



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

23

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

REJ

APORTACIONES DE NUEVAS TECNICAS EN LA ATENCION DEL PARTO PSICOPROFILACTICO, EN PARTURIENTAS QUE ACUDEN A LA UNIDAD HOSPITALARIA C.I.M.I.G.E.N. POR PARTE DEL PASANTE DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE LA ENEO.

FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

LARA REYES, PASCUAL

Con la Asesoría del Profesor Severino Rubio Domínguez



U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE SERVICIO
SOCIAL Y OPCIONES TECNICALES
DE TITULACION

MEXICO, D. F.

1993.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Con admiración y respeto:

Al profesor:

*Severino Rubio, por sus conocimientos y tiempo
destinado a la atención de la realización de esta
investigación y llegar a la culminación de mi carrera.*

A la ENEO - UNAM:

*Por la formación académica recibida
durante los años que cursé para lograr
una carrera profesional en mi vida.*

*A las instalaciones del CIMIGEN y en
especial a la instructora de Psicoprofi-
laxis perinatal Guadalupe Trueba y al
Dr. Vargas Director del Hospital, por
permitirme y darme su apoyo para
realizar la investigación en esa insta-
lación hospitalaria.*

DEDICATORIAS

A mi familia, en especial a mis padres por permitirme vivir en este tiempo, y darme su apoyo moral y la confianza y amor que depositaron en mi para siempre seguir adelante.

A mi esposa Xóchitl P. por el apoyo y fuerza de voluntad que despertó en mi para poder lograr un objetivo más en mi vida.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	3
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO	5
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.5.1 General	5
1.5.2 Específicos	5
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 PARTO	7
2.1.1 Conceptualización del parto desde el enfoque de la preparación biofísica	7
2.2 METODOS UTILIZADOS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO	7
2.2.1 Parto con medicamentos	7
2.2.2 Parto sin medicamentos	7
- Mecanismos del trabajo de parto	10
- El trabajo de parto	14
- Atención durante el trabajo de parto	15
2.3 FISIOLOGÍA DEL EJERCICIO	16
2.3.1 Regulación de la respiración durante el ejercicio	17

	Pág.
2.3.2 La respiración durante el ejercicio	18
2.3.3 Transporte e intercambio de gases durante el ejercicio	18
– Intercambio gaseosos en los pulmones	19
– Transporte de oxígeno por la sangre	19
2.4 EL SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	20
2.4.1 Consumo de oxígeno en el músculo	21
2.4.2 Consumo de glúcidos en el músculo	21
– Mecánica animal	21
2.4.3 Propiedades del tejido muscular	23
– Función muscular	24
– Excitantes musculares	24
– El estiramiento muscular	25
2.5 PARTO PSICOPROFILÁCTICO CON MÉTODO Y ENFOQUE EN EDUCACIÓN FÍSICA	26
2.5.1 Conceptos	26
2.5.2 Objetivos del parto psicoprofiláctico	27
2.5.3 Antecedentes del parto psicoprofiláctico	28
– Teorías del parto psicoprofiláctico	30
2.5.4 El dolor del parto	34
– Causas psicológicas del dolor del parto	34
2.5.5 Enfoque de educación física en el parto psicoprofiláctico	41
– Justificación	41
– Beneficios	42
– La respiración en la gestante	44

	Pág.
– Programa utilizado en la preparación de las gestantes en estudio	47
3. METODOLOGÍA	50
3.1 HIPÓTESIS	51
3.1.1 General	51
3.1.2 De trabajo	51
3.1.3 Nula	51
 3.2 VARIABLES E INDICADORES	 52
3.2.1 Variable independiente	52
– Indicadores	52
3.2.2 Variable dependiente	52
– Indicadores	53
3.2.3 Definiciones operacionales	53
3.2.4 Modelo de relación causal de las variables	54
 3.3 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	 55
3.3.1 Tipo	55
3.3.2 Diseño de la investigación	55
 3.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTI- GACIÓN	 59
3.4.1 Fichas de trabajo	59
3.4.2 Observación	59

	Pág.
3.4.3 Entrevista	59
- Cuestionario	
4. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA	59
4.1 UNIVERSO, POBLACIÓN, MUESTRA Y ORGANIZACIÓN	59
4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS	60
4.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	61
4.4 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	88
5. CONCLUSIONES	94
6. ANEXOS Y APÉNDICES	97
7. BIBLIOGRAFÍA	115

ÍNDICE DE CUADROS

- CUADRO No. 1:** Edad de las Gestantes en estudio
- CUADRO No. 2:** Estado civil de las gestantes en estudio
- CUADRO No. 3:** Ocupación de las gestantes en estudio
- CUADRO No. 4:** Partos anteriores de las gestantes en estudio
- CUADRO No. 5:** Número de sesiones a las que asistió la gestante en estudio
- CUADRO No. 6:** Persona que acompaña a la gestante en estudio en el área de la labor
- CUADRO No. 7:** Persona a quien se dirige la gestante en el área de labor
- CUADRO No. 8:** Contacto físico existente entre la pareja en el área de labor
- CUADRO No. 9:** Actividad que realizan las gestantes en estudio cuando se presentan contracciones uterinas
- CUADRO No. 10:** Método que utilizan las gestantes para llevar a cabo la relación y control en el área de labor
- CUADRO No. 11:** Método que solicitan las gestantes para aminorar la tensión al dolor del parto
- CUADRO No. 12:** Posiciones que adoptan las gestantes en el área de labor para su mayor tranquilidad y relajarse
- CUADRO No. 13:** Orientación sugerida por parte de la gestante en el área de labor
- CUADRO No. 14:** Actitud que presenta la pareja durante la deambulación en el área de labor
- CUADRO No. 15:** Actitud que guardan las pacientes durante su estancia en el área de labor
- CUADRO No. 16:** Ejercicios respiratorios que se realizan durante la presencia de contracciones
- CUADRO No. 17:** Opciones posturales que adoptan las pacientes para ayudar a descender al producto

- CUADRO No. 18:** Apoyo psicológico que se da a las gestantes por parte de la pareja en el área de expulsión
- CUADRO No. 19:** Actitud que guardan las pacientes en el momento expulsivo del producto
- CUADRO No. 20:** Actitud que mantiene la pareja en el área de expulsión
- CUADRO No. 21:** Actitud que guarda la parturienta en el área de expulsión
- CUADRO No. 22:** Fases que presenta el esposo o persona que acompaña a la paciente en el momento del nacimiento del producto
- CUADRO No. 23:** Procedimientos obstétricos utilizados en el nacimiento del producto de la paciente en estudio
- CUADRO No. 24:** Actitud que presenta la paciente y su pareja posterior al nacimiento de su hijo
- CUADRO No. 25:** Características que presenta el recién nacido del grupo en estudio
- CUADRO No. 26:** Cuidados mediatos que requirió el recién nacido del grupo de estudio
- CUADRO No. 27:** Comunicación que presenta la pareja con relación al recién nacido en el área de recuperación.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación permite analizar como incide la participación de las parturientas en estudio, en la atención de su parto, así como la participación activa de su esposo o persona que la acompaña en esos momentos y el Licenciado en Enfermería y Obstetricia que atiende su parto y que ha sido orientado dentro del curso de parto psicoprofiláctico con técnica en educación física (biofísico), en el Hospital C.I.M.I.G.E.N.

Para poder hacer posible este análisis fue necesario desarrollar la investigación en siete capítulos tomando como base el modelo de la Lic. L. Balseiro Almario; que a continuación se presentan.

En el primer capítulo se hace una fundamentación de la investigación, planteándose así, la descripción de la investigación, descripción de la situación problema, identificación del problema, ubicación del tema de estudio, justificación y los objetivos que serían el general y los específicos.

En el segundo capítulo se hace referencia abarca el marco teórico, sobre el problema e hipótesis de las variables en estudio como son: Curso de parto psicoprofiláctico y la participación, comunicación, relación y factores de riesgo al nacimiento.

En el tercer capítulo se hace mención de la metodología seguida en la investigación, que incluye los siguientes apartados: Hipótesis, variables, indicadores, modelo de relación causal de las variables, tipo y diseño de investigación, cronograma de trabajo y técnicas e instrumentos de investigación utilizados.

En el cuarto capítulo se maneja la instrumentación estadística que incluye el universo, la población y muestra, así como el procesamiento de datos, la comprobación de las hipótesis y el análisis e interpretación de los resultados obtenidos de la investigación.

En el quinto, sexto y séptimo capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas respectivamente.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

Dentro de las actividades que corresponden a la carrera del Licenciado en Enfermería y Obstetricia se encuentra la participación del alumno en la práctica de atención del parto en diferentes instituciones hospitalarias. Por lo tanto, durante el transcurso de las prácticas de obstetricia en hospitales, se observa que la atención de los partos por parte del personal médico, es un tanto inhumana ya que se toma a la embarazada como un objeto de práctica sin antes valorar los sentimientos que el nacimiento de un niño representan para la madre y su pareja.

Así mismo se observa que la embarazada no cuenta con el conocimiento necesario de lo que es el embarazo y las etapas por las que cursa éste, ni con una técnica que favorezca el control y relajación para disminuir el dolor que se presenta en el trabajo de parto y expulsión del producto, y de esta manera favorecer y ayudar en el nacimiento del mismo a la vez que se puedan disminuir factores de riesgo asociados con la prolongación del trabajo de parto, con la actitud, la tensión de la parturienta y adecuada oxigenación y recuperación del producto y la madre.

Lo anterior demuestra que tanto en el personal médico como en la gestante, no existe una relación y comunicación de la técnica más óptima de atención del trabajo de parto y de la expulsión del producto.

Otra situación que se presenta es que a la embarazada se le priva de la participación en el trabajo de parto y en la expulsión; de tal forma que en lugar de impulsar la motivación en la embarazada por el nacimiento de su hijo, se convierte en un momento patético que desea que termine lo que consecuentemente evita que disfrute incluso de la maternidad.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

La interrogativa que surge de la situación problema presentado anteriormente es:

¿Cómo incide la participación de la gestante y su pareja, así como el personal de salud en el momento del trabajo de parto y nacimiento del producto, cuando se tiene una previa instrucción de parto psicoprofiláctico con la técnica de educación física?

1.3 JUSTIFICACIÓN:

El presente diseño de investigación se justifica genéricamente por tres razones:

La primera, porque como es conocido el método de parto ya sea hospitalario o psicoprofiláctico, se encuentra estancado en su investigación y no se ha logrado cambios en la participación práctica y favorable del personal de salud, la embarazada y su pareja.

La segunda es, que para poder obtener un método de parto psicoprofiláctico más práctico, de condicionamiento físico y que disminuya factores de riesgo al nacimiento, es necesario relacionar la obstetricia con la educación psicofísica. Por mi experiencia en educación física y mi preparación en obstetricia, he desarrollado una técnica de parto psicoprofiláctico más práctica y confiable que relaciona al personal de salud, a la embarazada y a su pareja.

Por último debido a que la profesión de Licenciado en Enfermería y Obstetricia no se ha destacado en la evolución de las técnicas, métodos y conocimientos sobre la atención de nacimientos, se pretende con esta investigación demostrar la capacidad resolutive y de contribución a la atención perinatal que tiene un egresado de nuestra carrera, cuando ejerce la obstetricia considerando los avances científicos, técnicas de parto psicoprofiláctico de actualidad y la actividad física adecuada en la embarazada para una mayor oxigenación al producto y más rápida recuperación en la madre.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO:

El tema de estudio de este diseño de investigación se ubica en el campo de la salud perinatal, particularmente en la línea de estudios sobre los métodos para facilitar el parto y su relación con la disminución de factores de riesgo.

Así mismo se encuentra inmersa en el interés del personal médico y pacientes por la capacitación y adiestramiento para el parto debido a que su contenido temático y tratamiento empírico está centrado en la búsqueda de nuevas técnicas en la atención del parto, aminoración del dolor al mismo y cooperación de la pareja en el transcurso del embarazo hasta el nacimiento del producto.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General:

Identificar como incide la participación de la gestante, su pareja y licenciados en enfermería y obstetricia que laboran en el CIMIGEN en la atención del parto, cuando se tiene una previa instrucción de parto psicoprofiláctico con técnica de educación física.

1.5.2 Específicos:

- Disminuir los factores de riesgo al nacimiento, por prolongación del trabajo de parto.
- Obtener un producto eutócico con método de parto psicoprofiláctico y técnica de educación física.
- Aminorar la tensión al dolor del parto.

- **Lograr la participación y motivación de la pareja en el trabajo de parto y nacimiento del producto.**
- **Favorecer una mayor comunicación entre la parturienta y el personal que atenderá su parto.**

2. PARTO

2.1 CONCEPTO:

- Según Gerard J. Tortora, se refiere a la expulsión del producto de la concepción, para lo cual es necesario que ocurran un conjunto de fenómenos. Estos últimos se inician como resultado de una interacción completa de muchos factores, especialmente hormonales.¹
- Según Benson, el parto es el proceso mediante el cual los productos de la concepción salen normalmente al exterior.²

Tomando en cuenta lo anterior podemos decir que el parto es: "Un proceso útero-fisiológico, que cuenta con una serie de mecanismos, los cuales le permiten expulsar los productos de la concepción, siendo estos viables o no en el exterior".

Ahora bien, dentro de lo que nos interesa corresponde mencionar que, el parto se divide en Parto Eutócico y Distócico (Distocias). De lo cual por medio de esta investigación se llegará a determinar las distocias que puedan ser disminuidas a través de las actividades que propone el Licenciado en Educación Física.

2.2 MÉTODOS PARA EL PARTO

2.2.1 Parto con medicamentos.

La mayoría de las sociedades han desarrollado técnicas para desarrollar el parto, facilitar más el trabajo de la madre y disminuir las molestias. En la clase media de las sociedades occidentales la mayoría de las mujeres acuden a algún tipo de calmante durante el trabajo y en el parto. En 1974, se utilizó la anestesia en un 95% de los partos que tuvieron lugar en 18

¹ Tortora J. Gerard. Principios de anatomía y fisiología, p. 930-931.

² Benson C. Ralph. Ginecología y obstetricia, p. 129.

hospitales universitarios, un porcentaje que representa un incremento general de la medicación obstétrica en relación con la década anterior (Brachbill y Broman 1979).

A algunas mujeres se les ministra anestesia general que las deja totalmente inconscientes, a otras anestesia local (dorsal o caudal), que bloquea los conductos nerviosos que llevan la sensación de dolor al cerebro, por último, otras toman analgésicos con el fin de relajarse durante el parto.

Todos estos medicamentos pasan por la placenta y entran al torrente sanguíneo y los tejidos del feto.

Los críticos atribuyen la tasa relativamente alta de mortalidad infantil, en los Estados Unidos al uso rutinario de medicamentos obstétricos (Haire 1972).

En la primera semana de vida los medicamentos para el parto afectan la recuperación inicial de peso del neonato y su habilidad para lactar y bajan su rendimiento del aprendizaje de las primeras tareas (Brazelton). En el primer mes, tienen efectos negativos sobre la atención muscular del niño, la visión, madurez y desarrollo psicomotor y mental (Conwey y Brackbill 1970). Actualmente un importante estudio revela que muchos de los efectos de la medicación obstétrica, persisten durante el primer año de vida y posiblemente por más tiempo.

En un estudio sobre 3500 niños sanos, Brackbill y Broman descubrieron que los niños de las madres que no habían recibido ninguna medicación obstétrica, demostraron excelente progreso en las habilidades de sentarse, ponerse de pie, y desplegarse; después lo seguían aquellos cuyas madres habían recibido anestesia local, y los menos hábiles eran aquellos cuyas madres se les había ministrado anestesia general.

El comité de drogas de la Academia Americana de Pediatría (1973) ha manifestado su preocupación por las consecuencias negativas de los medicamentos suministrados durante los partos, publicando una declaración que recomienda evitar los medicamentos o dosis de medicamentos de los cuales se saben que producen alteraciones importantes en el comportamiento neural del niño.

La medicación obstétrica tiene otro efecto en los seres humanos, no hay nada igual al "instinto maternal", gran parte de los sentimientos maternos de una mujer surgen en virtud de las reacciones positivas que recibe del hijo. Un bebé que lacta con vehemencia y actúa con viveza, suscita sentimientos positivos en la madre.

2 2 2 Parto sin medicamentos

Una nueva y controvertida técnica para el parto, consiste en dar a luz en las salas de parto escasamente iluminadas absteniendo a pegar a los bebés para que inicien la respiración, bañándolos con agua tibia y colocándolos suavemente sobre el vientre de la madre después del nacimiento.

Leboyer (1975) sostiene que estos métodos tan suaves eliminan gran parte del trauma del parto y producen personas más alegres. Las críticas dicen que la poca luz que se usa puede hacer que los doctores no se den cuenta de signos de alarma, y que la táctica expone a los niños a infecciones del agua y del cuerpo de la madre.

Un estudio comparativo entre un grupo de niños dados a luz según el método de Leboyer y un grupo de niños nacidos según los sistemas convencionales, no encontró riesgo mayor de peligro, no había ninguna diferencia en la salud de la madre o del niño o de la conducta de éste último en la primera hora de vida, a las 24 y 72 horas, o a las 8 meses (Nelson Etal 1980). Tampoco hubo ninguna diferencia en las percepciones que la madre tenía de su hijo, ni en la experiencia de dar a luz. En realidad la única diferencia fue la sensación que 8 meses

después del parto las madres tenían del método Leboyer, de que las condiciones del parto habían influido en la conducta posterior de sus hijos.

En el año de 1914, el doctor Dick Read cuestionó la inevitabilidad del dolor del parto y expuso la teoría del "parto natural". Para eliminar el temor que en su concepto es la mayor causa del dolor en el parto, educaba a las mujeres en la fisiología de la reproducción y del alumbramiento, y las entrenaba en la respiración, la relajación y la aptitud física.

A mediados de este siglo, el doctor Fernand Lamaze estaba utilizando el método psicoprofiláctico o de "parto preparado". Este método sustituyó las antiguas reacciones de temor y dolor por nuevas reacciones musculares y respiración a las sensaciones de las contracciones uterinas. El rápido auge que ha tenido en los últimos años el nacimiento sin medicamentos se puede atribuir a dos factores. El primero es el de los beneficios psicológicos para los padres, para la madre, porque estando despierta puede participar activamente en el parto, y para el padre, porque puede colaborar en el trabajo de parto y al mismo tiempo darse cuenta de la alegría de participar en el nacimiento de su hijo. Naturalmente la otra razón obligatoria es el beneficio para los propios bebés.

MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO.

Dentro de los periodos del Parto, tomaremos de manera más concisa al Mecanismo del Trabajo de Parto, ya que estas maniobras que realiza el producto, serán de manera más favorables, rítmico y esporádicamente, si se realizan los ejercicios por planos de hogs que propongo a realizar (Lic. Educación Física, Lara Reyes Pascual), indicados en los capítulos subsiguientes. De los cuales se toma muy en cuenta la estructura ósea pélvica y la columna en especial, las articulaciones del sacro.

