



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS, PLANEACIÓN Y
COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.
CLAVE DE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12
ACUERDO CIRE NÚMERO 203/99 DEL 25/06/1999

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN:

TESINA

TÍTULO:

**EFFECTIVIDAD DE LA PSICOPROFILAXIS EN LA MUJER SANA
PARA PROMOVER UN PARTO HUMANIZADO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ANA LAURA GUTIERREZ AVILA

DIRECTOR DE TRABAJO ESCRITO:

LIC. ENF. NOÉ DELGADO ÁVILA

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2021

CIUDAD **INNOVADORA**
Y DE **DERECHOS**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS, PLANEACIÓN Y
COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADPS A LA U.N.A.M.
CLAVE DE INCORPORACIÓN 3095-12 ACUERDO CIRE NÚMERO 203/99

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN
ANEXO 13

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
PRESENTE.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: **Efectividad de la Psicoprofilaxis en la Mujer Sana para promover un Parto Humanizado.**

Elaborado por:

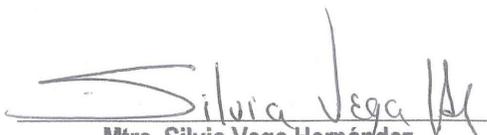
1.	<u>Gutiérrez</u>	<u>Ávila</u>	<u>Ana Laura</u>	No. Cuenta	<u>415501769</u>
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
	Apellido paterno	Materno	Nombre(s)	No. Cuenta	

Alumno (s) de la carrera de: **Licenciatura en Enfermería y Obstetricia**

Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México; a **07** de **junio** del **2021**


Lic. Enf. Noé Delgado Ávila
Nombre y firma del Asesora


Mtra. Silvia Vega Hernández
Nombre y Directora Técnica de la carrera



DEDICATORIA

Quiero dedicar este proyecto primeramente a Dios quien fue mi guía me dio fe fortaleza salud y paciencia para poder llegar hasta esta etapa de culminación de mi vida profesional y personal.

Este logro también quiero dedicárselo a mis padres Julio Cesar Gutiérrez y Laura Edith Ávila quienes doy gracias por haberme apoyado en el trayecto de vida y por su apoyo incondicional desde el inicio de mi licenciatura hasta hoy que con este proyecto llega a su final para poder ejercer lo aprendido y llevarlo a cabo en mi vida profesional, gracias por haber estado en mis tropiezos dándome ánimos para seguir gracias por los valores aprendidos hoy cada uno tiene sentido, gracias por día a día forjarme para ser mejor ser humano que busca superarse y ayudar al prójimo siempre por el camino correcto, marcando en mi respeto honestidad y humildad con su gran ejemplo.

A mis profesores quien día a día a lo largo de mi carrera me impartieron los conocimientos que ellos sabían con respeto, paciencia y dedicación, para que al culminar mi licenciatura los conocimientos adquiridos los lleve a cabo con las personas que necesitan de mis atenciones y cuidados como licenciada en enfermería y obstetricia.

Mi gratitud incondicional a todos y cada uno de los seres que han colaborado en la realización de esta tesina.

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	9
CAPÍTULO I	
1.MARCO TEORICO	
1.1 Antecedentes históricos de la psicoprofilaxis.....	10
1.2 Antecedentes de la atención obstétrica en México.....	12
1.3 Antecedentes de la partería en México	12
1.4 Epidemiología	14
CAPÍTULO II	
2. MARCO LEGAL	
2.1 Constitución política de los estados unidos mexicanos	16
2.2 Artículo 4° constitucional	16
2.3 Programa de salud materna y perinatal	17
2.4 Norma oficial mexicana 007 SSA 2 2016.....	18
2.5 Norma oficial mexicana 019 SSA 3 2013.....	19
2.6 Norma oficial mexicana 004 SSA 3 2012.....	20
CAPÍTULO III	
3.MARCO CONCEPTUAL	
3.1 Enfermería como profesión disciplinar.....	21
3.2 Enfermería como profesión	21
3.3 Enfermería como disciplina	23
3.4 El cuidado como objeto de estudio.....	24
3.5 Tipos de cuidado.....	24
CAPITULO IV	
4 VENTAJAS DE LA PSICOPROFILAXIS.....	26
4.1 Ventajas en la madre	26
4.2 Ventajas en el recién nacido	27

4.2 Efectos de la relajación en el embarazo.....	28
4.3 Importancia de las técnicas de relajación durante el tercer trimestre del embarazo....	31
4.3.1 Técnicas de relajación.....	31
4.3.2 Tipos de relajación.....	32
4.4 Otros métodos de relajación.....	36
4.5 Ejercicios musculares antes del parto.....	38
4.6 Ejercicios psicoprofilácticos.....	39
4.7 Beneficios de ejercicios psicoprofilácticos.....	49
4.7.1 Beneficios para el padre.....	49
CAPÍTULO V	
5. PREPARACIÓN DE UN PARTO PSICOPROFILÁCTICO.....	51
5.1 Fisiología del parto.....	52
5.2 Parto humanizado.....	54
5.2.1 Antecedentes del parto humanizado.....	56
5.1.2 Apoyo psicoemocional durante todo el trabajo de parto.....	58
5.3 Beneficios de relajación en el trabajo de parto.....	59
5.3.1 La posición durante el trabajo de parto.....	60
5.3.2 Ventajas de la posición vertical.....	61
5.4 Elementos para la atención de parto humanizado.....	63
5.5 Temor durante el parto.....	66
5.6 Técnicas de relajación en el trabajo de parto.....	69
5.7 El contacto madre-hijo/a piel a piel.....	72
CAPÍTULO VI	
6. ROL DE ENFERMERÍA.....	77
6.1 Competencias específicas de la enfermera obstetra.....	78
6.2 Competencias administrativas de la enfermera obstetra.....	79
6.3 Actividades de enfermería obstetra en control prenatal.....	80
6.4 Actividades de enfermería en psicoprofilaxis.....	81
6.5 Actividades de enfermería en atención al puerperio.....	82
CONCLUSIONES.....	83

BIBLIOGRAFÍA.....85
GLOSARIO.....91
ANEXOS.....93

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso complejo en el que se desarrollan cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos en las futuras madres, lo cual puede llegar a ser abrumador y emotivo para ellas.

La psicoprofilaxis busca desarrollar un proceso integral físico y psicoafectivo con la finalidad de alcanzar condiciones saludables y positivas, forjando una experiencia satisfactoria y feliz.

La investigación se llevara a cabo mediante la recolección de información bibliográfica para resaltar la importancia y beneficios que tiene la psicoprofilaxis durante el tercer trimestre de embarazo en una mujer sana.

En la educación maternal o preparación al parto, la matrona les explica a las gestantes el proceso de embarazo y parto, para que comprendan los cambios que se están produciendo en su cuerpo a nivel físico, pero también a nivel psicológico.

Las clases prácticas de la preparación al parto, van encaminadas a ayudar a la mujer a que establezca una óptima adaptación al embarazo, con el fin de que los cambios producidos, no le supongan una dificultad o impedimento para llevar una vida diaria normal. Además, le proporcionará una ayuda para controlar el dolor de las contracciones de parto.

Con ayuda de la psicoprofilaxis cuando llegue el momento del parto y ponga en práctica su método de relajación, previamente entrenado, la mujer conseguirá vivenciar el momento del nacimiento de su hijo, como una experiencia única, libre de miedo, estrés y dolor, reduciendo la duración del trabajo de parto, evitando requerir anestesia epidural.

JUSTIFICACIÓN

El embarazo es un proceso complejo en el que se desarrollan cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos en las futuras madres, lo cual puede llegar a ser abrumador y emotivo para ellas, la poca cantidad de información y de conocimiento sobre los beneficios que otorga la ejecución de la psicoprofilaxis durante la gestación.

El presente trabajo de investigación quiere demostrar los beneficios maternos y efectos que se pueden obtener durante la gestación en las mujeres que han recibido psicoprofilaxis obstétrica y poder llegar a un parto humanizado.

Las beneficiarias directas son las madres las cuales a través de la concientización participaran con compromiso y pertinencia en los cursos psicoprofilacticos, potenciando la capacidad de un parto tranquilo y sin riesgo para la vida de la madre como para su hijo, disminuyendo el riesgo de alteración en la Diada madre e hijo.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la efectividad de la psicoprofilaxis durante el tercer trimestre de gestación con un embarazo normal sin complicaciones en una mujer sana*, con distintas técnicas empleadas en la educación maternal de las mujeres embarazadas, así como los beneficios de la aplicación de dichas técnicas durante el embarazo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Profundizar en el conocimiento de las diferentes técnicas de psicoprofilaxis con el fin de proporcionar las más adecuadas a cada grupo de mujeres embarazadas que acuden a la educación maternal.
- Identificar los beneficios y ventajas que proporciona la psicoprofilaxis durante el tercer trimestre de embarazo.
- Promover la psicoprofilaxis temprana en el embarazo a una mujer sana para lograr el apego y vinculo de pareja para poder así llegar a tener un parto sin dolor.

CAPÍTULO I

1 MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PSICOPROFILAXIS

Los orígenes de la psicoprofilaxis datan de 1950 cuando los neurofisiólogos Platonov y Velvoski y los obstetras Ploticher y Shugan obtuvieron evidencias de que las emociones pueden alterar las sensaciones del trabajo de parto y plantearon como objetivo que el parto ocurriera sin dolor¹

En su origen, la psicoprofilaxis perinatal fue un entrenamiento dado a mujeres durante el embarazo para que tuvieran un parto menos doloroso

Chevalier (1982), parir para muchas mujeres es un acontecimiento traumático, por lo que necesitan una preparación en tres planos: ejercicios de gimnasia médica, información sobre funciones sexuales, menorrea, concepción, embarazo y alumbramiento, y aprendizaje de la distensión corporal ante el dolor.

Vellay (1985) explicó que el método psicoprofiláctico, con bases teóricas es un conjunto de procedimientos de analgesia verbal para el parto. Las variaciones adecuadas en el lenguaje, o segundo sistema de señales, y un apropiado manejo de reflejos condicionados, permiten a las mujeres experimentar el parto como un suceso no doloroso.

El método fue desarrollado por Velvovski en la ex Unión Soviética al inicio del tercer decenio del siglo pasado. El objetivo era que el parto ocurriera sin que la mujer sintiera dolor, puesto que se habían obtenido evidencias de que las emociones pueden alterar las sensaciones del trabajo de parto.

El método fue traído a México por Stefanovich y Stoopan en 1957.

¹ González SE. Bosquejo histórico de la psicoprofilaxis en México. Memorias del Primer Encuentro Nacional de Educadores en Psicoprofilaxis Obstétrica. Jurica, Qro. 1983, pp. 6-23.

Santibáñez y FuentesCalvo lo practicaron por primera vez en el Hospital Central Militar, al principio con esposas de soldados rasos, y después con las de oficiales.

En 1959, Fuentes-Calvo se unió con Santibáñez y juntos fundaron la Clínica Psicosomática en Ginecoobstetricia, donde, en trabajo de tutoría, formaron instructoras de psicoprofilaxis. Enseñó la extensión abdominal, esto es, a inflar el abdomen durante las contracciones uterinas, en vez de oponerles resistencia.

El parto era considerado en esa época como psicósomático: importaban los aspectos corporales y psicológicos, por lo cual se llegó a utilizar la hipnosis para facilitar el parto. En el ambiente obstétrico a las instructoras se les conocía como “las psicosomáticas”, ya que confiaban en mejorar lo fisiológico incidiendo primero en las emociones. En 1975, en el Centro Materno-Infantil “General Maximino Ávila Camacho”, se fundó el Departamento de Psicoprofilaxis Obstétrica, coordinado por Álvarez del Castillo. Fue la primera vez que la psicoprofilaxis se trabajó en una institución pública de salud, impartándose como un curso prematrimonial.

En agosto de 1981, Sergio Villalobos, Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE, inauguró el Servicio de Psicoprofilaxis Perinatal, el cual se presta ahí desde entonces.

1.2 ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN MÉXICO

1.3 ANTECEDENTES DE LA PARTERÍA

Los aztecas eran de los pueblos más civilizados en la antigüedad, para ellos el nacimiento de un nuevo ser se encontraba únicamente en manos de las mujeres, las cuales vigilaban los embarazos y asistían los partos y puerperios. Esta responsabilidad recaía en la “Ticitl” como curadora del vientre.

