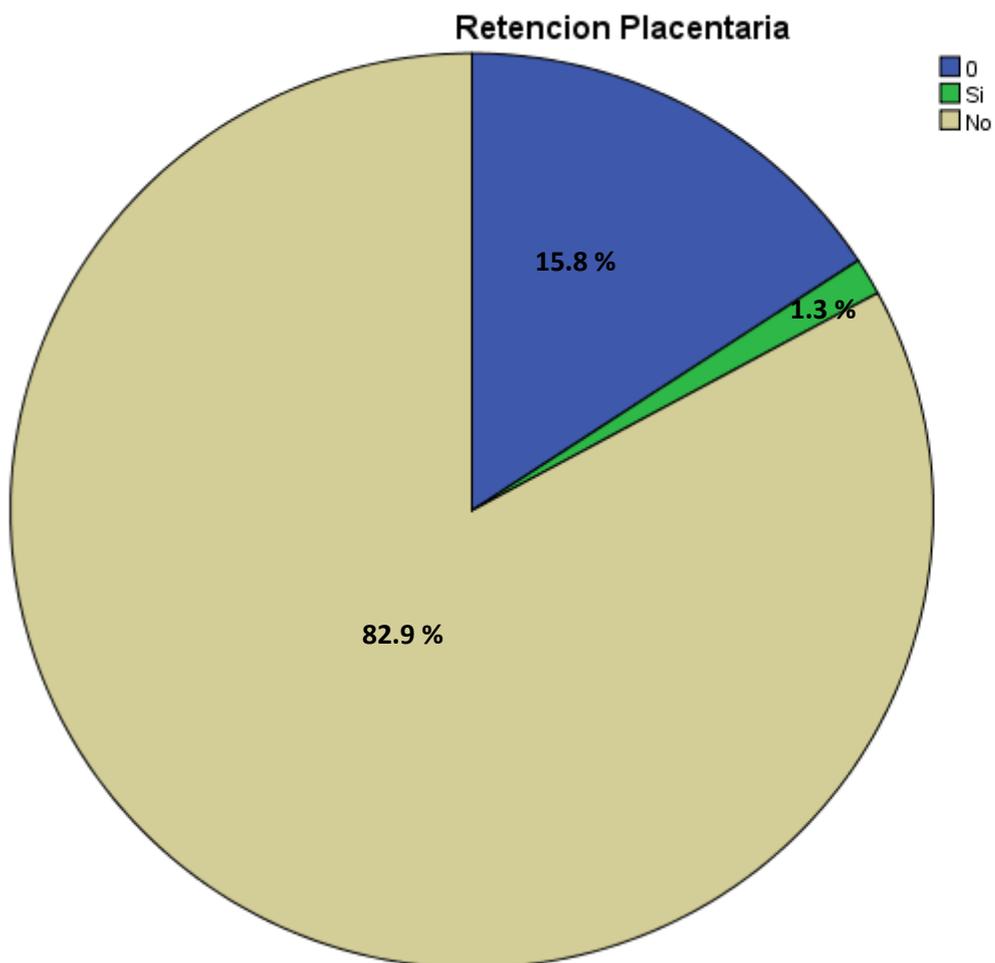


Figura Retención Placentaria

En cuanto a retención placentaria, el 82,9% de las primigestas no tuvo ninguna retención placentaria mientras que un 1,3 % que si registro retención placentaria y el 15,8% corresponde a aquellas gestantes que terminaron su parto vía abdominal.

Tabla 21
Sangrado

	Frecuencia	Porcentaje
de 100 a 500 ML:	64	84,2
de 500 ML a mas	12	15,8
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

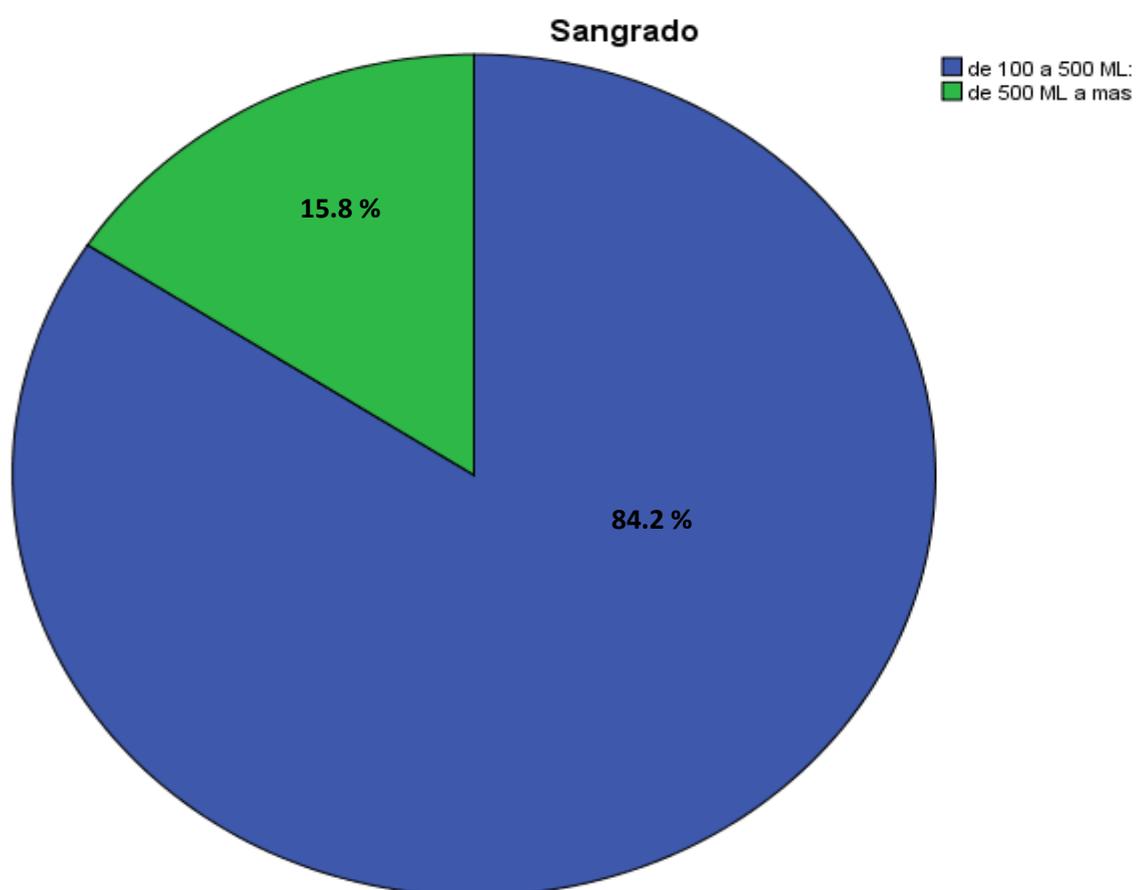


Figura Sangrado

En cuanto al sangrado, el 84,2% de las gestantes primigestas tuvo un sangrado promedio de 100 a 500 ml. , y el 15,8% de las primigestas más de 500 ml. De sangrado correspondiente a aquellas que terminaron su parto vía abdominal.

Tabla 22
Puntaje de APGAR 1

	Frecuencia	Porcentaie
de 0 a 6 puntos	3	3,9
de 7 a 10 puntos	73	96,1
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

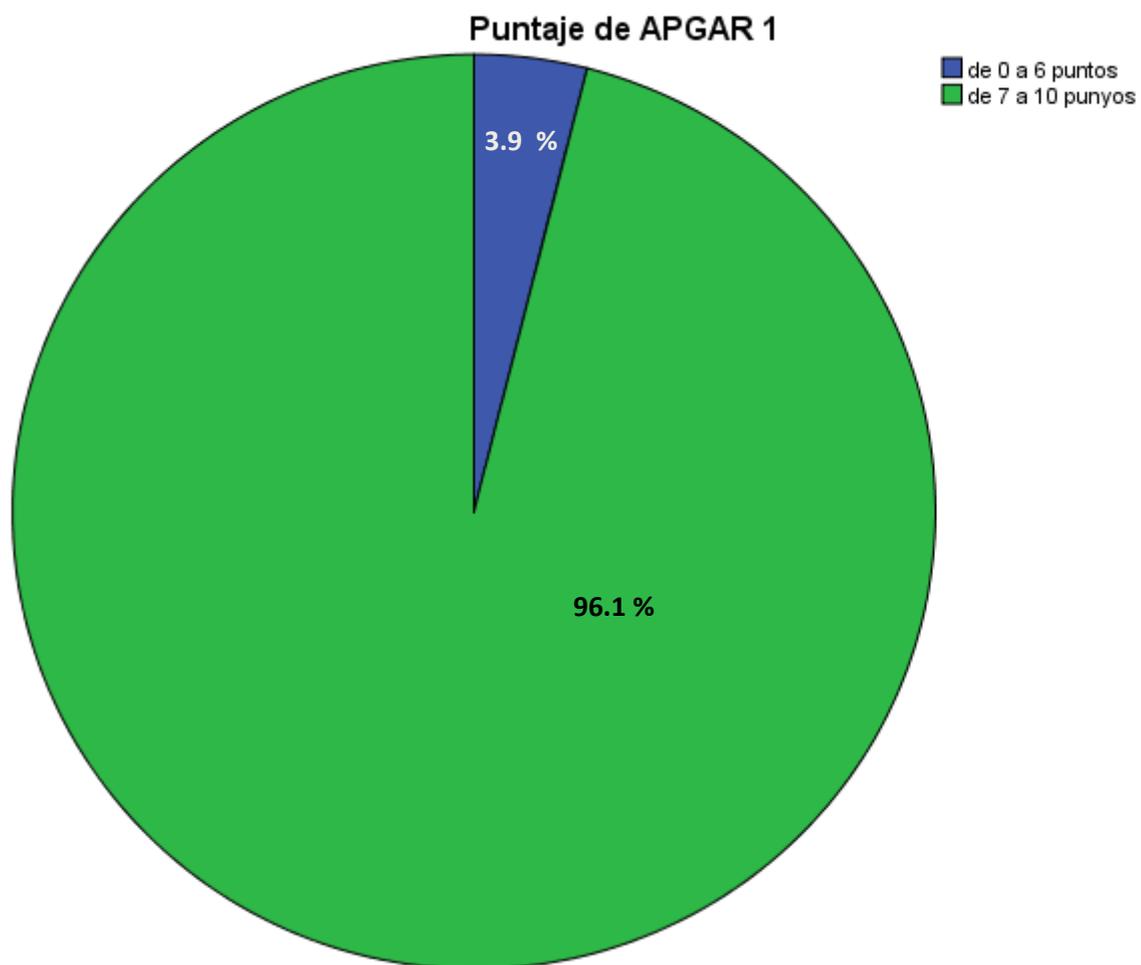


Figura Puntaje de APGAR 1

Según el puntaje de APGAR al minuto, se registró que el 96,1% de los recién nacidos de gestantes primigestas tuvo promedio de 7 a 10 puntos, mientras que el 3,9% registro de 0 a 6 puntos.