"Este mecanismo consta de seis pasos o procedimientos que llevan a cabo el producto con ayuda de la contractilidad uterina".³

También se debe tomar en cuenta la disponibilidad de las partes blandas de la pelvis, la disponibilidad de contracción y relajación de los músculos de la pelvis así como de sus esfínteres, es por esta razón, que se debe tomar muy en cuenta la preparación de la gestante, en cuanto a la concientización muscular de los ejercicios de vascularización pélvica, propuestos por el Lic. Lara Reyes Pacual en la preparación psicoprofiláctica de la atención del parto, para aminorar la tensión al dolor del parto.

ENCAJAMIENTO:

Generalmente ocurre al final del embarazo o al iniciarse el trabajo de parto. El modo de entrada de la cabeza en el estrecho superior depende de la configuración pélvica; la presentación del occipucio posterior es la más común.

FLEXIÓN:

En la mayoría de los casos ocurre una buena flexión. Esta ayuda al encajamiento y al descenso. (en las presentaciones de frente y de cara se observa extensión).

DESCENSO.

Depende de la arquitectura pélvica y de las relaciones cefalo-pélvicas. El descenso es normalmente de progresión lenta.

ROTACIÓN INTERNA.

Se lleva a cabo durante el descanso, después del encajamiento, el vértice generalmente gira a la posición transversa. Para liberar las espinas isquiáticas tiene que girar, entonces a la

³ Benson. Op. cit. pág. 139.

posición anterior o posterior, después de la cual, al llegar el vértice al perineo, generalmente hay una rotación de la posición posterior a la anterior.

EXTENSIÓN.

Prosigue a la distensión perineal por el vértice. La cabeza se adhiere con la sínfisis púbica. La extensión es completa con la salida de la cabeza.

ROTACIÓN EXTERNA O RESTITUCIÓN.

Después de la salida de la cabeza, rota normalmente a la posición que originalmente ocupaba en el encajamiento. En seguida desciende los hombros siguiendo un trayecto semejante al seguido por la cabeza. (Rotan antero posterior para el parto).

Entonces la cabeza rota a su posición al nacer. El cuerpo del producto nace después."⁴

Ahora bien, la aptabilidad que tienen las articulaciones de la pelvis y el sacro, por medio de la producción de la hormona 'relaxina', dispone a las articulaciones a cambios que pueden ser aprovechados por parte de la gestante, durante los diferentes periodos del trabajo del parto y que con las recomendaciones posturales y ejercicios durante su preparación física que pongo son de mayor beneficio para obtener un parto menos complicado o con sufrimiento fetal.

Por lo tanto tenemos que:

"Von Schubert ha demostrado mediante radiografías pélvicas de perfil, que debido al ablandamiento de las articulaciones sacroiliacas durante el embarazo, el 'promontorio' en caso de sobre carga lumbar, es decir cuando la mujer está de pie, se aproxima mediante una rotación del sacro, a la sínfisis púbica, en cierta magnitud que es mensurable a (5 a 7 mm.).

⁴ Benson. Op. cit. p. 22

Seguramente también la movilidad de las articulaciones pelvianas tiene cierta importancia en la mecánica del parto. Si bien esta movilidad no es suficiente para salvar una acentuada desproporción entre el niño y el canal óseo, en cambio esta flexibilidad de la cintura pélvica ablandada, facilita un buen grado la introducción de la cabeza en la fosa pelviana. La pelvis ósea se adapta estirándose y deslizándose gracias a su flexibilidad sobre la cabeza insinuando según lo expresó Sellheim, de manera que no se puede hablar solamente de una configuración de la cabeza infantil, sino también de cierta configuración de la pelvis durante el parto. Esto confirman también los exámenes radiográficos de la pelvis femenina (publicados por Thi), que demuestran que los iliacos adquieren durante el embarazo, merced a las articulaciones sacroiliacas, un aumento de su capacidad rotativa alrededor del sacro, sobre lo cual se basa en grado mucho mayor la eficacia de la "posición suspendida" de Walcher (antes muy utilizada en los casos de partos con pelvis estrecha) que sobre el buscado aumento absoluto del diámetro útil, por medio de esta maniobra. Shumacher ha demostrado mediante perfiles radiológicos de la pelvis, que la posición suspendida de Talcher, sólo consigue lograr el aumento útil del diámetro longitudinal de la entrada pélvica de 3,15 mm. como término medio. Este autor explica también la eficacia tocológica de la maniobra mencionada, por los movimientos rotativos de la posición anterior de la cintura pélvica en las articulaciones sacroiliacas ablandadas. También Knebel (de Siegen) ha llamado la atención sobre el hecho de que en razón del ablandamiento de las articulaciones pelvianas durante el embarazo, la forma pélvica durante el parto puede adaptarse a las necesidades de espacio del "objeto de nacimiento"; y que se podría aprovechar prácticamente esta adaptabilidad colocando a la mujer en distintas posiciones ya que al estirar y juntar las piernas se abre la entrada pélvica y al doblar y separar las piernas se abre la salida pélvica."⁵

"Con el objeto de aliviar o neutralizar el dolor, el antídoto del temor es la educación de la mujer, que le da comprensión acerca de los cambios que ocurren en el embarazo y qué en el parto, infundiéndole confianza. El antídoto de la tensión es la relajación, por medio de la

⁵ Heinrich Martus. El Dolor Lumbar en la Mujer, p. 77.

cual la mente descansa, el posible control muscular consciente y la interpretación de las sensaciones que provienen del útero, no son de dolor.

EL TRABAJO DE PARTO

En el trabajo de parto hay una secuencia coordinada, eficaz de contracciones uterinas involuntarias que dan por sentido borramiento y dilatación del cérvix y esfuerzos voluntarios de expulsión, todo lo cual termina con la expulsión del producto de la concepción.

Cuando el producto desciende a la parte inferior del abdomen (encajamiento). cuando hay un flujo mucoso vaginal o un manchado como en el comienzo de una menstruación, nos indica que trabajo de parto ha comenzado.

El trabajo de parto se divide en tres etapas. La primera está marcada por una tensión y relajamiento de los músculos del útero, estas contracciones empujan al bebé hacia el cérvix que ha empezado a suavizarse y dilatarse; el rompimiento de la fuente (saco que contiene liquido amniótico) que rodea al feto es el signo más exacto de que el nacimiento no está muy lejos de ocurrir.

Cuando las contracciones se empiezan a presentar cada 15 minutos aproximadamente, durando cada una de 30 a 45 segundos, se debe entrar en contacto con el ginecólogo o enfermera partera. El cérvix o cuello se dilatará más conforme las contracciones se hagan más poderosas y a intervalos más cercanos entre si.

En la segunda etapa, el cérvix se dilata 4 pulgada y el niño desciende a la vagina , que se ha puesto suave y elástica.

Cuando el producto corona, es decir, cuando aparece la cabeza, hay ocasiones en que se hace una ligera abertura en el orificio vaginal para impedir el desgarramiento de los tejidos.

Esta incisión se conoce como episiotomía y es la causa de las puntadas que relacionan con el parto. Al nacer el niño, a los pocos segundos, se amarra y se corta el cordón umbilical.

La última etapa se refiere a la expulsión de los productos finales de la concepción.

ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Cuando ingresa la paciente al hospital, se le realiza una revisión general para determinar borramiento, dilatación, número y frecuencia de contracciones, posición, situación, presentación y si se encuentra en perfecto estado se pasa a la sala de labor. Siempre se le tiene que estar apoyando emocionalmente aunque se encuentre su pareja al lado, debe haber un trato cortés y amable por parte de todos los miembros del grupo multidisciplinario para disminuir el temor o estrés.

Por otra parte, debe recordársele a la mujer en todo momento que aplique los conocimientos adquiridos durante el curso. Para que sea más rápido el parto, se le pone a caminar para que descienda el producto con prontitud y eficacia. Las respiraciones deben realizarse tal y como se marcan; los ejercicios son indispensables para ir relajando músculos y solo se debe concentrar en los del cérvix e ir ahorrando todo el tiempo energía.

No es necesario realizar tactos cada hora, con el simple hecho de escuchar frecuencia cardiaca fetal, nos damos cuenta del estado del producto.

No se debe acostar a la mujer ya que disminuiría la capacidad de descenso del producto. Para que éste sea más efectivo se puede poner a la paciente en cuclillas cada que se presente una contracción.

Si la mujer lleva a cabo los ejercicios respiratorios oportunamente, así como los ejercicios físicos, tendrá más posibilidad de que su hijo nazca sin ningún contratiempo

En la contracción en la que el niño va a nacer, la cabecita se deslizará suavemente por la vulva.

No hay más que decir, el niño nace y la felicidad y emoción serán suficientes para que expresen sus sentimientos. El llanto no es propiedad de la mujer, sino de un ser humano que siente profundamente emoción y felicidad.

2.3 FISIOLÓGIA DEL EJERCICIO

El cardiovascular funciona como un circuito cerrado formado por una bomba que el corazón y una serie de tubos que actúan como distribuidores y recolectores, a través de los cuales circula un líquido sanguíneo que se encarga de llevar principalmente oxígeno y sustancias alimenticias a los diferentes órganos del cuerpo, así como también es llevado de regreso al bióxido de carbono y sustancias de desecho.

Las arterias transportan la sangre oxigenada, las venas las recogen con productos de desecho y transportan la sangre con bióxido de carbono.

Linfa: es un fluido que circula a través de los vasos linfáticos, que se ramifican en los órganos y llevan sales, agua, proteínas y grasas. La función de los vasos linfáticos, es la de formar una barrera de protección o de defensa contra las infecciones, llamado mecanismo de defensa.

La circulación se divide en sistemática y pulmonar. La sistemática conocida como circulación mayor es la que realiza el envío de sangre del ventrículo izquierdo a todas las partes del organismo y de ahí regresa a la aurícula derecha y su propósito es llevar oxígeno y sustancias nutritivas a los tejidos y además recoger sustancias de desecho además de salir

hacia el punto más lejano del ventrículo izquierdo, una parte nutre a las mismas arterias coronarias para su funcionamiento.

La circulación pulmonar o circulación menor esta parte del atrio izquierdo y la lleva a los pulmones, en estos, la sangre pasa por los alvéolos pulmonares y vuelven a cambiar su bióxido de carbono por oxígeno.

Frecuencia Cardíaca: Número de latidos por minuto contados por el registro electrocardiográfico, estetoscopio y palpación.

Gasto sistólico: Es el volumen de sangre que impulsa el corazón cada minuto, se representa multiplicando el número de veces que se contrae el corazón por minuto.

Gasto cardíaco = Gasto sistólico X la frecuencia cardíaca.

(En la actividad física el gasto cardíaco aumenta el doble al igual que en las mujeres gestantes).

2.3.1 Regulación de la respiración durante el ejercicio.

La composición de la sangre arterial es un factor que controla la respiración ya que ésta aumenta con la elevación del anhídrido carbónico y la acidez en caso inverso cuando estos valores descienden, la respiración aumenta.

Estas modificaciones de la sangre no estimulan directamente al centro respiratorio sino unos quimiorreceptores que se encuentran a un lado del bulbo raquídeo que al ser estimulados envían impulsos al centro respiratorio.

2.3.2 La respiración durante el ejercicio.

Con la actividad, el organismo eleva su metabolismo, por lo tanto el requerimiento de oxígeno se aumenta también, esto hace que la frecuencia y la amplitud se incremente rápidamente.

“La fuente del estímulo parece ser, el aumento del anhídrido carbónico que se produce en los músculos activos que activan el centro respiratorio, también el ejercicio, los quimiorreceptores periféricos aumentan su sensibilidad a la tensión del anhídrido carbónico y de la acidez, logrando con esto una mayor estimulación. Por lo que las manifestaciones durante el ejercicio se encuentran en el volumen minuto respiratorio; que es la cantidad de oxígeno que sale de cada pulmón por minuto, la ventilación durante el ejercicio es probablemente proporcional a la saturación del flujo sanguíneo pulmonar, por lo tanto durante un ejercicio moderado existe una relación lineal en el volumen minuto respiratorio y la cantidad de oxígeno absorbido, es decir se logra una fase estable. El volumen minuto respiratorio en el ejercicio está influido por.”⁶

1. Condición física
2. Entrenamiento

2.3.3 Transporte e intercambio de gases durante el ejercicio.

“El gas es un estado de la materia en el que la energía cinética de las moléculas, es mayor que las fuerzas de atracción entre ellas de modo que las moléculas tienden a separarse y a llenar el espacio de que disponen.

⁶ Morehouse. Laurence E. Fisiología del ejercicio. p. 318.

La presión del gas es la fuerza por unidad de superficie que se ejerce contra las paredes del recipiente. El concepto de las presiones de los gases es fundamental en la fisiología respiratoria por el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono en los pulmones y los capilares de los tejidos tienen lugar como resultado la diferencia de presiones.

INTERCAMBIO GASEOSO EN LOS PULMONES

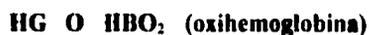
En reposo la sangre venosa que el ventrículo derecho envía a los pulmones, tiene una tensión de oxígeno alrededor del 40mmhg y una tensión de anhídrido carbónico de unos 45 mmhg. La presión alveolar de oxígeno es de 100 mmhg y la del anhídrido carbónico de 40 mmhg. Por lo tanto la diferencia de presión de oxígeno entre el aire alveolar y la sangre venosa mixta que entra en los capilares pulmonares es de 100-40 mmhg x ml oxígeno se difunde de inmediato del aire alveolar a la sangre capilar.

La difusión de anhídrido carbónico de la sangre al aire alveolar se debe a que la tensión de este gas mayor que penetra en los pulmones que el aire alveolar y la sangre que sale de los pulmones tiene una tensión de anhídrido carbónico de 40 mmhg.¹⁷

TRANSPORTE DE OXIGENO POR LA SANGRE.

Por cada 100 ml de sangre arterial, el contenido de oxígeno es en promedio de 20 ml. solo 0.2 ml de oxígeno se pueden disolver en ese volumen de sangre debido a la tensión del oxígeno de la sangre arterial y a la temperatura del cuerpo.

El oxígeno disuelto, forma una combinación física inestable con el pigmento de hemoglobina, por lo tanto nos produce esta reacción:



¹⁷ Morchouse. Op. cit. p. 320-321.

En esta reacción existe reversibilidad, por lo que existen dos características:

1. La combinación de oxígeno con hemoglobina no es una verdadera oxidación sino una combinación reversible.
2. La reacción es del tipo de acción en masa de manera que su velocidad es proporcional al producto de las masas de los constituyentes.

En condiciones de ejercicio intenso (más del 90% del oxígeno puro puede ser extraído) de la sangre circulante por los músculos activos.

La gran cantidad de oxígeno que permanece en la sangre venosa, en las condiciones de reposo constituyen un factor de seguridad al que puede recurrirse en caso de que aumente el requerimiento.

2.4 SISTEMA MUSCULAR

"Los músculos los consideramos los agentes del movimiento, ya que, la posición del cuerpo así como sus movimientos estarán dados por los músculos tanto en sus contracciones como sus relajamientos.

Los músculos se dividen en lisos y estriados. Los músculos lisos entran en la constitución de los órganos de la vida vegetativa, estos son de contracción lenta e involuntaria. Los músculos estriados forman parte de los órganos de la vida en relación, son de contracción rápida y están sujetos a la voluntad, con la excepción del corazón y el diafragma."⁸

⁸ Ortega. Aniceto. Fisiología del ejercicio. p. 13

2.4.1. Consumo de oxígeno en el músculo

El músculo consume oxígeno y desprende bióxido de carbono. Este consumo es debido a una serie de procesos químicos, principalmente oxidaciones que se llevan a cabo en el interior del tejido muscular.

2.4.2 Consumo de glúcidos en el músculo

El músculo consume glúcidos, (hidratos de carbono o azúcares), en forma de glucosa siendo mayor tal consumo durante la contracción. Los resultados finales de la oxidación de la glucosa son el agua y el bióxido de carbono, pero hay además un producto intermedio que es el ácido láctico.

MECÁNICA ANIMAL

Se llama mecánica animal al estudio de los principales movimientos coordinados y actitudes de los seres vivos.

Los músculos de la vida de relación se insertan generalmente sobre los huesos por medio de tendones o por aponeurosis. Los huesos son a su vez movimientos alrededor de las articulaciones que funcionan como centros de movimiento.

Los cartílagos, tendones, ligamentos, huesos y las aponeurosis, son los órganos pasivos de la locomoción. Los órganos activos son los músculos.

Los huesos actúan como palancas y su disposición interna afecta de tal forma que son a la vez resistentes y poco pesados (Dos columnas de la misma altura, con igual cantidad de la misma sustancia, una hueca y la otra maciza, la más resistente es la hueca). Los cartílagos

articulares son comprimibles y elásticos, disminuyen los frotamientos y resisten las presiones. El líquido sinovial lubrica.

Los tendones, ligamentos y aponeurosis, actúan por su elasticidad. Se les da el nombre de músculos pasivos, además permiten la inserción de mayor número de fibras musculares.

Para ejecutar un movimiento, en general no interviene solo un músculo, sino dos o más, a los que se les da el nombre de sinérgicos. En ese mismo movimiento también trabajan los músculos antagonistas que en esta forma lo limitan y precisan.

Así los movimientos utilizados en las sesiones de preparación física de los músculos de la pelvis y los que actúan tiene relación con las contracciones y el periodo expulsivo, estarán basados conforme a su fisiología de movimiento y ejercicio, para demostrar la importancia de su utilidad en el momento del nacimiento del bebé.

La variedad de los músculos lisos, esta constituida por infinidad de fibras en forma de hueso, con un solo núcleo y con protoplasma finamente granuloso. En cambio, la variedad del músculo estriado, está constituida por numerosas fibras que poseen varios núcleos, una membrana de envoltura llamada sarcoplasma y una sustancia estriada que representa el protoplasma, este está atravesado por dos clases de bandas; las transversales y las longitudinales, en donde las bandas transversales son oscuras y claras y se encuentran dispuestas en la misma forma que las longitudinales.

Por lo que su inervación de las fibras musculares van a dar las arborizaciones terminales de los cilindros ejes de las células nerviosomotoras. En el punto donde penetran, el haz muscular presenta una placa redondeada, granulosa y sembrada de núcleos llamada placa motriz.

También las fibras nerviosas sensitivas, inervan a los músculos, por lo que resulta que éstos mantienen conexión, tanto con los nervios motores como con los nervios sensitivos. Por eso es de suma importancia tomar en cuenta las propiedades del tejido muscular.

2.4.3 Propiedades del tejido muscular.

"Dentro de estas propiedades del músculo encontramos a la elasticidad, que es la propiedad que tienen los cuerpos de dejarse separar de su forma primitiva y de volver a ella una vez que han dejado de obrar las causas de su deformación. Los músculos poseen fuerza elástica débil, pues dejan distender fácilmente volviendo a su forma primitiva.

La contractibilidad, otra de las propiedades del músculo, teniendo la facultad de pasar del estado de reposo al estado activo, y se manifiesta por disminución en longitud y aumento en grosor sin modificación de volumen.