La Ticitl mujer encargada de brindar cuidado a las mujeres durante el pre, trans y pos-parto; ejercía un verdadero matriarcado obstétrico y era tratada con veneración por los valiosos servicios que prestaba, especialmente desde el inicio del embarazo a través de cuidados y orientaciones. Actualmente la enfermería Perinatal realiza intervenciones en el ámbito de la salud como indicador significativo de desarrollo económico, social, y cultural.

Es hasta antes de 1950 se observó el surgimiento y desarrollo de la partería profesional en México. Esta carrera, creada en el siglo XIX por la profesión médica, como medio de eliminar a las parteras tradicionales y de acceder a las embarazadas, parturientas y puérperas. La relación entre médicos y parteras no estuvo nunca exenta de contradicciones, pero éstas se agudizaron a partir de la instauración de la ginecología como especialidad en México. A mediados del siglo XX, los médicos limitaron la manera creciente del campo de actividad hasta que la partería profesional fue eliminada.

En 1944 que se inició la actividad asistencial del IMSS, las parteras ejercían libremente la profesión y la población las consideraba parte constitutiva del núcleo familiar. Al promoverse entre la población la asistencia institucional del parto así como la práctica más conveniente, la partera en las maternidades mantuvo una imagen de seguridad para la población derechohabiente. Por otra parte, al quedar cautiva en las unidades médicas para la atención de los partos eutócicos cedió el paso al avance técnico científico de la Gineco-Obstetricia, lo que produjo un cambio

en las funciones que había desempeñado y posteriormente pasaría a formar parte del equipo obstétrico institucional perdiendo su autonomía en el ejercicio de partera.

La construcción de grandes hospitales fue la oportunidad de ingresar como enfermera dejando atrás la profesión de partera. Por otra parte, la mayoría de las escuelas que impartían la Carrera de Enfermera y la de Partera, en la Ciudad de México, cerraron su matrícula para la formación de parteras y dio lugar a la formación de Licenciados en Enfermería y Obstetricia, estos son los herederos del compromiso social del cuidado de la población materno infantil, en los diferentes ámbitos de trabajo.

1.4 EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con la OMS, el índice de cesáreas debe ser 15-19%². En México, desde el año 2000 ha incrementado 33.7% en el sector público y 60.4% en el privado. En la revisión de Apoyo continuo para las mujeres durante el parto se reafirma: incremento en el parto vaginal espontáneo, disminución en el uso de analgesia intraparto, el índice de cesáreas y de parto instrumentado.

La implementación de psicoprofilaxis favoreció el soporte emocional, reducción del uso de oxitocina y analgésicos, disminuyendo el índice de cesárea.

La psicoprofilaxis y el apoyo emocional continuo reducen el uso de oxitocina, bajando el porcentaje de cesáreas.

Se realizó una revisión sistemática de artículos científicos sobre la situación actual de la cesárea en México publicados en el periodo de 2010-2017. Se consultaron las bases de datos de MedicLatina, Medline a través de Pubmed y Scielo. Se incluyeron artículos que abordaran partos por cesárea, realizados en mujeres de 20 a 35 años y cuya gestación haya sido a término.

Veintiocho de 360 artículos cumplieron los criterios de inclusión. El 63,0% de los partos por cesárea fueron en instituciones privadas. La actitud del médico tiene una fuerte influencia en la balanza para explicar el fenómeno. Se encontró que la cesárea tiene 3,6 veces mayor posibilidad de muerte materna.

Los hallazgos encontrados muestran un incremento exponencial del uso de la cesárea en México durante las últimas

² Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Global Health*. 2015; 3 (5): e260-270

décadas, y un aumento significativo en la morbilidad y mortalidad tanto materna, como neonatal.³

³ Cesárea: situación actual y factores asociados en México 2018 Celina Bernal García Cuauhtémoc Nahín Escobedo Campos Recibido: 18 de julio de 2018 Aceptado: 20 de diciembre de 2018. Fecha de consulta 25enero2021

CAPÍTULO II

2 MARCO LEGAL

2.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

2.2 ARTÍCULO 4°

- La mujer y el hombre son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.
- Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.
- Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.
- Toda persona tiene derecho a la identidad y a ser registrado de manera inmediata a su nacimiento. El Estado garantizará el cumplimiento de estos derechos.

2.3 PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL

El Programa plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afecta a la población. Coordina y articula las acciones que permitan a los Servicios de Salud del país brindar a las mujeres en edad fértil, embarazadas y sus parejas información y atención en:

- Atención pregestacional, prenatal integral, efectiva, oportuna y programada, a toda mujer en edad fértil
- Control prenatal integral
- Consejería durante la edad fértil, el embarazo, parto y puerperio en metodología anticonceptiva y anticoncepción post-evento obstétrico (APEO), con énfasis en adolescentes y mujeres con enfermedades concomitantes; así como consejería desde el embarazo durante el parto y el puerperio para una lactancia exitosa.
- Atención obstétrica de bajo riesgo en el primer nivel y manejo calificado en el segundo nivel y de la emergencia obstétrica, con intervenciones de probada eficacia
- Impulsar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses

El Programa de Salud Materna y Perinatal ha establecido a poyar y conducir acciones comunitarias sustantivas a nivel nacional, que aseguren el acceso oportuno de las mujeres durante el embarazo, el parto, el puerperio y del recién nacido a los servicios de salud.

Entre las diferentes acciones que se han implementado, se encuentran:

- **Madrinas y padrinos comunitarios** que brindan acompañamiento a la mujer gestante o puérpera para propiciar el control prenatal, la identificación de signos de alarma durante el embarazo, parto, puerperio o del recién nacido.
- La elaboración del Plan de Seguridad que elaboran conjuntamente la mujer embarazada con sus familiares, en lo posible, y el personal de salud, que permite la reflexión y la toma de decisiones efectivas al iniciarse el trabajo de parto o ante una emergencia obstétrica. Le permite a la mujer reflexionar anticipadamente sobre
 - Identificación de Señales de Alarma que da oportunidad de las mujeres de buscar oportunamente atención médica.
 - Capacitación a parteras tradicionales para que brinden atención del embarazo, parto y puerperio en un marco de seguridad para la gestante.

2.4 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA.

Se menciona que la atención del parto se dará en toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma sin importar si está o no afiliada a la institución que atiende a la política de cero rechazo, que entro en vigor en marzo de 2014.

Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo para mejorar el trabajo de parto, respetando sobre todo las posiciones que

la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica; actualmente diferentes hospitales de la república mexicana tanto públicos como privados luchan por el acondicionamiento y otorgamiento de un espacio exclusivo para el trabajo de parto donde las parturientas puedan alternar las posiciones que desee.

No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal.

2.5 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.

La expedición de esta norma tiene como finalidad precisar atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermería, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

Tiene como objetivo establecer las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, así como para la prestación de dicho.

2.6 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

La revisión y actualización de esta norma, tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo

CAPÍTULO III

3 MARCO CONCEPTUAL

3.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR

La enfermería ha sido una actividad que ha transitado por cambios a lo largo del tiempo, en relación con su evolución ha sido una actividad que ha pasado de oficio a profesión y de profesión a disciplina esto es debido a los avances en el desarrollo teórico metodológico y a la importancia y trascendencia que su práctica tiene para responder a la demanda de cuidado de la sociedad en su conjunto.⁴

3.2 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

En el año 1907 se crea y da servicio la primera escuela de enfermería en el Hospital General de México con lo cual la enfermería da su primer paso hacia profesionalización. Misma fecha que toma carácter de profesión.

La enfermería como profesión, se ubica como una actividad específica que posee un campo de práctica orientado hacia el beneficio de las personas a través del cuidado, se rige por un código ético, una legislación y una formación sistematizada y validada institucionalmente, su ejercicio es remunerado y posee un conocimiento social. El desarrollo social hasta aquí alcanzado esta influencia por la delimitación y construcción del proceso de cuidado y por la identificación y desarrollo de tecnologías propias.

Cabe mencionar que el contexto mundial la enfermería surge como profesión incipiente con Florence Nightingale quien establece las bases de una formación formal para enfermeras. Esta práctica profesional se realizaba en un estricto sistema de selección y disciplina y calidad moral. Con este sistema Florence Nightingale eleva la condición de cuidadora tan deteriorada de hace algunos años. Sin embargo, estas limitaban su quehacer a las estrictas instrucciones médicas, sin evidenciar autonomía en este desempeño. Aunque desde esta época inicial de enfermería han

⁴ Reyes E. Fundamentos de enfermería. 2da Ed. México D.F.; El manual moderno 2015

acontecido hechos que han determinado la consideración social de enfermería como una profesión más.

Ellys y Harley (1998) propusieron siete características de las profesiones:

1. Respecto a tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables a las actividades del grupo. Si bien es cierto, la enfermería adquiere conocimientos de otras disciplinas se ha logrado con base a estos, establecer un cuerpo de conocimientos representados en teorías y modelos que sustentan el quehacer.
2. Respecto a la utilización de método científico: el proceso de atención enfermería el resultado de esfuerzos que comenzaron a realizarse a mediados del siglo XX. Este proceso consiste en retomar el método científico su sistematicidad racional que permite fundamentar la práctica de los cuidados en favor de mejor atención brindada a las personas.
3. Formar profesionales e instituciones de alto nivel educacional: Florence Nightingale desarrollo el primer programa organizado de formación para enfermeras en el año de 1860 en la llamada Nightingale training school for nurses unida al St. Esta formación de enfermeras sirvió después como modelo a escuelas de enfermería en todo el mundo
4. Funcionar como autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales. La conquista de la autonomía asegura el derecho a la práctica profesional y ha sido considerada como un indicador de la profesionalización de la disciplina. La autonomía se relaciona con independencia asumir riesgos y responsabilidades en el quehacer.
5. Desarrollar un código de ética profesional: el código de conducta de enfermería data desde las escuelas de Nightingale. Donde era requisito para las postulantes ser de una conducta y disciplina intachables. El primer código de ética en enfermería fue publicado por la Association Nursing American (ANA) en 1950

6. Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta: se reconoce desde tiempos de Nightingale la misión humanitaria de las enfermeras. El servicio profesional a la sociedad exige integridad y responsabilidad en la práctica ética y un compromiso social. El compromiso del profesional en enfermería se establece un lazo de confianza donde el otro deposita su salud en las competencias del profesional durante la atención.
7. Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía desarrollo profesional y seguridad económica. La enfermería a través de sus organizaciones nacionales e internacionales ha realizado grandes esfuerzos por la profesión en estos puntos

3.3 ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA

La enfermería está justificada debido a que posee un cuerpo de conocimientos propios que evolucionan de manera independiente; así mismo tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia, consta de sustentos científicos propios y de otras disciplinas, los cuales están relacionados con el arte y la tecnología del cuidado.

La disciplina de enfermería dirige sus metas hacia el logro y utilidad práctica, por lo tanto sus teorías deben mantenerse en los ámbitos descriptivos y prescriptivos, la enfermería lleva el conocimiento directo hacia la práctica, utilizando teorías que le competen y le permitan resolver necesidades humanas de salud, permitiéndole también crear nuevos conocimientos para el cuidado lo cual posibilita la autonomía e identidad profesional. Del mismo modo, su práctica es guiada bajo principios éticos y morales que le permiten desarrollarse de manera efectiva y elocuente dentro de los principios de vida y respeto que demanda la práctica de cuidado a la persona.

La enfermería como disciplina tiene como finalidad el conocimiento necesario y suficiente que deben utilizar los profesionales en la práctica, lo cual compromete a

quien la ejerce a construir o reconstruir conocimientos propios que contribuyan cada día más a su consolidación como ciencia del cuidado.

La enfermería como disciplina es considerada una ciencia por lo tanto es dialéctica, requiere de un dinamismo que la actualice, la renueve y la haga vigente para el servicio y bien de la humanidad, posee una estructura instruida que apoya la comprensión y conocimiento de su esencia como ciencia del cuidado y sirve como base para direccionar su formación académica su práctica profesional e investigación.

3.4 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Cuidar es la acción de preservar, guardar, conservar, asistir. El cuidado implica ayudarse a uno mismo a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio

El cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de enfermería. El cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio para distinguirla en el campo de la salud.

El cuidado como objeto de estudio logra una relevancia muy significativa en la sociedad, pues es la misma sociedad la que demanda y justifica la existencia de este.