Tabla 23
Puntaje de APGAR 5

	Frecuencia	Porcentaje
de 0 a 6 puntos	1	1,3
de 7 a 10 puntos	75	98,7
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

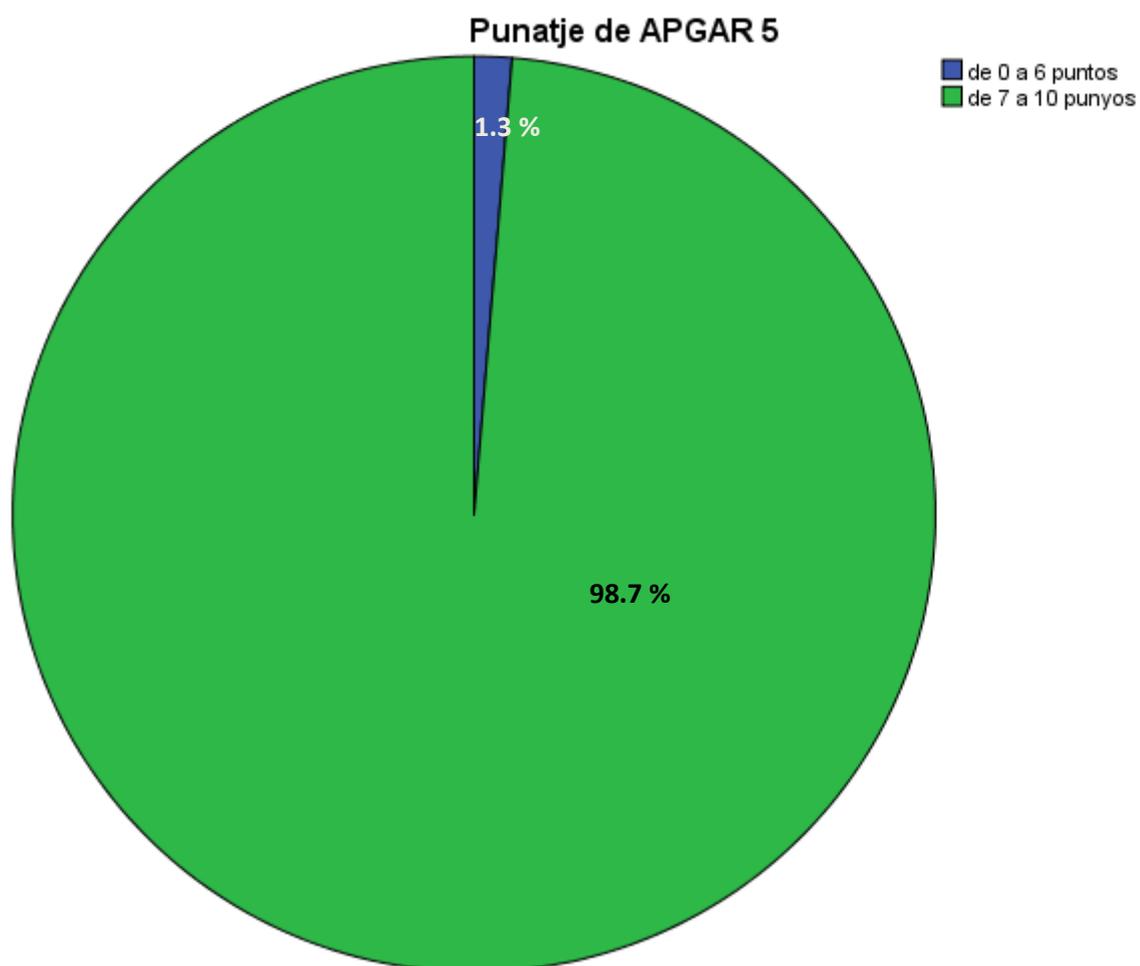


Figura Puntaje de APGAR 5

Según el puntaje de APGAR a los cinco minutos, el 98,7% de las primigestas tuvieron recién nacidos con puntaje promedio de 7 a 10 puntos, mientras que un 1,3% registro puntaje de 0 a 6 puntos.

Tabla 24
Contacto Precoz

	Frecuencia	Porcentaie
Si	57	75,0
No	19	25,0
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

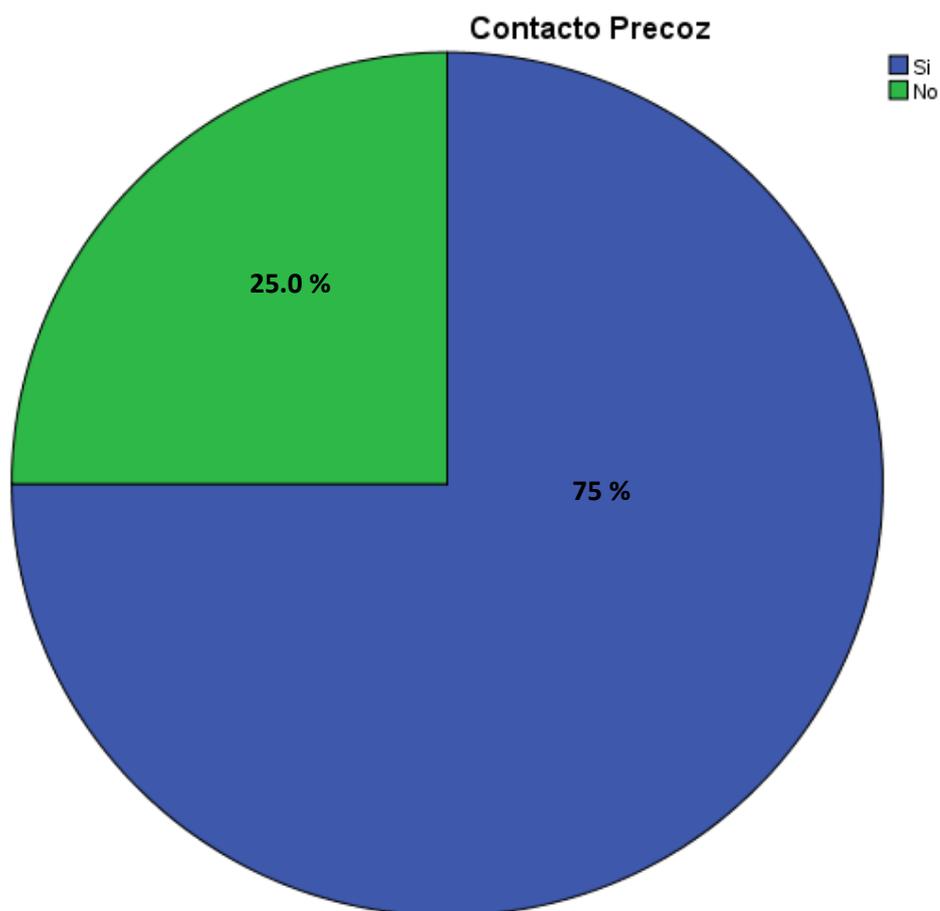


Figura Contacto Precoz

En cuanto a contacto precoz, el 75% de las primigestas tuvo contacto precoz con su recién nacido, mientras que al 25% restante no se le realizó contacto precoz.

Tabla 25
Edad Gestacional por método capurro

	Frecuencia	Porcentaje
37 semanas a menos	4	5,3
38 a 40 semanas	70	92,1
41 semanas a mas	2	2,6
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