La contracción total del músculo, así como su tamaño, forma y duración, dependen de la suma de contracciones individuales de las fibras que lo constituyen. Otra de las propiedades es la sensibilidad, que es consecuencia de la inervación. Es la base del sentido muscular por lo cual nos damos cuenta, sin ayuda de la vista, de la extensión y alcance de nuestros movimientos, de la posición relativa de nuestros miembros de la diferencia de peso de los cuerpos y del esfuerzo necesario para ejecutar determinado trabajo, sin embargo los músculos no son los únicos puntos de partida de dichas sensaciones pues lo son también los tendones, las articulaciones, la piel, etc.

La última de las propiedades es la tonacidad, la cual consiste en un estado de semicontracción constante, manifestada al tacto por dureza especial contraria a la flacidez (es por esto que el interés de aplicar todas estas propiedades en la región de los músculos de la pelvis con una serie de ejercicios en los cuales pretendemos que se cumplan todas y cada una de las características). Es esto con el fin de lograr que los músculos tengan una mayor

funcionalidad durante el período de embarazo, tomando en cuenta los lineamientos de su ejecución.”⁹

FUNCIÓN MUSCULAR

La actividad muscular está comprendida por ciertos factores como son: Los excitantes musculares, contracción muscular, calentamiento, consumo de oxígeno, consumo de glúcidos, consumo de grasas, consumo de proteínas.

EXCITANTES MUSCULARES

Son aquellos agentes que actuando sobre los músculos, son capaces de hacerlos contraer; los excitantes son mecánicos, como determinada clase de masajes y percusión; físicos como los cambios de temperatura y la electricidad; químicos como los ácidos, los alcalis, etc.

El excitante natural es la corriente nerviosa transmitida por los nervios motores, así que para provocar una contracción necesita alcanzar cierta intensidad el excitante. Mientras más fuerte es la excitación tanto más intensa es la respuesta del músculo; esta relación se pierde fuera de cierto límite que corresponde a la máxima excitación y contracción. Varias excitaciones de poca intensidad individualmente, cuando son repetidas, se suman y provocan una reacción fuerte.

Al lapso que transcurre entre la excitación de un nervio y el principio de su respuesta, sobre un músculo (contracción) se llama cronaxia.

Estas presiones y tensiones se encuentran en proporciones mayores en las articulaciones pélvicas, en el momento que el producto se encaja realiza rotación interna y al momento de

⁹ Ortea Op cit. p 21-24

la expulsión, de tal forma que si en el posparto se prepara la gestante con ejercicios de flexibilidad y elasticidad en la región pélvica y mantenemos un control de relajación óptima de la zona, las articulaciones permitirán una menor resistencia al paso del producto lo que hará que el dolor disminuya de intensidad.

Estiramiento muscular

“Desde hace 2000 años se usan ejercicios de estiramiento de diversos tipos para aliviar los inconvenientes relacionados con el periodo menstrual, se ha provocado su valor preciso y se ha acumulado una extensa literatura sobre este tema. Otras condiciones del mal funcionamiento del tejido conectivo, no asociadas con la menstruación, el embarazo, son comunes tanto en el hombre como en mujeres especialmente los sedentarios. El más común es la contracción aponeurótica, la contracción fibriocítica de elementos fibrosos de un músculo puede determinar el acortamiento de la fibra muscular contráctil, que le impide extenderse en su longitud normal durante la relajación y que limita por consiguiente su capacidad de ser sometida a una nueva tensión.

Las vías nerviosas aferentes y eferentes, transcurren a través de varios planos ligamentosos y aponeuróticos en el músculo.

Si la aponeurosis se comprime anormalment (como puede suceder por la edad, el enfriamiento, la mala postura en el embarazo, la inactividad, el esfuerzo excesivo y otras causas) ello constriñe las vías nerviosas y causa en consecuencia una irritación por presión anormal de los nervios que provoca neuralgia y otros dolores.

Estas malas posturas durante el embarazo cuando no son corregidas a tiempo, se suman las tensiones cuando la gestante se encuentra en el hospital, siendo esta una de las causas que incrementan el dolor al encontrarse la embarazada en posición de decúbito dorsal y ginecológica, ya sea en la camilla o en el quirófano, por lo que dentro de las sesiones de

parto psicoprofiláctico se ponen actividades de mecánica corporal en las cuales se intenta corregir la postura y disminuir la tensión y el dolor al encontrarse en posiciones incómodas pero necesarias como las que se ocupan en el área de labor y expulsión."¹⁰

2.5 PARTO PSICOPOFILACTICO CON MÉTODO Y ENFOQUE EN EDUCACION FÍSICA.

2.5.1 Conceptos.

PAVLOV: Dice que la psicoprofilaxis es una analgesia verbal que se base en la educación racional de la embarazada y es fundamentalmente distinta de los demás métodos de analgesia obstétrica, recurre a las palabras como agentes terapéuticos basándose en los reflejos condicionados.

READ DICK G.: Para él la psicoprofilaxis es una relajación muscular, para luchar contra la tensión creada por el temor, considerando la gimnasia muy importante para curar la debilidad de los músculos.

LAMAZE: Lamaze se guía de la teoría de Pavlov, utilizando un método verbal que se basa en la educación racional de la embarazada y es fundamentalmente distinta de los otros métodos.

De todos estos conceptos y aplicándolos a la educación física podemos decir, que:

"EL PARTO PSICOPROFILÁCTICO ES, UNA PREPARACIÓN O ADECUACIÓN MORFOFUNCIONAL Y PSICOSOMÁTICA DEL EMBARAZO, LA CUAL

¹⁰ Ortega. Op. cit. p. 95-97.

COADYUVE A LA AMINORACIÓN DE LA TENSIÓN, AL DOLOR DEL PARTO HACIENDO DE ESTE UN PARTO MENOS COMPLICADO DISMINUYENDO LOS FACTORES DE RIESGO AL NACIMIENTO”.¹¹

2.5.2 Objetivos del Método Psicoprofiláctico

“El Método Psicoprofiláctico es la instrucción teórico práctica que se da a las parejas a partir del cuarto mes del embarazo y cuyos fines son: adaptación del cuerpo de la futura madre a los estados del crecimiento del feto.

Instrucción acerca del embarazo y del parto, preparación de la pareja para el trabajo de parto, enseñanza de la estimulación fetal y del recién nacido, el autocuidado en el postparto, aspectos emocionales de la pareja y sus responsabilidades como futuros padres.”¹²

Es una educación física y psicológica de la pareja que espera su hijo, para que se logre el nacimiento de la manera más natural y más segura a través de un parto activo y consciente, y como consecuencia, sin sufrimiento

Con lo que respecta a sus objetivos, tenemos que:

- Ayudar a la madre y a su pareja a desarrollar y utilizar sus propios potenciales para hacer del nacimiento de su hijo, una experiencia creativa y altamente gratificante y ayudarles a encontrar en el embarazo y el parto, la realidad de su paternidad, y la posibilidad de crecer como padres.

- Lograr que la vida se exprese a través de su cuerpo y se encuentre admiración y deleite en la fuerza y ritmo de las contracciones en un sentido positivo.

¹¹ Aportaciones del pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia. Pascual Lara Reyes.

¹² Mojica, Silva y cols. La estimulación fetal del recién nacido. p. 13

2.5.3 Antecedentes del parto psicoprofiláctico.

Los primeros experimentos sobre el Parto sin Dolor se basan en la Hipnosis que también se usó con cierto éxito como anestésico en la cirugía; entre 1880 y 1890 se llevaron a cabo muchos intentos, algunos de los cuales obtuvieron un éxito parcial.

A menudo las mujeres atendidas eran "casos especiales, como por ejemplo, enfermas de histeria. Sin embargo, en 1890, Luis Menant les Chesnais, y después Auvard, realizaron el experimento con gentes normales y obtuvieron excelentes resultados; pero la hipnosis solo podía ser usada por especialistas y hasta cierto límite.

Por otra parte, como hace notar el doctor Herni Vermorel, la experiencia de esos doctores es la primera ilustración de la realidad del parto sin dolor. Más tarde se hicieron numerosas investigaciones cuando la paciente estaba despierta, pero tampoco pudo experimentarla a gran escala.

Mientras tanto en Alemania, Bélgica, Inglaterra y Australia se hacían experimentos, pero fue en Rusia donde el método progresó más, y en 1902 de 28 mujeres que habían sido hipnotizadas, veinte dieron a luz sin dolor. Pero el método era empírico y fue entonces que los trabajos de Pavlov dieron la base científica de la hipnosis, explicando su mecanismo psicológico y abriendo nuevas perspectivas a la investigación.

Desde 1920, Platonov aplicó esta técnica al Parto sin Dolor, había estudiado con Velvuski la sugestión y el hipnotismo en la cirugía, obstetricia, ginecología y estomatología. Unido a Nicolalev, intentaron perfeccionar sus trabajos e hicieron que la mujer diera a luz estando despierta, pero bajo la influencia posthipnótica. Entre 1922 y 1938, se hicieron numerosos trabajos en torno a la sugestión y la hipnosis. Se inició la preparación colectiva con mucho éxito ya que Vigdorovith, en 4,000 partos con la madre despierta o semidespierta obtuvo éxito en un 80% de ellos.

Finalmente en 1938 Skrobanski, subrayando la importancia de la sugestión, sostuvo que debía usarse en las clínicas prenatales, independientemente del método usado durante el alumbramiento. "La mujer preparada para la analgesia y que tiene confianza se somete fácilmente a cualquier método, mientras que la mujer que está convencida de la imposibilidad de liberarse del dolor, lo sentirá con cualquier método.

Por su parte, Nicolaiev escribe la técnica en obstetricia debe ser aplicada a un gran número de personas... El médico deberá transformar la mente de aquellas mujeres a quienes se ha inculcado la idea de que el dolor es inevitable e inalterable".¹³

Al año siguiente en junio de 1950, en una sesión de la academia de ciencias se subrayó el valor fisiológico y terapéutico de la palabra hablada. En 1951 la academia de Medicina y el Ministerio de Salud Pública organizaron una conferencia en la cual Velvoski, Pavlov, Nicolaiev y sus colegas describieron el nuevo método que había perfeccionado poco a poco y que ahora usaban en Kárjov Moscú y Leningrado. Los resultados eran concluyentes.

En julio de 1951, el gobierno ruso dispuso que el método fuese aplicado en todo el país y en ese mismo año el Doctor Lamaze regresó de Rusia e integró el método Psicoprofiláctico en Francia.

Así, fue Francia la segunda nación que lo usó en el mundo. China vino después

"En un principio el Doctor Lamaze y sus colaboradores tenían muy poca literatura científica; se limitaban a usar las notas que habían traído de Rusia y pidieron a las mujeres que escribieran relatos de sus experiencias.

¹³ Sans Doules Baccouchement. Método psicoprofiláctico. Pensamientos psicológicos de Pavlov. p. 16-17.

Poco a poco, las diversas experiencias influyeron favorablemente en las otras para provecho común. El método Francés, originado en Rusia, agregó innovaciones que, a su vez, fueron valiosas para los rusos, luego el método Francés se extendió a cuarenta y cuatro países en los últimos años y los trabajos de otras naciones, publicados después, reforzaron el método francés que de nuevo está influyendo en Rusia y China."¹⁴

TEORÍAS DEL PARTO SIN DOLOR

Para poder comprender lo que queremos considerar y la manera de poder interpretar de manera propia, viendo la necesidad de aplicar algo nuevo en ayuda de la embarazada, se tomaron como referencia las siguientes teorías de parto sin dolor, para poder describir una propia en donde la finalidad de la misma sea la aplicabilidad de los conocimientos del Lic. en Educación Física y Lic. en Enfermería y Obstetricia.

Por lo tanto tenemos que:

La Teoría de Pavlov nos dice lo siguiente:

La psicoprofilaxis es una analgesia verbal basada en la educación racional de la embarazada, utilizándola como agente terapéutico.

Pavlov se basó en el uso de los reflejos condicionados y que fueron aplicados a la obstetricia por algunos médicos rusos, como Velvoski y Nicolaiev.

Dentro de sus propósitos de este autor (Pavlov) es el de equilibrar la corteza cerebral de la mujer encinta, creando durante el embarazo cadenas complejas de reflejos condicionados que serán aplicables en el alumbramiento. Al completar esta educación, comprende el sencillo mecanismo del parto y puede adaptarse cuando llegue la hora, librándose de

¹⁴ Lamaze, Apuntes de Parto sin Dolor.

influencias y recuerdos perniciosos que previamente ha acumulado y que pueden inhibirla en el momento del parto.

Gracias a esta educación, las mujeres adoptan la actitud pasiva cuando llega el parto. Saben lo que va a suceder y aprenden a adaptarse y controlarse las modificaciones que ocurren en su organismo durante el parto, controlando dirigiendo y regulando el funcionamiento de su organismo.

Pavlov que estudia la secreción salival, -la llamada secreción psíquica- en los perros, introdujo la idea del reflejo como factor fundamental en la fisiología humana y demostró que ese reflejo es una respuesta activa que permite al animal adaptarse al medio cambiante. El reflejo no es un fenómeno elemental o simple, ya que depende de la actividad de procesos nerviosos tales como una excitación o inhibición y corresponde a reacciones variadas y complejas.

Pavlov describió dos tipos de reflejos:

- a) REFLEJOS ABSOLUTOS: O HEREDITARIOS:** su centro nervioso se encuentra en el mesencéfalo o médula espinal, estos reflejos no pueden mantener el equilibrio entre el individuo, que varía continuamente y el medio en que vive.
- b) REFLEJOS TEMPORALES O ADQUIRIDOS:** estos dependen del efecto del medio y constituyen los reflejos condicionales, el más conocido es el reflejo salival.

Tomando en cuenta que en la Corteza Cerebral han surgido dos centros de excitación uno causado por el sonido de la campana y el otro por el saber del alimento; entre estos dos puntos se establece temporalmente una nueva vía.

Los reflejos condicionados simples o complejos no son independientes, sino que contribuyen a crear estructuras nerviosas funcionales a las cuales ha dado Pavlov el nombre de

"estereotipos dinámicos". Son una especie de fórmula que persiste mientras duran los estímulos - aun cuando se les invierta pero se destruye si se introduce un nuevo estímulo.

Pueden crearse fórmulas muy diferentes, más o menos complicadas, a la corteza llegan dos tipos de estímulos.

- a) Los que provienen del mundo exterior y son transmitidos por los órganos de los sentidos, que constituyen la exterocepción.
- b) Los que provienen de nuestras vísceras y constituyen la interocepción.

Pavlov demostró la unidad de ambos sistemas, y que su equilibrio es condición de la existencia.

"En los estereotipos dinámicos hay una estrecha asociación de señales internas y externas. En el hombre existe una fórmula especial de señales. Las palabras por su significado, permiten que el ser humano forme estereotipos dinámicos precisos y complejos, muy superiores a los formulados por el animal mediante señales directas.

Todo esto nos sirve para adaptar a la mujer al parto y no sólo eso sino que a través de su pareja tengan el mejor instrumento para favorecer el parto, siendo ese instrumento el lenguaje."¹⁵

TEORÍA DE READ DICK G.

En 1919 y 1940, el período entre las guerras, en que luchó solo en defensa de sus ideas, aceptadas ahora como muy valiosas en la obstetricia y para el mundo en general. Sus trabajos ocupan un lugar definitivo en el estudio de la analgesia verbal aplicada a la obstetricia.

¹⁵ Lamaze Op. cit. pp. 19-24.

El Doctor Read cree que el dolor del parto lo es en manera alguna inevitable pero que cualquier emoción negativa, como el miedo al parto, lo provoca. Sus conocimientos clínicos y psicológicos, combinados con la diaria observación de las parturientas le hacen pensar que muchos factores psicológicos acentúan el dolor del parto, como, la fatiga mental agravada por la soledad y la ignorancia de lo que es el parto, actitud inadecuada del médico o la partera, ambiente desfavorable del hospital, etc.

Read hace del miedo una de las causas principales del dolor. El temor es una herencia que se transmite a través de las generaciones y los medios masivos de comunicación. El temor hace responsable a la civilización de su desfavorable influencia en el espíritu de la mujer.

Se refiere a Pavlov al interpretar el mecanismo fisiológico del temor en relación con el parto, pero no explora el dominio de los reflejos condicionados. Cree que el temor provoca una falta de armonía en el funcionamiento del útero lo que origina el dolor.

El Doctor Read recurre a la relajación muscular para luchar contra la tensión creada por el temor.

Si el dolor, el temor y la tensión van unidos, hay que aliviar la tensión y vencer el temor para eliminar el dolor.

La educación que aconseja Read es muy vaga, no tan precisa como en la psicoprofilaxis, y con frecuencia el mecanismo se confunden con el misticismo.

Read separa la actividad psicológica de la somática considerando que cuanto más alejada de la conciencia de la mujer esté, la inactividad del útero, será más natural, y por lo tanto indolora.

“La conciencia parcial, la pérdida temporal de control por el cerebro, permite que la actividad de expulsión se realice sin obstáculos.”¹⁶... Read es demasiado empirico al tratar el problema del dolor, ya que no toma en cuenta la relación íntima y constante que existe entre la muerte y el cuerpo.

Entre sus ideas y las de la escuela de Pavlov hay una diferencia fundamental.

2.5.4 El dolor del parto.

CAUSAS DEL DOLOR DE PARTO:

Read propuso la teoría de “Miedo-Tensión-Dolor”.

“El miedo causado por factores culturales y sociales, causa la excitación del simpático y éste activa la contracción de las fibras musculares del cérvix que se resisten a la dilatación y aumentan la contractilidad de fibra del cuerpo, produciéndose dolor y la isquemia que produce más dolor, más tensión y más miedo. Bónica, hace mención que: el miedo y la tensión pueden activar el sistema nervioso simpático, produciéndose isquemia a través de la vasoconstricción. Stevenson dice que: el dolor que la mujer siente, no sólo está relacionado con la intensidad del estímulo, si no además está relacionado con el estado mental de la mujer, lo cual puede aumentar, disminuir, malinterpretar y aún crear la percepción dolorosa.”¹⁷

DOLOR AL PARTO

De acuerdo a lo anterior, las impresiones sensoriales que arrancan de las paredes del útero alcanzan el tálamo óptico, órgano donde se asienta la interpretación difusa, no interpretativa del dolor, y también de las emociones especialmente del temor.

¹⁶ Lamaze, Op. cit. pp. 30-32.

¹⁷ Read. Psicoprofilaxis obstétrica. p. 158.

Otras, se dirigen del tálamo a la corteza cerebral donde se correlacionan las experiencias pasadas y las presentes y controlan los estímulos sensoriales que se hayan magnificado a su paso por el tálamo.

La corteza reacciona de acuerdo a la intensidad del estímulo y también por su propia interpretación que, si es exagerada, resulta en reacción motriz a través del sistema simpático sobre el sitio de estimulación, de modo que un estímulo que nace de las paredes del útero y que apenas puede ser desagradable, interpretado en la corteza como fuerte tono aprehensivo, resulta convertido o transformado en dolor y en descarga motora sobre el lugar de origen, dando motivo a un estado de tensión en el mismo.