3.5 TIPOS DE CUIDADO

Colliere menciona que cuidar es ante todo un acto de VIDA porque con esto permite que este continúe y se reproduzca, además que puede ser un acto autónomo y recíproco en todas las etapas de la vida. Menciona que dentro del acto de cuidar puede haber dos tipos de cuidado los cuidados de costumbre y habituales “care” relacionado con las funciones de conservación y continuidad de la vida y los

cuidados de curación “cure” relacionado con curar todo aquello que representa un obstáculo para la vida⁵

A continuación se describen los tipos de cuidado

Care: cuidado de costumbre y habituales relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua calor o naturaleza afectiva.

Cure: cuidados de curación relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida eliminar los obstáculos limitar la enfermedad asistir en la estabilización de los procesos degenerativos viendo a la persona como un ente integrado con un estilo de vida propio determinado por su grupo su cultura y su entorno

⁵ Velasco R. Filosofía y práctica de enfermería. México DF el manual moderno 2016

CAPÍTULO IV

4 VENTAJAS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

4.1 VENTAJAS EN LA MADRE

- Disminución de la ansiedad en la madre, permitiéndole expresar una actitud positiva y de tranquilidad
- Adecuada respuesta de la gestante durante las contracciones uterinas, utilizando las técnicas correctas de relajación, respiración además de masajes y técnicas de autoayuda
- Posibilidades muy altas de ingresar al centro de atención, en un espontaneo trabajo de parto, con una dilatación más avanzada
- Disminuir evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto.
- Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal en mujeres que no realizaron psicoprofilaxis.
- Disminución considerable de la fase expulsiva
- Disminución del tiempo total del trabajo de parto.
- Disminución del uso de fármacos en general.
- Menor riesgo de presentar complicaciones
- Disfrutara mejor de su embarazo y parto, mejorando su calidad de vida y percepción de todo el proceso
- Gozara de todo el proceso con participación de su pareja incluso durante el trabajo de parto
- Disminución de un parto por cesárea o instrumentado
- Pronta recuperación de la madre
- Buenos conocimientos y actitud para una lactancia natural⁶

⁶ Humberto Solis Linares SMA. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Redalyc. 2012 mayo; XII(2)

4.1.1 VENTAJAS PARA EL RECIÉN NACIDO

- Alto puntaje Apgar al minuto y cinco minutos después de su nacimiento.
- Disminución de problemas como: Apnea, disnea, displasia de cadera y bajo peso.
- Buena lactancia natural.
- Mejor estimulación temprana⁷

⁷ kumara w. wawa kumara. [Online].; 2013 [cited 2018 noviembre 20. Available from: <http://www.wawakumara.com.pe/ventajas-de-la-psicoprofilaxis-obstetrica-oms/>.

4.2 EFECTOS DE LA RELAJACIÓN EN EL EMBARAZO

En cuanto a los efectos que produce la práctica de la relajación durante el proceso de embarazo, se relacionan beneficios a nivel psicológico-emocional, ya que, aparte de inducir estados de relajación en la mujer, que le harán sentirse más liviana y en mejor estado, también contribuye a evitar o disminuir la ansiedad, el estrés y la depresión gestacional⁸

La mezcla de emociones como sorpresa, emoción y miedo ante la nueva situación junto con los cambios de humor y el malestar propio de los cambios físicos, hacen que la mujer pueda presentar angustia y ansiedad que, a medida que avanza la gestación y se acerca el final de la misma, se le suma el estrés de los preparativos para el parto y postparto y el temor ante el parto inminente (situación desconocida que genera ansiedad), todo ello puede favorecer la aparición de síntomas depresivos (más frecuentes a partir del 2º trimestre de embarazo).⁹

La práctica de la relajación, al disminuir el estrés y la ansiedad, generan un buen estado emocional de la mujer gestante que le permitirá, a su vez, experimentar su embarazo como una vivencia positiva cargada de motivación y tranquilidad y así, evitar complicaciones psicológicas como el desarrollo de depresión gestacional o postparto

Los beneficios a nivel físico, hacen referencia a los efectos sobre las molestias que ocasionan las modificaciones del cuerpo de la embarazada. Algunos de estos beneficios son los siguientes

Disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, tanto sistólica como diastólica.

⁸ Adán Fuentes G. Beneficios de la relajación [monografía en internet]. Bruselas (Bélgica); 2016 [acceso el 04 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.adan-psy.com/relajacion>

⁹ Nereu Bjorn MB, Neves de Jesús S, Casado Morales MI. Estrategias de relajación durante el periodo de gestación. Beneficios para la salud. Clínica y Salud [revista en internet] 24 (2):77-83. 2013 [acceso el 04 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://clysa.elsevier.es/es/estrategiasrelajacion-durante-el-periodo/articulo/S1130527413700094/#.VzDo2tKLSM9>

- Disminución de la frecuencia respiratoria
- Eliminación de la tensión muscular.
- Aumento de la vasodilatación general.
- Refuerza el sistema inmunológico por un aumento de los leucocitos

Según el estudio de Akbarzade et al, al disminuir la actividad del sistema nervioso simpático, se disminuye la presión arterial, mejorando la función cardíaca. Esto ocurre debido a que, mientras el cuerpo se va relajando, las hormonas del estrés (noradrenalina y cortisol) comienzan a disminuir, haciendo que se aumente el tiempo de relajación del corazón. Así, después de la relajación, el volumen sistólico disminuye y, por el contrario, el volumen diastólico aumenta. En consecuencia, se reduce también la frecuencia cardíaca (4 latidos/minuto) permitiendo que el feto obtenga una mayor concentración de oxígeno. La activación del sistema nervioso parasimpático, disminuye también la frecuencia respiratoria. Los autores apuntan que el masaje, como técnica de relajación, relaja los músculos reduciendo la tensión muscular, lo que conlleva una vasodilatación que ayuda a disminuir la presión arterial.¹⁰

La mejora de la oxigenación pulmonar permite, a la mujer embarazada, reducir las molestias del embarazo, en especial las causadas por las modificaciones respiratorias que impiden una respiración adecuada, la buena oxigenación de la mujer, se relaciona con una buena oxigenación en el feto, lo cual supone un estado saludable al nacimiento.

Akmese y Oran, en su estudio, afirman que la práctica de relajación, en especial la técnica de Jacobson, supone un alivio en el dolor de espalda causado por las

¹⁰ Akbarzade M, Rafiee B, Asadi N, Zare N. The effect of maternal relaxation training on reactivity of non-stress test, basal fetal heart rate, and number of fetal heart accelerations: A randomized controlled trial. IJCBNM. 2015; 3(1):51-59. [acceso el 04 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25553334>

modificaciones a nivel locomotor y por el aumento de peso en el abdomen. El dolor de espalda, es bastante frecuente en las gestantes, sobretodo en el último trimestre de embarazo, cuando se produce la máxima ganancia de peso en el feto¹¹

No hay que olvidarse de que el feto, desde el útero materno, también percibe la relajación, y se desencadenan en él algunos efectos derivados de ésta, como la disminución de la Frecuencia Cardíaca fetal (FCF) y su actividad intraútero

Un ambiente de estrés intraútero, es desfavorable a la adaptación a la vida extrauterina y, según la evidencia científica, esa situación aumenta las probabilidades de que el recién nacido sea: prematuro, más irritable, con patrones irregulares de sueño y alimentación, que tenga mayor necesidad de estar en brazos, entre otras alteraciones

No solo la madre puede establecer el vínculo afectivo, sino que el padre, a través del tacto, la voz y las actitudes que reflejan sus emociones, también lo puede desarrollar. Estas formas de comunicación intraútero, se manifiestan con una respuesta: el movimiento del bebé¹²

¹¹ Akmese ZB, Oran NT. Effects of progressive muscle relaxation exercises accompanied by music on low back pain and quality of life during pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health* [revista en internet]. 2014 [acceso el 07 de mayo de 2016]. 59(5):503-509. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24965313>

¹² Solís Linares H, Morales Alvarado S. Impacto de la psicoprofilaxis obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Horizonte Médico* [revista en internet]. 2012 [acceso el 04 de mayo de 2016]. 12(2):49-52. Disponible en: <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/105/104>

4.3 IMPORTANCIA DE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

La relajación en el parto es de importancia decisiva, pues la madre está sometida a fuerte tensión emocional, y en esta fase de miedo y tensión puede complicarse el parto.

Durante el parto, a partir del momento en que comienza la dilatación empieza un trabajo en equipo, que consiste en que el cuerpo del útero y el cuello, los dos músculos, se contraen trabajando influenciados por el estado emocional de la madre.

Los ejercicios de relajación son útiles, ya que mediante de ellos puede conseguirse un perfecto equilibrio nervioso y un trabajo tranquilo y sincrónico de las partes del cuerpo que se involucran en el parto.

4.3.1 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

La relajación se puede clasificar en dos tipos. Por un lado tenemos la relajación superficial, donde los efectos conseguidos son inmediatos, y suele aplicarse ante situaciones estresantes con el objetivo de liberar de forma rápida la tensión. Y por otro lado, nos encontramos la relajación profunda, método más complejo, pero a su vez más completo, mediante el cual se produce una relajación de todo el cuerpo, induciendo estados de relajación de gran magnitud. Para este proceso, se requiere de un entorno tranquilo y que el individuo se coloque en una posición cómoda¹³

¹³ . Rosemary A. Payne. Técnicas de relajación. Guía práctica para el profesional de la salud. 5ª edición. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2009

4.3.2 TIPOS DE RELAJACIÓN

RESPIRACIÓN ABDOMINAL O DIAFRAGMÁTICA

La respiración de la mujer embarazada no debe ser forzada, ya que se induce una hiperventilación, que compromete el transporte de oxígeno por vía materno-fetal y podría ser peligroso para el bebé^{14,15}. Por ello, al utilizar esta técnica, la matrona guía a la gestante para que tome conciencia de su respiración, y ésta sea dentro de un ritmo natural, más lenta, profunda y de forma rítmica, ayudando a que el bebé adquiera una buena oxigenación, al mismo tiempo que la mujer se relaja.

La respiración abdominal, consiste en inspirar dirigiendo el aire hacia la base de los pulmones, haciendo que sea el diafragma el principal músculo encargado de la respiración¹⁶, cuando el diafragma se contrae, se aplana y hace que el tórax se expanda de forma longitudinal permitiendo que el aire pase a los pulmones, llenándolos completamente. Al relajarse, el diafragma vuelve a su posición normal ayudando a empujar hacia afuera el aire de los pulmones, durante la espiración

Para realizar la respiración diafragmática, la mujer gestante debe estar en una posición cómoda, en un lugar tranquilo y sin ruidos. Una forma de comprobar que se está realizando adecuadamente, es colocar una mano sobre el pecho y otra mano sobre el abdomen, así se percibe el movimiento del diafragma mientras se inspira y espira.

¹⁴ Rosemary A. Payne. Técnicas de relajación. Guía práctica para el profesional de la salud. 5ª edición. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2009

¹⁵ Almeida DV. Palacios MS. Preparación psicoprofiláctica en el embarazo relacionada con la información que se proporciona a las mujeres primigestas que acuden al servicio de consulta externa y gineco-obstetricia del hospital "Luis Gabriel Dávila" en los meses de mayo y Junio del 2011. Universidad Politécnica estatal del Carchi. Tulcán. Septiembre, 2011

¹⁶ Fundación Argentina del Tórax, investigación y enseñanza de las enfermedades torácicas [sede web]. Argentina: Fundación Argentina del Tórax. [Acceso el 24 de abril de 2016]. Respiración diafragmática o abdominal [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.fundaciontorax.org.ar/page/index.php/anatomia-y-fisiologia/533-respiraciondiafragmatica-o-abdominal>

Consiste en, inspirar lentamente por la nariz, cerciorándose de que la mano situada en el abdomen sube hacia arriba, mientras que la mano sobre el pecho no se mueve. Exhalar lentamente, ya sea por la nariz o por la boca, notificando como la mano sobre el abdomen vuelve a bajar, hasta la posición inicial y la mano sobre el pecho permanece en su sitio. Volver a realizar los mismos pasos, una y otra vez durante 10-15 minutos, varias veces al día.

RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

La relajación progresiva se basa en el conjunto tensión-distensión de determinados músculos, es decir, ejercer primero una tensión sobre distintos grupos musculares para después, liberar la tensión inducida, creando relajación.¹⁷

Jacobson dice que, el pensamiento, se relaciona con el estado de los músculos y, que las imágenes mentales asociadas al movimiento, se acompañan de niveles bajos de actividad en los músculos implicados. Por ello, esta relación entre mente y músculos, le lleva a pensar que ambos trabajan conjuntamente “en un mismo circuito de esfuerzo neuromuscular” formado por tejido neuronal y tejido muscular. Así pues, una mente relajada, se refleja en un cuerpo liberado de tensión, donde se reduce la actividad simpática (hecho aplicable para tratar la ansiedad).

El objetivo de su método de relajación consiste pues, en conseguir el estado de relajación completa mediante la eliminación del tono muscular, o como él lo denomina, tensión residual. “Deshacerse de la tensión residual es... la característica principal del presente método” (Jacobson, 1976)

¹⁷ Consejería de Salud. Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave: análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física. Anexo 11. Relajación muscular progresiva de Jacobson. Junta de Andalucía. 2011. [Acceso el 27 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/476/pdf/Anexo%2011%20Relajaci%C3%B3n%20muscular%20progresiva.pdf>

Aliviar la tensión muscular, favorecer el descanso y sueño, disminuir la ansiedad, la tensión arterial y el dolor, son algunos de los beneficios que aporta la práctica de esta técnica¹⁸

MÉTODO DE MITCHELL

La relajación se puede realizar en decúbito supino apoyando la cabeza sobre una almohada, en sedestación apoyando la cabeza y los brazos sobre la mesa, o en una silla con el respaldo alto y los brazos apoyados en el reposabrazos, con las palmas hacia abajo. Los 13 elementos que se van relajando, en orden son: hombros, codos, manos, caderas, rodillas, pies, respiración, torso, cabeza, mandíbula, lengua, ojos, frente y cuero cabelludo.

El objetivo principal es reducir el estrés y relajar la mente. Pero, también ayuda en numerosos problemas como el insomnio, la disnea o la osteoartritis. Es muy utilizado en obstetricia ya que alcanza la relajación, con el movimiento de la parte del cuerpo que se quiere relajar, en lugar de generar tensiones en los músculos (según Mitchell, las tensiones podrían interferir con las contracciones uterinas).¹⁹

VISUALIZACIÓN

La visualización, según Achterberg, es “el proceso mental que invoca y usa los sentidos”, es decir, se trata de construir, a través de los sentidos, imágenes mentales de carácter agradable, que induzcan sensación de calma. Visualizar, es pensar con imágenes en lugar de pensar con palabras

¹⁸ Soriano González J. Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. Enfermería Global. Abril, 2012. Vol. 11. 39-53

¹⁹ Psicosanitas, nutrición, psicología, osteopatía [sede web]. Valencia: Martínez JE. Junio, 2014 [acceso el 29 de abril de 2016]. Técnica de relajación fisiológica de Mitchell paso a paso. Disponible en: <http://www.psicosanitas.es/psicologia/tenica-de-relajacion-fisiologica-demitchell-paso-paso/>

Hay diversas teorías que explican el mecanismo mediante el cual la visualización consigue provocar relajación y alivio del estrés, según Dossey, las imágenes mentales provocan un cambio en la percepción de cada persona.

Al visualizar imágenes agradables, el organismo libera endorfinas, y son éstas las que proporcionan un efecto analgésico que disminuye el dolor.

Para que la visualización produzca el efecto buscado, es de gran utilidad estar en un estado previo de relajación, que facilite la concentración en la creación de dichas imágenes mentales. Al igual que los anteriores métodos de relajación, la visualización requiere de una habilidad que no todas las personas son capaces de conseguir

4.4 OTROS MÉTODOS DE RELAJACIÓN

MASAJE: Es una terapia alternativa que, además de proporcionar relajación, es capaz de aliviar las molestias e incomodidades propias del embarazo. Está contraindicado en la amenaza de parto pretérmino, en situaciones de preeclampsia o eclampsia y en caso de hemorragia vaginal, contracciones o desprendimiento de placenta. Existen diferentes técnicas y la mayoría pueden adaptarse al embarazo. Es muy importante, que quien lleve a cabo el masaje, sea un profesional que conozca la anatomía y necesidades de la embarazada para evitar complicaciones, como provocar un parto prematuro con la presión de ciertos puntos clave del cuerpo que estimulan los músculos pélvicos.²⁰

MUSICOTERAPIA: La música ejerce una gran influencia sobre las personas. Se comienza a desarrollar como terapia en los años 50. Thayer Gaston (1968) la define como una “ciencia que reúne combinaciones de sonidos de forma estructurada y con una gran variedad de expresión dependiendo de la relación entre el ritmo, melodía, volumen y tono. Es una terapia que tiene que ver con cómo puede ser utilizada la música para provocar cambios en las personas que la escuchan”. Es una terapia que se puede aplicar en múltiples campos y no solo como técnica de relajación en el embarazo, ya que contiene una serie de factores que la hacen efectiva.²¹ Es un estímulo auditivo que capta la atención mejor que otros estímulos sensoriales.

- Genera relajación y distracción.
- Es capaz de modular las emociones.

²⁰ Embarazo y parto about en español [sede web]. Texas: Araya H. Marzo, 2016 [acceso el 03 de mayo de 2016]. ¿Puedo tener masajes en el embarazo? Disponible en: <http://embarazoyparto.about.com/od/PreguntasFrecuentesCuidadosEmb/f/Puedo-Tener-MasajesEn-El-Embarazo.htm>

²¹ Ortega E, Esteban L, Estévez AF, Alonso D. Aplicaciones de la musicoterapia en educación especial y en los hospitales. *European Journal of Education and Psychology* [revista en internet]. 2009 [acceso el 03 de mayo de 2016]. Vol. 2 (2). Disponible en: <http://www.formacionasunivep.com/ejep/index.php/journal/article/view/22/30>

- Supone una forma de comunicación no verbal.

Al estar relacionada con la danza, es capaz de activar el movimiento

4.5 EJERCICIOS MUSCULARES ANTES DEL PARTO

Incluye movimientos expresivos que invitan a la expansión y diversión, así como a promover la liberación de emociones que refuerzan el derecho sobre tu cuerpo para parir. La actividad física acompaña al cambio corporal, evita posturas inadecuadas, dolores y aumento excesivo de peso. Algunos ejercicios musculares para el parto son:

FLEXIBILIDAD. Colocarse en cuclillas y mantener la posición durante algunos segundos para después levantarse procurando tener las rodillas separadas y la espalda bien recta. Practicarlo varias veces al día, incluso, al agacharse a recoger algún objeto.

ELASTICIDAD DEL PERINEO O PISO DE LA PELVIS. Se puede percibir esta zona al resistir la necesidad de orinar y defecar, pues los músculos que se contraen la conforman. Esta parte se somete a fuertes tensiones durante el parto, por lo que se recomienda fortalecerla sentándose ligeramente inclinada hacia delante, con las rodillas separadas, colocando los codos sobre los muslos y contrayendo lentamente el perineo por algunos segundos, para luego relajarlo el doble del tiempo.

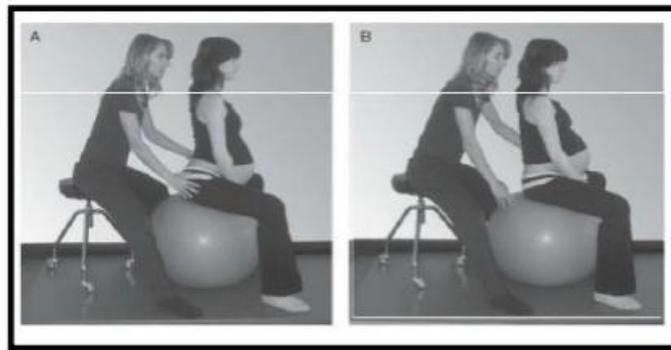
FORTALECIMIENTO DEL VIENTRE. Inhalar profundamente, luego, mientras exhales, contrae el abdomen durante 10 segundos, relájese y vuelva a comenzar.

4.6 EJERCICIOS PSICOPROFILÁCTICOS

CIRCULOS SOBRE EL BALON

- **Posición inicial:** sentada sobre el balón, con las piernas separadas. Con las manos sobre los muslos y la columna elongada.
- **Movimiento:** se realiza círculos siguiendo la dirección de las agujas del reloj con la pelvis, de tal modo que solo esta se mueva. Se repite el ejercicio en sentido contrario

TITULO: Figura 1 Círculos Sobre El Balón



FUENTE: Fisioterapia en obstetricia y uroginecologia

POSICIONES QUE FACILITAN LA CONTRANUTACIÓN SON:

- ✚ **APOYO SOBRE UN BALÓN** con los pies juntos y las rodillas separadas se inclinar el tronco hacia delante, con la columna recta y elongada, hasta apoyarlo sobre el balón. Se realiza balanceos hacia los lados de tal modo que se sienta el desplazamiento del peso sobre los isquiones

TITULO: figura 2 apoyo sobre un balon



FUENTE: Fisioterapia en obstetricia y uroginecologia

- ✚ **POSICIÓN DE MAHOMETANO:** con las rodillas separadas y los pies juntos, se inclina el tronco de tal modo que se logre apoyar los antebrazos en el punto más lejano, sobre la colchoneta, el balón o sobre el respaldo de una camilla.

TITULO: figura 3 posición demahometano



FUENTE: Fisioterapia en obstetricia y uroginecologia

- ✚ **POSICIÓN LATERAL CON EL PIE APOYADO:** en decúbito lateral ubicamos el pie del miembro inferior de arriba apoyado delante del cuerpo para facilitar la rotación externa de cadera.

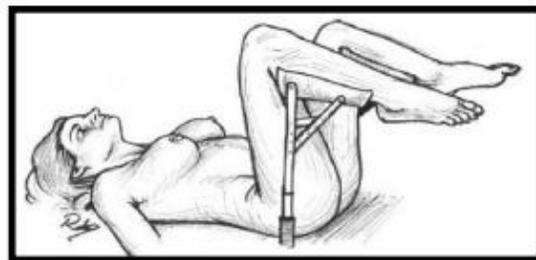
TITULO: figura 3 Posicion lateral con el pie apoyado



FUENTE: Fisioterapia en obstetricia y uroginecologia

- ✚ **POSICIÓN GINECOLÓGICA:** pelvis ligeramente elevada, piernas sobre los estribos en rotación externa y flexión $> 90^\circ$, con las rodillas separadas.

TITULO: figura 4 Posición Ginecológica



FUENTE: Fisioterapia en obstetricia y uroginecologia

ALGUNAS POSICIONES QUE FACILITAN LA NUTACIÓN SON:

- ✚ **POSICIÓN LATERAL CON LA RODILLA APOYADA:** se realiza en decúbito lateral, con la extremidad inferior de arriba apoyada la rodilla sobre una almohada, a la altura de la cadera o sobrepasándola. El miembro inferior de abajo permanece estirado.

TITULO: figura 5 Posicion lateral con la rodilla apoyada



FUENTE: Fisioterapia en obstetricia y uroginecologia

- ✚ Sentada con las rodillas juntas: sentada sobre un balón o una silla, con los pies separados y las rodillas juntas. Las manos sobre los muslos. Elongar la columna y dejar caer el abdomen hacia delante, sobre los muslos.
- ✚ Posición ginecológica favorable. Las piernas quedan apoyadas sobre los estribos en rotación interna y flexión de cadera $> 90^\circ$, es decir, pies más separados que las rodillas.

EJERCICIO DEL GATO

- ✚ **POSICIÓN INICIAL:** Se necesita que la columna se encuentre en posición elongada desde el momento inicial. Para ello, en cuatro puntos llevaremos la cabeza y los miembros superiores lo más lejos posible. Se eleva el tronco, para pasar a la posición de cuadrupedia manteniendo las manos en el punto más lejano al que se haya llegado.

TITULO: figura 6 Posición del gato



FUENTE: Fisioterapia en obstetricia y uroginecologia

- ✚ **MOVIMIENTO:** durante la inspiración, dejar caer el abdomen hacia el suelo lentamente, sintiendo el movimiento bascular anterior de la pelvis y durante el tiempo espiratorio, intentar sujetar y acercar el bebé, metiendo la parte inferior del abdomen.