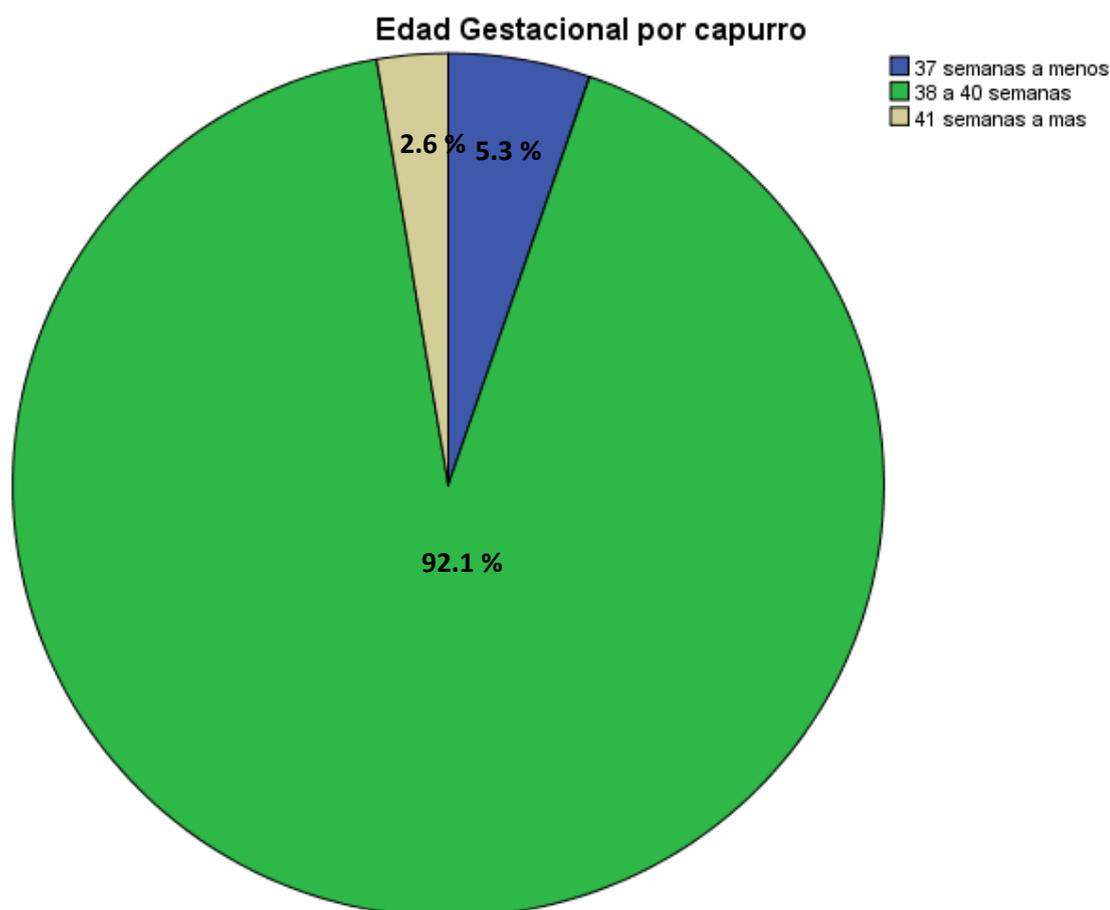


Figura Edad Gestacional por método capurro

En cuanto a la edad gestacional por método capurro, se registró que el 92,1% de los recién nacidos de las primigestas estuvieron entre las 38 a 40 semanas,

mientras que el 5,3% tuvo una edad gestacional menor a 37 semanas y el 2,6% fueron mayor de las 41 semanas.

Tabla 26
Peso del recién nacido

	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	75	98,7
Grande	1	1,3
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

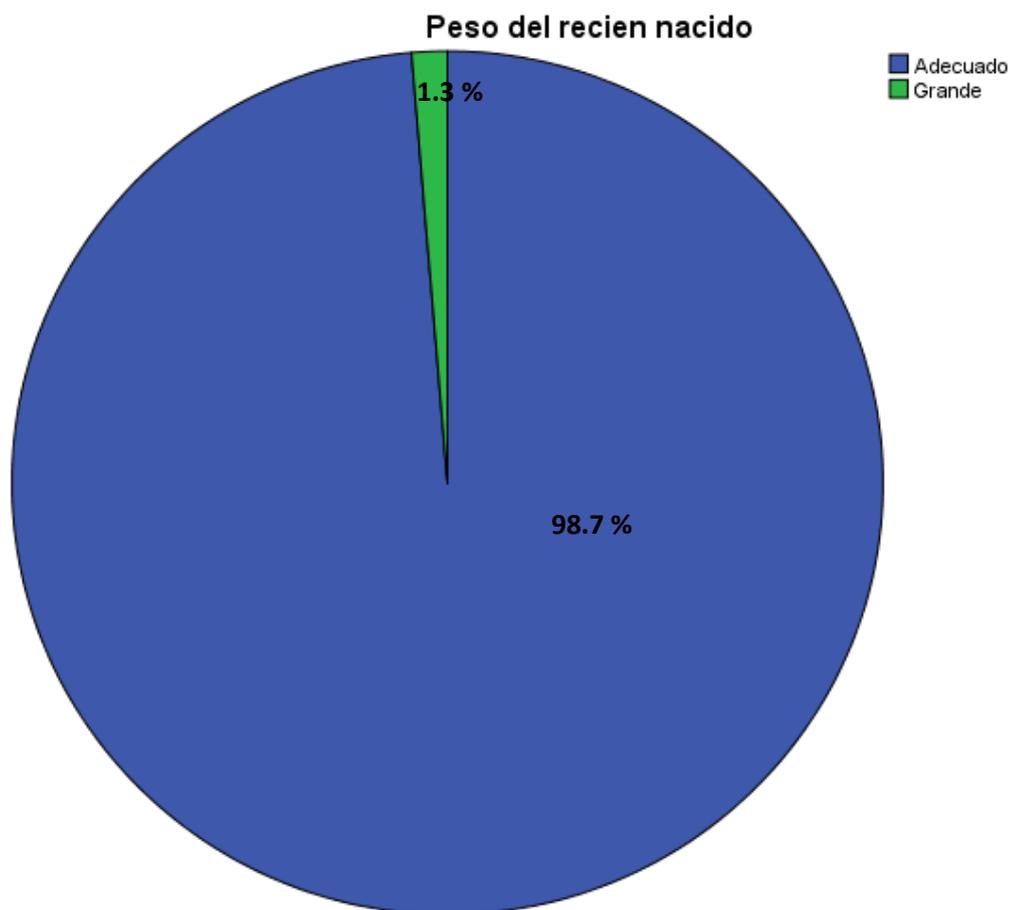


Figura peso del recién nacido

En cuanto al peso del recién nacido, el cuadro nos muestra que el 98,7% de los recién nacidos tuvieron un peso adecuado, mientras que un 1,3% se registró como recién nacido grande.

Tabla 27
Complicaciones de la madre

	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	18,4
No	62	81,6
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

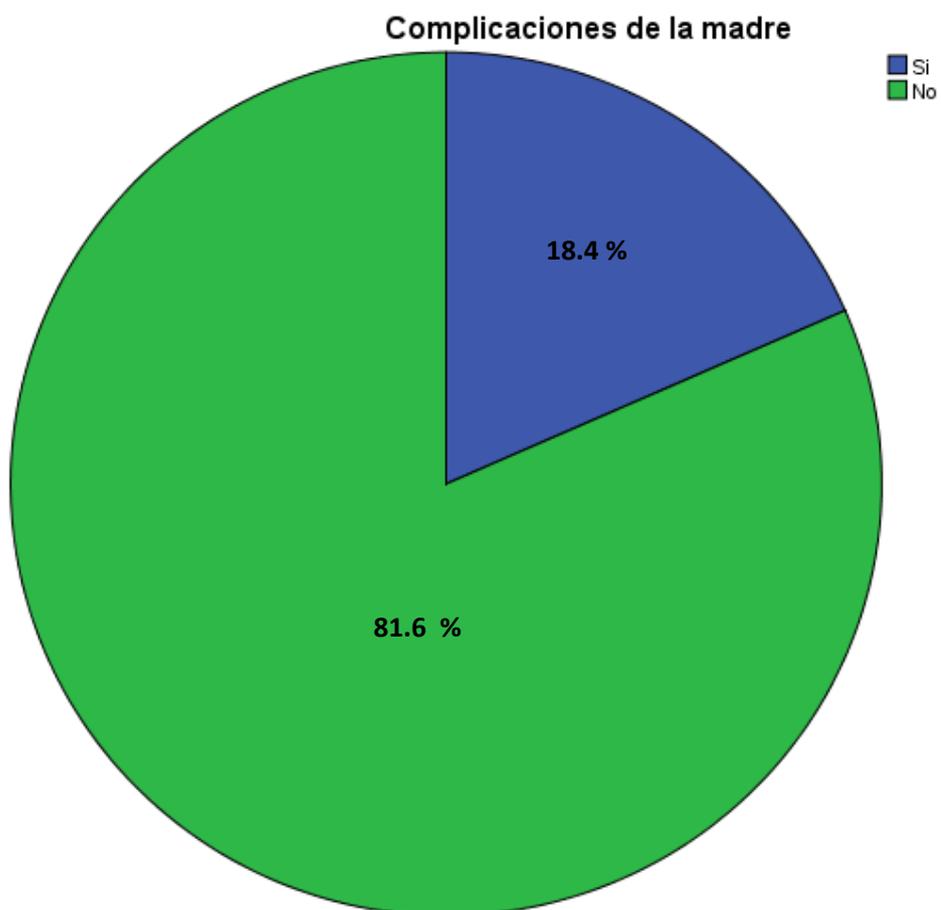


Figura complicaciones de la madre

En cuanto a complicaciones de la madre, se registró el 81,6% de gestantes primigestas que no tuvieron ningún tipo de complicación durante y después del parto, mientras que el 18,4% si se registró algún tipo de complicación.