Esta tensión es registrada por los receptores de Sherrington que son corpúsculos sensoriales que sólo causan dos clases de estímulos: Tensión excesiva y laceración. La tensión excesiva así impuesta por los centros superiores determinan entonces el dolor real. Este a su vez, exagera el temor y se instala en un círculo vicioso, temor-tensión-dolor.

La ausencia de esto, al prolongarse será perturbación del curso fisiológico del trabajo, y luego cansancio y agotamiento no solo del músculo uterino, sino, de la misma mujer por que la tensión no sólo radica en el útero sino también se ubica en todo el sistema esquelético.

La sensibilidad al dolor es exagerada a consecuencia de la anemia, la fatiga mental y física, la desilusión y la sugestión.

Todo este análisis anterior nos lleva a que el curso de psicoprofilaxis conlleva a un parto eutócico ya que no hay ningún estado físico, químico o psicológico que perturbe el orden normal de los acontecimientos o influya sobre la marcha normal del parto; el curso de psicoprofilaxis disminuye o libra de temores y dolores intensos.

“Es así que el temor, la tensión y el dolor son tres malestares que se oponen al orden natural, que han sido introducidos a la vida de civilización por la ignorancia de quienes anteriormente estaban encargados de asistir a las embarazadas y parturientas. Si el temor, la tensión y el dolor están unidos, será necesario, por lo tanto evitar la tensión y superar el temor para poder eliminar el dolor.”¹⁸

“La mayoría de las veces el temor se justifica por varios factores: la soledad, las palabras inoportunas que sugieren dolor, el ambiente en que se desarrolla, la habitación desconocida, el personal enfundado de blanco, la camilla, etc. Estos enmarcan un cuadro terrorífico, estableciéndose ella que se encuentra en gran peligro”.¹⁹

“El temor es una respuesta emocional y fisiológica a una amenaza externa o desconocida”.²⁰

Estas nuevas necesidades y el trabajo adicional del organismo femenino van acompañados por una mayor demanda de oxígeno, de esta manera tenemos una primera justificación de la importancia que debe tener la preparación y acondicionamiento físico de la gestante, y de los ejercicios respiratorios que se le recomiendan a la gestante por parte del Lic. en Educación Física. A través de los ejercicios físicos seleccionados para tal actividad, mejorando así la ventilación pulmonar y de recuperación.

Pero también hay modificaciones físicas y mecánicas, de las que no pueden pasar inadvertidas, ya que el niño ocupa el útero, situado en la cavidad abdominal, ambos con el líquido, pesan de 5,000 a 6,000 gr. aproximadamente. Este peso comprende a una fuerza que ejerce sobre la pelvis muy enfrente del eje en que descansa la pelvis. En efecto, esta se haya en equilibrio cuando la persona está de pie sobre los huesos de los músculos; los

¹⁸ Anipp La experiencia dolorosa. p. 205.

¹⁹ Read. Op. cit. p. 43-44.

²⁰ Howard G. Psiquiatría General, p. 279.

(fémures) por consiguiente la pelvis puede volverse a inclinarse en cierta medida sobre el eje de rotación formado por la articulación de la cadera (coxofemoral).

En la mujer embarazada, la pelvis se inclina de atrás hacia adelante y de arriba hacia abajo. El pubis se retrae ligeramente hacia abajo y las caderas avanzan. La columna vertebral, fija en la pelvis sigue naturalmente este movimiento, las curvas normales se exageran, la región lumbar se desplaza de atrás hacia adelante y la cintura se arquea; la región dorsal se desplaza de adelante hacia atrás para recuperar el equilibrio y la espalda se vuelve redonda.

Por lo general, la actuación de la curva lumbar va acompañada de una rápida fatiga y de dolores que pueden extenderse hasta el nervio ciático. El aumento de compensación en la curva dorsal acarrea también cansancio y dolores, pero sobre todo, trastornos respiratorios.

Casi todas las embarazadas se quejan de estas dificultades que naturalmente, son más pronunciadas en las mujeres que padecen de las vías respiratorias. Estos trastornos se explican fácilmente cuando se acentúan en la curva de las vértebras dorsales, se modifica sensiblemente la relación articular de una vértebra con otra y por lo tanto también se modifica la relación articular de vértebras con las costillas, así estas ya no pueden moverse libremente. Disminuye la amplitud de los movimientos torácicos; también se reduce la amplitud de los pulmones.

"Con el objeto de aliviar o neutralizar el dolor, el antídoto del temor es la educación de la mujer, que le da comprensión acerca de los cambios que ocurren en el embarazo y en el parto, infundiéndole confianza. El antídoto de la tensión es la relajación, por medio de la cual la mente descansa, el posible control muscular consciente y la interpretación de las sensaciones que provienen del útero, no son de dolor.

La interpretación de las sensaciones que provienen del útero se deben al trabajo muscular. Además se facilita el nacimiento con una preparación física que mejora la eficacia, siendo útiles algunos ejercicios.

La respiración adecuada y controlada beneficia a la embarazada por que mejora el estado general, y durante el parto suministra el oxígeno necesario para el trabajo del útero y para el feto.”²¹

Read Dick; cree que el dolor del alumbramiento lo es en manera alguna inevitable que cualquier emoción negativa como el miedo al parto lo provoca. Hace del miedo una de las causas principales del dolor.

Pavlov; Cree que el temor provoca una falta de armonía en el funcionamiento del útero, lo que origina el dolor.

El dolor de parto es altamente personal y variable y es causado principalmente por cambios mecánicos del cérvix, útero, canal del parto y articulaciones pélvicas.

Melzack, define tres grandes componentes del dolor que interactúan constantemente:

- a) Sistema Sensorial**
- b) Componente afectivo-motivacional**
- c) Componente cognoscitivo-evaluativo**

El Sistema Sensorial: Comunica información del cerebro a pesar de las sensaciones corporales, incluyendo daño tisular relacionado con el parto.

²¹ Read. Op cit p. 78

Este sistema se utiliza como uno de los componentes del manejo del dolor cuando la señal de dolor (información periférica) es manipulada para que el cerebro reciba un mensaje doloroso disminuido, una vez que el mensaje sensorial doloroso llega al cerebro, ocurre una interpretación central del mensaje utilizando los otros dos componentes del dolor, (afectivo y cognoscitivo).

Este sistema utiliza 3 sistemas receptores periféricos:

A) **Los Mecanoreceptores**; quienes toman el estímulo físico y lo transforman en impulso eléctrico (energía) que se transmite al cerebro.

Existen 5 clases de mecanoreceptores:

1. **Disco de Merkel**: son terminaciones que se encuentran en la epidermis.
2. **Corpúsculos de Meissner**: son terminaciones nerviosas que se encuentran en las yemas de los dedos y en la piel que no tiene vellos
3. **Corpúsculos Pacinarios** - Están localizados en áreas más profundas de la piel. Detectan presión profunda y rápida y sensaciones de vibración.
4. **Órganos de terminaciones del pelo táctil**; están en la base de cada pelo y se estimulan en cada movimiento que se da al pelo.
5. **Receptores Articulares**; se encuentran en las cápsulas articulares, ligamentos y membranas sinovial. Detectar el movimiento del cuerpo, se pueden estimular por periodos de tiempo largo.

De esta manera cada uno de estos receptores pueden ser utilizados por medio de movimientos físicos que coadyuven a mitigar el dolor, por ejemplo: las posiciones que puede adoptar la embarazada, el masaje o caricias que le proporcione su pareja o una serie de ejercicios gimnásticos que la mantengan concentrada y preparada para el expulsivo.

B) Quimio receptores.

Los quimiorreceptores toman los estímulos químicos y los transforman en energía eléctrica que se transmite al cerebro, uno de estos quimiorreceptores es el Olfatorio el cual tomaremos como ejemplo; dado que el hipotálamo y el sistema nervioso límbico están involucrados, los receptores del Sistema Nervioso autónomo, tal como la memoria, se pueden activar permitiendo ciertas reacciones de conducta que no están sometidas al control cortical inmediato de la parturienta.

Así, si tomamos en cuenta esta sensación nos percatamos que puede ser una manera de tranquilizar a la embarazada, ya que el ambiente que se "vale" en un hospital es desagradable para las personas, formándose imágenes en su mente de lo desconocido que pueden causar tensión. Lo que tratamos de hacer entender con esto es que el medio donde se tenga que "aliviar" la señora, no necesariamente tiene que tener o contar con las características físicas de un hospital, sino que también se puede crear un ambiente favorable, tomando en cuenta las medidas de seguridad e higiene. Por ejemplo: pedirle a la paciente que llegue al hospital aseada ¡y por que no! perfumada con el aroma que a ella le fascina, o traer la música que le encanta escuchar, etc.

C) Termorreceptores.

Los termorreceptores transmiten información sobre la temperatura al cerebro y no están bien comprendidos como lo están otros receptores.

Los mismos receptores en la piel transmiten tanto señales de calor o de frío. Si aplicamos este receptor en el control de la tensión del dolor en el trabajo de parto en la embarazada, lograríamos que su tensión disminuyera, ya que, por ejemplo; un medio físico de relajación es el agua, por lo tanto se le puede pedir a la paciente, que en caso de los excesivo, sobre todo en el momento de transición del parto, se meta a bañar, ya que como se dijo anteriormente el agua es un relajante muscular y del sistema nervioso, logrando que su tensión disminuya a si mismo como el umbral del dolor.

Componentes Cognoscitivo-Evaluativo.

Estas son técnicas que se emplean para ayudar a la parturienta a mediar el dolor. Estos incluyen técnicas respiratorias (como se verá en capítulos posteriores), focos de atención, distracción, música, positivismo y ayuda verbal.

Componente Motivaciones Afectivo.

Este componente puede producir la puesta en acción de la respuesta innata de lucha o huida y que a su vez afecta el equilibrio del cuerpo y la mente (homostasis).

La reacción oponente a la respuesta de Lucha-Huida es la respuesta fisiológica de relajación o descanso.²²

Aquí el acompañante de la embarazada, es de mucha ayuda ya que con anterioridad ella a escogido a la persona indicada para su compañía durante el parto y será quien le brinde la ayuda necesaria.

2.5 PARTO PSICOPROFILÁCTICO CON MÉTODO Y ENFOQUE EN EDUCACIÓN FÍSICA.

JUSTIFICACIÓN

Después de conocer las diferentes teorías por parte de los diferentes autores como; Lamaze, Pavlov y Read entre otros, y las características del Embarazo, Parto y Puerperio así como su fisiología y principales cambios anatómicos, nos servirán como base para proponer los siguientes ejercicios, por parte del Lic. en Educación Física Lic. en Enfermería y Obstetricia Lara Reyes Pascual.

²² Anipp. oP. cIT. P. 91

Plenamente llevados a la práctica para su estudio en el Centro de Investigación Materno Infantil GEN. Ubicado en Avenida Tláhuac Número, Colonia Lomas Estrella, por espacio de un año, teniendo para las embarazadas un curso de sesiones teórico prácticas a las cuales al final de su embarazo y atención del parto en la misma institución hospitalaria, se les aplico un cuestionario, para sacar las conclusiones al respecto de la aplicabilidad de los ejercicios.

Las cuales se representan gráficamente al final de la tesis (anexos). Por tanto pondremos al principio de este capítulo los beneficios que proporcionan estos ejercicios de atención para el parto psicoprofiláctico, tanto para la madre como para el bebe.

BENEFICIOS

1. Mayor capacidad de resistencia Aerobio-Anaerobica y Cardio Respiratoria en el Trabajo de Parto y Periodo Expulsivo.
2. Aumento y mantenimiento de condición física en la embarazada, durante el embarazo y el término de éste.
3. Aumento y mejoramiento de la irrigación en oxígeno al útero y al producto.
4. Una mejor aplicación y dirección en los musculosa que intervienen en el pujo y la respiración al momento de las contracciones, trabajo de parto y periodo expulsivo, así como el alumbramiento.
5. Mayor disponibilidad en la confianza de la gestante al inicio del embarazo, parto y puerperio, para disminución de la tensión.

6. **Unidad por parte de la pareja (Matrimonio), al inicio de las sesiones teórico prácticas para un mayor conocimiento y aplicabilidad de los mismos y hasta el termino del embarazo, parto y puerperio, dentro y fuera de la unidad hospitalaria.**
7. **Disminución en la Tensión al Dolor del Parto.**
8. **Aminorar lo más posible el sufrimiento en el Bebé al momento de su nacimiento, y durante la gestación.**
9. **De ser posible coadyuvar el parto, para que este sea un parto eutócico.**
10. **Disminuir en las embarazadas en lo más posible la "Episiotomía".**
11. **Mayor disponibilidad en la posición de la gestante para la atención del parto.**
12. **Mejorar la posición en la embarazada, a través de ejercicios posturales para disminuir las lesiones articulares.**
13. **Favorecer una mejor respiración en la embarazada al momento del Trabajo de Parto, Periodo Expulsivo y alumbramiento.**
14. **Mayor recuperación por parte de la embarazada durante el puerperio Mediato, Inmediato y Tardío.**
15. **Favorecer una mayor y mejor circulación en la embarazada.**
16. **Disminuir de ser posible la formación de varices en la embarazada.**

17. Disminuir el "Edema" en la embarazada.²³⁾

LA RESPIRACIÓN EN LA GESTANTE

La respiración, el saber respirar adecuadamente, el oxigenar el organismo; es una base primordial que se debe tener en la embarazada y sobre todo en la práctica de ejercicio

Dentro de las actividades de preparación para el parto psicoprofiláctico en la gestante, tenemos como base de todas las actividades físicas; la Respiración y el control de la misma en cada una de las fases del embarazo, parto y puerperio, ya que a través de la respiración y oxigenación, así como su control; se tendrán beneficios en el producto y la madre.

La relación que se tiene entre la actividad física, la respiración y el proceso de trabajo de parto y expulsivo, se debe poner en práctica a la embarazada desde los primeros meses del embarazo y suspender a las seis semanas últimas al nacimiento del producto; para así tener un mejor control de la respiración y estímulo de pujo por parte del diafragma y músculos intercostales y a la vez aminorar el dolor del parto y sufrimiento fetal del producto.

También es de suma importancia mencionar que el volumen de aire que respira un individuo en condiciones normales es de más o menos de un litro, y que a la vez en la gestante, este proceso se altera conforme va creciendo el útero, ya que como se ha mencionado antes, los pulmones sufren de presión por el crecimiento del útero y desplazamiento de las vísceras.

" La inspiración es esencialmente, el resultado del trabajo del diafragma. Este músculo no actúa directamente sobre los pulmones sino por conducto de ciertos huesos: La caja

²³⁾ Aportaciones del pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Pascual Lara Reyes.

torácica, así mismo el diafragma, actúa sobre los huesos de la caja torácica que a su vez actúa sobre los pulmones.⁽²⁴⁾

“ La primera fase de la respiración; la inspiración esta dada por la parte central del diafragma (centro frénico), al descender, se apoya y se fija en el contenido abdominal. Al mismo tiempo, o casi simultáneamente entran en acción las fibras musculares que parten del centro frénico y actúan sobre las costillas, que quedaron libres, imprimiéndoles movimientos muy complicados en cada inspiración, las costillas se vuelven, se levantan, se mueven hacia adelante y se distienden, todo al mismo tiempo.

Estos movimientos son posibles gracias a la manera en que están orientados los diferentes ejes de las costillas y, sobre a todo a la forma en que se articulan atrás sobre las vértebras dorsales, en la inspiración se presentan 3 movimientos.

1. En su diámetro vertical, cuando descende el diafragma.
2. Diámetro anteroposterior, cuando las costillas se mueven hacia adelante.
3. Diámetro transversal, cuando las costillas se separan.

Los músculos abdominales se adhieren a las costillas inferiores casi las mismas en las que se inserta el diafragma. Desde estas costillas inferiores los músculos abdominales pasan a la pelvis, donde se adhieren a las crestas ilíacas y a las espinas ilíacas, y además a los bordes de la pelvis y su parte más anterior.⁽²⁵⁾

Así mismo tenemos que la parte que más nos interesa de los movimientos respiratorios para el proceso expulsivo, será el movimiento del descenso del diafragma y los movimientos intercostales de presión. A los cuales la preparación de la embarazada será, tener control de estos movimientos para su aprovechamiento en el momento del parto y el periodo expulsivo,

²⁴ Sans, Op. cit. p. 69

²⁵ Sans, Op. cit. p. 69

y que a la vez se incrementaran a través de la práctica de una respiración adecuada y de forma abdominal.

Desde pequeños se nos ha repetido una y otra vez -saca el pecho- , queriéndonos decir -respira hondo-, y precisamente esa es la peor de las formas de respiración, ya que así sólo se llenan de aire los lóbulos superiores de los pulmones, que son justo los que menor capacidad de ventilación poseen. Sin embargo, si nos fijamos en los niños lactantes, en las personas dormidas y en muchos de los mal llamados pueblos primitivos (sobre todo orientales) veremos que no respiran con el pecho, sino con el abdomen.

Según todos los especialistas, este tipo de respiración es el más sano. Con la expansión del abdomen, el diafragma tira hacia abajo de la cavidad pulmonar, forzando que la inspiración rellene de aire los lóbulos inferiores de los pulmones, más voluminosos que los superiores y por tanto con mayor número de alvéolos. La maniobra contraria, la espiración, sucede al contraer el abdomen y empujar hacia arriba el diafragma.

Por último, otra forma importante para respirar bien consiste en guardar un justo equilibrio entre inspiración y espiración.

Existen diferentes métodos para aprender a respirar correctamente. El yoga enseña la llamada respiración completa, variante perfeccionada de la abdominal. La espiración se realiza contrayendo el estómago hacia adentro y curvando la espalda. La inspiración, expandiendo el estómago y arqueando la espalda. Estos movimientos ventilan al máximo los lóbulos inferiores de los pulmones.

En conclusión, la fatiga, los dolores y la menor cantidad de oxígeno causan un agotamiento general en el cuerpo. Esto lo hago notar por así mismo podemos prevenirlo y evitar las molestias que acarrea, ya que de no lograrse puede ser perjudicial para la gestante.

Entre estos trastornos o cambios en la gestante, figuran los de la circulación venosa. Por lo general nos contestamos con observarlos, considerando que es muy poco lo que se puede hacer para combatirlos; pero en la actualidad sin pretender obrar milagros, con frecuencia podemos evitar que aparezcan dichos trastornos circulatorios o a que estos se agraven una vez que han aparecido.

“Cuando la sangre que viene del corazón y circula por las arterias ésta se ha distribuido en los finos vasos capilares, su presión se vuelve extremadamente débil, entonces pasa a la red venosa por:

- A) Utiliza lo que queda de presión.
- B) Los tejidos venosos son muy flexibles y están cubiertos de pequeños músculos.
- C) Las venas de las piernas están provistas válvulas que dejan pasar la sangre, pero que cuando se cierran impiden que retrocedan.
- D) Esto permite aprovechar, la circulación arterial cuya onda de expulsión se transmite a las venas y empuja la sangre muy ligeramente. Y los movimientos activos de la persona, especialmente las contracciones de los músculos. ⁽²⁶⁾

PROGRAMA UTILIZADO EN LA PREPARACIÓN DE LAS GESTANTES EN ESTUDIO.