EJERCICIO PARA LA COLUMNA DORSAL

- ✚ **POSICIÓN INICIAL:** dejar caer la espalda sobre el balón, con las piernas separadas y flexionadas, asegurando el equilibrio sobre el balón.
- ✚ **MOVIMIENTO:** durante la inspiración, dejar caer los brazos hacia el suelo, durante la espiración, se contrae el suelo pélvico mientras se aproximan los brazos por delante del cuerpo y se eleva ligeramente la cabeza

TITULO: figura 7 ejercicio para columna dorsal



FUENTE: Fisioterapia en obstetricia y uroginecologia

PISO PÉLVICO EJERCICIOS DE KEGELS

Los objetivos en la preparación del piso pélvico son:

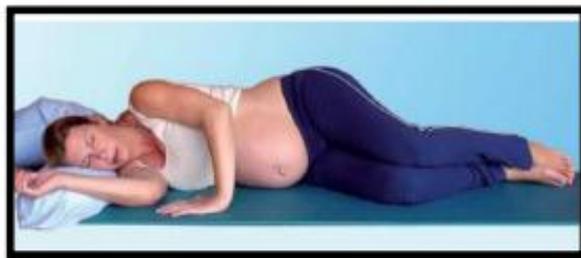
- Mejorar la fuerza y el tono en aquellas mujeres con el suelo pélvico débil
- Desarrollar la elasticidad y la flexibilidad mediante masajes durante las últimas semanas del embarazo
- Controlar la relajación perineal
- Ayudar a la estabilidad de la región lumbopélvica conjuntamente con el transverso del abdomen.

EJERCICIOS DE PISO PELVICO

EJERCICIO BÁSICO DE CONTRACCIÓN DE PISO PÉLVICO

- ✚ **POSICIÓN INICIAL:** decúbito supino o decúbito lateral, con las piernas flexionadas.
- ✚ **MOVIMIENTO:** se le pide a la que trate de retener la orina, que sienta cómo cierra los esfínteres sin utilizar los glúteos, los aductores o los rectos abdominales

TITULO: figura 8 ejercicio básico de contracción de piso pélvico



FUENTE: Fisioterapia en obstetricia y uroginecologia

EJERCICIO DE PISO PÉLVICO EN POSICIÓN CUADRÚPEDA

✚ **POSICIÓN INICIAL:** en cuadrupedia, abrazando el balón y caderas con flexión de 90°.

✚ **MOVIMIENTO:** contraer los músculos vaginales y percibir la sensación de tensión en la región inferior del abdomen.

TITULO: figura 9 ejercicio de piso pélvico en posición cuadrúpeda



FUENTE: Fisioterapia en obstetricia y uroginecologia

EJERCICIO DE PISO PÉLVICO DE PIE

- ✚ **POSICIÓN INICIAL:** de pie, con las rodillas flexionadas, las manos sobre los muslos y el balón sobre la región lumbosacra.
- ✚ **MOVIMIENTO:** contraer la musculatura del suelo pélvico y percibir la sensación de tensión en la región inferior del abdomen.

TITULO: figura 10 ejercicio de piso pélvico de pie



FUENTE: Fisioterapia en obstetricia y uroginecologia

EJERCICIO DE SUELO PÉLVICO DE PIE

- ✚ **POSICIÓN INICIAL:** con los pies sobre un disco inflable, las manos apoyadas sobre un punto fijo.
- ✚ **MOVIMIENTO:** contraer el suelo pélvico y percibir la sensación de tensión en la región inferior del abdomen

TITULO: figura 11 ejercicio de suelo pélvico de pie



FUENTE: Fisioterapia en obstetricia y uroginecologia

4.7 BENEFICIOS DE EJERCICIOS PSICOPROFILÁCTICOS

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

4.7.1 BENEFICIOS PARA EL PADRE

La educación maternal contribuye de forma muy eficaz en educar al padre para que proporcione un apoyo a la madre durante todo el proceso del embarazo y parto, así como promocionar un ambiente de bienestar incluyendo al hijo y a él mismo²²

El apoyo del padre, proporciona una experiencia satisfactoria, disminuyendo tanto la duración del parto como el uso de medicación para aliviar el dolor durante el mismo

²² Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. Prog Obstet Ginecol. 2004; 47(9): 414-22.

La asistencia a las sesiones de educación maternal por parte del padre confiere la oportunidad de que exprese los sentimientos, miedos y emociones acerca de la situación que le rodea.

Una buena participación del padre da lugar a una mayor fluencia del proceso del parto, produciendo una disminución de la ansiedad y depresión puerperal

CAPÍTULO V

5. PREPARACIÓN DE UN PARTO PSICOPROFILÁCTICO

El método Psicoprofiláctico del parto proporciona conocimientos elementales sobre anatomía y fisiología en el embarazo, así como del alumbramiento. En los cursos de psicoprofilaxis se aprende la forma en que se vive un parto y los síntomas que lo anuncian, como contracciones, dilatación y expulsión. Asimismo, se tratan temas de nutrición y vida diaria durante la gestación

OBJETIVOS

- Conocer los diferentes tipos de respiración que serán útiles durante el parto.
- Adiestrar a los músculos que tendrán que efectuar un esfuerzo particular.
- Aprovechar al máximo el descanso entre cada contracción.
- Ejercicios respiratorios para el alumbramiento

BENEFICIOS

- El alumbramiento es más sencillo y rápido.
- La mamá sabe qué hacer, cómo respirar y cómo relajarse, lo cual permite un parto sin temor.
- La pareja de la futura madre se involucra en el proceso de embarazo y se refuerza su unión

5.1 FISIOLÓGÍA DEL PARTO

TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto, es el periodo de tiempo que transcurre desde que comienzan las contracciones de parto, hasta que se produce el alumbramiento o expulsión de la placenta. Se divide en dos fases que definen todo el proceso, la fase latente corresponde al inicio de las contracciones de parto y la fase activa, donde las contracciones son de la intensidad y frecuencia adecuada para inducir el borramiento del cuello uterino y comenzar la dilatación, se produce la expulsión del feto y, seguidamente, la placenta.^{23, 24}

FASES DEL TRABAJO DE PARTO

PRIMERA FASE: DILATACIÓN, LATENTE. El periodo de la fase latente corresponde al inicio del parto con la presencia de contracciones que varían en intensidad y duración hasta los 2 a 4 cm.

La fase activa transcurre entre los 4 a los 10 cm.

Se producirá el descenso, es decir, el recorrido que hace la cabeza del bebé desde el útero hasta su salida.

²³ Andina E. Trabajo de parto y parto normal. Guías de prácticas y procedimientos. Revista del hospital materno infantil Ramón Sardá [revista en internet]. 21(63-74). [Acceso el día 20 de Marzo de 2016]. Disponible en:

www.sarda.org.ar/content/download/797/5739/file/6374.pdf+&cd=7&hl=es&ct=clnk&gl=es

²⁴ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). 2010. Disponible en: <http://www.federacionmatronas.org/documentos/profesionales/i/15490/124/guia-de-practica-clinica-sobre-la-atencional-parto-normal-completa>

Las contracciones serán más fuertes y duraderas, se podría decirse que esta es la etapa más larga del parto debido ya que puede durar de 8 hasta 12 horas aproximadamente

SEGUNDA FASE: EXPULSIVO. Comienza con la dilación completa cervical y se culmina en el tiempo en que el bebé sale al exterior completamente. También se lo considera desde el comienzo del pujo con la dilatación completa hasta el nacimiento

TERCERA FASE: ALUMBRAMIENTO. Sucede entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. En este proceso se continúa teniendo contracciones sin embargo casi no son dolorosas y puede alargarse hasta 1 hora después de la salida del bebé

5.2 PARTO HUMANIZADO

Existe consenso en llamarle “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia.²⁵

En la década de los noventa, se unificó el término “parto humanizado” para referirse al modelo de atención que hace énfasis en el protagonismo de las mujeres, dando prioridad a la toma de decisiones de las mujeres, la posición vertical del parto, el apego inmediato y la lactancia materna. Otros términos utilizados en América latina y Europa son “nacimiento humanizado”, “parto respetado” y “parto digno”.

El parto y nacimiento humanizados deben de incluir los siguientes elementos:

- Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas.
 - No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.
 - Reconocer el derecho para la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto
 - Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia.
 - Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
 - Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.

²⁵ Chamberlain DB. The mind of your newborn baby. Berkeley, CA: North Atlantic Books; 1988

- Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).
- Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de salud. • Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).
- Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterle a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios.

La Organización Mundial de la Salud refiere que son tres los elementos más importantes, con evidencias científicas, para mejorar el trabajo de parto y reducir los resultados adversos del nacimiento:

- a) El apoyo psicoemocional durante todo el trabajo de parto.
- b) La posición vertical durante el trabajo de parto.
- c) El apego madre-hijo/a irrestricto y la lactancia inmediata al nacimiento.

5.2.1 ANTECEDENTES DEL PARTO HUMANIZADO

Al comienzo de la humanidad el parto era atendido por el esposo (40.000 a.C.). Más adelante (en el año 6.000 a.C.) algunas mujeres adquieren mayor experiencia que otras en el arte de ayudar al nacimiento. Dando origen así al más antiguo de los oficios el de COMADRONA, MATRONA, PARTERA.

La primera descripción de un parto normal fue hecha por Hipócrates (460-377 a.C.), Él tenía la teoría de que el feto se acomodaba con más frecuencia con la cabeza hacia abajo porque era la parte del cuerpo que más peso tenía y adoptaba esa posición por efecto de la gravedad. Aseguraba que la bolsa de las aguas se rompía por movimientos que hacía el feto con sus manos y con sus pies

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

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

La mayoría de los informes antiguos señalan que casi todos los partos eran atendidos por mujeres y que este arte era enseñado de una mujer a otra. El hombre se inicia en este oficio durante el siglo XX, cuando se estudia el mecanismo del parto y se desarrollan las bases de la obstetricia dentro de la medicina, atendiendo sólo los casos complicados que no podían ser atendidos por una comadrona²⁶

La diosa TAURET o TUERIS cuyo nombre significa “Gran hembra de la tierra”, era la diosa egipcia de la fertilidad.” también era protectora de las embarazadas y diosa celeste, la misteriosa del horizonte, era la patrona y protectora de las mujeres

²⁶ KIRSCHHOFF H. La posición de la mujer durante el parto. De la prehistoria hasta la fecha. Oss, THE NETHERLANDS: Organograma, Organon Nederland.1971.

embarazadas, el parto y el nacimiento, y su imagen era uno de los amuletos más usados para tener hijos²⁷

El primer ingenio auxiliar para el parto fue un asiento bajo que funcionó como apoyo para las nalgas. Después del banco, pedazos de madera o piedra, surgieron los más cómodos sillones obstétricos empleados, entre otros por la nobleza del antiguo Egipto. La máxima exageración tuvo lugar entre la nobleza francesa, a quien se le debe el establecimiento de obstetricia moderna; la mujer acostada en cama elevada.²⁸

²⁷ París E. Tueris o Taueret la diosa egipcia embarazada consultado <http://www.bebesymas.com/otros/tueris-o-taueret-la-diosa-egipcia-embarazada>

²⁸ 1 KUROKAWA J, ZILKOSKI MW. Adapting hospital obstetric to birt in the squatting position Birth. 1985

5.1.2APOYO PSICOEMOCIONAL DURANTE TODO EL TRABAJO DE PARTO:

Se reafirman los beneficios que proporciona el apoyo personalizado continuo para las mujeres durante el trabajo de parto. Más específicamente, la revisión llega a la conclusión de que el apoyo continuo reduce levemente la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo y reduce de la necesidad de analgesia intraparto.²⁹ Se ha señalado también que el acompañamiento continuo favorece la detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna.³⁰

²⁹ Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 3. Art. No. CD003766; DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2.

³⁰ Martis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 8 de septiembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. En http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/rmcom/es/index.html

5.3 BENEFICIOS DE RELAJACIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO

- La mujer responde adecuadamente durante las contracciones de parto, ya que con la relajación, se tranquiliza permitiendo un mejor control del dolor de la contracción, así como un estado de calma. Así, acudirá al centro hospitalario en el momento adecuado y, con una dilatación más avanzada.
- La duración de las fases de dilatación y expulsivo es menor y por tanto, el transcurso del trabajo de parto es menor
- El esfuerzo de la gestante es más eficaz porque se encuentra concentrada en el trabajo y realiza el empuje cuando se lo pide el cuerpo. Además, esta concentración aplicada junto con la fuerza física y el equilibrio mental, le ayuda a controlar las molestias y, por tanto, a percibir menos dolor
- Le permite disfrutar de la experiencia de su parto junto a su pareja, porque se encuentra relajada y concentrada en la salida de su futuro bebé.
- Las posibilidades de que tenga complicaciones obstétricas, de que sea un parto instrumentado o que se necesite realizar una cesárea se reducen significativamente.
- La recuperación postparto es más rápida y cómoda cuando el parto ha sido favorable y la mujer ha estado sosegada y relajada. Además, disminuye el riesgo de depresión postparto y favorece una lactancia materna eficaz

5.3.1 LA POSICIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

EL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL

La posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45 ° y 90° con respecto al plano horizontal.