Tabla 28
Complicaciones del recién nacido

	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	10,5
No	68	89,5
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia

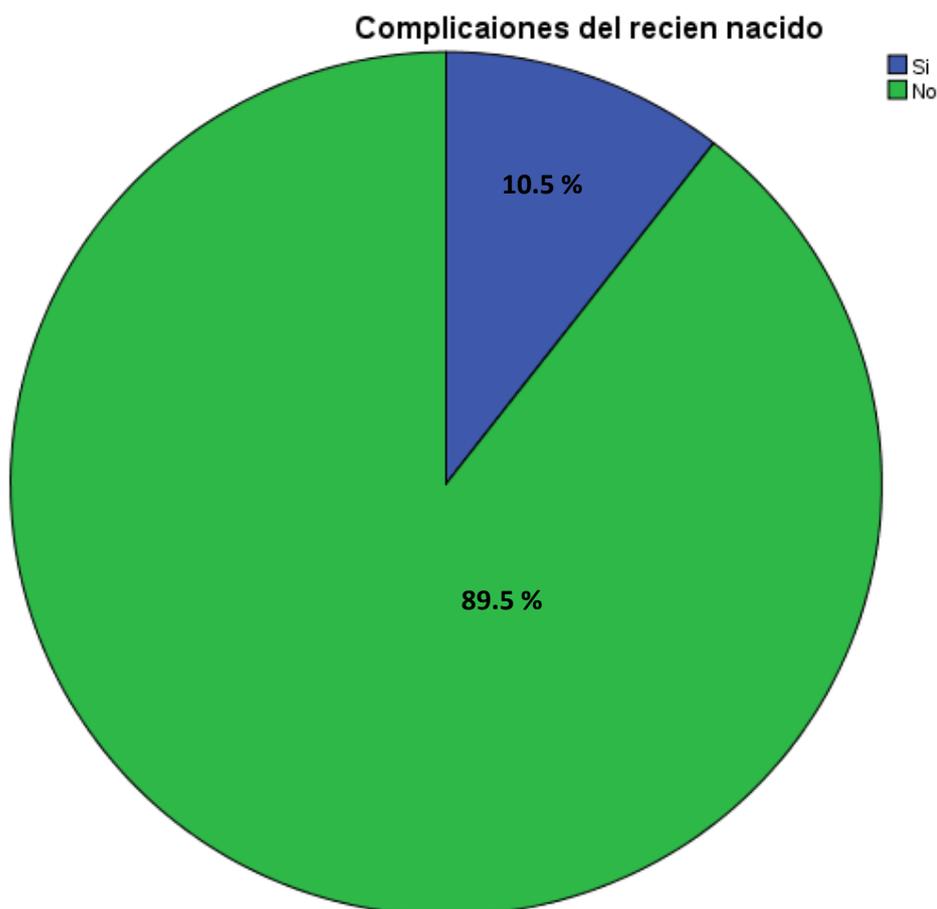
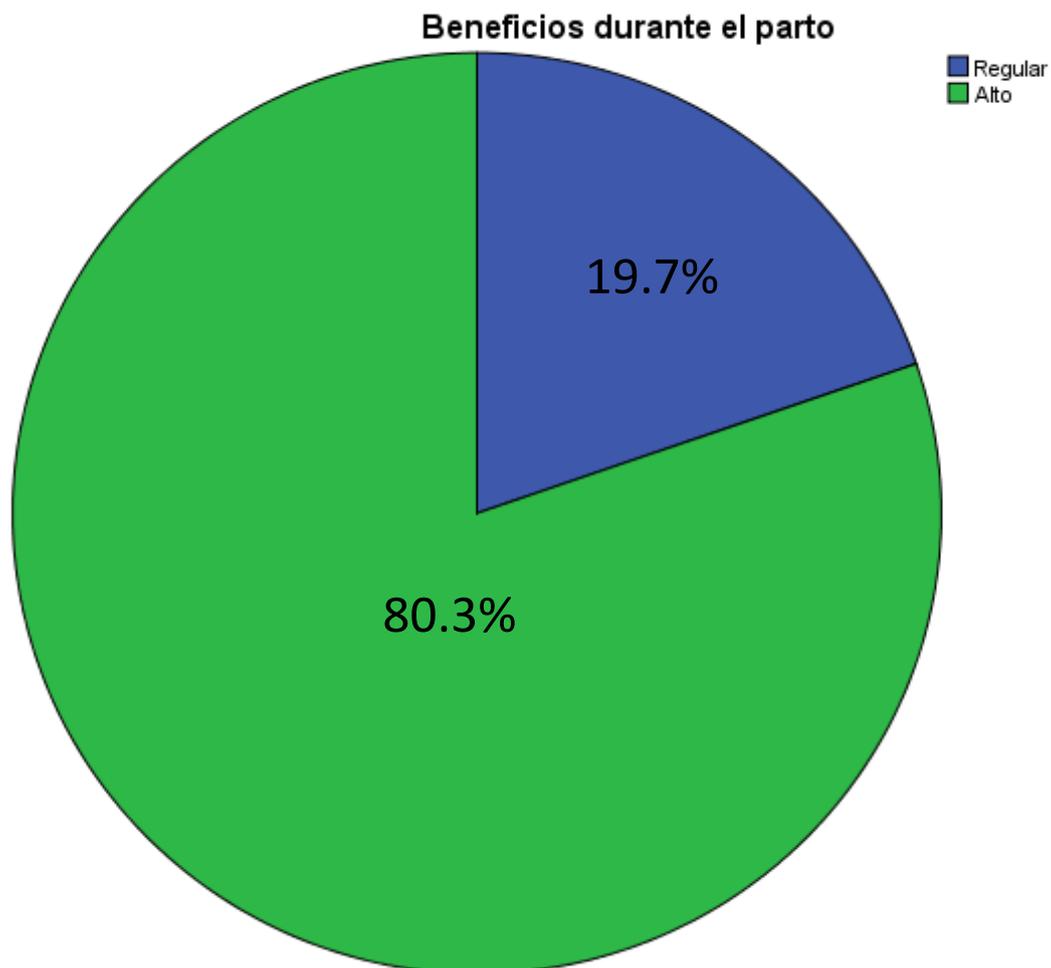


Figura complicaciones del recién nacido

En cuanto a complicaciones del recién nacido, se registró el 89,5% de aquellos recién nacidos de gestantes primigestas que no tuvieron ningún tipo de complicación, mientras que el 10,5% si registro algún tipo de complicación.

Tabla 29
Beneficios durante el parto

	Frecuencia	Porcentaje
Regular	15	19,7
Alto	61	80,3
Total	76	100,0

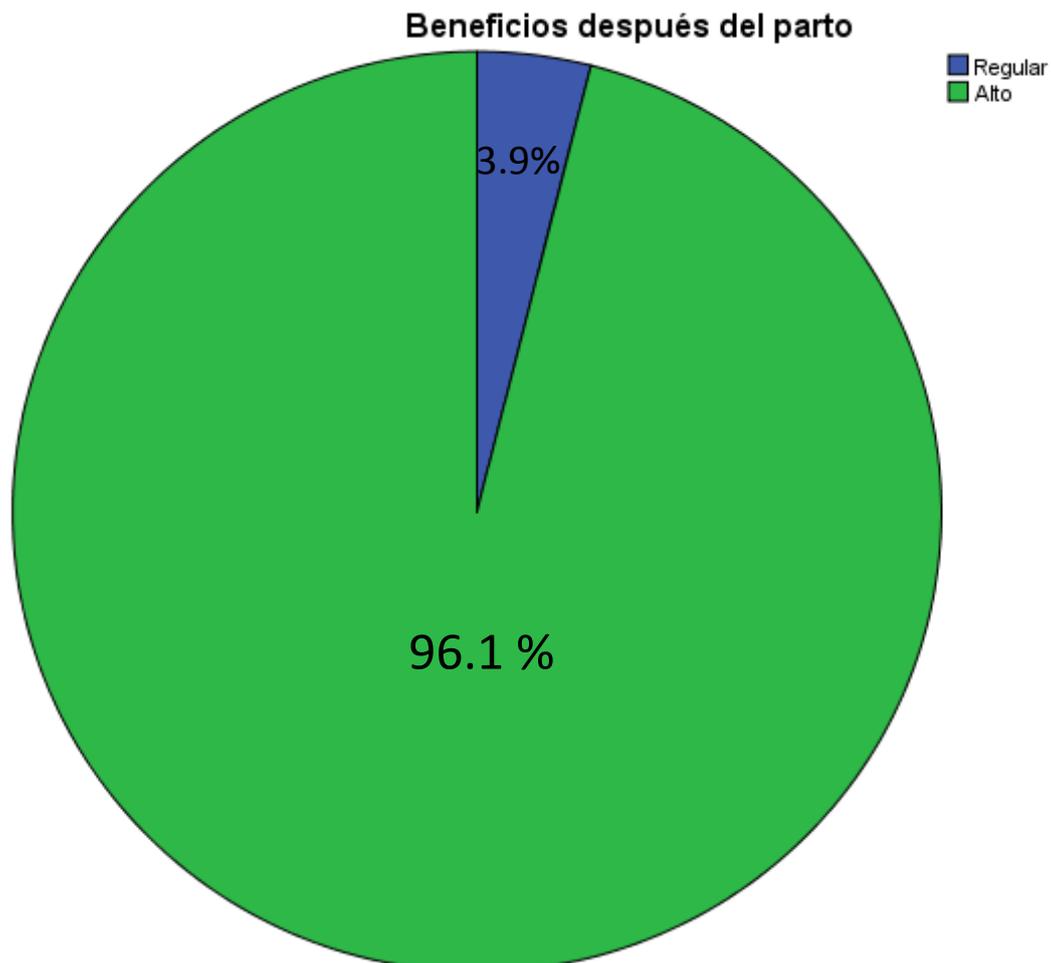


La tabla muestra que los beneficios que ofrece la psicoprofilaxis obstétrica durante el parto es alto, representado por un 80,3%