Una de las principales tareas a las que se ha dedicado la atención materno infantil en el CIMIGEN, es la búsqueda de soluciones que contribuyan a disminuir la morbimortalidad materno infantil, incluyendo en estos a los defectos al nacimiento.

La creación de programas preventivos, ha constituido una de las principales armas en la lucha por otorgar el derecho a nacer sano.

²⁶ Sans, Op. cit. p. 69

Dentro del nuevo enfoque que actualmente se le ha dado a la psicoprofilaxis, llamada ahora "Psicoprofilaxis perinatal", es precisamente preventivo, teniendo su campo de acción en las diferentes etapas reproductivas a través de la educación en busca de un cambio en la actitud de todos los involucrados que se encuentran en edad reproductiva.²⁷

Resulta por lo tanto indispensable la creación de un programa que actúe con enfoque preventivo, biofísica y que incida en la población abierta especialmente en los jóvenes y mujeres gestantes.

Así tenemos, el programa utilizado en esta investigación esta integrado por las siguientes etapas:

ETAPA PREGESTACIÓN. - Que incidirá principalmente en la educación de la población en edad reproductiva y a la concientización de la procreación, así como a la preparación física previa a su embarazo.

Por lo que para esta etapa se utilizaran ejercicios de condicionamiento físico general.

ETAPA GESTACIONAL. - Que comprenderá desde el momento de la concepción, embarazo, parto y puerperio. A lo que su preparación comenzara de la semana 16 de gestación con ejercicio de adecuación morfofuncional, como serian desplazamientos en diferentes direcciones y diferentes velocidades e intervalos, flexiones de extremidades inferiores de pie, de cúbito dorsal y sentadas, estiramiento de miembros inferiores, principalmente de las articulaciones isquiopúbicas, coxofemorales, del apéndice superior e inferior con ejercicios que mejoran el tono muscular y su vascularización así como la aparición de varices vulvares y fortalecimiento del perine.

²⁷ Apuntes tomados del programa de psicoprofilaxis perinatal del CIMIGEN.

En la semana 26 se aplicarán ejercicios que coadyuven una mejor vascularización pélvica, por lo que los principales ejercicios estarán basados en la concientización neuromuscular de los músculos del piso pélvico y esfínteres con movimientos de la pelvis en diferentes direcciones y en diferentes posiciones de la gestante como serían, en posición de cúbito dorsal, de pie, cuadrúpeda y en diferentes alturas de la cadera, así como concientización de la contracción y relajación de los músculos de las piernas, muslos, piso pélvico, esfínteres y en combinación con los miembros superiores.

En la semana 30 se aplicarán ejercicios de pujo con el control de los músculos intercostales, diafragma, del abdomen, del piso pélvico y esfínteres. En diferentes posiciones como de cúbito dorsal, cuadrúpeda, cuclillas y de pie.

Ejercicios respiratorios, profundos, superficiales, concientizando la respiración ya sea para oxigenar o para el pujo en el momento que se requieran.

Posiciones que ayuden al descanso del producto y aminorar la tensión como flexión del tronco al frente como apoyo de las manos en la pared, cama u otro objeto, de cuclillas con apoyo de la pareja, recargando la espalda en la pared realizando presión en la misma adoptando una posición de semisentada y dirigiendo la pelvis hacia adelante y por último ejercicios de relajación donde la mayor cooperación y participación corresponderá a la pareja de la paciente y consistirá con ejercicios respiratorios y masaje de la zona lumbar y sacra así como utilización de posiciones recomendadas por la propia paciente, utilización de medios sugeridos por la paciente como serían, música, silencio, alimento, masaje, etc.

La metodología utilizada en la actividad física será de progresión de la enseñanza, fijación y aplicación y de menos a más.

Para su mejor comprensión, se presentará una sesión de actividades de preparación al parto psicoprofiláctico utilizando en las gestantes en estudio en el área de anexos, comprendiendo los siguientes aspectos: Posición inicial, acción, objetivo principal, función y recomendaciones principales.

3. METODOLOGÍA

La metodología a llevar en este proyecto de investigación estará establecida en tres etapas genéricamente organizadas.

La primera, comprende la planeación del estudio que estará basado en la recolección de datos bibliográficos, a través de fichas de trabajo que a su vez nos darán pautas al conocimiento del tema en sí para su investigación y a la estructuración del marco teórico, así como la calendarización de las actividades a realizar durante todo el proyecto y la investigación.

La segunda parte estará designada a la investigación de campo; que consistirá en la aplicación, observación, demostración y mejoramiento de la técnica e instrucción en los ejercicios físicos, respiratorios, posturales y de relajación impartidos por el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia a las gestantes que participan en el curso de parto psicoprofiláctico en las instalaciones del CIMIGEN.

Por último se llevará a cabo la recolección de datos a través de una cédula de observación con ayuda de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia, responsables de la atención en el momento en que la gestante entra en la fase activa del trabajo de parto, hasta el nacimiento del producto.

Para esto el personal que la atiende será previamente instruido en relación a la aplicación de la cédula de recolección, (y cuando sea necesario se buscará hacer una entrevista a los pacientes y familiares para fines de ampliar la información y así revisar los expedientes para el reporte de factores de riesgo en el periodo de postparto y sobre la situación del recién nacido.

3.1 HIPÓTESIS

3.1.1 General

H1.- Incide la instrucción y aplicación de la técnica de parto psicoprofiláctico en parturientas que reciben el curso por parte del pasante de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, influye en aminorar la tensión al dolor del parto, factores del riesgo al nacimiento y mayor participación por parte del personal de salud, parturienta y su pareja en relación al nacimiento del producto.

3.1.2 De trabajo:

H2.- A mayor participación y constancia en la instrucción y aplicación de ejercicios de parto psicoprofiláctico en el curso, menor será la tensión al dolor del parto, así como menores los factores de riesgo al nacimiento.

3.1.3 Nula:

H3 - No existe relación alguna entre la preparación para el parto, el dolor del parto y los factores de riesgo al nacimiento.

3.2 VARIABLES E INDICADORES:

3.2.1 Variable independiente:

Curso de parto psicoprofiláctico.

Indicadores:

- Número de clases
- Participación de la gestante y su pareja
- Ventajas del curso
- Conocimiento del curso
- Participación en los ejercicios físicos
- Participación en los ejercicios posturales
- Participación en los ejercicios respiratorios
- Participación en los ejercicios relajación
- Control de los ejercicios físicos
- Control de los ejercicios respiratorios
- Control de los ejercicios posturales
- Control de los ejercicios de relajación
- Comunicación entre la pareja
- Actitud de la pareja en el parto
- Apoyo y actitud del personal médico en el parto

3.2.2 Variable Dependiente

Mayor participación, comunicación y relación entre la gestante, su pareja y el personal médico que atiende su parto así como disminución de factores de riesgo al nacimiento.

Indicadores:

- Compañerismo existente entre la pareja
- Comunicación que mantienen en las áreas de la tocoquirúrgica
- Actitud de los esposos
- Apoyo de la pareja en las áreas de la toco
- Relación del personal y la pareja en la toco
- Contacto físico de la pareja

3.2.3 Definiciones operacionales**CURSO DE PARTO PSICOPROFILÁCTICO:**

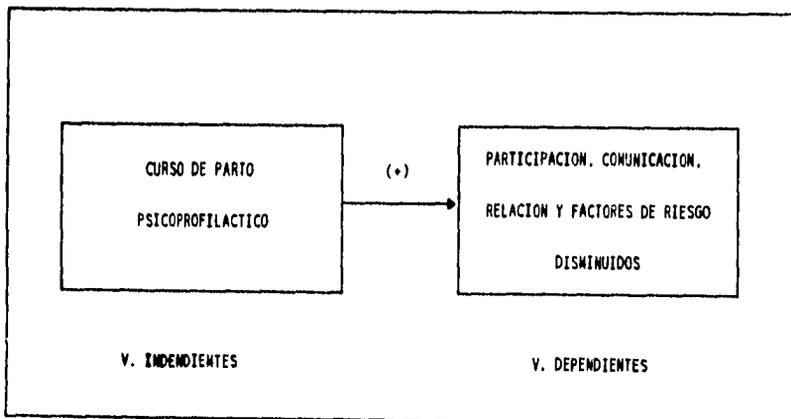
Es una serie de actividades relacionadas a la educación morfuncional y psicosomática que coadyuvan a la preparación de la gestante, previa a la atención del parto, siendo necesario para éste el apoyo y optimismo de su pareja.

PARTICIPACIÓN, COMUNICACIÓN, RELACIÓN Y FACTORES DE RIESGO AL NACIMIENTO:

Es decisión tomada por parte de la institución hospitalaria interesada en la participación de los pacientes involucrados en el derecho a nacer sano que presentan los derechos de los hijos, así como el establecer un equipo de trabajo dentro de una área restringida, integrando con esto mayor cooperación por medio de las pacientes y su pareja en el nacimiento de su hijo.

3.2.4 Modelo de relación causal de las variables.

A mayor participación en el curso, mayor será la participación, comunicación y relación con el personal médico que atiende el parto de la gestante, así como la disminución de factores de riesgo al nacimiento.



3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

3.3.1 Tipo:

El tipo de investigación se considera diagnóstica y experimental, en virtud de que parte de una problemática a estudiar, para generar análisis de la situación dada.

Diagnóstica porque se pretende conocer como disminuir la tensión al dolor del parto así como la comunicación y participación de la pareja y el personal que la atiende hasta el nacimiento del producto en el CIMIGEN.

Experimental ya que se está sometiendo a prueba una técnica original de preparación para el parto con énfasis en la educación psicofísica.

3.3.2 Diseño:

El diseño de investigación se ha construido atendiendo a los siguientes aspectos:

- Revisión bibliográfica para la integración del marco teórico, variables, diseño, instrucción y modificación de la técnica de parto psicoprofiláctico.**
- Preparación de indicadores y de escalas para medir las variables**
- Diseño de una muestra piloto del universo.**
- Aplicación de instrumentos para recolectar los datos de la población que está involucrada.**
- Esta investigación está basada en el modelo de Carmen L. Balseiro Almario.**

ORGANIZACIÓN.

TIEMPO:

Del 1o. de noviembre de 1991 al 30 de agosto de 1992.

ESPACIO:

Instalaciones del CIMIGEN, ya que ahí laboran y atienden los partos los Licenciados en Enfermería y Obstetricia y se lleva a cabo el curso de psicoprofilaxis perinatal.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Embarazadas que acuden al CIMIGEN en el periodo mencionado y que recibieron el curso de parto psicoprofiláctico y que finalmente decidieron ser atendidas en el CIMIGEN por Licenciados en Enfermería y Obstetricia.

RECURSOS HUMANOS:

Un instructor con conocimientos en Obstetricia y Educación Física.
Lic. en Enfermería y Obstetricia egresados de la ENEO que laboran en el CIMIGEN y que han sido orientados sobre la investigación.

RECURSOS FINANCIEROS:

Estarán a cargo del CIMIGEN y del pasante, ya que para la investigación no será necesario la compra de material o equipo costoso.

RECURSOS MATERIALES:

- Unidad tocoquirúrgica
- Gimnasio o sala de ejercicios de preparación al parto
- Colchones

- **Almohadas**
- **Pelotas**
- **Globos**
- **Sillas**
- **Cámara de video**
- **Cámara fotográfica**
- **Diapositivas**
- **Láminas educativas**
- **Material de escritorio**

3.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

3.4.1 Fichas de Trabajo:

Que consistirán en obtener información de la diferente bibliografía, para conformar el contenido del marco teórico. Asimismo para mantener una información disponible en tiempo para la investigación.

3.4.2 Entrevista.

Que consistirá en una serie de pláticas con personal experimentado en el área de Psicoprofilaxis perinatal del C.I.M.I.G.E.N. Con el objetivo de engrandecer la investigación.

3.4.3 Observación:

Directa: Consistirá en mantener a las gestantes en observación, para identificar situaciones, factores, signos y síntomas que se presenten durante la realización de los ejercicios y que puedan poner en riesgo la salud del producto o de la madre.

Indirecta: Que consistirá en el llenado de un cuestionario por parte del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, que haya atendido a la parturienta, desde el inicio del trabajo de parto hasta el nacimiento.

4. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA

4.1 UNIVERSO:

Gestantes que acuden a consulta prenatal en el CIMIGEN

POBLACION:

Gestantes que cursan con un período máximo de cuatro meses de embarazo.

MUESTRA:

Gestantes que tienen como máximo cuatro meses de embarazo, que acuden al curso de parto psicoprofiláctico y que su parto es atendido por personal de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que laboran en el CIMIGEN, en el período del 1o. de noviembre de 1991 al 30 de agosto de 1992.

4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS:

Los datos encontrados se presentarán en cuadros y gráficas, después de haber hecho la clasificación y codificación de los mismos.

4.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

CUADRO No. 1

EDAD DE LAS GESTANTES EN ESTUDIO		
OPCIONES	Fo	%
15 A 20 AÑOS	11	21.15
21 A 25 AÑOS	26	50
26 A 30 AÑOS	13	25
MÁS DE 31 AÑOS	2	3.85
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Cuestionario de la investigación. Cómo incide la participación de la gestante, su pareja y el licenciado en enfermería y obstetricia que atiende su parto cuando se tiene una previa instrucción de parto psicoprofiláctico con técnica en educación física en gestantes que acuden al C.I.M.I.G.E.N. y reciben el curso de psicoprofilaxis perinatal; aplicadas a las pacientes en el momento del inicio del trabajo de parto y hasta el nacimiento del producto por parte del personal de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que labora en dicha institución.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Referente a la edad de las gestantes encontramos que el mayor porcentaje lo obtienen mujeres de 21 a 25 años con un 50% seguido por mujeres entre los 15 a 20 años con un 21.15%. De la edad de 26 a 30 años abarcan un 25% y por último mujeres mayores de 30 años alcanzan sólo el 3.85%. Lo que indica que el promedio de mujeres se encuentra en edad óptima para el embarazo y también se tiene un promedio de mujeres con factor de riesgo al nacimiento por edad, lo que fue de gran importancia para la investigación, ya que se puso a prueba una nueva técnica de parto psicoprofiláctico.

CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES EN ESTUDIO

OPCIONES	Fo	%
1. Soltera	4	7.69
2. Casada	42	80.77
3. Unión libre	6	11.54
4. Divorciada	0	0
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Relativo al estado civil, se encuentra el mayor número en las personas casadas, con un 80.77% seguido por la unión libre con un 11.5% y por último las solteras con un 7.69%. Esto nos indica que la mujer casada mantiene un número mayor, lo que es favorable para la investigación, ya que para su realización es necesaria la participación de su pareja.

CUADRO No. 3

OCUPACION DE LAS GESTANTES EN ESTUDIO

OPCIONES	Fo	%
1. Estudia	0	0
2. Trabaja	12	23.08
3. Hogar	40	76.92
4. Otro	0	0
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Relativo a la ocupación tenemos que las personas que trabajan durante su etapa gestacional son el 23.08%, las que se dedican al hogar el 76.92% y ninguna de las pacientes estudia o tiene otra ocupación, lo que nos da como consecuencia, que se abarca un mayor tiempo dedicado al cuidado de su embarazo en el mayor número de las gestantes en estudio, lo cual pudo constatarse al observarse una mayor participación de las pacientes dentro del programa de parto psicoprofiláctico. con técnica en educación física.

CUADRO No. 4

PARTOS ANTERIORES DE LAS GESTANTES EN ESTUDIO

OPCIONES	Fo	%
1. SI	16	30.77
2. NO	36	69.23
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Referente a los partos anteriores tenemos que, el 69.23% es su primer embarazo y sólo el 30.77% ya han tenido esa experiencia, lo que tiene como consecuencia una mayor participación de mujeres y su primera experiencia y el énfasis de las mismas dentro del curso de preparación para un parto mejor y diferente.

CUADRO No. 5

**NUMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIO
LA GESTANTE EN ESTUDIO**

OPCIONES	Fo	%
1. 20 sesiones	40	76.92
2. De 11 a 19 sesiones	8	15.39
3. Hasta 10 sesiones	4	7.69
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Referido al número de sesiones que tomó la paciente, tenemos que el 76.92% tomaron el curso completo de parto psicoprofiláctico, mientras que las que no cumplieron con el curso fueron el 22% aproximadamente, por lo que se mantuvo más preparación en el mayor número de las gestantes en el estudio, por lo que se esperaron buenos resultados en el parto.

CUADRO No. 6

**PERSONAS QUE ACOMPAÑAN A LAS GESTANTES
EN EL SERVICIO DE LABOR**

OPCIONES	Fo	%
1. Esposo	43	82.69
2. Familiar	8	15.39
3. Vecino	1	1.92
4. Nadie	0	0
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la actualidad el embarazo y parto ha sido un trabajo que se ha ligado únicamente a la gestante, hecho que ha traído como consecuencia un alto índice de irresponsabilidad del padre. Por tal motivo ahora en el embarazo se puede lograr que el padre participe activamente durante el transcurso y finalización del parto, así observamos que el 82.69% fueron acompañadas las pacientes por su esposo y sólo el 16% aproximado fueron acompañadas por un familiar o vecino, motivo debido a que algunas pacientes son madres solteras.

CUADRO No. 7

**PERSONA A QUIEN SE DIRIGE LA GESTANTE EN
ESTUDIO EN EL SERVICIO DE LABOR**

OPCIONES	Fo	%
1. Esposo	37	71.15
2. Personal médico	1	1.92
3. Ambos	14	26.93
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Cuando la paciente se encuentra en el área de labor, para ella se vuelve un ambiente tenso por lo desconocido, y el miedo que puede provocar el saber que no conoce a nadie. Para esto dentro de las secciones del curso se les hace saber a las pacientes los diferentes lugares por los que pasará haciéndose un contacto físico con las áreas posibles, de tal modo que se familiarice con ellos y disminuir su ansiedad y aumentar su confianza. Así observamos que el 71.15% se dirigió principalmente a su esposo debido a que recibió las sesiones en conjunto con ella y el 26.93 se dirigió tanto al personal médico como a su esposo ya que denotaban inseguridad por parte de su pareja, y por último tenemos que sólo una paciente se dirigió al personal. motivo causado por no tener en esos momentos la compañía de su pareja.

CUADRO No. 8

**CONTACTO FISICO EXISTENTE ENTRE LA PAREJA
EN EL AREA DE LABOR**

OPCIONES	Fo	%
1. En todo momento	45	86.54
2. Ocasionalmente	6	11.54
3. En ningún momento	1	1.92
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Relacionado al contacto físico entre la pareja el 86.54% mantienen una relación en todo momento, el 11.54% sólo ocasionalmente y el 1.92% en ningún momento debido a que sólo una gestante no fue acompañada por su pareja o algún familiar, sino por su vecino al cual no se le permitió entrar al área hospitalaria. Por otro lado esto nos da a entender que la preparación de la pareja en el curso fue la adecuada y la paternidad responsable se logró mantener durante y después del curso de parto psicoprofiláctico.