Las diferentes posiciones verticales (que involucran la gravedad), pueden ser:

- Sentada (puede utilizar mesa o banco obstétrico)
- Sentada acucillada La cadera descansa en la cama obstétrica y las piernas se encuentran abiertas descansando sobre la misma.
- De rodillas (existe ya un banco ergonómico para facilitar esta posición)
- En cuclillas Una versión es pegando los talones a los glúteos, con el peso hacia atrás (con la ayuda de preferencia de un cojín de parto o una persona para sostener la espalda). Otra es con los talones levantados y los glúteos más arriba, sostenida en una barra.
- Semidecúbito (tronco inclinado hacia atrás 45° con respecto a la vertical)
- Parada (Sostenida de otra persona o de un implemento: barra, rama, hamaca o cuerda).

Es una posición natural, en la que la mujer siente confort y experimenta beneficios para el trabajo de parto y periodo expulsivo. Como los partos en su mayoría han sido atendidos por mujeres que a su vez han podido experimentar los partos en carne propia, éstas aplican lo que han vivido y comprendido como mejor para ellas.

Las evidencias científicas inclinaron a la OMS³¹ a permitir y estimular el parto humanizado con posiciones verticales; también por facilitar a las mujeres a tomar decisiones a cerca de su cuidado, el acompañamiento de una persona si lo requiere, así como el que los servicios requieren ser sensibles a las necesidades culturales y

³¹ Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202-207.

las expectativas de las mujeres y sus familias, respetando su privacidad y dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el post parto.

La OMS señala también que son tres elementos los que tienen evidencias positivas en la atención del parto: La posición vertical, el alojamiento conjunto madre-hijo y el acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto³²

5.3.2 VENTAJAS DE LA POSICIÓN VERTICAL

EFFECTOS RESPIRATORIOS: El peso del útero, feto, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la mujer y el bebé. El respirar con menor resistencia, también ayuda a la relajación de la mujer que ya no siente inquietud por que no puede respirar bien

EFFECTOS MECÁNICOS Y DE LA GRAVEDAD: La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto. Esta postura también favorece un mejor acomodamiento del feto para su paso a través de la pelvis. Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas acciones se impulsa al bebe hacia la abertura vulvar, como única salida. El bebe, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder.

Hay aumento de los diámetros del canal de parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en el transverso. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el mecanismo del pujo.

EFFECTOS MUSCULARES. Insertos en la articulación pubiana (en las ramas descendentes del pubis, en la parte interior de la ingle, y muy cerca de la parte

³² Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización, República del Ecuador, 2008.

interior de la rodilla) ayuda a abrir el canal vaginal y la vulva (junto con la impregnación de las hormonas relajantes que produce la mujer) para permitir el egreso del cuerpo del bebe. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la mujer en trabajo de parto esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse

Disminuye de la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo³³

La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.

La posición vertical disminuye la posibilidad de prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Además se elimina la posibilidad de que se produzca un vacío que absorba el cordón, puesto que la presión uterina y la fuerza de gravedad no dejan que la cabeza del bebé regrese al terminar la contracción.

Se proporcionan beneficios psicoafectivos importantes a la mujer, como la reducción del dolor³⁴ sensación de libertad, de control, de participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto

³³ Diaz AG, Schwarcz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R: Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1980, 11(1):1-7.

³⁴ Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

5.4 ELEMENTOS PARA LA ATENCIÓN DE PARTO HUMANIZADO

MESA OBSTETRICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO EN POSICIÓN VERTICAL

Sirve para facilitar la atención en posición vertical por personal médico. Similar en altura y dimensiones a una mesa convencional, facilita el penduleo en el trabajo de parto, permite la participación de un/a acompañante que brinde soporte físico y emocional, y posibilita a la mujer tomar con autonomía diferentes posiciones verticales, sentada, en cuclillas o hincada.

Cuenta con lo siguiente:

- Pierneras opcionales para facilitar la revisión de la cavidad uterina
- Dos soportes para los pies para que la mujer cuente con puntos de apoyo en la posición sentada, que permiten diferentes alturas y ángulos de posición.
- Un marco metálico cromado para facilitar el que la mujer pueda sujetarse tanto de la parte superior, como lateral y contar con puntos de apoyo que le permiten pujar y expandir la cavidad torácica. Permite también que la mujer en trabajo de parto pueda realizar ejercicios de penduleo que permiten facilitar el trabajo de parto y disminuir el dolor. El material facilita su limpieza.
- Un sostén individual para la espalda de la mujer que se levanta en caso de que se atienda sola, y se puede abatir convirtiéndose en asiento para su pareja, familiar o acompañante del parto, para brindar sostén físico y emocional.
- Un sostén trasero que se puede levantar y proporcionar apoyo a la pareja que acompaña el trabajo de parto, que también se puede ajustar para que la mujer descanse en el postparto inmediato y continúe con la lactancia y apego del recién nacido.
- Dos soportes laterales para los pies del acompañante.

- Un segmento distal que se puede quitar para facilitar la atención del parto y volver a colocar para facilitar el descanso de los pies terminando el mismo.
- Dos segmentos laterales que se desprenden para facilitar la participación del familiar y se colocan para propiciar el descanso postparto.
- Una charola en la parte trasera que permite el guardado de los diferentes implementos.
- Cojines desprendibles en vinilo lavable con cierre oculto, que permite su sanitización.
- En las versiones recientes cuenta con ruedas para facilitar su desplazamiento.

BANCO OBSTÉTRICO ERGONÓMICO

- Permite varias alturas y posiciones para el parto, cumple con todos los criterios establecidos y presenta las siguientes características:
- Permite las posiciones: hincada, por delante y por detrás; sentada, sentada acucillada, en cuclillas y en cuatro puntos (de Gaskin).
- En la posición hincada permite el descanso de las rodillas. El peso se reparte también en las caderas y pantorrillas liberando el nervio ciático y la circulación sanguínea, de manera que la mujer está más cómoda y puede estar en esta posición más tiempo.
- Facilita la participación de un acompañante que brinda sostén físico y emocional - Tiene una base acojinada que protege al bebé, inquietud de las parteras. - Permite el asumir una posición de descanso en la que se pueden recibir masajes en la espalda y cadera.
- Se puede utilizar para el descanso postparto, sentando a la mujer en la base acojinada inferior y descansando sus pies en el banco “kanché”.

LA BATA HUMANIZADA PARA FACILITAR EL APEGO INMEDIATO

- ❖ Es una bata un poco más larga y amplia que la estándar para compensar la gravidez y que facilite que cubra más el frente.
- ❖ Tiene mayor traslape atrás y listón seguro, para cubrir más a la persona.
- ❖ Es una bata que puede desprender cada lado del pecho de manera independiente o conjunta para facilitar el apego inmediato al nacimiento y la lactancia. Fundamental para la atención humanizada del parto

5.5 TEMOR DURANTE EL PARTO

Parece paradójico que uno de los momentos más trascendentes y esperados de la mayoría de las mujeres sea también uno de los más temidos.

Se puede pensar que hay cierta lógica en temer justamente durante los momentos más trascendentales de la vida debido a los cambios profundos que ponen a todos en una situación de estrés y temor. Lo que se debe analizar es hasta dónde los temores son naturales e inevitables y en qué momento se transforman en una inmanejable y perniciosa situación, y en este último caso, tratar de dilucidar cuales acciones son las más adecuadas para superar el parto y el posparto de un modo menos traumáticos

Los causales del temor más frecuentes son:

INCERTIDUMBRE: Es decir, la duda de las mujeres a la hora de enfrentar la situación de si serán capaces de manejar las variables fortuitas que aparezcan durante el parto. Esto se da en primíparas y en multíparas, ya que, cada parto es una experiencia única.

PERSONALIDAD: cada mujer posee una personalidad producto de diferentes experiencias y relaciones contextuales, es importante tener en cuenta este punto ya que en la mayoría de los casos la parturienta ingresa en un medio (sala de parto) en donde no se la conoce y ya se carece del tiempo necesario para adaptar la situación a una personalidad específica, ya que los procedimientos están estandarizados y sólo en muy pocos casos personalizados

PREJUICIOS: la información no basta para disipar los temores que, tal vez, por generaciones han acompañado a las mujeres a la sala de parto. Comentarios adversos, relatos de experiencias negativas y nociones incorrectas de lo que significa el parto, son ideas difíciles de erradicar. En estos casos hay un fuerte elemento cultural grabado en la mente de las futuras mamás que no sólo tiene como componentes los rumores sino que hasta la religión muestra al parto como un

castigo doloroso que hay que sufrir a causa del bochornoso suceso de la manzana en el Paraíso

DESINFORMACIÓN: el prejuicio es poseer una información generalmente errónea, la desinformación es no poseer ninguna información válida.

CONSEJOS PARA EL O LOS ACOMPAÑANTES DE LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO

Cómo puede la pareja o el acompañante de la mujer darse cuenta de lo que ella necesita, cómo “interpretar” su lenguaje corporal, y también las mejores formas de ayudarla durante y entre las contracciones.

BENEFICIOS DE LOS CAMBIOS DE POSTURA

Cómo se beneficia el trabajo de parto cuando la mujer prueba distintas posiciones. Este enfoque permite que el trabajo de parto avance y mejore la comodidad de la mujer.

FORMAS DE LIBERAR TENSIÓN

Explora los tipos de contacto físico y masajes que ayudan a aliviar el estrés muscular que de otra forma puede intensificar innecesariamente la sensación de las contracciones.

MANEJO DEL AMBIENTE EN EL TRABAJO DE PARTO

Tanto en el hogar como el hospital, muchas madres se relajan con simples cambios en el ambiente donde están en el trabajo de parto. Por lo general, las mujeres se benefician al reducir la intensidad de la luz, estar expuesta a olores familiares y placenteros, tomar un baño o una ducha tibios y escuchar música suave o sonidos de la naturaleza

5.6 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO

Resulta útil practicar las siguientes técnicas de respiración para el parto constantemente, ya que permitirán que las fases de dilatación y expulsión sean más llevaderas:

- **RESPIRACIÓN TORÁCICA.** Se hace una respiración forzada y se expande el pecho al inhalar, luego se exhala con lentitud.
- **RESPIRACIÓN BLOQUEADA.** Se inspira profundamente y cuando la toma de aire llega al máximo se retiene el aliento; se cuenta mentalmente hasta cinco antes de expulsar el aire por la boca
- **RESPIRACIÓN PEQUEÑA SUPERFICIAL.** Se respira, luego se exhala ligeramente con rapidez y sin hacer ruido; sólo debe moverse la parte superior del pecho, mientras el vientre permanece casi inmóvil.
- **RESPIRACIÓN JADEANTE.** Con la boca entreabierta, se inhala y exhala

BENEFICIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DEL PARTO HUMANIZADO EN LA GESTANTE

“El útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, aorta y vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna y placentaria, no afectando la oxigenación del feto.

- La acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorecen el encajamiento y descenso del feto, con menor uso de oxitocina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.
- Existe un mejor equilibrio ácido base fetal
- Influye positivamente sobre la ventilación pulmonar de la gestante
- Permite la acomodación de la pelvis, al ampliar 2 cm el diámetro antero posterior y 1 cm el diámetro transversal, permitiendo una mejor acomodación fetal
- El trabajo de parto se acorta ostensiblemente en 8 minutos”
- “Proporciona mayor rol protagónico en la decisión de cómo dar a luz y una mayor participación en el nacimiento de su hijo.
- El volumen de sangrado es menor.
- Evita infecciones debido a que si se rompen las membranas los fluidos fluyen.
- Permite que la cabeza del bebé se apoye en el anillo cervical y la madre dilate más rápido.
- Facilita la oxigenación porque la aorta esta menos comprimida.
- El nervio presacro se ve más liberado y los dolores disminuyen.
- El parto vertical, al requerir menor medicalización y tecnificación (sueros, acentuación, monitoreo electrónico, suturas, anestésicos, instrumentación y cesárea), disminuye los riesgos, menor estancia hospitalaria.