Tabla 30
Beneficios después del parto

	Frecuencia	Porcentaie
Regular	3	3,9
Alto	73	96,1
Total	76	100,0

Fuente:Elaboración Propia

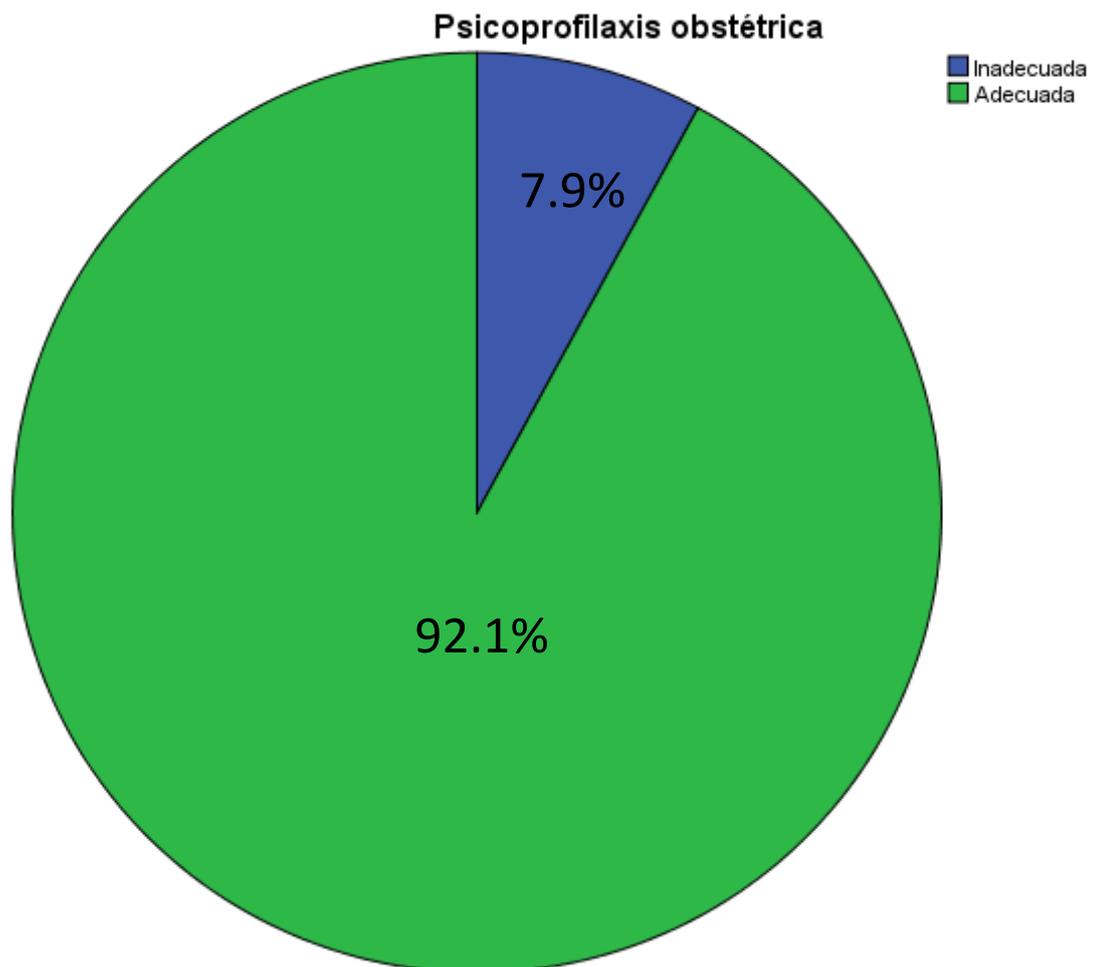


La tabla muestra que los beneficios que ofrece la psicoprofilaxis obstétrica después del parto es alto, representado por un 96,1%

Tabla 31
Psicoprofilaxis obstétrica

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuada	6	7,9
Adecuada	70	92,1
Total	76	100,0

Fuente : Elaboración Propia



La tabla muestra que las gestantes recibieron una psicoprofilaxis obstétrica adecuada, representado por un 92,1%

CONTRASTE DE LA HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

HIPÓTESIS NULA (H_0): No existe relación entre la psicoprofilaxis obstétrica y los beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014.

HIPÓTESIS ALTERNA (H₁): Existe relación entre la psicoprofilaxis obstétrica y los beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014.

Si $p \leq 0,05$ entonces rechazo la Hipótesis nula (H₀)

Tabla 32
Correlaciones

		Beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas	Psicoprofilaxis obstétrica
Beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas	Correlación de Pearson	1	,345**
	Sig. (bilateral)		,002
	N	76	76
Psicoprofilaxis obstétrica	Correlación de Pearson	,345**	1
	Sig. (bilateral)	,002	
	N	76	76

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Como la significancia bilateral (p) es 0,002 rechazo la hipótesis nula en vista que $p \leq 0,05$ Para cualquier nivel las dos variables son significativamente dependientes. Por lo tanto podemos decir que existe relación entre la psicoprofilaxis obstétrica y los beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014.

Además se observa que la correlación entre estas dos variables es significativa.

HIPÓTESIS SECUNDARIAS

HIPÓTESIS NULA (H₀): A mayor participación en la preparación psicoprofiláctica obstétricas menores serán los beneficios durante el parto.

HIPÓTESIS ALTERNA (H₁): A mayor participación en la preparación psicoprofiláctica obstétricas mayores serán los beneficios durante el parto.

Tabla 33
Correlaciones

		Beneficios durante el parto	Psicoprofilaxis obstétrica
<u>Beneficios durante el parto</u>	Correlación de Pearson	1	,345**
	Sig. (bilateral)		,002
	N	76	76
<u>Psicoprofilaxis obstétrica</u>	Correlación de Pearson	,345**	1
	Sig. (bilateral)	,002	
	N	76	76

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Si $p \leq 0,05$ entonces rechazo la Hipótesis nula (H_0)

Como la significancia bilateral (p) es 0,002 rechazo la hipótesis nula en vista que $p \leq 0,05$ Para cualquier nivel las dos variables son significativamente dependientes. Por lo tanto podemos decir que a mayor participación en la preparación psicoprofiláctica obstétricas mayores serán los beneficios durante el parto.

Además se observa que la correlación entre estas dos variables es significativa.

HIPÓTESIS NULA (H_0): A mayor participación en la preparación psicoprofiláctica obstétricas menores serán los beneficios después del parto.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1): A mayor participación en la preparación psicoprofiláctica obstétricas mayores serán los beneficios después del parto.

Tabla 34
Correlaciones

		Beneficios después del parto	Psicoprofilaxis obstétrica
<u>Beneficios después del parto</u>	Correlación de Pearson	1	,256*
	Sig. (bilateral)		,026
	N	76	76
<u>Psicoprofilaxis obstétrica</u>	Correlación de Pearson	,256*	1
	Sig. (bilateral)		,026
	N	76	76

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Si $p \leq 0,05$ entonces rechazo la Hipótesis nula (H_0)

Como la significancia bilateral (p) es 0,026 rechazo la hipótesis nula en vista que $p \leq 0,05$ Para cualquier nivel las dos variables son significativamente dependientes. Por lo tanto podemos decir que a mayor participación en la preparación psicoprofiláctica obstétricas mayores serán los beneficios después del parto.

Además se observa que la correlación entre estas dos variables es significativa.

4.2. DISCUSIÓN

Este estudio abarco la revisión de 76 historias clínicas maternas que conforman el grupo de estudio de gestantes preparadas psicoprofilacticamente, el 31,6% de las gestantes fluctúan entre los 12 a 18 años, el 64,5% de gestantes entre los 19 a 35 años y el 3,9% corresponden a las edades de los 35 años a más respectivamente. Con respecto al estado civil, el 23,7% son gestantes solteras,

el 6,6% corresponde a gestantes casadas; predominando las gestantes de unión libre con el 69,7%.

Con respecto al lugar de procedencia el 82,9% vive en zona urbana y el 17,1% radica en zonas rurales. Teniendo en cuenta el grado de instrucción, el 1,3% de gestantes es analfabeta, el 2,6% tiene estudios primarios completos, el 7,9% tiene estudios primarios incompletos, predominando el 44,7% de gestantes con estudios secundarios completos, el 18,4% presenta estudios secundarios incompletos, el 17,1 % con estudios superiores universitarios y el 7,9% de gestantes con estudio superior no universitario. En cuanto al factor ocupación se obtuvo que un 90,8% de las gestantes son amas de casa y el 9,2% son trabajadoras.

Teniendo en cuenta los cuadros de edad, estado civil, grado de instrucción y factor ocupación, podemos afirmar que las gestantes primigestas muestran mayor ventaja en cuanto a madurez, estado emocional y nivel cultural. Estas cifras guardan relación según Vidal (2004) en su estudio titulado factores asociados a la participación activa en sala de partos de la parturienta con psicoprofilaxis. Los resultados reportados fueron que se realizó un estudio comparativo, observacional, prospectivo, basado en 60 parturientas con preparación en psicoprofilaxis y 60 sin preparación en psicoprofilaxis, dentro de los resultados se observó que el grado de instrucción tiene asociación con la parturienta activa en ambos grupos de estudio. Las parturientas con psicoprofilaxis obstétrica que participaron activamente son en un 55,6% de secundaria completa y un 33,3% de estudios superiores. Además observamos que las parturientas sin psicoprofilaxis obstétrica con secundaria incompleta, superior no universitario y superior universitario, absolutamente todas participan activamente, a pesar de no haber llevado el curso de psicoprofilaxis obstétrica. El factor ocupación tiene asociación con la participación activa, los resultados obtenidos son que la ocupación de la parturienta con psicoprofilaxis obstétrica que participaron activamente es en un 81,5% amas de casa y aquellas que no participan activamente son empleadas en un 66,7%. Además encontramos cierta similitud con el autor Valle (2006) en su estudio influencia

de la psicoprofilaxisobstetrica en la actitud de la gestante. Los resultados reportados fueron que utilizo una muestra de 17 gestantes que recibieron la preparación psicoprofilactica, donde reporta que las gestantes que se prepararon para el parto en mayor porcentaje son adolescentes jóvenes y adultos con una educación adecuada, lo que facilito la captación de los temas que se impartieron en las sesiones de psicoprofilaxis.

En cuanto a control prenatal el 100% de las gestantes primigestas en estudio acudió a sus controles prenatales. El cuanto a tamizaje de sífilis el 100% de las gestantes fueron tamizadas. En cuanto a tamizaje de VIH el 100% de las gestantes fueron tamizadas. En cuanto a psicoprofilaxis obstétrica el 100% de gestantes en estudio recibió preparación psicoprofilactica.

Esto guarda relación con el autor Villar (2009) en su estudio titulado factores asociados al uso de psicoprofilaxisobstetrica en puerperas en el cono sur de lima. Los reportes fueron que la prevalencia del uso del servicio de psicoprofilaxis obstétrica es de 18,2% pero 10,4% no lo completaron y solo 7,8% asistieron a todas las sesiones. Los factores asociados al uso del servicio fueron: creencias y actitudes positivas hacia la psicoprofilaxis obstétrica, satisfacción en el servicio, infraestructura y logística, equipamiento, ambientación, continuidad del personal, conocimientos previos, presencia de hijos.