CUADRO No. 9

**ACTIVIDAD QUE REALIZAN LAS GESTANTES EN ESTUDIO
CUANDO SE PRESENTAN CONTRACCIONES UTERINAS**

OPCIONES	Fo	%
1. Ejercicios respiratorios	11	21.15
2. Diferentes posiciones	41	78.85
3. Grita o llora	0	0
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Respecto al cuadro No. 9 encontramos que las pacientes realizan diferentes posiciones en un 78.85% y el 21.15% realiza ejercicios respiratorios, lo que indica que en ningún momento se presentaron grito o llanto por parte de las pacientes, lo que demuestra que las sesiones sugeridas en el curso favorecen el control propio de la gestante, ayudando al nacimiento del producto y a aminorar los factores de riesgo al nacimiento.

CUADRO No. 10

METODO QUE UTILIZAN LAS GESTANTES EN ESTUDIO PARA LLEVAR A CABO LA RELAJACIÓN Y CONTROL EN EL ÁREA DE LABOR

OPCIONES	Fo	%
1. Pide apoyo a su pareja	17	32.69
2. Pide apoyo al personal médico que la atiende	3	5.77
3. Utiliza los conocimientos adquiridos	32	61.54
4. Grita y se desespera	0	0
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Aquí tenemos que el 61.5% utilizó y puso en práctica los conocimientos adquiridos durante el curso, el 32.69% pidió apoyo a su pareja para poder relajarse y como recordatorio de las actividades y sólo 3 pacientes se apoyaron en el personal médico que le atendía.

Por lo que nos damos cuenta, que las actividades sugeridas en el curso mantuvieron la participación de la pareja y se puso en práctica lo aprendido, participando en esta etapa en independencia y actitud positiva en el transparto.

CUADRO No. 11

**METODO QUE SOLICITAN LAS GESTANTES EN ESTUDIO PARA
AMINORAR LA TENSION AL DOLOR AL PARTO**

OPCIONES	Fo	%
1. Fármaco	0	0
2. Bloqueo	0	0
3. Realizar actividades aprendidas en el curso	52	100.00
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Este cuadro nos demuestra que ninguna paciente tuvo que solicitar algún método que ayudara a disminuir el dolor del parto y en su totalidad de las gestantes realizaron actividades sugeridas en el curso de parto psicoprofiláctico. Demostrando que cuando se tiene una previa preparación al parto se puede mantener una participación favorable de la paciente, para hacer del nacimiento de su hijo algo más cómodo y con menos factores de riesgo al nacimiento.

CUADRO No. 12

**POSICIONES QUE ADOPTAN LAS GESTANTES EN ESTUDIO EN EL
AREA DE LABOR PARA SU MAYOR TRANQUILIDAD Y RELAJARSE**

OPCIONES	Fo	%
1. La que ella desea de acuerdo a lo aprendido en el curso	52	100.00
2. La que le asigna el personal médico	0	0
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

En este cuadro relativo a la posición que adoptan de acuerdo al estado en que se encuentran, para su mayor tranquilidad, resultó que todas las pacientes mantuvieron su propia iniciativa, conforme a lo sugerido en el curso para mantener mayor optimismo de su parte y así lograr que su parto fuese menos complicado y más rápido.

CUADRO No. 13

**ORIENTACION SUGERIDA POR PARTE DE LAS GESTANTES
EN EL AREA DE LABOR**

OPCIONES	Fo	%
1. Ellas la solicitan	49	94.23
2. El personal la cree conveniente	0	0
3. Porque reflejan angustia	3	5.77
4. Por desconfianza	0	0
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

En este cuadro relativo a la orientación, encontramos que el 94.23% surgía por iniciativa de las pacientes y sólo 3 de ellas se les orientó ya que presentaban angustia. Esto refleja que hay mayor interés y conciencia del proceso en el que se encuentran, cuando se tiene una preparación previa al parto.

CUADRO No. 14

**ACTITUD QUE PRESENTA LA PAREJA DURANTE
LA DEAMBULACIÓN EN EL ÁREA DE LABOR**

OPCIONES	Fo	%
1. Verifica número y frecuencia de contracciones	48	92.31
2. Observa el reloj con insistencia	0	0
3. Acompaña a la gestante durante la deambulación	1	1.92
4. Solo le da apoyo psicológico	1	1.92
5. Se desespera	2	3.85
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En este cuadro encontramos que, el 92.31% la pareja durante la deambulación verifica número y frecuencia de contracciones, 2 personas se desesperan ya que desconocían las acciones a realizar en ese lugar, una persona solo dio apoyo psicológico y por último una pareja sólo acompañaba a su esposa sin realizar algo para apoyarla. Así observamos que la mayor participación de la pareja es de conformidad con lo aprendido en el curso y se mantiene una relación continua con la paciente.

CUADRO No. 15

**ACTITUD QUE GUARDAN LAS PACIENTES DURANTE
SU ESTANCIA EN EL AREA DE LABOR**

OPCIONES	Fo	%
1. Tranquila	2	3.85
2. Estable y sabe lo que hace	50	96.15
3. Intranquila y se desespera	0	0
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Aquí encontramos que, el 96.15% siempre se mantuvieron en estabilidad y con el conocimiento suficiente para saber lo que estaban haciendo y solo 2 pacientes se encontraron tranquilas debido tal vez a que no cumplieron con el número de sesiones establecidas en el curso, sin embargo esto nos demuestra que en ningún momento hay desesperación en las pacientes y que todas mantienen optimismo y concentración de lo que tienen que hacer.

CUADRO No. 16

EJERCICIOS RESPIRATORIOS QUE REALIZAN DURANTE LA PRESENCIA DE CONTRACCIONES

OPCIONES	Fo	%
1. Superficiales	0	0
2. Profundos	2	3.85
3. Combina los superficiales y los profundos	46	88.46
4. No realiza o los realiza inadecuadamente	4	7.69
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

En este cuadro referido a los ejercicios respiratorios tenemos que, el 88.46% combina los ejercicios respiratorios superficiales y los profundos, el 7.69% no los realiza o los realiza inadecuadamente y solo 2 pacientes realizan ejercicios respiratorios profundos. Así tenemos que la mayoría de las pacientes utilizó adecuadamente la técnica, para oxigenar al producto y mantuvo un control del dolor que presentan las contracciones, dando como resultado un mayor beneficio al nacimiento del producto y el de ella misma.

CUADRO No. 17

**OPCIONES POSTURALES QUE ADOPTAN LAS PACIENTES PARA
AYUDAR A DESCENDER AL PRODUCTO**

OPCIONES	Fo	%
1. Litotomía	21	40.39
2. Cuclillas	30	57.69
3. De pie	1	1.92
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En este cuadro encontramos que el 57.69% utiliza la posición de cuclillas el 40.39% le favorece la posición de litotomía y sólo una paciente mantiene una posición de pie. Esto muestra que las pacientes optaron por una posición en la cual ayudaron al nacimiento del producto y en ningún momento se mantuvieron en la cama a esperar el proceso del parto, demostrando optimismo y participación en la aminoración de factores de riesgo al nacimiento.

CUADRO No. 18

**APOYO PSICOLÓGICO QUE SE DA A LAS GESTANTES POR
PARTE DE LA PAREJA EN EL ÁREA DE EXPULSIÓN**

OPCIONES	Fo	%
1. Constante	45	86.54
2. Por pausas	6	11.54
3. No la lleva a cabo	1	1.92
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro No. 18 relacionado a la manera en que brinda apoyo psicológico por parte de la pareja en el área de expulsión, el 86.54% el apoyo que se da es constante, el 11.54% es sólo por pausas y sólo en una paciente no se mantuvo esta participación, ya que no tuvo quien la acompañara. Por lo que encontramos que se refleja un estado de armonía entre la pareja dando como resultado una paternidad responsable que favorecerá al nacimiento del producto y a la unión de la misma.

CUADRO No. 19

**ACTITUD QUE GUARDAN LAS PACIENTES
EN EL MOMENTO EXPULSIVO DEL PRODUCTO**

OPCIONES	Fo	%
1. Grita y se desespera	0	0
2. Tranquila, utiliza ejercicios de pujo y respiratorios	52	100.00
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

En este cuadro tenemos que en todo momento la gestante se encontró activa, ya que el 100% de ellas se encontraba preparada para el momento expulsivo y en ningún momento se identificó desesperación o gritos en la sala.

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

CUADRO No. 20

ACTITUD QUE MANTIENE LA PAREJA EN EL ÁREA DE EXPULSION

OPCIONES	Fo	%
1. Estable y seguro	36	69.23
2. Inseguro, tenso y temeroso	14	26.92
3. Violento	2	3.85
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

En este cuadro relativo a la actitud que mantiene la pareja, tenemos que, el 69.23% en todo momento se mantuvo estable y seguro, mientras que el 26.92 se presentó inseguro, tenso y temeroso, debido a que desconocía en su totalidad lo que tenía que hacer, y por último sólo dos personas presentaron violencia verbal por situaciones de desesperación, pues su esposa era la que hacía todo por hacer nacer a su hijo, sin que el personal médico ayudara.

CUADRO No. 21

ACTITUD QUE GUARDA LA PARTURIENTA EN EL AREA DE EXPULSION

OPCIONES	Fo	%
1. Desesperación e insegura	2	3.859
2. Violenta y de rechazo al personal	0	0
3. Tranquila y segura de si	52	96.15
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Aquí tenemos que, sólo dos personas presentaron desesperación e inseguridad, no presentaron violencia y la mayoría se mantuvieron tranquilas y seguras de si mismas, esto demuestra que su participación en el nacimiento de su hijo fue de una manera aportativa en conocimiento y práctica de las sesiones aprendidas y que una mayor tranquilidad por parte de la paciente puede hacer de su parto un momento lleno de optimismo y felicidad.

CUADRO No. 22

**FACIES QUE PRESENTA EL ESPOSO O PERSONA QUE ACOMPAÑA
A LA PACIENTE EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO DEL PRODUCTO**

OPCIONES	Fo	%
1. Alegría	22	42.31
2. Asombro	3	5.77
3. Incredulidad	27	51.92
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En este cuadro, referido a las facies que presenta el esposo que, el 51.92% mostró incredulidad, el 42.31% expresó alegría y tres personas demostraron asombro, lo que demuestra que el esposo de la parturienta no se encuentra del todo capacitado para presenciar el nacimiento de su hijo, a pesar de la participación activa que haya presentado en cuanto al apoyo psicológico y físico.

CUADRO No. 23

**PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS UTILIZADOS EN EL
NACIMIENTO DEL PRODUCTO DE LA PACIENTE EN ESTUDIO**

OPCIONES	Fo	%
1. Bloqueo	0	0
2. Episiotomía	23	44.23
3. Participación activa de la gestante	29	55.77
4. Cesárea	0	0
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En este cuadro referido a los procedimientos obstétricos utilizados, tenemos que el 55.77% solo fue necesaria la participación activa de la parturienta con ejercicios aprendidos y designados para el momento expulsivo, el 44.23% se le realizó episiotomía sin descartar la participación de la paciente y en ningún momento fue necesaria la utilización del bloqueo para aminorar la tensión al dolor o la cesárea. Así tenemos que la preparación activa de la paciente previa al parto aminora la tensión al dolor al parto y disminuye los factores de riesgo al nacimiento.

CUADRO No. 24

**ACTITUD QUE PRESENTAN LA PACIENTE Y SU PAREJA
POSTERIOR AL NACIMIENTO DE SU HIJO**

OPCIONES	Fo	%
1. Alegría	52	100.00
2. Rechazo	0	0
3. Enojo	0	0
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Aquí encontramos que el 100% mostró alegría por el nacimiento de su hijo y no se presentó rechazo o enojo por parte de las parejas hacia sus hijos, lo que indica que el embarazo y el trabajo de parto, así como la estancia en las diferentes áreas por las que pasa la gestante son parte en las cuales puede participar el esposo de la paciente, manteniendo así una relación de apoyo y seguridad en la paciente y demuestra que el parto no sólo es un trabajo propio de la mujer, sino un conjunto de actividades correspondientes al matrimonio.

CUADRO No. 25

**CARACTERISTICAS QUE PRESENTA EL RECIEN NACIDO
DEL GRUPO EN ESTUDIO**

OPCIONES	SI		NO	
	Fo	%	Fo	%
1. Peso de 2,300 a 3,500	50	96.15	2	3.85
2. Talla de 48 a 52 cm.	51	98.08	1	1.92
3. Apgar de 7 a 10	50	96.15	2	3.85
4. Silverman de 0	50	96.15	2	3.85
5. Respuesta neuronal óptima	51	96.15	1	1.92
TOTAL	52			100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Aquí encontramos que, sólo tres recién nacidos no contaron con todas las características necesarias, para determinarlo sin factor de riesgo al nacimiento. Por lo tanto tenemos que la técnica utilizada en las parturientas que obtuvieron preparación y capacitación de las actividades sugeridas en el curso disminuyeron los factores de riesgo prerinatal en el grupo de estudio.

CUADRO No. 26

**CUIDADOS MEDIATOS QUE REQUIRIÓ
EL RECIEN NACIDO DEL GRUPO DE ESTUDIO**

OPCIONES	Fo	%
1. Alojamiento conjunto	49	94.23
2. Medidas de urgencias	0	0
3. Reanimación inmediata	1	1.92
4. Incubadora	2	3.85
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En este cuadro tenemos que, el 94.23% se le proporcionó a la madre para su cuidado y amamantamiento. el 3.85% fue necesario la incubadora debido a su mala adaptación al medio ambiente y sólo un producto requirió de reanimación inmediata por motivo de obito. Esto demuestra que los beneficios que conllevan al producto y la adecuación al medio son favorables cuando se tiene una buena preparación previa al parto con actividad física ya que de esta manera la oxigenación al organismo del producto coadyuvará en la recuperación del recién nacido en su nuevo ambiente.

CUADRO No. 27

**COMUNICACIÓN QUE PRESENTA LA PAREJA CON RELACION
AL RECIEN NACIDO EN EL ÁREA DE RECUPERACIÓN**

OPCIONES	Fo	%
1. Rechazo e indiferencia	0	0
2. De aceptación, platica con el recién nacido y dice palabras de cariño	52	100.00
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro 27 relacionado a la comunicación que presentan las parejas, indican que el 100% mantuvo aceptación, la cual se pudo identificar por que el padre expresó palabras de cariño y aceptar manejar a su hijo en el mismo hospital en apoyo a su pareja.

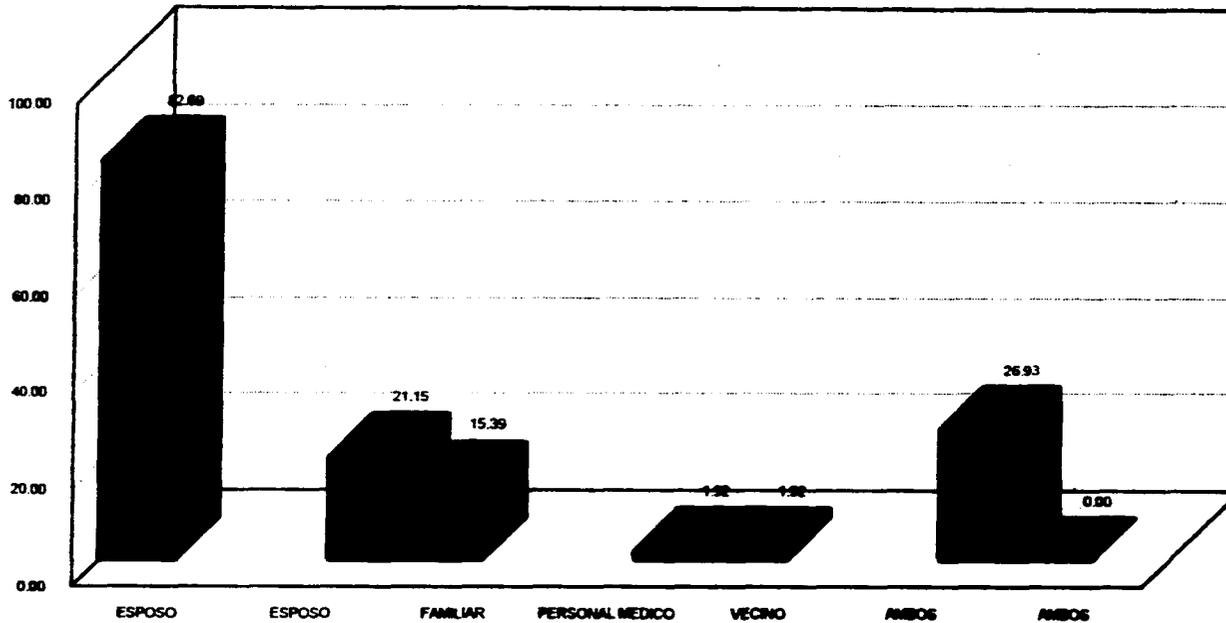
4.4 COMPROBACIÓN E HIPÓTESIS

La comprobación de hipótesis se realiza mediante la relación de las gráficas tomadas de los cuadros No. 6, 7, 9, 10 y 25.

De esta manera y con una muestra de 52 encuestas aplicadas, encontramos los siguientes datos.

La relación que presentan las pacientes de acuerdo a la persona que la acompaña y a quien se dirige demuestra que: todas las parturientas, estuvieron acompañadas y se mantuvo una mayor comunicación entre ellos, ya que del 100% de las pacientes el 82.69% fueron acompañadas por sus esposos, de los cuales el 21.15% se dirigieron a ellos para solicitar ayuda y apoyo a su parto y sólo el 1.92% se dirigió al personal médico. Por tanto, al resultar una correlación positiva, se comprueba la hipótesis H1 (general): A mayor participación en el curso, mayor será la participación, comunicación y relación con el personal que atiende su parto, así como la disminución de factores de riesgo al nacimiento, en el grupo de estudio del C.I.M.I.G.E.N.