- Menos complicaciones por intervencionismo, menores complicaciones perinatales y también disminuiría los costos de atención³⁵

³⁵ Ovalle Cabrera, D., Rosales, P., Palma, S. and Echeverría, G. (2011). OPS/OMS Guatemala – Documentos. [En línea] Paho.org. [Fecha de Consulta: 17 de Febrero de 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&slug=sfc-salud-reproductiva-materna-yneonatal-nacional&Itemid=518

5.7 EL CONTACTO MADRE-HIJO/A PIEL A PIEL

La OMS recomienda el inicio temprano de la lactancia (es decir, en la primera hora de vida). Según estudio clínico el inicio temprano de la lactancia puede reducir la mortalidad neonatal³⁶.

Estudios señalan que los indicios adicionales del tacto, el olor y la temperatura que permite el contacto piel a piel, pueden favorecer el inicio del neonato en la lactancia. De modo que esta práctica debe considerarse una intervención beneficiosa, económica y factible para fomentar la lactancia tras el nacimiento.

Lo ideal sería que el contacto temprano piel a piel comience inmediatamente tras el nacimiento, al colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre. Esta práctica basada en el contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta materno-neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor. Además, el contacto piel a piel está considerado un componente importante para el inicio satisfactorio en la lactancia, por lo que el contacto piel a piel temprano debe considerarse una intervención rutinaria de la atención de la salud tras el nacimiento

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna exclusiva definida como la práctica de alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida (sin darle ningún otro alimento ni tampoco agua)

Es la intervención preventiva que tiene el mayor impacto potencial sobre la mortalidad infantil.

³⁶ .Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. Pediatrics 2006;117:380-386

Forma parte de las prácticas óptimas de lactancia natural, que incluyen también la instauración de la lactancia materna durante la primera hora de vida y la lactancia continuada hasta los 2 años de edad o más³⁷

La lactancia materna exclusiva proporciona nutrientes esenciales e insustituibles para el crecimiento y desarrollo del niño.

Además, funciona como primera inmunización del lactante, que lo protege frente a infecciones respiratorias enfermedades diarreicas y otras dolencias potencialmente mortales.

La lactancia materna exclusiva también ejerce un efecto protector contra la obesidad y algunas enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida³⁸

RECOMENDACIONES DE LA OMS Y UNICEF PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

- La lactancia materna se debe iniciar en la primera hora de vida
- El lactante solo debe recibir leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua
- Lactancia materna única y exclusiva durante los primeros seis meses de vida
- La lactancia debe de ser a libre demanda es decir con la frecuencia que el niño quiera, tanto de día como de noche
- No deben utilizarse biberones, tetinas ni chupetes

³⁷ Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS; Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? Lancet. 2003; 362:65-71.

³⁸ Horta BL, Victora CG. Longterm effects of breastfeeding: a systematic review. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf, página consultada el 7 de octubre de 2014)

- Lactancia materna continuada durante dos años o más, junto con una alimentación complementaria segura, adecuada desde el punto de vista nutritivo y apropiada para la edad, a partir del sexto mes³⁹

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA MADRE

SECRECIÓN DE HORMONAS BENEFICIOSAS

Favorece la secreción de oxitocina, hormona que facilita la contracción uterina tras el parto, disminuyendo el sangrado fisiológico tras el alumbramiento.

FAVORECE EL VÍNCULO MATERNO CON EL RECIEN NACIDO

Por el mecanismo de amamantamiento, aumenta la secreción de la hormona oxitocina, lo que genera una sensación placentera y de tranquilidad. Favorece la creación de relaciones afectivas entre la madre y el bebé.

PESO DE LA MADRE

El mantenimiento de la lactancia materna supone un esfuerzo metabólico al organismo materno, aumentando su consumo calórico.

EFFECTOS ANTICONCEPTIVOS

No se considera un método anticonceptivo eficaz. Cuando se produce la lactancia materna aumenta la hormona prolactina la cual es potente inhibidora de la ovulación, de este modo se ejerce un efecto anticonceptivo; para que sea más efectivo se recomienda:

³⁹ Organización Mundial de la Salud y UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989

- No tener intervalos de más de 3-4 horas sin lactancia materna, en los primeros seis meses de vida tras el parto
- Por las noches el bebé debe de seguir con las tomas de leche
- Tener una lactancia única y exclusiva sin introducir otros alimentos

MENOS RIESGO DE CÁNCER DE MAMA

Las mujeres que han lactado se ven protegidas frente al desarrollo de un cáncer de mama y de ovario durante su vida. Este beneficio es mayor en las mujeres que fueron madres antes de los 35 años, y las que dieron lactancia prolongada en más ocasiones.

BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA EN EL BEBÉ

MEJORA SU SISTEMA INMUNE

Permite el paso de inmunoglobulinas a través de la leche materna. Mejora la protección frente a enfermedades gastrointestinales, de vías respiratorias altas como la otitis media, las de vías respiratorias bajas, como la neumonía o la bronquitis.

MADURACIÓN DEL SISTEMA INMUNE

La alimentación con leche materna disminuye la incidencia de enfermedades alérgicas, y otros trastornos autoinmunes, trastornos digestivos crónicos y la posibilidad de padecer diabetes mellitus.

PREVIENE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

La lactancia materna disminuye el riesgo de sufrir muerte súbita del lactante, enfermedad que raramente puede ser tratable, por lo que los mayores esfuerzos se realizan en su prevención.

MENOS MORTALIDAD INFANTIL

La lactancia materna disminuye la tasa de mortalidad en el primer año de vida del niño

CAPÍTULO VI

6. ROL DE ENFERMERÍA

Se ha abordado la teoría del rol de enfermería para determinar de forma conceptual su definición y sus funciones, que permitirán tener mayor conocimiento del tema y la relevancia del estudio para proporcionar atención de calidad y con calidez a las pacientes gestantes, lo que busca contrarrestar las complicaciones obstétricas, mediante la aplicación de las intervenciones, cuidados oportunos y eficiente de la profilaxis obstétrica mejorando la calidad de vida.

LA ENFERMERA OBSTETRA EN LA ACTUALIDAD

La formación del profesional de enfermería en el área Obstétrica, tiene como objetivo ser competente en los cuidados específicos y autónomos dentro de los servicios de salud en esta aérea; para la enfermería obstétrica se requiere de ofrecer un cuidado humanizado, esto es primordial, ya que permite la interpretación de las necesidades de las usuarias en todas sus dimensiones y la toma de decisiones independientes para dispensar los cuidados de enfermería de alta calidad.

6.1 COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE LA ENFERMERA OBSTETRA

La enfermera obstetra, es el profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad de tal forma que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles. La enfermera obstetra, no solo atiende el parto con calidad técnica, sino realiza la doble función de acompañar estrechamente a la mujer durante todo el proceso

Las enfermeras obstetras presentan un perfil integrado a un cuidado con calidad y calidez, respetando los derechos de las mujeres, siguiendo protocolos y procedimientos clínicos intrahospitalarios.

Además brinda el cuidado integral en el puerperio inmediato, mediano y tardío con base en las condiciones físicas, mentales, emocionales, sociales y culturales de la puerpera y la familia; el cuidado al recién nacido proporcionando atención inmediata, mediana y tardía, con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad o muerte.

6.2 COMPETENCIAS ADMINISTRATIVAS DE LA ENFERMERA OBSTETRA

La enfermera obstetra define un plan de acción y la forma de organizar los recursos que estén a su disposición y del ámbito de su capacidad, la competencia en las urgencias Gineco-obstétricas, donde se manejan situaciones críticas que representan amenazas serias para la vida de la mujer en cualquier etapa de su embarazo o el parto y puerperio, también en la competencia de atención en caso de urgencias neonatales donde se tratan situaciones críticas que representa amenazas serias para la vida del recién nacido.

El desempeño asistencial que proporciona la enfermera obstetra en cuidados profesionales aplica el proceso de atención de enfermería, con base en el respeto de su concepción holística, dignidad humana y diferencias culturales, enmarcados en los conceptos de la ética, la calidad y el enfoque de riesgo. De la misma manera la competencia en comunicación para informar y educar a la embarazada, así como a su familia sobre aspectos de autocuidado de su salud utilizando para ello habilidades de comunicación, interacción y negociación con grupos culturalmente diversos.

La formación de la enfermera obstetra es un medio para satisfacer las necesidades de las mujeres durante la gravidez, ha generado un renovado compromiso de no solo mejorar la calidad de la atención, sino además asegurar un nacimiento humanizado, que reconozca y respete sus opciones y preferencias durante el proceso de parto.

La labor de la enfermera obstetra es participar dentro del equipo de salud para el mejoramiento de la calidad de vida de la familia y la sociedad, mejorar la salud reproductiva de la mujer Mexicana, de su pareja, familia y comunidad; promoviendo ambientes y estilos de vida saludables en la mujer y familia, al prestar servicios en las áreas de gerencia de los servicios de salud, educación y de investigación.

6.3 ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA OBSTETRA EN CONTROL PRENATAL

- ❖ Recibe, identifica y atiende a la usuaria y a su acompañante de forma cordial y oportuna, se presenta por nombre completo y profesión, solicita cartilla nacional de salud, carnet prenatal y determina
- ❖ Toma, valora signos vitales y de Somatometría.
- ❖ Registra los valores obtenidos en los formatos correspondientes: Cartilla nacional de salud, Historia clínica general (Consulta de primera vez), Historia clínica perinatal (CLAP) y Notas de evolución
- ❖ Inicia con el interrogatorio que debe incluir Antecedentes Personales no Patológicos, Antecedentes Personales Patológicos, Antecedentes Gineco-Obstétricos, Padecimiento Actual, Redes de Apoyo para identificar factores de riesgo y Plan de Seguridad
- ❖ Prepara física y emocionalmente a la usuaria para la exploración de manera cefalocaudal y sistemática de acuerdo a semanas de gestación
- ❖ Valora actividad uterina. Tacto vaginal. Valora extremidades inferiores al final de la exploración, ya que la paciente se encuentre en posición Fowler. Realizará lavado de manos concluida la exploración.
- ❖ Analiza la información obtenida de la anamnesis y la exploración física, para identificar el riesgo y datos de alarma según semanas de gestación: (dolor obstétrico, movimientos fetales, pérdidas transvaginales)
- ❖ Realiza el desecho de Insumos utilizados en el procedimiento y prepara la unidad para la próxima consulta. Registra los datos de la usuaria en la Hoja diaria de consulta externa y libreta de productividad del servicio y resguarda el expediente clínico para posteriormente entregarlo a Archivo para su control.

6.4 ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN PSICOPROFILAXIS

- ❖ Recibe el servicio y espera que la usuaria solicite la atención, prepara el área física, material didáctico y espera.
- ❖ Se presenta con la usuaria y el familiar por nombre completo y profesión.
- ❖ Solicita cartilla nacional de salud e historia clínica perinatal y determina.
- ❖ De acuerdo a la historia clínica presentada si la usuaria aun no pertenece al curso de psicoprofilaxis; Proporciona información sobre la importancia de tomar un curso días, horarios y numero de sesiones de acuerdo al programa de psicoprofilaxis perinatal.
- ❖ Si la usuaria ya se encuentra dentro del curso de psicoprofilaxis; Corrobora fecha, horario y tipo de curso y la registra en la libreta de control de asistencia al curso de psicoprofilaxis perinatal.
- ❖ Dirige a los usuarios al área física asignada para la sesión e inicia con calentamiento físico.
- ❖ Inicia con la rutina de ejercicio físico.
- ❖ Realiza técnicas de relajación, relajación y musicoterapia de acuerdo al programa de psicoprofilaxis
- ❖ Despeja dudas y da por terminada la sesión de psicoprofilaxis perinatal.
- ❖ Entrega cartilla nacional de salud anotando fecha, hora y tipo de curso de su asistencia anotando seguidamente fecha, hora y tipo de curso de su próxima sesión
- ❖ Si la usuaria concluye con número de sesiones de acuerdo al programa de psicoprofilaxis perinatal se registrara en la historia clínica perinatal
- ❖ Ordena y organiza el material didáctico utilizado, prepara el área física para la siguiente sesión de acuerdo al programa de psicoprofilaxis perinatal el servicio

6.5 ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN AL PUERPERIO

Apoya el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño en el puerperio temprano (primera semana) y tardío (de la primera semana al día 42).⁴⁰

- ❖ Explora de manera cuidadosa la evolución de la lactancia materna (producción suficiente de leche, condición de las glándulas mamarias, turgencia, dolor en las mamas/pechos y grietas en los pezones, cuidados de higiene).
- ❖ Recomienda cuidados para las mamas y para facilitar la producción de leche.
- ❖ Mide y valora los signos vitales en la madre.
- ❖ Identifica el estado del ombligo del niño o niña verificando si huele mal, si presenta enrojecimiento a su alrededor, si está hinchado o/y caliente, y si presenta alguna secreción.
- ❖ Brinda asesoría y en su caso aplica un método anticonceptivo.
- ❖ Orienta a la mujer sobre el cuidado de su salud y el de la niña o niño en los cuarenta y dos días posteriores al nacimiento, indicando mejoras para su alimentación.⁴¹

⁴⁰ Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. Principios de la Organización Mundial de la Salud en el Cuidado Perinatal: Lineamientos Esenciales en el Cuidado de la Salud Antenatal, Perinatal y del Postparto. Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS 2002 feb;(14):15.

⁴¹ Puig G, Sguassero Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR (última revisión: 9 de noviembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

CONCLUSIONES

Como finalización de comparación de datos obtenidos a través de una investigación bibliográfica se llega a la conclusión que las mujeres gestantes que llevan a cabo una correcta educación maternal, un control prenatal adecuado y una psicoprofilaxis para un parto humanizado arroja resultados positivos en la investigación consultada, refiriendo haber visto que lo aprendido en sesiones psicoprofilacticas durante el embarazo son de utilidad a la hora del parto llevando a cabo una respiración adecuada, técnicas de relajación sugeridas por el personal de salud quien las guio en su preparación para el parto, teniendo así un parto humanizado satisfactorio.

La psicoprofilaxis mejora la experiencia del parto brindando a la madre menor grado de ansiedad, manifestando una actitud positiva e influenciando una mejor reacción física corporal en este proceso, gracias a la investigación consultada se logró observar que las gestantes refirieron que si hubo una influencia positiva en relación a los ejercicios y actividades desarrolladas para la facilitación del parto.

Se pudo apreciar con la investigación que el rol del personal de enfermería tiene mucha participación desde una atención en la psicoprofilaxis como en todo el proceso del embarazo parto y puerperio, debido al desarrollo de sus competencias como acompañante en la satisfacción de la gestante de acuerdo a sus necesidades fisiológicas, psicológicas y emocionales que lo lleva a cumplir una atención integral y humanizada del trabajo de parto.

Como finalidad de este proyecto se pretende que las mujeres gestantes que acuden a sus consultas prenatales en los centros de salud decidan asistir a el curso del método de psicoprofilaxis mencionando los efectos positivos y de carácter preventivo que tiene el mismo

Implementar las técnicas del método psicoprofiláctico en los centros de salud donde se atienden partos y capacitar al personal que participa en este proceso a través de diferentes métodos de aprendizaje que logren captar la atención tanto del personal como el de las gestantes que acuden a los mismos haciendo promoción a los beneficios de la psicoprofilaxis por medio de un tríptico que se les proporcionara a cada una de las gestantes que acudan a su consulta prenatal y a todo el personal de salud que impartan este curso. (ANEXO 1 PÁGINA 96)

BIBLIOGRAFIA

1. Adán Fuentes G. Beneficios de la relajación [monografía en internet]. Bruselas (Bélgica); 2016 [acceso el 04 de mayo de 2016].
2. Adamson, P., y Glen, W., en colaboración con UNICEF, OMS y la UNESCO, título original Factsforlife. Adaptación al español Camacho Solís Rafael y Muñoz Cota (1990). Con la participación de Instituciones Nacionales de Salud y UNICEF México. Para la vida. Un reto de comunicación. Secretaria de salud. México.
3. Aguayo, C y Carrasco, A (2008). Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del Hospital Paillaco entre septiembre del 2007 y febrero del 2008 (Tesis para optar al grado de licenciada en Obstetricia y Puericultura).
4. Akbarzade M, Rafiee B, Asadi N, Zare N. The effect of maternal relaxation training on reactivity of non-stress test, basal fetal heart rate, and number of fetal heart accelerations: A randomized controlled trial. IJCBNM. 2015; 3(1):51-59. [acceso el 04 de mayo de 2016].
5. Akmese ZB, Oran NT. Effects of progressive muscle relaxation exercises accompanied by music on low back pain and quality of life during pregnancy. Journal of Midwifery & Women's Health [revista en internet]. 2014 [acceso el 07 de mayo de 2016]. 59(5):503-509.
6. Almeida DV. Palacios MS. Preparación psicoprofiláctica en el embarazo relacionada con la información que se proporciona a las mujeres primigestas que acuden al servicio de consulta externa y gineco-obstetricia del hospital "Luis Gabriel Dávila" en los meses de mayo y Junio del 2011. Universidad Politécnica estatal del Carchi. Tulcán. Septiembre, 2011

7. Andina E. Trabajo de parto y parto normal. Guías de prácticas y procedimientos. Revista del hospital materno infantil Ramón Sardá [revista en internet]. 21(63-74). [Acceso el día 20 de Marzo de 2016].
8. Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. Matronas profesión. 2013;2:62–6
9. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202-207.
10. Chamberlain DB. The mind of your newborn baby. Berkeley, CA: North Atlantic Books; 1988
11. Consejería de Salud. Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave: análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física.
12. Claudia B. Señal de Vida Actividad Física en el Embarazo y Parto. Tosti I, editor. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral; 2003.
13. Diaz AG, Schwarcz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R: Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1980, 11(1):1-7.
14. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. Pediatrics 2006;117:380-386
15. Fundación Argentina del Tórax, investigación y enseñanza de las enfermedades torácicas [sede web]. Argentina: Fundación Argentina del Tórax. [Acceso el 24 de abril de 2016]. Respiración diafragmática o abdominal [1 pantalla].

16. Gally, E., (1984). Manual práctico para parteras: embarazo, parto, cuidado del recién nacido y planificación familiar. México. Editorial Pax México.
17. García, J. (2005). Preparación psicoprofiláctica y su influencia en la estabilidad emocional de mujeres gestantes (Al conferirle el grado de psicóloga, en el grado académico de licenciada).
18. Granda Benítez A, Sáez Berrocal R. Manual de relajación. 1ª ed. Lima: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 2000
19. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco
20. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). 2010
21. González SE. Bosquejo histórico de la psicoprofilaxis en México. Memorias del Primer Encuentro Nacional de Educadores en Psicoprofilaxis Obstétrica. Jurica, Qro. 1983, pp. 6-23.
22. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd.
23. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 3. Art. No. CD003766; DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2.

24. Horta BL, Victora CG. Longterm effects of breastfeeding: a systematic review. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013
25. Humberto Solis Linares SMA. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Redalyc. 2012 mayo; XII(2)
26. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS; Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? Lancet. 2003; 362:65-71.
27. kumara w. wawa kumara. [Online].; 2013 [cited 2018 noviembre 20. Available from: <http://www.wawakumara.com.pe/ventajas-de-la-psicoprofilaxis-obstetrica-oms/>.
28. Martis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 8 de septiembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
29. Karmel M. Thank You, Dr Lamaze. London: Pinter & Martin Ltd. 2005; (first published 1959)
30. Klein, S., (2000). Un libro para parteras. México. Editorial Pax México.
31. Lombardía, J y Pérez, M. (2007). Ginecología y obstetricia: manual de consulta rápida (2 ed.) Pag. 287. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana
32. López, K. (2010). Aplicación del método psicoprofiláctico para disminuir la ansiedad en el parto Universidad Rafael Landívar de Quetzaltenango
33. Nereu Bjorn MB, Neves de Jesús S, Casado Morales MI. Estrategias de relajación durante el periodo de gestación. Beneficios para la salud. Clínica y Salud [revista en internet] 24 (2):77-83. 2013 [acceso el 04 de mayo de 2016].

34. Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización, República del Ecuador, 2008
35. Organización Mundial de la Salud y UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989
36. Ortega E, Esteban L, Estévez AF, Alonso D. Aplicaciones de la musicoterapia en educación especial y en los hospitales. *European Journal of Education and Psychology* [revista en internet]. 2009 [acceso el 03 de mayo de 2016]. Vol. 2 (2).
37. Ovalle Cabrera, D., Rosales, P., Palma, S. and Echeverría, G. (2011). OPS/OMS Guatemala – Documentos. [En línea] Paho.org. [Fecha de Consulta: 17 de Febrero de 2018].
38. Reyes, L. (2004). Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno – perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado, Materno Perinatal
39. Rosemary A. Payne. Técnicas de relajación. Guía práctica para el profesional de la salud. 5ª edición. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2009
40. Smith C, Levett K, Collins C, Crowther C. Técnicas de relajación para el control del dolor durante el trabajo de parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011 [acceso el 08 de mayo de 2016]
41. Solís Linares H, Morales Alvarado S. Impacto de la psicoprofilaxis obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Horizonte Médico* [revista en internet]. 2012 [acceso el 04 de mayo de 2016].

42. Soriano González J. Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. Enfermería Global. Abril, 2012. Vol. 11. 39-53
43. Texas: Araya H. Marzo, 2016 [acceso el 03 de mayo de 2016]. ¿Puedo tener masajes en el embarazo?
44. Valencia: Martínez JE. Junio, 2014 [acceso el 29 de abril de 2016]. Técnica de relajación fisiológica de Mitchell paso a paso.
45. Walker C. Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología. 2nd ed. Gracia Td, editor. Barcelona : ELSEVIER MASSON; 2013

GLOSARIO

EDUCACIÓN MATERNAL.

Es un método de educación para la salud, se realiza mediante un conjunto de clases grupales teórico-prácticas, en las que participan las mujeres embarazadas.

TRABAJO DE PARTO.

Periodo de tiempo que transcurre desde que comienzan las contracciones de parto, hasta que se produce la expulsión del feto y alumbramiento de placenta.

PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

Preparación integral, teórica, física y psicoactiva que se brinda durante la gestación, parto y/o puerperio.

PREPARACIÓN FÍSICA

Entrenamiento que se brinda a la gestante de acuerdo con sus condiciones generales y obstétricas para que obtenga beneficios corporales y mentales

PREPARACIÓN PSICOAFECTIVA

Apoyo emocional que se brinda a la gestante/pareja gestante, permitiéndole disfrutar la llegada del bebé sin temores o ideas negativas.

PREPARACIÓN TEÓRICA

Información real y oportuna que se brinda a la gestante para que conozca y entienda aspectos relacionados con su jornada obstétrica.

ESTIMULACIÓN: Es la transferencia de una acción que logra una respuesta a partir de los órganos de los sentidos

ESTÍMULO: Agente o causa que provoca una reacción o una respuesta en el organismo o en una parte de él

ESTIMULACIÓN INTRAUTERINA: Es el uso de procesos, métodos, instrumentos y/o técnicas diversas con la finalidad de lograr una respuesta real y objetiva en el embrión/feto.

VÍNCULO PRENATAL: Lazo afectivo que se propicia en la pareja gestante respecto de la llegada de su hijo o hija, para que su llegada sea asumida de manera natural.

APEGO: Es la relación y vínculo afectivo estrecho que desarrolla el niño o niña con sus padres.

ANEXOS

QUE ES LA PSICOPROFILAXIS

Es la preparación integral, teórica, física y psicoactiva que se brinda durante la gestación, parto y/o puerperio para alcanzar un desenlace obstétrico aceptable durante el trabajo de parto activo



ELABORADO POR
ANA LAURA
GUTIERREZ AVILA

BENEFICIOS DE LA PSICOPROFILAXIS



Psicoprofilaxis

VENTAJAS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA EN LA MADRE

- Menor riesgo de presentar complicaciones
- Pronta recuperación de la madre
- Disminución considerable de la fase expulsiva
- Disminución del tiempo total del trabajo de parto
- Disminución del uso de fármacos en general.

ALGUNOS EJERCICIOS PSICOPROFILÁCTICOS



BENEFICIOS DE EJERCICIOS PSICOPROFILÁCTICOS

Alivio del dolor de espalda.

Aumento en la flexibilidad.

Aumento en el nivel de energía: combate la fatiga.

Una mejoría en la postura y apariencia.