En cuanto al tipo de parto, se observó que solo al 15,8% de las gestantes se le realizo cesárea y el 84,2% termino en parto vaginal. En cuanto a la presentación fetal se registró un minino de 1,3% de fetos en presentación podálica, mientras que el 98,7% mantuvo la presentación cefálica. En cuanto a la posición del parto, el 100% de las gestantes en estudio mantuvo la posición horizontal. En cuanto al tiempo que demoro el periodo expulsivo, el 82,9% demoro entre 1 a 30 minutos, mientras que un 1,3% demoro entre 31 a 50 minutos y el 15,8% restante corresponde a aquellas que terminaron su parto via abdominal. En cuanto al tiempo que demoro el periodo de alumbramiento, el 82,9% corresponde a aquellas que estuvieron en promedio de tiempo de 2 a 15 minutos, habiendo un 1,3% que estuvo en promedio de 16 a 30 minutos, y el

15,8% restante corresponde a aquellas que terminaron su parto vía abdominal. En cuanto al tipo de alumbramiento, el 71,1% corresponde a aquellas que tuvieron un alumbramiento espontáneo, y el 13,2% corresponde a aquellas que tuvieron un alumbramiento manejo activo, y el 15,8% corresponde a aquellas que terminaron su parto vía abdominal. En cuanto a desgarros perineales el 59,2% de gestantes en estudio no tuvo ningún tipo de desgarro, el 25% si tuvo algún tipo de desgarro y el 15,8% corresponde a aquellas que terminaron su parto vía abdominal. En cuanto a los grados de desgarro perineal, el 18,4% corresponde a aquellas gestantes que tuvieron desgarro perineal grado I, el 6,6% corresponde a aquellas gestante que tuvieron desgarro perineal grado II, y el 75% corresponde a aquellas gestantes que no tuvieron ningún tipo de desgarro. En cuanto a retención placentaria el 82,9% de las gestantes no tuvo retención placentaria, el 1,3% si tuvo retención placentaria y el 15,8% corresponde a aquellas que terminaron su parto vía abdominal. En cuanto al sangrado, el 84,2% tuvo un registro de sangrado entre 100 a 500 ml. Correspondiente a aquellas que terminaron su parto vía vaginal y el 15,8% tuvo un registro de sangrado mayor de 500 ml. Correspondiente a aquellas gestantes que terminaron su parto vía abdominal.

Encontramos similitud con el autor Cubas y Vasquez (2012) en su tesis titulada nivel de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto demostrando que la preparación psicoprofiláctica contribuye a disminuir los niveles de ansiedad de la gestante durante el mismo. Los resultados obtenidos fueron que la preparación psicoprofiláctica de la gestante demuestra que influye significativamente disminuyendo los niveles de ansiedad durante el trabajo de parto, siendo preparada física, psicológica y emocionalmente.

En su estudio el autor Salas (2012) con tesis titulada importancia que conlleva la realización de la psicoprofilaxis obstétrica en el embarazo, en relación a la edad materna en su primera gestación. Los resultados reportados fueron que si se realiza psicoprofilaxis obstétrica en forma correcta brindara a la mujer mayor seguridad, sabrá actuar, como respirar y además se evitara de posibles

traumatismos maternos y complicaciones que convierten el parto en un proceso patológico o traumático.

En cuanto al puntaje de APGAR al minuto el puntaje predominante fue de 7 a 10 puntos con un 96,1% y se registró 3,9% en recién nacidos con puntajes entre 0 a 6 puntos. En cuanto al puntaje de APGAR a los cinco minutos, nuestro trabajo registro que el 98,7% de los recién nacidos obtuvieron el puntaje de 7 a 10 y el 1,3% de 0 a 6 puntos. En cuanto a contacto precoz, el 75% de las gestantes primigestas tuvo contacto precoz piel a piel con su recién nacido, y el 25% no tuvo contacto precoz. En cuanto a edad gestacional por método capurro, el 5,3% de los recién nacidos tuvo una edad menor a 37 semanas, el 92,1% tuvo una edad entre 38 a 40 semanas, y el 2,6% tuvo una edad mayor a 41 semanas. En cuanto al peso del recién nacido, el 98,7% de los recién nacidos tuvieron un peso adecuado para su edad gestacional y el 1,3% fueron grandes para su edad gestacional. En cuanto a complicaciones de la madre el 18,4% registro algún tipo de complicación y el 81,6% de las gestantes no tuvo ningún tipo de complicación. En cuanto a complicaciones del recién nacido, el 10,5% registro algún tipo de complicación, y el 89,5% de los recién nacidos no tuvo ningún tipo de complicación.

Estudio del autor Reyes (2004) titulado relacion que existe entre los beneficios materno perinatales de las primigestas atendidas en el instituto especializado materno perinatal y la psicoprofilaxis obstetrica. Los resultados reportados fueron que las primigestas con preparación prenatal y puerperal, ingresan al hospital con diagnostico confirmado de trabajo de parto, presentan parto vaginal y en cuanto a los recién nacidos estos no presentan signos de sufrimiento fetal y no hay dificultades para una lactancia materna exclusiva.

CONCLUSIONES

1. La PPO brinda una preparación integral buscando contribuir a un embarazo, parto y puerperio sin dolor y sin temor y a la disminución de la morbilidad materna perinatal. Se comprobó que las gestantes

recibieron una adecuada psicoprofilaxis obstétrica, representado por un 92,1%, así mismo el beneficio obtenido al recibir la psicoprofilaxis obstétrica durante el parto y después del parto es alto, representado por un 80,3% y 96,1% respectivamente.

2. Con la PPO se espera que haya un menor grado de ansiedad en la madre, permitiendo adquirir y manifestar una actitud positiva, lo que permite la gran alternativa de mejorar las condiciones de la atención. Uno de los objetivos es el cambio de la actitud de la mujer hacia el parto y su conducta durante el mismo. En esta investigación se observó que el porcentaje predominante entre el total de las gestantes primigestas en estudio sobre vía de parto fue vía vaginal (84,2%), lo cual nos da parto saludable, y habiendo otro porcentaje que termino en cesárea (15,8%) por indicación de sufrimiento fetal, detención de la fase de dilatación, desproporción céfalo pélvica, entre otros. Dado que en la cesárea es necesaria la anestesia epidural, la paciente esta inconsciente lo que dificulta en contacto físico y emocional precoz con el recién nacido.
3. La PPO busca limitar mediante sus ejercicios psicoprofilacticos para la mayor elasticidad del periné, el uso de la episiotomía ya que habrá menores traumatismos, menor necesidad de suturas y menos complicaciones. En este estudio concluimos que el 60,5% de las gestantes primigestas no tuvieron necesidad de que se le practique episiotomía, obteniéndose un 23,7% de gestantes primigestas a las que si se les tuvo que realizar episiotomía y un 15,8% representa a aquellas gestantes primigestas que terminaron su parto vía abdominal.
4. Con la PPO se busca el mejoramiento del estado general de la embarazada reforzando así los músculos necesarios para el acto expulsivo, cumpliéndose así una de las ventajas que es la de menor duración del periodo expulsivo lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menor riesgo de alteraciones de laticos cardiacos fetales.

En este estudio se encontró que los promedios de tiempo fueron de 1 a 30 minutos (82,9%), aunque se registró un mínimo de tiempo entre 31 a 50 minutos (1,3%) lo que nos indica que existe un cierto grado de ansiedad en la gestante lo que dificulta el progreso adecuado del parto.

5. La PPO busca lograr una participación positiva y activa de la gestante en todo el trabajo de parto mediante los conocimientos que se les brinda sobre todo el proceso durante el parto y postparto, En este estudio se observó en cuanto al tiempo de alumbramiento, que los promedios de tiempo fueron de 2 a 15 minutos (82,9%), y se registró un mínimo de tiempo entre 16 a 30 minutos (1,3%) los cuales son tiempos adecuados para terminar con este periodo.

6. Una buena respiración y actitud de la gestante, con la adecuada práctica de ejercicios psicoprofilácticos cumplirá uno de los beneficios de la PPO, que es la disminución de los desgarros perineales. En este estudio concluimos que en mayor porcentaje las gestantes primigestas no tuvieron ningún tipo de desgarro (59,2%) lo cual nos indica muy buena elasticidad del conjunto de músculos y de la protección del periné para prevenirlos, registrándose un grupo que si tuvo algún tipo de desgarro (25%) los cuales son una de las lesiones más frecuentes del parto.

7. La PPO brinda conocimientos de autocuidado los cuales junto con la práctica de ejercicios enseñados y masajes postparto ayudarán a cumplir uno de los beneficios de la PPO que es lograr la disminución de complicaciones en la madre como hemorragias. En este estudio se observó en cuanto al sangrado que el mayor porcentaje de gestantes primigestas presentó de 100 a 500 ml de sangrado correspondiente a aquellas gestantes que terminaron su parto vía vaginal (84,2%), mientras que un porcentaje registró más de 500 ml de sangrado (15,8%) el cual corresponde a aquellas gestantes primigestas que terminaron su parto vía abdominal.