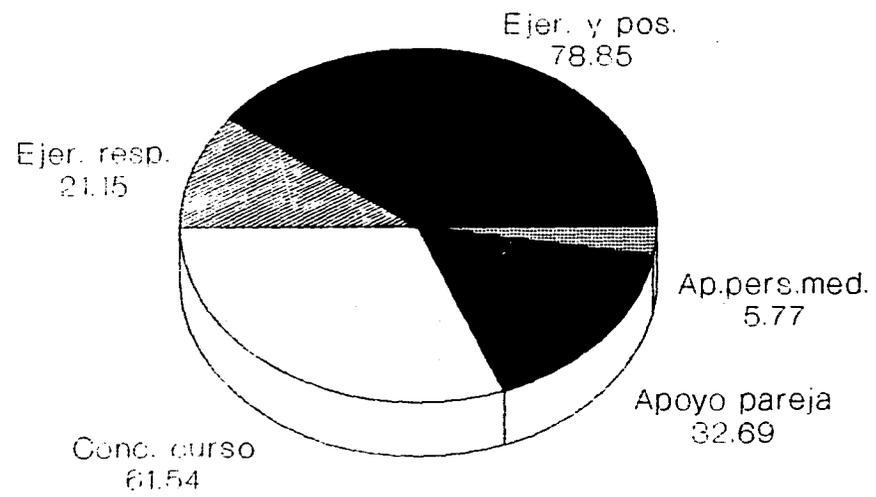
COMPROBACION DE HIPOTESIS



■ Persona que acompaña a la paciente durante su estancia en el hospital
■ Persona a la que se dirige la paciente durante su estancia en el área de enfermería

Por otra parte en la siguiente gráfica observamos que:

La comparación de las variables en esta gráfica; demuestran que del 100% de los pacientes el 78.85% realizaron ejercicios y posiciones como estímulo para bloquear el dolor, el 61.54% utilizó los conocimientos aprendidos en el curso para utilizar en el momento de presentarse alguna contracción. Se utilizaron ejercicios respiratorios en un 21.15% y pidieron apoyo a su pareja en un 32.69%, así como el 5.77% pide apoyo al personal médico, lo que demuestra por otra parte que en el 0% presentaron gritos de dolor o llanto, por lo que se demuestra la hipótesis de trabajo y general que dice: H2. A mayor participación y constancia en la instrucción y aplicación de ejercicios de parto psicoprofiláctico, menor será la tensión al dolor del parto, así como menores los factores de riesgo al nacimiento.



Y por último la siguiente gráfica nos demuestra que:

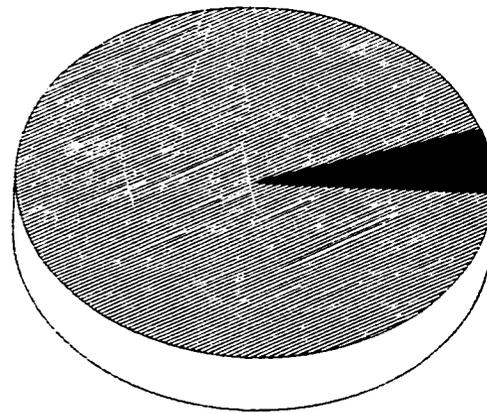
La participación del esposo y la previa capacitación de las parturientas del grupo de estudio en la atención de su parto con técnica de parto psicoprofiláctico y enfoque biofisico (educación física) encontramos que: del 100% de los productos obtenidos sólo el 5.77% no obtuvieron el total de las características fisiológicas en el nacimiento y el 94.23% disminuyeron en su totalidad los factores de riesgo al nacimiento.

Por lo que se desaprueba la hipótesis nula H3 que dice: No existe relación alguna entre la preparación para el parto, el dolor del parto y los factores de riesgo al nacimiento.

Dando como resultado el modelo de relación causal de las variables independiente y dependiente que mencionan:

A mayor participación en el curso, mayor es la participación, comunicación y relación con el personal médico que atiende el parto de la gestante, así como la disminución de factores de riesgo al nacimiento.

S/fact riesg.al nac.
49



C/fact riesg.al nac.
3

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Así tenemos que después de haber interpretado los cuadros y relacionado las gráficas y variables, y la comprobación de las hipótesis obtenemos las siguientes conclusiones:

CONCLUSIONES:

Dentro de lo que corresponde a la investigación, tenemos que los objetivos de la presente investigación se lograron al identificar como incide la participación de la gestante, su pareja y licenciados en enfermería y obstetricia que laboran en el CIMIGEN en la atención del parto con previa instrucción en parto psicoprofiláctico y técnica en educación física.

- En cuanto a los objetivos específicos, se pudo observar que los factores de riesgo al nacimiento por prolongación del trabajo de parto fueron mínimos ya que de 52 partos atendidos sólo 3 productos no contaron con las características biológicas y fisiológicas obstétricas.
- Se observó también que se pudieron obtener los productos de manera eutócica ya que en ninguna de las parturientas en estudio fue necesaria la intervención quirúrgica, bloqueo o cesárea.
- También se pudo comprobar el control y disminución del dolor al parto, puesto que durante las contracciones uterinas, las pacientes inhibieron el estímulo del umbral del dolor por medio de la actividad física sugerida en el curso y en ningún momento presentaron facies de dolor o desesperación, sino sólo en dos pacientes.

- También se identificó la participación y motivación que presentó la pareja de la paciente desde el inicio del trabajo de parto hasta el nacimiento de su hijo así como una mayor comunicación entre la parturienta y el personal que atendía su parto.
- En relación al marco teórico, se presentaron las principales teorías que apoyaron tanto a la variable independiente, como a la variable dependiente.
- Dentro del marco teórico han permitido que se tenga un panorama concreto de la importancia de la preparación en la parturienta para colaborar en el nacimiento de su hijo haciendo de su parto un momento inolvidable.
- Asimismo se pudo observar que la actividad física en la gestante es de suma importancia para mantener una adecuada recuperación en el posparto por parte de la paciente.
- También se logró observar que la actividad física que realice la parturienta coadyuva a que el producto se encuentre mayormente oxigenado, lo que le permitirá una mayor adecuación al medio en su nacimiento.
- Se comprobó la Hipótesis de trabajo y se desaprobó la hipótesis nula, por medio de la relación entre las encuestas aplicadas al grupo de estudio.
- Se logró detectar que la actitud que presentaron las parturientas en estudio mantuvieron suma tranquilidad y conocimiento de lo que tenían que realizar, ya que sólo el 3.85% se presentaron intranquilas.
- Observamos que se realizaron los ejercicios de acuerdo al área en la que se encontraban, ya que conforme a los ejercicios respiratorios el 88.46% combinó las respiraciones

profundas con las superficiales, el 3.85% sólo las realizó profundas y cuatro pacientes no supieron realizarlas.

- **En los procedimientos obstétricos utilizados observamos que la participación de la gestante bastó para el nacimiento de su hijo, al presentar un 55.77% y al 44.23% se le realizó episiotomía para permitir la salida del producto.**

6. ANEXOS Y APENDICES

ANEXO No. 1: Sistema para detección y evaluación de riesgo perinatal.

APENDICE No. 1:

Cuestionario de la investigación: "Como incide la participación de la gestante, su pareja y el Licenciado en Enfermería y Obstetricia que atiende su parto cuando se tiene una previa instrucción de parto psicoprofiláctico con técnica en educación física en gestantes que acuden al C.I.M.I.G.E.N. y reciben el curso de psicoprofilaxis.

ANEXO No. 1

SISTEMA PARA DETECCION Y EVALUACION DE RIESGO PERINATAL

Una de las principales tareas a las que se ha dedicado la atención materno infantil en el C.I.M.I.G.E.N. es la búsqueda de soluciones que contribuyan a disminuir la morbilidad materno infantil, incluyendo en estos a los defectos al nacimiento.

La creación de programas preventivos, ha constituido una de las principales armas en la lucha por otorgar el derecho a nacer sano.

Dentro del nuevo enfoque que actualmente se ha dado a la psicoprofilaxis, llamada ahora "psicoprofilaxis perinatal" es precisamente preventivo, teniendo en su campo de acción en las diferentes etapas reproductivas a través de la educación en busca de un cambio en la actitud de todos los involucrados que se encuentran en edad reproductiva. (X)

Resulta por lo tanto indispensable la creación de un programa que actúe con un enfoque preventivo, biofísico y que incida en los jóvenes en edad reproductiva, así tenemos que para lograr una adecuada integración de las pacientes en el estudio fue necesaria la integración de del sistema de detección y evaluación de riesgo perinatal del C.I.M.I.G.E.N. que a continuación se presenta:

“SISTEMA PARA DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL”

OBJETIVOS

El sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal se aplica fácilmente y con mínimos recursos para:

1. **Detectar** tempranamente los factores de riesgo en cualquier etapa de la vida. Reproductiva.
2. **Facilitar** la atención Materno Infantil al clasificar el riesgo.
3. **Hacer** posible el funcionamiento del Sistema de Atención Perinatal por Niveles progresivos de acuerdo al riesgo:

• Nivel I	Riesgo Bajo	□
• Nivel II	Riesgo Medio	♣
• Nivel III	Riesgo Alto	*

4. **Propiciar** la Referencia y Contrarreferencia en forma oportuna e integral.
5. **Utilizar** un sistema **Codificado Integral** que permite evaluar la operatividad y eficacia del sistema de Atención.

01. Nivel Socioeconómico	<input type="checkbox"/> Medio y alto	♣ Bajo	• Muy bajo
02. Escolaridad (años aprobados)	<input type="checkbox"/> 6 o más	♣ 1 a 5	• Cero
03. Edad (años)	<input type="checkbox"/> 20 - 30	♣ 15-19	• 14 o menos
04. Edad (años)	<input type="checkbox"/>	♣ 31-35	• 36 o más
05. Estatura Cm	<input type="checkbox"/> 150 o más	♣ 145-149	• 144 o menos
06. Estado civil	<input type="checkbox"/> Casada	♣ Soltera	• Sin cónyuge
07. Estado civil	<input type="checkbox"/> Unión Libre	♣ Viuda	
08. Paridad	<input type="checkbox"/> 1 a 3	♣ Nulípara	
09. Paridad		♣ 4 y más	
10. Partos anteriores	<input type="checkbox"/> Normal	♣ Difícil	• Traumático
11. Intervalo intergenésico	<input type="checkbox"/> 1 a 2 años	♣ Menos de 1 año	
12. Abortos	<input type="checkbox"/> No	♣ 1 a 2	• Más
13. Nacidos muertos	<input type="checkbox"/> No	♣ 1 a 2	• Más
14. Hijos con bajo peso	<input type="checkbox"/> No	♣ 1 a 2	• Más
15. Hijos con malformaciones	<input type="checkbox"/> No	♣ 1 a 2	• Más
16. Hijos prematuros	<input type="checkbox"/> No	♣ 1 a 2	• Más
17. Muertes neonatales	<input type="checkbox"/> No	♣ 1 a 2	• Más
18. Diabetes	<input type="checkbox"/> No	♣ Controlada	• Activa
19. Hipertensión	<input type="checkbox"/> No	♣ Controlada	• Activa
20. Epilepsia	<input type="checkbox"/> No	♣ Controlada	• Activa
21. Cardiopatía	<input type="checkbox"/> No	♣ Controlada	• Activa
22. Enfermedades del tiroides	<input type="checkbox"/> No	♣ Controlada	• Activa
23. Enfermedades renales	<input type="checkbox"/> No	♣ Controlada	• Activa
24. Consanguinidad	<input type="checkbox"/> No	♣ Si	
25. Retraso mental	<input type="checkbox"/> No	♣ Si	
26. Exposición radiaciones	<input type="checkbox"/> No	♣ Si	
27. Carga de trabajo	<input type="checkbox"/> Normal	♣ Excesivo	• Exagerado
28. Exposición a tóxicos	<input type="checkbox"/> No	♣ Si	
29. Desnutrición	<input type="checkbox"/> No	♣ Moderada I	• Grave II
30. Anemia Hb. en Gramos	<input type="checkbox"/> 10 o más	♣ 8.0 a 9.9	• menos de 8
31. Alcoholismo	<input type="checkbox"/> No	♣ Si	
32. Tabaquismo	<input type="checkbox"/> No	♣ Si	
33. Otras farmacodependencias	<input type="checkbox"/> No	♣ Tuvo	• Actual
34. Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> No	♣ Tuvo	• Actual
35. Rubéola	<input type="checkbox"/> Tuvo	♣	• Actual
36. Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> No	♣	• Si
37. Herpes	<input type="checkbox"/> No	♣	• Si
38. Sífilis	<input type="checkbox"/> No	♣ Tuvo	• Actual
39. S.I.D.A.	<input type="checkbox"/> No	♣ Sospecha	• Si
40. Otros especifique _____	<input type="checkbox"/> _____	♣ _____	_____

Riesgo Bajo Riesgo Medio ♣ Riesgo Alto *

EVALUACIÓN DE RIESGO REPRODUCTIVO

(PREVIGen I)

1 DATOS GENERALES

01. Edad (años)	<input type="checkbox"/> 20 a 30	<input type="checkbox"/> 15 a 19	<input type="checkbox"/> 14 o menos
02. Edad (años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 31 a 35	<input type="checkbox"/> 36 o más
03. Peso al inicio (kg)	<input type="checkbox"/> 51 a 64	<input type="checkbox"/> 65 a 75	<input type="checkbox"/> 76 o más
04. Peso al inicio (Kg)		<input type="checkbox"/> 41 a 50	<input type="checkbox"/> 40 o menos
05. Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> 1.50 o más	<input type="checkbox"/> 1.45 a 1.49	<input type="checkbox"/> 1.44 o menos
06. Nivel socioeconómico	<input type="checkbox"/> Alto y medio	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Muy bajo
07. Estado civil	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Sin cónyuge
08. Estado civil	<input type="checkbox"/> Unión libre	<input type="checkbox"/> Viuda	
09. Actitud	<input type="checkbox"/> Adecuada	<input type="checkbox"/> Inadecuada	<input type="checkbox"/> Muy alterada

2 ANTECEDENTES

10. Paridad	<input type="checkbox"/> 1 a 3	<input type="checkbox"/> 4 a 6	
11. Paridad		<input type="checkbox"/> Multipara	
12. Parto anterior	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Difícil	<input type="checkbox"/> Traumático
13. Abortos consecutivos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 2 o más	
14. Cesareas previas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> 2 o más
15. Partos pretérmino 37 sem.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> 2 o más
16. Preeclampsia-eclampsia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
17. Hijos < 2500 g. o menos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> 2 o más
18. Hijos de 4000 g o más	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si
19. Muertes perinatales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> 2 o más
20. Hijo malformado	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si
21. Cirugía previa	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ginecológica	<input type="checkbox"/> Utero

3 EMBARAZO ACTUAL

22. Consanguinidad	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si
23. Factor Rh	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo no inmunizada	<input type="checkbox"/> Negativo inmunizada
24. Hemoglobina en g	<input type="checkbox"/> 11 o más	<input type="checkbox"/> 8 a 10.9	<input type="checkbox"/> 8.0 o menos
25. Tabaquismo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
26. Alcoholismo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
27. Toxicomanías	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
28. Amenaza de aborto (20 semanas o menos)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
29. Amenaza parto pretérmino (21 o más sem.)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
30. Hemorragia ginecológica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
31. Cardiopatía	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
32. Nefropatía	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
33. Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
34. Hipertensión crónica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> ActivaSi
35. Hipertensión del embarazo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> ActivaSi
36. Ruptura de membranas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 12 hs o menos	<input type="checkbox"/> 13 hs o más
37. Otros especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Riesgo Bajo

Riesgo Medio

Riesgo Alto

EVALUACIÓN INICIAL DE RIESGO PERINATAL EN EL EMBARAZO

(PREVIGen II)

01. Presión arterial Sist.	<input type="checkbox"/> 80-139	♣ 140-160	• • y más
02. Presión arterial Diast.	<input type="checkbox"/> 60-90	♣ 91-109	• • y más
03. Aumento de peso (kg/mes)	<input type="checkbox"/> 1 a 1.5	♣ 1-6 a 2.9	• • o más
04. Aumento de peso (kg/mes)		♣ Sin aumento	• • Disminución
05. Aumento F.U. (cms/mes)	<input type="checkbox"/> 3 a 5	♣ 6-7	• • y más
06. Aumento F.U. (cms/mes)		♣ 1-2	• • No aumento
07. Líquido amniótico (cantidad)	<input type="checkbox"/> Normal	♣ Moderado	• • Exagerado
08. Líquido amniótico (cantidad)	<input type="checkbox"/>	♣ Moderado	• • Exagerado
09. Movimientos fetales	<input type="checkbox"/> Normal	♣ Moderado	• • Exagerado
10. Movimientos fetales		♣ Moderado	• • Exagerado
11. Hemorragia genital	<input type="checkbox"/> No	♣ Mínima	• • Regular
12. Membranas ovulares	<input type="checkbox"/> Integras	♣ Rotas 12 hs. o menos	• • Rotas 13 hs. o más
13. Contracciones uterinas antes de 37 semanas (por hora)	<input type="checkbox"/> 1 o menos	♣ 2 a 3	• • o más
14. Aborto 20 sem. o menos	<input type="checkbox"/> No	♣ Amenaza	• • En evolución
15. Parto pretérmino (21-36 sem.)	<input type="checkbox"/> No	♣ Amenaza	• • En evolución
16. Infección urinaria	<input type="checkbox"/> No	♣ Controlada	• • Activa
17. Otras alteraciones maternas _____ Especifique _____		♣ _____	• _____
18. Otras alteraciones fetales _____ Especifique _____		♣ _____	• _____
19. Otros especifique _____		♣ _____	• _____

Riesgo Bajo

Riesgo Medio ♣

Riesgo Alto •

**EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL DURANTE LA EVOLUCIÓN
DEL EMBARAZO
(PREVIGen III)**

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|
| 01. Riesgo en el embarazo | <input type="checkbox"/> Bajo | <input checked="" type="checkbox"/> Medio | <input type="checkbox"/> Alto |
| 02. Emotividad Edo. Psicológico | <input type="checkbox"/> Tranquila | <input checked="" type="checkbox"/> Excitada | <input type="checkbox"/> Sin control |
| Actividad Uterina 03. Frecuencia (10') | <input type="checkbox"/> 3 a 4 | <input checked="" type="checkbox"/> Menos de 3 | <input type="checkbox"/> 5 o más |
| 04. Intensidad | <input type="checkbox"/> Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Baja | <input type="checkbox"/> Elevada |
| Contracciones 05. Duración seg. | <input type="checkbox"/> 40 a 60 | <input checked="" type="checkbox"/> 61 a 90 | <input type="checkbox"/> + de 90 |
| 06 Tono | <input type="checkbox"/> Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Hipotónico | <input type="checkbox"/> Hipertónico |
| 0.7 Dilatación cérvix cm/hora | <input type="checkbox"/> 1-2 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 o más | <input type="checkbox"/> Estacionaria |
| 0.8 Basal | <input type="checkbox"/> 121 - 150 | <input checked="" type="checkbox"/> 111-120 | <input type="checkbox"/> 110 o menos |
| Frecuencia 0.9 Basal | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 151-160 | <input type="checkbox"/> 161 o más |
| Cardíaca 10. Ritmo | <input type="checkbox"/> Dip I | <input checked="" type="checkbox"/> Dip variable | <input type="checkbox"/> Dip II |
| Fetal 11. Valoración Res-12 puesta fetal | <input type="checkbox"/> Reactivo | <input checked="" type="checkbox"/> No reactivo | <input type="checkbox"/> Bradicardia |
| 13. Pelvis | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Util | <input checked="" type="checkbox"/> Límite o dudosa | <input type="checkbox"/> Desproporción |
| 14. Membranas | <input type="checkbox"/> Integras | <input checked="" type="checkbox"/> Rotas 12 hs. o menos | <input type="checkbox"/> Rotas 13 hs. o más |
| 15. Presentación | <input type="checkbox"/> Cefálica | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otras |
| 16. No. de fetos | <input type="checkbox"/> Uno | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 o más |
| 17. Cantidad | <input type="checkbox"/> Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Poli |
| Líquidos 18. Cantidad | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oligo |
| Amniótico 19. Color | <input type="checkbox"/> Claro | <input checked="" type="checkbox"/> Verdoso | <input type="checkbox"/> Verde Oscuro |
| 20. Color | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Amarillento | <input type="checkbox"/> Rojizo |
| 21. Calidad | <input type="checkbox"/> Grumoso | <input checked="" type="checkbox"/> Emulsión | <input type="checkbox"/> Sin grumos |
| 22. Peso Calculado (J. Toshach) | <input type="checkbox"/> 2501-3500 | <input checked="" type="checkbox"/> 2001-2500 | <input type="checkbox"/> 2000 o menos |
| 23. Peso Calculado (J. Toshach) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 3501-4000 | <input type="checkbox"/> 4001 o más |
| 24. Placenta inserción | <input type="checkbox"/> Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Baja marginal | <input type="checkbox"/> Previa |
| 25. Cordón compresión | <input type="checkbox"/> Sin datos | <input checked="" type="checkbox"/> Sospecha | <input type="checkbox"/> Positivo |
| 26. Malformaciones | <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Maternas | <input type="checkbox"/> Fetales |
| 27. Madre Complicaciones | <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Controladas | <input type="checkbox"/> Sin control |
| 28. Otros especifique _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input checked="" type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Riesgo Bajo

Riesgo Medio

Riesgo Alto

**EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN EL
INICIO DEL TRABAJO DE PARTO
(PREVIGen IV)**

01. Riesgo en Previgen IV	<input type="checkbox"/> Bajo	♣ Medio	• Alto
02. Frecuencia cardíaca fetal	<input type="checkbox"/> 121-150	♣ 111-120	• 110 o menos
03. Frecuencia cardíaca fetal	<input type="checkbox"/>	♣ 151-160	• 161 o más
04. Valoración respuesta fetal	<input type="checkbox"/> Reactivo	♣ No reactivo	• Bradicardia
05. Valoración respuesta fetal	<input type="checkbox"/>	♣ Taquicardia	•
06. Tono uterino	<input type="checkbox"/> Normal	♣ Hipotonía	• Hipertonía
07. Frecuencia cont. en 10 min.	<input type="checkbox"/> 2-4	♣ Incoordinación	• Taquisistolia
08. Duración seg.	<input type="checkbox"/> 40-60	♣ Menos de 40	• 61 y más
09. Dilatación Cervical cm/hora	<input type="checkbox"/> 1-2	♣ 3 o más	• Estacionaria
10. Descenso presentación	<input type="checkbox"/> Normal	♣ Rápida	• Difícil
11. Temperatura G.C.	<input type="checkbox"/> 36-37	♣ Menos de 36	• Más de 37
12. T.A. sistólica	<input type="checkbox"/> 80-139	♣ 140-160	• 161 y más
13. T.A. diastólica	<input type="checkbox"/> 60-90	♣ 91-109	• 110 y más
14. Membranas	<input type="checkbox"/> Integras	♣ Rotas 12 hs. o menos	• 13 hs. o más
15. Inducción	<input type="checkbox"/> No	♣ Oxitocina	• Oxitocina y otros
16. Anestesia	<input type="checkbox"/> No	♣ Regional	• General
17. Uteroinhibidores	<input type="checkbox"/> No	♣	• Si
18. parto atendido en	<input type="checkbox"/> Cana	♣ Expulsión	• Quirófano
19. Episiotomía	<input type="checkbox"/> Si	♣ Desgarros	•
20. Fórceps	<input type="checkbox"/> No	♣ Profiláctico	• Indicado
21. Duración del T.P. hs.	<input type="checkbox"/> Hasta 6	♣ 7-9	• 10 o más
22. Alumbramiento	<input type="checkbox"/> Espontáneo	♣ Dirigido	• Manual
23. Acretismo	<input type="checkbox"/> No	♣	• Si
24. Hemorragia	<input type="checkbox"/> Normal	♣ Moderada	• Excesiva
25. Otros especifique _____	<input type="checkbox"/> _____	♣ _____	• _____
_____	<input type="checkbox"/> _____	♣ _____	• _____

Riesgo Bajo

Riesgo Medio ♣

Riesgo Alto •

**EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO
(PREVIGen V**

1 ANTECEDENTES

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|
| 01. Riesgo del embarazo | <input type="checkbox"/> Bajo | <input checked="" type="checkbox"/> Medio | <input type="checkbox"/> Alto |
| 02. Riesgo en el parto | <input type="checkbox"/> Bajo | <input checked="" type="checkbox"/> Medio | <input type="checkbox"/> Alto |

2. TRABAJO DE PARTO Y PARTO

- | | | | |
|--------------------------|---|---|--|
| 03. Duración dilatación | <input type="checkbox"/> Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Muy rápida | <input type="checkbox"/> Muy prolongada |
| 04. Duración expulsivo | <input type="checkbox"/> Normal 1-2 hs. | <input checked="" type="checkbox"/> Muy rápido | <input type="checkbox"/> Prolongado |
| 05. Ruptura membranas | <input type="checkbox"/> 6 hs. o menos | <input checked="" type="checkbox"/> 7-12 | <input type="checkbox"/> 13 y más |
| 06. Líquido amniótico | <input type="checkbox"/> Con grumos | <input checked="" type="checkbox"/> Emulsionado | <input type="checkbox"/> Sin grumos |
| 07. Líquido amniótico | <input type="checkbox"/> Claro | <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento | <input type="checkbox"/> Con sangre |
| 08. Líquido amniótico | <input type="checkbox"/> Claro | <input checked="" type="checkbox"/> Amarillento | <input type="checkbox"/> Verdoso |
| 09. Líquido A. cantidad | <input type="checkbox"/> Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Exagerado |
| 10. Líquido A. cantidad | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Exagerado |
| 11. Placenta desprendida | <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Desprendimiento |
| 12. Placenta peso | <input type="checkbox"/> Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Aumentado | <input type="checkbox"/> Prematuro |
| 13. Placenta infartos | <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Aislados | <input type="checkbox"/> Muy bajo |
| 14. Cordón cm. | <input type="checkbox"/> 31-60 | <input checked="" type="checkbox"/> 61 o más | <input type="checkbox"/> Múltiples |
| 15. Cordón posición | <input type="checkbox"/> Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Circular | <input type="checkbox"/> 30 o menos |
| 16. Anestesia | <input type="checkbox"/> No y B.P.D. | <input checked="" type="checkbox"/> Laxa | <input type="checkbox"/> Circular |
| 17. Parto | <input type="checkbox"/> Cefálico | <input checked="" type="checkbox"/> Analgesia | <input type="checkbox"/> Apretada |
| 18. Nacimiento | <input type="checkbox"/> Parto | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> General |
| 19. Nacimiento | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Fórceps prog. | <input type="checkbox"/> Pélvico |
| 20. Trauma fetal | <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Cesárea prog. | <input type="checkbox"/> Fórceps urgente |
| | | | <input type="checkbox"/> Cesárea urgente |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí |

3. NEONATO

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| 21. Peso en gramos | <input type="checkbox"/> 2501-3500 | <input type="checkbox"/> 2000-2500 | <input type="checkbox"/> Menos de 2000 |
| 22. Peso en gramos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3501-4000 | <input type="checkbox"/> Más de 4000 |
| 23. Edad Gest. Capurro (Sem) | <input type="checkbox"/> 37-41 | <input type="checkbox"/> 33-36 | <input type="checkbox"/> 32 o menos |
| 24. Edad Gest. (Capurro) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 42 o más |
| 25. Apgar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 07-10 | <input type="checkbox"/> 04-06 |
| 26. Reanimación, maniobras | <input type="checkbox"/> Normales | <input type="checkbox"/> Moderadas | <input type="checkbox"/> 01-03 |
| 27. Signos de infección | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sospecha | <input type="checkbox"/> Intenivas |
| 28. Sufrimiento fetal | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderado | <input type="checkbox"/> Positivo |
| 29. Otros _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Severo |
| | | | <input type="checkbox"/> |

Riesgo Bajo Riesgo Medio Riesgo Alto

EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL AL NACIMIENTO EN EL RECIÉN NACIDO (PREVIGen VI)

01. Riesgo en el parto Previgen V	<input type="checkbox"/> Bajo	<input checked="" type="checkbox"/> Medio	<input checked="" type="checkbox"/> Alto
02. Hemorragia	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Medio	<input checked="" type="checkbox"/> Alto
03. Hipertensión	<input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Muy rápida	<input checked="" type="checkbox"/> Muy prolongada
04. Hipotensión	<input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Muy rápido	<input checked="" type="checkbox"/> Prolongado
05. Taquicardia	<input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 13 y más
06. Hipertermia	<input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Emulsionado	<input checked="" type="checkbox"/> Sin grumos
07. Involución uterina	<input type="checkbox"/> Adecuada	<input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento	<input checked="" type="checkbox"/> Con sangre
08. Insuficiencia respiratoria	<input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Amarillento	<input checked="" type="checkbox"/> Verdoso
09. Edema	<input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input checked="" type="checkbox"/> Exagerado
10. Infección	<input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Exagerado
11. Emuntorios	<input type="checkbox"/> Regulares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Desprendimiento
12. Lactancia	<input type="checkbox"/> Al seno	<input checked="" type="checkbox"/> Aumentado	<input checked="" type="checkbox"/> Prematuro
13. Otros especifique _____	<input type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> _____

Riesgo Bajo

Riesgo Medio

Riesgo Alto

PUERPERIO

- Inmediato hasta 24 horas
- Mediato 25 a 72 horas
- Tardío 4 a 42 días

EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN EL PUERPERIO

(PREVIGen VIII)

APENDICE No. 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN

COMO INCIDE LA PARTICIPACIÓN DE LA GESTANTE, SU PAREJA Y EL LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA QUE ATIENDE SU PARTO, CUANDO SE TIENE UNA PREVIA INSTRUCCIÓN DE PARTO PSICOPROFILÁCTICO CON TÉCNICA DE EDUCACIÓN FÍSICA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL C.I.M.I.G.E.N Y RECIBEN EL CURSO DE PSICOPROFILAXIS.

**ELABORADO POR.
PASCUAL LARA REYES**

**CON LA ASESORÍA DEL PROF.
SEVERINO RUBIO DOMÍNGUEZ**

México, D.F. 8 de diciembre de 1994.

OBJETIVO DEL CUESTIONARIO

Recabar información directa de cada una de las gestantes involucradas en la investigación, con el fin de conformar la información necesaria para comprobar la hipótesis de trabajo y la general.

JUSTIFICACION DEL CUESTIONARIO

La realización de este cuestionario se hace necesario en virtud de que dentro de una investigación de campo se hace un instrumento vital para obtener la información directa y verdadera.

INSTRUCCIONES DEL CUESTIONARIO

El presente cuestionario se ha estructurado de forma práctica y sencilla instruyendo previamente a su aplicador ya que el tipo de cuestionario es de observación directa.

CUESTIONARIO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DATOS GENERALES:

1. EDAD DE LA GESTANTE

____ De 15 a 20 años

____ De 21 a 25 años

____ De 26 a 30 años

____ Más de 30 años.

2. ESTADO CIVIL DE LA GESTANTE

____ Soltera

____ Casada

____ Unión libre

____ Divorciada.

3. OCUPACION DE LA GESTANTE

____ Estudia

____ Trabaja

____ El hogar

____ Otra

4. PARTOS ANTERIORES DE LA PACIENTE

____ SI

____ NO

**5. NUMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIÓ LA PACIENTE (Sesiones completas
20)**

- _____ 20 sesiones
_____ De 11 a 19 sesiones
_____ Menos de 10 sesiones

AREA DE LABOR

(Encierre o subraye la respuesta observada en la paciente)

6. LA GESTANTE ESTA ACOMPAÑADA POR:

- A) Su esposo
- B) Algún familiar
- C) Algún vecino
- D) No la acompaña nadie

7. LA COMUNICACIÓN QUE ESTABLECE LA PACIENTE ES:

- A) Con su esposo
- B) Con el personal médico
- C) Con ambos
- D) No lleva a cabo la comunicación

**8. EL CONTACTO FISICO QUE HAY ENTRE LA GESTANTE Y LA PERSONA QUE
LA ACOMPAÑA ES:**

- A) En todo momento
- B) Ocasionalmente
- C) En ningún momento

9. CUANDO SE PRESENTA ALGUNA CONTRACCIÓN LA GESTANTE:

- A) Realiza ejercicios respiratorios
- B) Se pone en diferentes posiciones
- C) Grita o llora

10. PARA LLEVAR A CABO LA RELAJACIÓN Y CONTROL, LA GESTANTE:

- A) Pide apoyo a su pareja
- B) Pide apoyo al personal médico que la atiende
- C) Utiliza los conocimientos adquiridos en el curso
- D) Grita y se desespera muy rápido

11. LA PACIENTE PARA DISMINUIR LA TENSION AL DOLOR SUGIERE:

- A) Que se le administre algún fármaco
- B) Que la bloqueen
- C) Realizar actividades sugeridas en el curso

12. LA POSICION QUE ADOPTA LA GESTANTE PARA SU MAYOR TRANQUILIDAD Y RELAJARSE ES DE ACUERDO A:

- A) Que se encuentra cómoda en esa posición y el recordatorio que brinda el esposo
- B) La indicaciones que da el personal que la atiende

13. LA ORIENTACIÓN QUE SE DA A LA PAREJA EN ESOS MOMENTOS DE LO QUE ESTA SUCEDIENDO ES:

- A) Por que ellos la solicitaron y muestran interés
- B) Por que el personal que la atiende lo cree conveniente
- C) Por que refleja angustia
- D) Por desconfianza

14. DURANTE LA DEAMBULACIÓN DE LA GESTANTE, EL ESPOSO:

- A) Verifica número y frecuencia de contracciones
- B) Observa el reloj con insistencia
- C) Acompaña a la gestante durante la deambulación
- D) Sólo le da apoyo psicológico
- E) Se desespera

15. EN TODO MOMENTO LA GESTANTE:

- A) Se encuentra tranquila
- B) Refleja serenidad y sabe lo que está haciendo
- C) Esta tensa y se desespera

16. EJERCICIOS RESPIRATORIOS QUE REALIZA LA PACIENTE DURANTE LAS CONTRACCIONES:

- A) Superficiales
- B) Profundos
- C) Combina los superficiales y los profundos
- D) No realiza o los realiza inadecuadamente

AREA DE EXPULSION

17. PARA QUE DESCienda EL PRODUCTO LA GESTANTE ADOPTA LA POSICIÓN DE:

- A) Litotomía
- B) Cuclillas
- C) De pie

18. EL APOYO PSICOLÓGICO DE LA PAREJA SE LLEVA A CABO DE UNA MANERA:

- A) Constante
- B) Por pausas
- C) No la lleva a cabo

19. DURANTE EL MOMENTO EXPULSIVO DEL PRODUCTO LA GESTANTE:

- A) Grita y se desespera
- B) Se encuentra tranquila, utiliza ejercicios de pujo y respiratorios

20. LA ACTITUD DE LA PAREJA EN EL PERIODO EXPULSIVO ES:

- A) Estable y seguro
- B) Inseguro, tenso y temeroso
- C) Violento

21. LA ACTITUD DE LA GESTANTE EN EL MOMENTO EXPULSIVO ES:

- A) De desesperación e insegura
- B) Violenta y de rechazo al personal
- C) Tranquila y segura de si

22. LAS FACIES DEL ESPOSO CUANDO ESTA CORONANDO EL PRODUCTO SON DE:

- A) Alegría
- B) Asombro
- C) Incredulidad

23. PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS UTILIZADOS EN EL NACIMIENTO DEL PRODUCTO:

- A) Bloqueo
- B) Episiotomía
- C) Participación activa de la gestante
- D) Cesárea

24. LA ACTITUD DE LOS PADRES AL NACIMIENTO DEL PRODUCTO ES:

- A) Alegría
- B) Rechazo
- C) Enojo

25. AL NACER EL PRODUCTO TIENE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

- A) Peso de 2,500 a 3,500
- B) Talla de 48 a 52 cm.
- C) Apgar de 7 a 10
- D) Silverman de 0
- E) Respuesta neuronal óptima

26. EL PRODUCTO REQUIRIÓ PARA SU ADAPTACIÓN AL MEDIO EXTERNO DE:

- A) Alojamiento conjunto
- B) Medidas de urgencia
- C) Reanimación inmediata
- D) Incubadora

27. LA COMUNICACION QUE PRESENTA LA GESTANTE Y SU PAREJA PARA CON SU HIJO ES:

- A) Rechazo e indiferencia
- B) De aceptación, platica con el recién nacido y dice palabras de cariño

BIBLIOGRAFIA

1. Anipp. La experiencia dolorosa. Editorial Interamericana. México 1989. pp. 279.
2. Barr M.L. El sistema nervioso humano. Edit. Harla. México. pp. 373.
3. Benson C. Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. Edit. manual moderno. México 1985. pp. 743.
4. Bing E. Seis lecciones prácticas para facilitar el parto. Edit. Dinsa. México pp. 123.
5. Bourrouchs A. Enfermería materno infantil. 2a. ed. Edit. Manual moderno. México 1990. pp. 2094.
6. Caldeiro B. Bases fisiológicas y psicológicas. Edit. Harla. México. pp. 385.
7. Danforth. Tratado de obstetricia y ginecología. 4a. ed. Edit. Interamericana. México 1987. pp. 1287.
8. Erna W. Parto psicoprofiláctico. Edit. Manual moderno. México pp. 209.
9. Escuela de la salud. Aparato genital femenino. Edit. Uthea. México pp. 1810.
10. Howard G. Psiquiatría general. Edit. Manual moderno pp. 279.
11. Liga interamericana de la leche. El arte femenino de amar. Edit. Trillas. México 1980 pp. 210.

12. Lyle C. Bourne. Psicología del pensamiento. Edit. Trillas. México pp. 460.
13. Martus Heinrich. El dolor lumbar en la mujer. Edit. Alfa. Argentina 1985. pp. '974.
14. Mondragón C. Héctor. Obstetricia básica ilustrada. 3a. ed. Edit. Trillas. México 1990. pp. 729.
15. Morehouse Laurence. Fisiología del ejercicio. 8a. ed. Edit. El Atenece. Argentina 1990. pp. 2090.
16. Mujica Silva de La estimulación fetal del recién nacido. Edit. Interamericana. México 1981 pp. 409.
17. Ortega Aniceto. Fisiología del ejercicio. Edit. Style. México 1980. pp. 209.
18. Read. Psicoprofilaxis obstétrica. Edit. Grijalbo. México 1988. pp.195.
19. Santibaños Guillermo. Notas sobre parto psicoprofiláctico. Edit. Manual moderno. México 1988. pp. 158.
20. Tortora Gerard. Principios de Anatomía y Fisiología. 3a. ed. Edit. Harla. México 1984. pp. 1034.
21. Wright. Parto psicoprofiláctico. Edit. Pax-México. México. pp. 231.