8. La PPO tiene como principal factor suprimir el miedo en la gestante y devolver el equilibrio adecuado en tan importante momento de la vida, permitiendo llegar al máximo potencial del feto y del recién nacido. En este estudio se observó en cuanto al puntaje de APGAR al minuto (96,1%) y a los cinco minutos (98,7%), la gran mayoría se evidencio con buen estado del recién nacido. Registrándose al minuto entre los puntajes de 0 a 6 puntos un porcentaje minimo (3,9%) el cual disminuyó a los cinco minutos (1,3%) observándose una mejor estabilidad fetal.
9. Ya que se debe favorecer el momento adecuado para el contacto madre-hijo, se cumple una de las ventajas de la PPO que es la de mejor comunicación con el bebe disfrutando de un vínculo afectivo. En este estudio se observó en cuanto a contacto precoz que la mayoría de las gestantes goza de esta ventaja durante el parto (75%) lo cual es realizado como un bebe espera ser recibido en la cercanía y completa seguridad que le transmite su madre, mientras que otro grupo no goza de este beneficio (25%) ya sea por alguna complicación durante el parto o por haber culminado su parto via abdominal.
10. Ya que mediante la PPO se busca brindar los conocimientos acerca de la importancia del cuidado prenatal mediante información y ejercicios, la gestante sabrá reconocer algún signo de alarma de la gestación sobre el cuidado de su bebe y el desarrollo adecuado de su crecimiento. En este estudio se observó que en cuanto la edad gestacional por método capurro, el porcentaje predominante esta entre los 38 a 40 semanas (92,1%), lo cual nos indica una buena edad para gestacional para culminar la gestación, mientras que en menor frecuencia esta los recién nacidos nacidos menor a las 37 semanas (5,3%) y aquellos con más de 41 semanas (2,6%).
11. Ya que mediante la PPO se busca brindar los conocimientos adecuados sobre el autocuidado de la gestación, la gestante sabrá actuar frente a su alimentación y nutrición, lo que permitirá terminar el embarazo con un recién

nacido con buen estado general. Este estudio concluyo según el peso del recién nacido, que en mayor porcentaje se registra aquellos adecuados en su peso para su edad gestacional (98,7%), lo que favorece al momento de la salida del feto por el canal del parto, registrándose un mínimo porcentaje de recién nacido grande para su edad gestacional (1,3%).

12. Ya que mediante la PPO se brindan los conocimientos sobre el autocuidado de la gestación, parto y puerperio, se cumple uno de los beneficios que es una recuperación más rápida y cómoda. En este estudio se observó en cuanto a complicaciones de la madre, que predominan aquellas gestantes quienes no tuvieron ningún tipo de complicación (81,6%) lo que nos da un buen indicador de parto saludable, y se registró en menor porcentaje aquellas que tuvieron algún tipo de complicación (18,4%).

13. La PPO educa a la gestante mediante conocimientos, ejercicios los cuales ayudan a terminar con un parto saludable cumpliéndose el objetivo de disminución de la morbilidad materna y perinatal. En cuanto a complicaciones del recién nacido, predominan aquellos recién nacidos con buen estado de salud (89,5%), y en mínimo porcentaje aquellos recién nacidos que tuvieron algún tipo de complicación (10,8%).

RECOMENDACIONES

- Debemos de fomentar mucho más la preparación de psicoprofilaxis obstétrica, hacer que el pueblo peruano goce los beneficios y ventajas

que esta preparación brinda, ya que no solo son beneficios para la gestante sino que también para su entorno, la institución de salud y por supuesto para el niño por nacer.

- Estandarizar los conocimientos de psicoprofilaxis e informar acerca de los objetivos del servicio a todas las obstetras, principalmente a aquellas que se encuentran en sala de partos, para que brinden un óptimo apoyo a la parturienta en su trabajo de parto, y exista una mayor participación.
- Buscar la participación activa por parte de la pareja o un acompañante dentro de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, planteando estrategias que contribuyan a motivar sus asistencia hasta el final de la preparación psicoprofiláctica, con el fin de fortalecer el apoyo emocional y la confianza de las mujeres embarazadas reduciendo así el temor, tensión y dolor que pueda presentarse en el parto.
- Crear estrategias de convencimiento mostrando beneficios a participar activamente en el programa de psicoprofilaxis, con mayor énfasis a las gestantes procedentes de zonas rurales ya que ellas muestran mayor desinterés de actuar frente a su propia salud.
- El hospital debería apoyar al Servicio de Obstetricia, mediante la capacitación permanente del personal que allí trabaja para mantener y mejorar cada día más la calidad de atención que se ofrece a la gestante de la localidad.
- Establecer una relación agradable y de confianza entre el profesional y la embarazada que contribuya a estudiar factores objetivos y subjetivos que influyen en el embarazo y el parto, identificando también factores económicos, sociales y personales que puedan alterar el proceso del embarazo, parto y puerperio, incorporando así elementos de educación para la salud y para potenciar el autocuidado en la mujer.

- Debemos de promover el parto institucional mediante la adecuación cultural de los servicios evitando así la mortalidad materna perinatal.
- Fortalecer la educación a la mujer embarazada desde el inicio de su gestación acerca de los signos de alarma que pueden poner en riesgo el embarazo, esto será de gran ayuda para la práctica de psicoprofilaxis, ya que así el personal de salud podrá tener medidas adecuadas en función al bienestar madre-hijo.
- Debemos informar sobre los cambios normales del embarazo, la nutrición y ganancia de peso, la actividad física en el embarazo hasta la importancia de saber respirar y relajarse durante el parto por medio de ejercicios físicos que aprenderá en compañía de su pareja o acompañante.
- Debemos brindar información para que la gestante y su entorno sepa sobre la alimentación que debe ser completa y variada para conservar su salud y la de su hijo
- Promover la importancia de la preparación de la psicoprofilaxis obstétrica, brindando charlas educativas a todas las gestantes, pues así estaríamos contribuyendo a los beneficios maternos perinatales y disminuyendo la morbimortalidad.
- Hacer extensivo el programa de psicoprofilaxis a todos los establecimientos de salud, por ende ayudaremos a disminuir los niveles de ansiedad que se presenta en la gestante durante el trabajo de parto el cual contribuirá a disminuir la morbi mortalidad materno perinatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSPO. El ABC de la Psicoprofilaxis Obstétrica [sede web].Perú – Lima: Asspo.org; 13 de setiembre de 1995 [actualizada el febrero de 2009; acceso 08 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.asppo.org/>
2. Carranza M.L. Todo sobre el embarazo. 1998.
3. Centro de preparación para la maternidad y paternidad. Perú. www.nuevelunasperu.com
4. Cubas, M. y Vasquez, J. Influencia de la preparación psicoprofilactica en los niveles de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto. Hospital Santa Gema – Yurimaguas. Mayo a diciembre 2010. (Tesis) Universidad Nacional de San Martin. Tarapoto Perú. 2012.

5. Lazame Internacional. Etapas de parto. 01 abril del 2013. <http://www.lamaze.org/p/bl/et/blogid=12&blogaid=119>
6. Maternidad y Salud. Ciencia, conciencia y experiencia. Informes, estudios e investigación 2012.
7. MINSA. Guía técnica para la Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal 2011.
8. Narváez G, y Pérez J. Dar de mamar... es amar. Edit. Planeta Perú S.A. 2012.
9. Plan de trabajo psicoprofilaxis obstétrica y estimulación temprana prenatal 2013 – Hospital de Chancay. 2013.
10. Mora, K. y Rivadeneira, F. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre consejería psicoprofiláctica a embarazadas, al cliente interno y externo del subcentro de salud de tejares. Provincia de Inbabura en el periodo junio – octubre del 2013 (Tesis) Universidad Técnica de Norte. 2013.
11. Revista nacer. Cochrane S.A. Argentina 1985. Rev. N°2, 3, 4, 5, 7 y 8.
12. Reyes Hoyos, L.M. Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno – perinatales en primigestas atendidas en el instituto especializado materno perinatal. Enero –diciembre 2002 (Tesis). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2004.
13. Romero Pinedo, M. y Huayllas Rodas, Y. R. Importancia y beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en mujeres gestantes en el Hospital San Juan de Lurigancho entre los meses de enero – octubre del 2011 (Tesis).
14. Salas Mora, F. Aplicar psicoprofilaxis obstétrica en primigestas añosas, propuesta de un protocolo de manejo, Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel, de septiembre 2012 a febrero 2013. (Tesis) Universidad de Guayaquil. Ecuador. 2013
15. Valle Cohaila, V. V. Programa de psicoprofilaxisny actitud de la gestante facultad de obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna diciembre 2005 a febrero del 2006. Tacna 2006
16. Vidal Polo, P. y Santiago Alvarado, A. Factores asociados a la participación activa en sala de partos de la parturienta con psicoprofilaxis obstétrica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima 2004.

17. Villar Villegas, R. Factores asociados al uso de psicoprofilaxis obstétrica en puérperas en el cono sur de Lima – 2005. Rev Per ObstEnf 3(2) 2007.
18. Williams. Obstetricia. 23ª edición. 2011.
19. www.mamanatural.com.mx
20. www.elpartoesnuestro.es
<http://www.efisioterapia.net/articulos/programa-ejercicios-parto-psicoprofilactico>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICO Y BENEFICIOS MATERNOS PERINATALES EN GESTANTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CHANCAY 2014

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿De qué manera la psicoprofilaxis obstétrica se relaciona con los beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>¿De qué manera la preparación psicoprofiláctica obstétrica se relaciona con los beneficios durante el parto en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014?</p> <p>¿De qué manera la preparación psicoprofiláctica obstétrica se relaciona con los beneficios después del parto en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Determinar la relación entre la psicoprofilaxis obstétrica y los beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014.</p> <p>OBJETIVOS SECUNDARIOS</p> <p>Determinar la relación entre la preparación psicoprofiláctica obstétrica y los beneficios durante el parto en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014.</p> <p>Determinar la relación entre la preparación psicoprofiláctica obstétrica y los beneficios después del parto en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014.</p>	<p>HIPÓTESIS PRINCIPAL</p> <p>Existe relación entre la psicoprofilaxis obstétrica y los beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014.</p> <p>HIPÓTESIS SECUNDARIAS</p> <p>A mayor participación en la preparación psicoprofiláctica obstétrica mayores serán los beneficios durante el parto.</p> <p>A mayor participación en la preparación psicoprofiláctica obstétrica mayores serán los beneficios después del parto.</p>	<p>TIPO Y NIVEL DE ESTUDIO</p> <p>Se realizará un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Nivel correlacional.</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <p>Para este estudio se tendrá en cuenta el total de gestantes primigestas atendidas en el área de Gineco-obstetricia del Hospital de Chancay durante julio 2013 a julio 2014, la población estimada representa un total de 76 gestantes primigestas.</p> <p>En vista que este trabajo tiene una población finita, se utilizará la población como muestra, la cual da como resultado final n= 76 gestantes primigestas.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p>Técnica: Observación Instrumento: Guía de observación (Registro de partos).</p>

ANEXO 02



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA

“PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICO Y BENEFICIOS MATERNOS PERINATALES EN GESTANTES
PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CHANCAY 2014”

FORMATO DE REGISTRO

DATOS PERSONALES:

1. EDAD

ADOLESCENTE (12 A 18)	
ADULTA (19 A 35)	
AÑOSA (35 A MAS)	

2. ESTADO CIVIL

SOLTERA	
CASADA	
UNION LIBRE	

3. LUGAR DE PROCEDENCIA

RURAL	
URBANO	

4. GRADO DE INSTRUCCION

ANALFABETA	
PRIMARIA	
PRIMARIA INCOMPLETA	
SECUNDARIA	
SECUNDARIA INCOMPLETA	
SUPERIOR	
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	

5. OCUPACION

AMA DE CASA	
TRABAJADORA	

DATOS ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

6. CONTROL PRENATAL

CPN	ASISTENCIA	
SI		
NO		

7. TAMIZAJE DE SIFILIS:

SI	
NO	

8. TAMIZAJE VIH

SI	
NO	

9. PSICROFILAXIS OBSTETRICA

PPO	Nº DE ASISTENCIAS	
SI		
NO		
DE EMERGENCIA		

DATOS DEL PARTO:

10. VIA DE PARTO

ABDOMINAL	
VAGINAL	

11. EPISIOTOMIA:

SI	
NO	

12. PRESENTACION

PODALICO	
CEFALICO	

13. POSICION

VERTICAL	
HORIZONTAL	

14. TIEMPO QUE DEMORO EL PERIODO EXPULSIVO

1 A 30 MINUTOS	
31 A 50 MINUTOS	
50 A MAS MINUTOS	

15. TIEMPO QUE DEMORO EL PERIODO D ALUMBRAMIENTO

2 A 15 MINUTOS	
16 A 30 MINUTOS	
31 A MAS MINUTOS	

16. TIPO DE ALUMBRAMIENTO:

ESPONTANEO	
MANEJO ACTIVO	

17. DESGARROS

DESGARROS		GRADOS			
		I	II	III	IV
SI					
NO					

18. RETENCION PLACENTARIA

SI	
NO	

19. SANGRADO

DE 100 A 500 ML.	
DE 500 ML A MAS	

DATOS DEL RECIEN NACIDO

20. PUNTAJE DE APGAR

	A 1 MINUTO	A LOS 5 MINUTOS
DE 0 A 6 PUNTOS		
DE 7 A 10 PUNTOS		

21. CONTACTO PRECOZ

SI	
NO	

22. EDAD GESTACIONAL POR CAPURRO

37 SEMANAS A MENOS	
38 A 40 SEMANAS	
41 SEMANAS A MAS	

23. PESO DEL RECIEN NACIDO

ADECUADO	
PEQUEÑO	
GRANDE	

24. COMPLICACIONES DE LA MADRE

SI	
NO	

25. COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO

SI	
NO	

ANEXO 03: Otros formatos

FORMATO DE ENTRADA EMERGENCIA DE GINECO - OBSTETRICIA



HISTORIA DE EMERGENCIA

MP 00000000

1. IDENTIFICACION

U	E
Sexo (F) (M)	

Apellidos y nombres: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Tipo de ingreso: _____
Fecha y hora de ingreso: _____
Hora atención médica: _____
Acompañante y persona responsable: _____

2. ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: _____
Inicio: _____

Síntomas Principales	Prioridad	I	II	III
_____	_____			

3. ANTECEDENTES

Patológicos: _____
Gineco-obstétricos: _____
Patológicos: _____
Alergia a medicamentos: _____

4. EXAMEN FISICO PREFERENCIAL

FUNCIONES VITALES F.C. P.A. F.R. T^o PESO

GENERAL: _____
CABEZA Y CUELLO: _____
TORAX Y PULMONES: _____
CARDIOVASCULAR: _____
ABDOMEN: _____
GENITO-URINARIO: _____
LOCOMOTOR: _____
NEUROLOGICO: _____

5. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

AP. PATERNO. MATERNO NOMBRES H.C.

6. INDICACIONES

--	--

MEDICO DE GUARDIA

INT. DE MEDICINA

7. EXAMENES AUXILIARES

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HEMORRINA | <input type="checkbox"/> EXAMEN ORINA | <input type="checkbox"/> Hb-Hb | <input type="checkbox"/> G. SANGUINEO |
| <input type="checkbox"/> GLUCOSA | <input type="checkbox"/> UREA | <input type="checkbox"/> CREATININA | <input type="checkbox"/> Na - K |
| <input type="checkbox"/> EKG | <input type="checkbox"/> AGLUTINACIONES | <input type="checkbox"/> PERFIL PRE-Op EMERGENCIA | |
| <input type="checkbox"/> RX INFLAMATORIA EN HECEDES | <input type="checkbox"/> TGO-TGP | <input type="checkbox"/> OTROS | |
| <input type="checkbox"/> RX TORAX | <input type="checkbox"/> RX ABDOMEN | <input type="checkbox"/> RX CRANEO | <input type="checkbox"/> RX (otros) |
| <input type="checkbox"/> ECO ABDOMINAL | | | |
| <input type="checkbox"/> INTERCONSULTAS | | | |

- ALTA
 OBSERVACION
 HOSPITAL
 TRANSF
 FALLECIDO

8. EVOLUCION - REEVALUACION EN EMERGENCIA

FECHA Y HORA	EVOLUCION MEDICA	FIRMA Y SELLO

- HOSPITALIZ
 ALTA VOLUNTARIA
 ALTA MEDICA
 TRANSF
 FALLECIDO

FECHA Y HORA	ANOTACIONES DE OBSTETRICIA	FIRMA Y SELLO

FICHA DE SESIONES DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

MATERIALES PARA EL PARTO

MAMA:

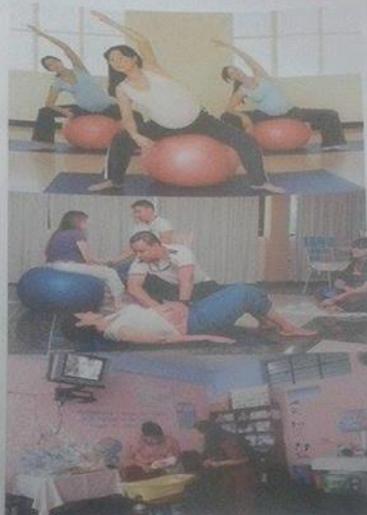
- 01 Bata.
- 04 Pañales tipo calzón.
- Útiles de aseo(cepillo, Kolyros, peine, shampoo, toalla, jabón)
- Un par de sandalias.
- Un par de pantuflas y medias.
- 2 trusos.
- 01 brasier (para lactancia)



BEBE:

- 01 Pqte. De pañales descartables.
- 01 pqte. De pañitas húmedas (sin alcohol)
- Jabón, shampo y toalla.
- Ropa para el recién nacido.
- 02 Colchitas.



**No Faltes a tus Sesiones de
PSICOPROFILAXIS
OBSTETRICA**

Prepárate para un parto sin temor y tendrás un bebé sano y feliz. Tu bebé te lo agradecerá...




**SERVICIO DE
PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA**



HOSPITAL DE CHANCAY



DATOS DE AFILIACION

1. N° H.C.

2. NOMBRES Y APELLIDOS

3. EDAD:

4. DIRECCION:

5. SECTOR:

6. TELEFONO:

7. NOMBRE DEL PAPA:

8. FACTOR DE RIESGO:

9. EDAD GESTACIONAL:

¿QUE ES EL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA?

El programa de Psicoprofilaxis Obstétrica es el programa educativo del Hospital de Chancay que consiste en la preparación está dirigida para las gestantes en general, aunque tenga indicación de cesárea.



CRONOGRAMA DE SESIONES

SESIONES	FECHA	FIRMA	OBSERVACIONES
1° sesión			
2° sesión			
3° sesión			
4 sesión			
5° sesión			
6° sesión			

Si mi papito viene contigo a todas las clases de PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA, estará presente en el NACIMIENTO.



BENEFICIOS

- Menor grado de ansiedad en la madre.
- Utilizar adecuadamente las técnicas de relajación.
- Esfuerzo de la madre más eficaz.
- Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas.
- Recuperación más rápida y cómoda de la madre.
- Menor incidencia de depresiones post-parto.



HOSPITAL DE CHANCAY

ESTIMULACION PRENATAL

Nombre:

HISTORIA CLINICA:

G.....P.....

FUR: _____

FPP: _____

SESIONES

CHARLAS

Nº1 _____

Nº1. _____

Nº2 _____

Nº3 _____

Nº2. _____

Nº4 _____

Nº5 _____

Nº3. _____

Nº6 _____

RECOMENDACIONES.

- **Presentar esta tarjeta para el control de su asistencia.**
- **La asistencia y la puntualidad son obligatorias (8:30 a.m. y 2.00 p.m.)**
- **Venir con ropa cómoda, ligera, libreta de apuntes, botella de refresco y/o agua)**



CERTIFICADO



Se entrega a la SRA.

Por haber culminado sus 6 sesiones de
PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA.

**ESTAMOS MUY AGRADECIDOS POR TU EMPEÑO Y DEDICACION,
DESEANDOTE UN PARTO EXITOSO Y QUE TENGAS UN BEBITO SANITO
Y FELIZ.**

Lic. BRIGIDA QUILLA TIPULA

(Responsable del SERVICIO DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA)