

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI
CONVENIO CON LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



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.

PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Prevención, promoción, curación y rehabilitación en salud.

AUTORAS: DIANA VANESSA ALMEIDA

MERCEDES SOLEDAD PALACIOS

ASESOR: LCDO. JOHN HAROL FUERTES

TULCAN-SEPTIEMBRE-2011

CESION DE DERECHOS

Yo Diana Vanessa Almeida Peñaherrera, portadora de la cédula de ciudadanía N 172181885-2, y Mercedes Soledad Palacios, portadora de cédula de ciudadanía N 040164247-5, cedemos los derechos a la Universidad Politécnica Estatal del Carchi en Convenio con la Universidad Central del Ecuador.



Diana Vanessa Almeida

CC: 172181885-2

Mercedes Soledad Palacios

CC: 040164247-5

DEDICATORIA

Nuestro trabajo de investigación lo dedicamos a Dios por brindarnos la oportunidad de superarnos cada día más y fortalecernos.

A nuestros padres quienes con sus enseñanzas y amor nos han sabido guiar siempre y junto a nosotros dándonos su ayuda para levantarnos una y otra vez para seguir nuestros sueños y alcanzar nuestros ideales.

A nuestros hijos y esposos quienes con su alegría y su ternura han sido y son nuestra fuente de inspiración y el motivo principal de nuestra superación.

Diana

Mercedes

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Politécnica Estatal del Carchi y a la Universidad Central del Ecuador, por ser instituciones educativas que permitieron nuestro desarrollo académico.

A las instituciones que prestaron sus instalaciones, recursos materiales y talento humano para desarrollar nuestras habilidades y prácticas de enfermería.

A nuestros familiares que directa o indirectamente nos apoyaron para alcanzar nuestro título profesional y ponerlo al servicio de la humanidad.

A nuestro tutor de tesis, quien nos dirige en la realización del proyecto de investigación con sus conocimientos.

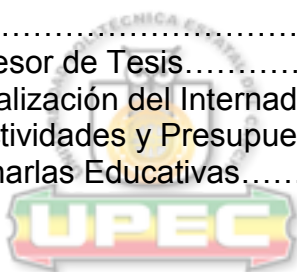
Diana

Mercedes

INDICE GENERAL

Portada	
Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Índice general.....	iv
Lista de tablas.....	vi
Lista de gráficos.....	viii
Lista de figuras.....	x
Resumen.....	xi
Summary.....	xii
Introducción.....	xiii
CAPITULOS	
1. Planteamiento del problema	
1.1 Enunciado del tema.....	1
1.2 Descripción del Problema.....	1
1.3 Enunciado del Problema.....	2
1.4 Justificación.....	3
1.5 Objetivos.....	5
1.5.1 Objetivo General.....	5
1.5.2 Objetivos Específicos.....	5
2. Marco teórico	
2.1 Marco Institucional.....	6
2.1.1 Situación Actual de la Institución.....	6
2.1.2 Situación Actual del Servicio de Consulta Externa.....	11
2.2 Marco conceptual.....	14
2.2.1. Embarazo.....	14
2.2.2. Psicoprofilaxis en el embarazo para el parto.....	51
2.3 Hipótesis, variables y operacionalización.....	97
2.3.1 Hipótesis.....	97
2.3.2 Variables y Operacionalización.....	98
3. Diseño metodológico	
3.1 Tipo de Investigación.....	99
3.2 Universo y muestra.....	100
3.3 Métodos y técnicas.....	100
3.4 Diseño del instrumento.....	101
3.5 Procesamiento de datos.....	102
4. Presentación, análisis e interpretación de datos	
4.1 Presentación y análisis de datos.....	103
4.2 Plan de Intervención.....	136

5. Conclusiones y recomendaciones	
5.1 Conclusiones.....	137
5.2 Recomendaciones.....	139
6. Bibliografía	
6.1 Bibliografía consultada.....	140
6.2 Bibliografía Citada.....	141
6.3 Bibliografía Electrónica.....	142
7. Anexos	
7.1 Encuesta a la usuaria.....	144
7.2 Encuesta al personal.....	146
7.3 Glosario.....	148
7.4 Aprobación del Asesor de Tesis.....	152
7.5 Certificados de Realización del Internado Rotativo.....	153
7.6 Cronograma de Actividades y Presupuesto.....	155
7.8 Planificación de Charlas Educativas.....	157



INDICE DE TABLAS

Tabla1. Nivel de instrucción de las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila”.....	103
Tabla 2. Edad de las mujeres primigestas que acuden al servicio de consulta externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila”.....	105
Tabla 3. Conocimiento de las mujeres primigestas sobre psicoprofilaxis durante el embarazo.....	106
Tabla 4. Información proporcionada en los controles sobre psicoprofilaxis durante el embarazo a las mujeres primigestas.....	107
Tabla 5. Importancia de la psicoprofilaxis en el embarazo.....	108
Tabla 6. Practica de psicoprofilaxis durante el embarazo en las mujeres primigestas.....	109
Tabla 7. Técnicas psicoprofilácticas que aplican las mujeres primigestas.....	110
Tabla 8. Recomendación de algún tipo de actividad física, recreativa u ocupacional a las mujeres primigestas por parte del personal de salud....	111
Tabla 9. Tipo de actividades que recomienda el profesional de salud a las mujeres primigestas.....	112
Tabla 10. Conocimiento de las mujeres primigestas sobre actividades tanto físicas como ocupacionales debe limitarse durante el embarazo.....	114
Tabla 11. Contribución de la pareja en el cuidado del embarazo de las mujeres primigestas.....	115
Tabla 12. Interés de las mujeres primigestas por la vinculación de la pareja al cuidado de su embarazo.....	116
Tabla 13. Interés de las mujeres primigestas por acudir a talleres educativos sobre psicoprofilaxis en el embarazo.....	117
Tabla 14. Tiempo que las mujeres primigestas disponen para acudir al	

centro de preparación psicoprofilactica en el embarazo.....	118
Tabla 15. Función que desempeña en la institución el encuestado/a.....	119
Tabla 16. Educación a las mujeres primigestas sobre psicoprofilaxis en el embarazo por parte del personal de salud.....	120
Tabla 17. Importancia de la psicoprofilaxis según el personal de salud...	121
Tabla 18. Técnicas psicoprofilácticas que recomienda el personal de salud a las mujeres primigesta.....	122
Tabla 19. Patologías obstétricas, en las cuales se debería tener precaución al momento de realizar alguna técnica psicoprofilactica.....	124
Tabla 20. Importancia de la psicoprofilaxis participativa en la contribución a mejorar vínculos de los padres y disminución de riesgos al momento del parto.....	125
Tabla 21. Interés del personal de salud en crear un centro de apoyo psicoprofiláctico.....	127
Tabla 22. Interés del personal de salud por capacitarse sobre psicoprofilaxis en el embarazo, para contribuir en la educación de las madres gestantes.....	128
Tabla 23. Tiempo que el personal de salud dispone para acudir a la capacitación sobre psicoprofilaxis en el embarazo.....	129

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Nivel de instrucción de las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila”.....	103
Gráfico 2. Edad de las mujeres primigestas que acuden al servicio de consulta externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila”.....	105
Gráfico 3. Conocimiento de las mujeres primigestas sobre psicoprofilaxis durante el embarazo.....	106
Gráfico 4. Información proporcionada en los controles sobre psicoprofilaxis durante el embarazo a las mujeres primigestas.....	107
Gráfico 5. Importancia de la psicoprofilaxis en el embarazo.....	108
Gráfico 6. Practica de psicoprofilaxis durante el embarazo en las mujeres primigestas.....	109
Gráfico 7. Técnicas psicoprofilácticas que aplican las mujeres primigestas.....	110
Gráfico 8. Recomendación de algún tipo de actividad física, recreativa u ocupacional a las mujeres primigestas por parte del personal de salud....	111
Gráfico 9. Tipo de actividades que recomienda el profesional de salud a las mujeres primigestas.....	112
Gráfico 10. Conocimiento de las mujeres primigestas sobre actividades tanto físicas como ocupacionales debe limitarse durante el embarazo.....	114
Gráfico 11. Contribución de la pareja en el cuidado del embarazo de las Mujeres primigestas.....	115
Gráfico 12. Interés de las mujeres primigestas por la vinculación de la pareja al cuidado de su embarazo.....	116
Gráfico 13. Interés de las mujeres primigestas por acudir a talleres educativos sobre psicoprofilaxis en el embarazo.....	117
Gráfico 14. Tiempo que las mujeres primigestas disponen para acudir al	

centro de preparación psicoprofiláctica en el embarazo.....	118
Gráfico 15. Función que desempeña en la institución el encuestado/a.....	119
Gráfico 16. Educación a las mujeres primigestas sobre psicoprofilaxis en el embarazo por parte del personal de salud.....	120
Gráfico 17. Importancia de la psicoprofilaxis según el personal de salud.....	121
Gráfico 18. Técnicas psicoprofilácticas que recomienda el personal de salud a las mujeres primigesta.....	122
Gráfico 19. Patologías obstétricas, en las cuales se debería tener precaución al momento de realizar alguna técnica psicoprofiláctica.....	124
Gráfico 20. Importancia de la psicoprofilaxis participativa en la contribución a mejorar vínculos de los padres y disminución de riesgos al momento del parto.....	125
Gráfico 21. Interés del personal de salud en crear un centro de apoyo psicoprofiláctico.....	127
Gráfico 22. Interés del personal de salud por capacitarse sobre psicoprofilaxis en el embarazo, para contribuir en la educación de las madres gestantes.....	128
Gráfico 23. Tiempo que el personal de salud dispone para acudir a la capacitación sobre psicoprofilaxis en el embarazo.....	129

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Técnica de relajación.....	57
Figura2. Técnica de respiración.....	62
Figura 3. Elevación de la pelvis.....	63
Figura 4. Rotación de la columna.....	64
Figura 5. Ejercicio de encogimiento.....	65
Figura 6. Posición de parto común.....	66
Figura 7. Elevación de las piernas.....	67
Figura 8. Balanceo de la pelvis.....	68
Figura 9. Ejercicios Resistidos.....	69
Figura 10. Posición en cuclillas.....	70
Figura 11. Posición sastre.....	71
Figura 12. Flexión alternada.....	72
Figura 13. Ejercicio a gatas.....	73
Figura 14. Ejercicio de lado.....	74
Figura 15. Ejercicio de circunferencias.....	75
Figura 16. Flexión del tronco.....	76
Figura 17. Ejercicio de acercamiento.....	77
Figura 18. Anteversión y retroversión de la pelvis.....	78
Figura 19. Natación.....	87
Figura 20. Pilates en el embarazo.....	88
Figura 21. Yoga en el embarazo.....	95
Figura 22. Bailoterapia.....	96

RESUMEN

El propósito de este trabajo es investigar la relación que existe entre la preparación psicoprofiláctica en el embarazo y la proporción de información sobre psicoprofilaxis en las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán en los meses de Mayo a Junio del 2011.

La obtención de datos para nuestro estudio se realizó a través de técnicas como la entrevista y las encuestas estructuradas tanto para las mujeres primigestas como para el personal de salud, las cuales estuvieron encaminadas a obtener información sobre sus conocimientos, prácticas, y actitudes sobre la psicoprofilaxis en el embarazo para el parto, seguido de esto se realizó el análisis e interpretación de datos.

Con la información recopilada se llegó a deducir que el personal que labora en este servicio conoce sobre psicoprofilaxis, pero no transmite esta educación a las mujeres, de tal manera que a ellas no les permite tener una preparación adecuada tanto física como psicológica, por lo que se realizó capacitaciones a las mujeres embarazadas que acuden al Servicio de Consulta Externa, además, se elaboró un manual que se entregó al personal del Servicio, el cual servirá de guía.

SUMMARY

The purpose of this paper is to investigate the relationship between the preparation psychoprophylactic in pregnancy and the proportion of information on psycho in primigravidae attending the outpatient clinic of the Hospital "Luis Gabriel Davila" City Tulcán in from May to June 2011.

Data collection for our study was performed using techniques such as structured interviews and surveys for both primigravidae and for health personnel, which were aimed at obtaining information about their knowledge, practices, and attitudes about the psycho in pregnancy to childbirth, this was done followed by analysis and interpretation of data.

With the information gathered it was deduced that the staff working in the service knows about psycho, but does not transmit this information to women, so that they are not allowed to have an adequate preparation both physically and psychologically, so training was carried out to pregnant women attending the outpatient clinic, also developed a manual that was given to personnel of the Service, which provides guidance.

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación se trata sobre la Preparación Psicoprofiláctica en el embarazo relacionada con la información que se proporciona a las mujeres primigestas, teniendo como finalidad determinar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres primigestas sobre psicoprofilaxis en el embarazo, además analizar la calidad de información que se proporciona sobre el tema durante los controles prenatales en la consulta externa e implementar estrategias que permitan mejorar la calidad y el nivel de conocimientos sobre psicoprofilaxis en el embarazo.

En este documento se presenta una propuesta teórica práctica mediante la educación y desarrollo de técnicas sobre psicoprofilaxis en el embarazo para el personal de salud que labora en el área de Gineco-obstetricia.

Se utilizaron encuestas estructuradas para la usuaria y el personal, además de entrevistas que fueron el medio de obtención de datos estadísticos.

Esta propuesta se basa en el análisis sobre el conocimiento deficiente que tienen las mujeres gestantes encuestadas por lo tanto el objetivo es mejorar la

calidad de información que se proporciona en el control del embarazo para el transcurso de un embarazo y término de parto feliz más humanizado .

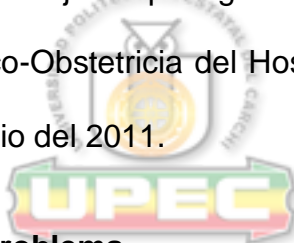
El parto es una de las vivencias más intensas de la vida de un ser humano y sus consecuencias son permanentes no solo sobre la salud del bebé, sino también sobre la salud de la madre, por ello la preparación de parto no debería estar encaminada solo a preparar el cuerpo, sino también a comprender que el cuerpo es, como dice el gran poeta Blake “un trozo de alma percibido por los cinco sentidos”, de ahí la importancia de educar y capacitar a las mujeres gestantes y al personal de salud sobre psicoprofilaxis durante el embarazo.

CAPITULO I

8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

8.1 Enunciado del tema

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.



8.2 Descripción del Problema

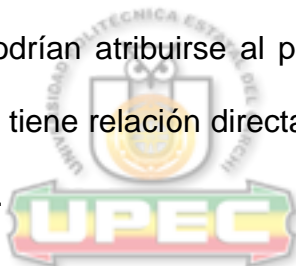
Determinando que existe la necesidad de prepararse para el parto, el problema siguiente consiste en el ¿cómo hacerlo? La población femenina primigesta, debe tener un conocimiento orientado a un entendimiento intelectual del proceso del parto y el dominio de técnicas de control del cuerpo y distracción de la mente.

Al no haber una adecuada información sobre psicoprofilaxis en el embarazo, la mujer es propensa a desarrollar un estado de ansiedad, debido al desconocimiento de la realidad del proceso fisiológico y psicológico del parto, que conduce a tensionar a la paciente, disminuyendo la dilatación y aumentando el dolor.

Es importante saber que si la vivencia del proceso del parto no se acompaña del cambio de conciencia necesario, provoca una sensación de descontrol,

angustia y el dolor se hace más agudo; por lo tanto, estimando el texto mencionado, pretendemos establecer la importancia de una preparación psicoprofiláctica adecuada durante el embarazo, para permitir que el proceso de parto sea una experiencia especial y un nacimiento sin violencia.

Probablemente las causas relacionadas con la deficiente información que recibe la población femenina, podrían atribuirse al poco conocimiento y capacitación del personal de salud que tiene relación directa con la paciente, cuando acuden a los controles prenatales.



8.3 Enunciado del Problema

¿De qué manera se relaciona la preparación psicoprofiláctica en el embarazo con la información que se les proporciona a las mujeres primigestas, que acuden al Servicio de Consulta Externa y Gineco-Obstetricia del Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán en los meses de Mayo y Junio del 2011?

8.4 Justificación

El parto es una de las vivencias más intensas de la vida de un ser humano y sus consecuencias son permanentes, no solo sobre la salud del bebé, sino también sobre la salud de la madre, por ello la preparación de parto no debería estar encaminada solo a preparar el cuerpo, sino también a comprender que el cuerpo es, como dice el gran poeta Blake “un trozo de alma percibido por los cinco sentidos”

El proceso del embarazo y parto puede originar un auténtico terremoto emocional en la mujer e incluso hacer aflorar conflictos emocionales que nunca resolvió.

Una capacitación adecuada sobre psicoprofilaxis en el embarazo, durante las consultas prenatales puede disminuir gran parte de las complicaciones que se registran en el parto, directamente relacionadas con el estado emocional y por lo tanto hormonal y muscular de la parturienta.

Una de las actividades primordiales del personal de salud que están en contacto directo con los/as pacientes es la educación, que se refleja en los conocimientos y la información que se proporciona.

Esta indagación nos permitirá analizar qué nivel de conocimiento y qué calidad de información se proporciona en la institución, además de determinar si hay

falta de preparación durante el embarazo y si ésta es directamente proporcional al desconocimiento.

Pretendemos que los impactos de ésta investigación influyan en mejorar la educación sobre psicoprofilaxis en el embarazo y mujeres en estado de gestación preparadas psicológica y fisiológicamente para el proceso de parto.

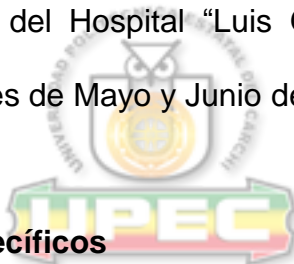
Las beneficiadas serán las mujeres en estado de gestación que acuden al Servicio de Consulta Externa y Gineco-Obstetricia del Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán y el personal de salud que será capacitado sobre el tema.

Esta es una investigación factible porque se realiza con un grupo determinado de población, además de mantener variables específicas; es un problema que mediante un sondeo rápido resulta real en nuestra sociedad, cuenta con bibliografía actualizada y extensa linkografía.

8.5 OBJETIVOS

8.5.1 Objetivo General

- Investigar la relación que existe entre la preparación psicoprofiláctica en el embarazo y la proporción de información sobre psicoprofilaxis, en las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa y Gineco-Obstetricia del Hospital "Luis Gabriel Dávila" de la ciudad de Tulcán en los meses de Mayo y Junio del 2011.



8.5.2 Objetivos Específicos

- Determinar qué nivel de conocimiento tienen las mujeres primigestas sobre psicoprofilaxis en el embarazo.
- Analizar la calidad de información que se proporciona sobre psicoprofilaxis en el embarazo durante los controles prenatales en la consulta externa.
- Implementar estrategias que permitan mejorar la calidad y el nivel de conocimientos sobre psicoprofilaxis en el embarazo.
- Presentar la investigación para socializar y compartir conocimientos adquiridos.

CAPITULO II

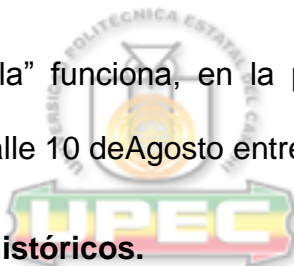
9. MARCO TEÓRICO

9.1 Marco Institucional

2.1.1 Situación Actual del Hospital “Luis G Dávila”

a. Ubicación Geográfica de la institución

El Hospital “Luis G Dávila” funciona, en la parte centro noroccidental de la ciudad de Tulcán, en la calle 10 de Agosto entre Loja y Esmeraldas.



b. Antecedentes históricos.

El hospital se lo construyó desde 1924 en base a mingas populares ya que era una necesidad de atención en salud para la población. En el año de 1924 a raíz del terremoto se reorganiza la Institución para brindar atención a las víctimas de la catástrofe bajo el auspicio de la “Junta de Asistencia Social” de Quito

Desde 1932 las Hermanas de la Caridad fueron las primeras enfermeras y auxiliares de enfermería que ayudaban en la asistencia y cuidado directo a los pacientes hasta 1970 donde llegaron las primeras enfermeras profesionales seglares.

El 30 de marzo de 1954, se denomina al Hospital como “Luis Gabriel Dávila” en honor al médico tulcanero de renombre internacional Dr. Luis Gabriel Dávila, el 12 de abril de 1972 el Hospital pasa a depender económicamente del Ministerio de Salud Pública.

Luego de haber cumplido todos los requisitos exigidos por OPS, UNICEF y MSP, se le otorga la certificación de “Hospital Amigo de la Madre y el niño” con la calificación de 96,07/100 el 20 de abril de 1995.

c. Descripción del área física

El Hospital “Luis G Dávila” tiene una superficie de 3000 metros cuadrados mismos que están distribuidos en su actual planta física que es construcción horizontal excepto la planta frontal que tiene dos pisos donde funciona el área administrativa, laboratorio clínico, endoscopía y psicología; en la planta baja: emergencia, farmacia, estadística, consulta externa con diez consultorios y servicios de radiología y ecografía.

En la parte media del Hospital se encuentra el salón auditorio con una capacidad de setenta personas, hacia el lado derecho se encuentra el servicio de Gineco-obstetricia con sus área de Clínica, Cirugía y Centro obstétrico; Neonatología, y Pediatría, dirigiéndose hacia el centro del área se encuentra Centro Quirúrgico que comprende 4 quirófanos, recuperación, esterilización y una pequeña área destinada a Cuidados Intermedios, la cual en la actualidad no funciona en su totalidad por la falta de personal médico y de enfermería especializado en el área. Hacia el lado izquierdo en el Hospital encontramos el Servicio de Medicina Interna, Cirugía y Traumatología y en la planta alta se ubica la Comunidad de Las Hermanas de la Caridad.

La parte posterior cuenta con los servicios de dietética, Fisiatría, lavandería, ropería, mantenimiento y morgue. Además por ser una institución formada por

comunidad religiosa en el sector noroccidental cuenta con una capilla, la cual brinda ayuda espiritual a la sociedad católica.

Para atender la demanda el Hospital cuenta con una capacidad instalada de 120 camas de las cuales 93 son funcionales.

En la actualidad el Hospital “Luis G. Dávila” cuenta con el Dr. Hernán Yépez, como Director de esta casa de salud.

d. Misión de la institución.

El Hospital “Luis Gabriel Dávila” brinda atención al usuario, familia y comunidad, con servicios de calidad técnica, científica y humana, en forma permanente, contribuyendo al desarrollo técnico y gerencial de la Institución. En coordinación de los miembros del equipo de salud, acorde con la situación, económica, cultural, política y epidemiológica de la Provincia del Carchi, planifica, ejecuta y evalúa procesos de su competencia en base a las políticas del Ministerio de Salud Pública y con ello garantiza una atención de calidad, eficiente y con equidad.

e. Visión de la institución.

Un establecimiento de salud fortalecido en su capacidad de gerencia y liderazgo, que impulse los procesos de cambio orientados a promover el fortalecimiento y óptimo funcionamiento de cada proceso, que garanticen la cobertura total de las prestaciones de salud con calidad, equidad, eficiencia y solidaridad.

f. Organización administrativa.

El Hospital “Luis G. Dávila” mantiene la organización administrativa horizontal, flexible, eficaz, y eficiente que garantiza la participación de todos sus miembros lo que permite cumplir funciones, normas y reglamentos con la finalidad de mejorar la calidad en la atención y contribuir en la recuperación y restablecimiento de la salud de la comunidad.

g. Demanda poblacional

El Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán al ser una Institución perteneciente al Ministerio de Salud Pública atiende a toda la población de la provincia del Carchi, Sucumbíos y el sur de Colombia dando cumplimiento a las políticas del estado que es la gratuidad en la atención en salud.

La Provincia del Carchi cuenta con una población de 164.524 habitantes de los cuales 81.155 son hombres que equivale al 49.33% y 83.369 son mujeres que equivale al 50.67%. La población económicamente activa se dedica principalmente a la ganadería, agricultura construcción, comercio, restaurantes transporte y comunicaciones, educación, salud, servicios sociales y personales(Según datos INEC 2011).

h. Políticas institucionales

El Hospital “Luis G. Dávila” fundamenta sus políticas de acuerdo a la Constitución de la República y a la Ley Orgánica de Salud, basados en los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad,

indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Es responsabilidad de la Institución de Salud garantizar la protección integral de la Salud de toda la población que comprende:

- Acciones de promoción de la salud.
- La vigilancia, prevención y control de enfermedades.
- Las acciones de recuperación y rehabilitación de la salud.

i. Recursos humanos



El Talento humano del Hospital está conformado por profesionales capacitados que se rigen por la Ley Orgánica del Servidor Público, promoviendo el desarrollo integral de sus miembros.

j. Servicios que ofrece

- Consulta Externa
- Emergencia
- Gineco-obstetricia
- Neonatología
- Pediatría
- Centro Quirúrgico
- Medicina Interna
- Fisioterapia
- Laboratorio Clínico
- Trabajo Social
- Estadística
- Imagenología

- Farmacia

2.1.2 Situación Actual del Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G Dávila”

El servicio de consulta externa del hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán, brinda sus servicios a la provincia del Carchi, Sucumbíos y Sur de Colombia, la atención es gratuita en horarios de lunes a viernes de 8:00 am a 17:00 pm durante todo el año.

a. Descripción del área física

El área física del servicio se encuentra localizada en la parte frontal derecha, ocupa las dos plantas de la institución, ya que permite el contacto y comunicación con los servicios intermedios y de apoyo como Imagenología, estadística, farmacia, laboratorio clínico y trabajo social, el ingreso se lo hace por la puerta principal del hospital.

La distribución de la planta física es la siguiente:

- 10 consultorios
- 1 sala de preparación
- 1 área de educación post consulta
- 1 sala de espera
- 2 servicios higiénicos para los usuarios
- 1 servicio higiénico para el personal

b. Talento humano

El servicio de consulta externa del Hospital “Luis G Dávila” cuenta con el siguiente talento humano

Cuadro N°1

Talento Humano del Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila”

Profesional	Nombramiento	Contrato	Devengantes de Beca	Total
Médicos	-	2	2	4
Obstetras	1	-	-	1
Enfermera	1	-	-	1
Auxiliar de Enfermería	1	2		3

Fuente: Recursos Humanos del Hospital “Luis Gabriel Dávila”

Cuadro N°2

Talento Humano del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital “Luis Gabriel Dávila”

Profesional	Nombramiento	Contrato	Devengantes de Beca	Total
Médicos	-	2	2	4
Obstetras	2	-	-	2
Enfermera	2	6	-	8
Auxiliar de Enfermería	7	-	-	7

Fuente: Recursos Humanos del Hospital “Luis Gabriel Dávila”

Tomando en cuenta el talento humano descrito en los cuadros anteriores, el personal médico es rotativo, desempeñando funciones tanto en brindar atención directa en el Servicio de Consulta Externa, como también en el Servicio de Gineco-obstetricia a las pacientes ingresadas en el Hospital.

c. Atención que ofrece en las especialidades de:

- Medicina interna
- Cirugía general
- Traumatología
- Pediatría
- Neonatología
- Ginecología
- Obstetricia
- Endoscopia
- Odontología



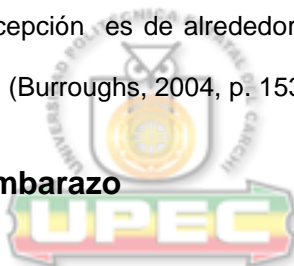
2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.3. Embarazo.

a. Definición.

“El embarazo como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, la duración del embarazo varia en forma considerable, pero en promedio, si se cuenta a partir del momento de la concepción es de alrededor de 240 hasta 300 días y se considera normal en todos los aspectos”. (Burroughs, 2004, p. 153).

Signos y síntomas de Embarazo



En la obra: *Enfermería Materno Infantil* se presentan un análisis sobre varios medios que permiten en la actualidad determinar un estado gestante, se mencionan pruebas rápidas, precisas y fáciles de realizar. Signos que se catalogan como positivos, no se observan sino hasta la parte intermedia de la etapa de gestación y en ese momento el diagnostico puede efectuarse sin ellos, debido a la presencia de síntomas más tempranamente y menos significativos los signos de embarazo pueden dividirse en: presuntivos, probables y positivos. (Reeder, J. et al., 2003, p. 294).

➤ Signos presuntivos

- ✓ **Supresión menstrual:** cuando se produce la cesación de la menstruación sugiere fuertemente la existencia de un embarazo si se retrasa el periodo de 10 días o más, y si en el segundo periodo no se presenta, la posibilidad es mayor.

- ✓ **Náusea y vómito:** la mitad del total de mujeres embarazadas no presentan vómito al inicio del embarazo; la otra mitad experimenta este síntoma en grado variable. Las náuseas suelen presentarse al comenzar el día y desaparecen en pocas horas, se inicia dos semanas después de la ausencia del periodo menstrual y desaparecen en forma espontánea seis u ocho semanas después.
- ✓ **Micción frecuente:** puede haber sensación de irritabilidad en la vejiga con micción frecuente, se debe a la mayor sensibilidad en la parte inferior de la vejiga, el crecimiento del útero y en las últimas semanas del embarazo la cabeza del feto llega a comprimir la vejiga.
- ✓ **Cambios en los senos:** se produce un aumento de tamaño temporal de los senos, sensación de peso y dolor, se hacen más firmes y sensibles. Mientras avanza el embarazo la areola se hace más oscura y las glándulas sebáceas de la areola aumentan el tamaño.
Los cambios que se producen en los senos están encaminados a la preparación de los mismos para la alimentación del recién nacido.
- ✓ **Sensación de movimientos fetales:** los movimientos fetales iniciales son de leve intensidad y a medida que el embarazo progresa se hacen más fuertes y se perciben con claridad, estos dependen la posición del feto; los movimientos fetales pueden ser confundidos con los gases presentes en el intestino.

✓ **Cambios vaginales:** el aumento de hormonas, provoca un cambio en la coloración de la mucosa vaginal y con frecuencia se engruesa y adquiere apariencia purpúrea o azul violáceo debido al aumento de la vascularidad.

✓ **Cambios cutáneos:**

Estrías del embarazo.- se produce la distensión de la pared abdominal por el crecimiento del útero, en los últimos meses del embarazo, ocasiona ciertas trazas color rosa o ligeramente rojas denominadas estrías que se deben a la ruptura y atrofia del tejido de la piel.

➤ **Signos probables**

✓ **Cambios abdominales y del útero:** aumenta el tamaño del abdomen durante el embarazo relacionado con el crecimiento del útero.

✓ **Perfil fetal:** al progresar el embarazo el perfil fetal se define con mayor claridad a través de técnicas de palpación.

✓ **Cambios cervicales:** el ablandamiento del cérvix suele producirse alrededor de la fecha en que falta el segundo periodo menstrual.

✓ **Pruebas de embarazo:** las pruebas de embarazo se basan en la secreción de la hormona gonadotropina coriónica humana, que aparece en la sangre materna y se excreta en la orina.

➤ **Signos positivos**

- ✓ **Ruidos cardiacos fetales:** pueden ser escuchados con estetoscopio en el segundo trimestre del embarazo, alrededor de la vigésima semana, la frecuencia cardiaca fetal normal suele ser de 140 latidos por minuto.
- ✓ **Ultrasonido:** Esta prueba detecta la presencia del embrión en etapas tempranas y es gran utilidad para determinar si existe embarazo extrauterino o anomalías fetales. En la actualidad se recurre a este método para determinar las semanas de gestación”.

Como indica el texto anterior, en el embarazo se presentan varios signos y síntomas, los cuales aparecen a medida que el estado de gestación evoluciona, por lo que, para diagnosticar un embarazo, se debe recurrir a la aplicación de signos positivos, que son los mas indicados y eficaces. (Reeder, J. et al., 2003).

b. Cambios durante el embarazo

Las modificaciones fisiológicas y anatómicas y psicosociales, que la madre puede presentar en el embarazo son provocadas y a la vez reguladas por cambios hormonales que actúan sobre todos los órganos y sistemas. La mayoría de cambios desaparecen durante el puerperio.

➤ **Cambios anatómicos y fisiológicos en el embarazo**

Los cambios fisiológicos en el embarazo son modificaciones locales y generales en las estructuras del cuerpo de la mujer y en sus funciones. La mayoría de estos cambios desaparecen en el puerperio.

- ✓ **Cambios del cuerpo por el crecimiento uterino:** Entre el tercer y cuarto mes de embarazo, el útero al expandirse sale de la pelvis y puede palparse por encima de la sínfisis del pubis. Progresivamente crece hasta llegar al ombligo en el sexto mes y puede alcanzar el apéndice xifoides en el noveno mes.

Por lo general el útero gira hacia la derecha al salir de la pelvis. A medida que el útero aumenta de tamaño entra en contacto con la pared abdominal anterior y desplaza a los intestinos hacia los lados del abdomen. Al mismo tiempo que el útero y el abdomen aumentan de tamaño, el ombligo es empujado hacia afuera hasta que alrededor del séptimo mes su depresión se borra por completo y constituye tan solo un área sombreada en la pared abdominal, lisa y tensa.

Probablemente dos semanas antes de que se inicie el trabajo de parto, la cabeza fetal desciende a la cavidad pélvica provocando que el útero baje a un nivel inferior y al mismo tiempo caiga hacia adelante. Como esto permite que la madre respire mejor porque alivia la presión ascendente en el diafragma, este fenómeno de descenso de la cabeza se llama aligeramiento. Al medir la altura del fondo los examinadores pueden determinar el tiempo de gestación.

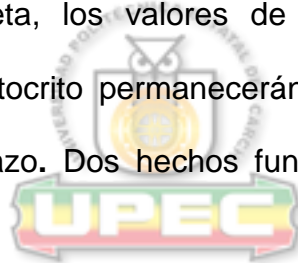
- ✓ **Cambios posturales:** El útero grávido de término y su contenido pesan cerca de 6000g, las mujeres embarazadas con frecuencia se reclinan hacia atrás para mantener el equilibrio. Esta inclinación trasera del torso

es característica del embarazo. Dicha postura ocasiona mayor tensión en músculos y ligamentos de la espalda y muslos y da lugar a muchos dolores y calambres músculos esqueléticos, que se experimentan con frecuencia en las últimas etapas del embarazo. El relajamiento de las articulaciones sacro ilíacas y la sínfisis del pubis producen inestabilidad pélvica que ocasiona tensión a los músculos de la espalda y muslos. A estos cambios se debe la marcha tambaleante que se observa en las últimas semanas del embarazo.

- ✓ **Cambios metabólicos:** La presencia del feto y la placenta que se desarrollan con rapidez, así como las demandas de dichas estructuras, producen diversos cambios metabólicos de importancia.

Aunque se observa aumento significativo de peso, solo una pequeña porción del mismo se debe a alteraciones metabólicas. La mayor parte del aumento de peso depende de la presencia del feto en crecimiento, la placenta, las membranas fetales, y el líquido amniótico. El útero la sangre materna y los productos de la concepción contienen más proteínas que grasa o carbohidratos. Se observa alteraciones significativas en varias proteínas plasmáticas. En la última mitad del embarazo se observa el incremento apreciable de lípidos en el plasma, entre los cuales están lípidos totales, colesterol, fosfolípidos, ácidos grasos libres y lipoproteínas.

✓ **Cambios circulatorios:** El volumen total de sangre en el organismo aumenta alrededor de 30% durante el embarazo. Los valores hematológicos mínimos para mujeres no embarazadas y embarazadas son 12 g. de hemoglobina, 3.75 millones de eritrocitos y 35% de hematocrito. Si el organismo tiene reservas adecuadas de hierro o se obtiene de la dieta, los valores de hemoglobina, cuantificación de eritrocitos y hematocrito permanecerán dentro de los límites normales durante el embarazo. Dos hechos fundamentales se han de tener en cuenta:



- El aumento de requerimientos debido al constante desarrollo del feto.
- El desplazamiento hacia arriba de ciertas estructuras, como consecuencia del aumento en el tamaño del útero.

La deficiencia de hierro se agrava en forma notable con el embarazo por la fuerte demanda de hierro del feto en crecimiento especialmente en las últimas semanas de la gestación.

Ante estos factores, durante el embarazo el corazón aumenta de tamaño y es desplazado hacia arriba y hacia la izquierda, girando sobre su eje longitudinal, al elevarse progresivamente el diafragma.

El gasto cardíaco (producto del volumen sistólico por la frecuencia cardíaca) aumenta entre un 30% y un 40% desde el inicio del primer trimestre hasta el final de la gestación, como consecuencia del incremento de la frecuencia

cardíaca (desde 70 lat/min en la no gestante hasta 85 lat/min al final del embarazo) y del leve aumento del volumen sistólico.

Posiblemente la modificación más significativa y que más consecuencias de todo tipo trae durante la gestación sea la presión de la vena cava inferior por el útero grávido. Cuando la mujer adopta la posición decúbito supino disminuye el retorno venoso al corazón.

Las modificaciones cardiovasculares que ocurren durante el embarazo no suponen un riesgo para la mujer sana. Sin embargo, en una mujer con cardiopatía estas modificaciones pueden ser peligrosas.

- ✓ **Cambios en el sistema respiratorio:** Los cambios en el sistema respiratorio provocan alteraciones de orden anatómico y funcional. Estos cambios son de carácter temprano, debido a la influencia hormonal y a los paulatinos cambios volumétricos, e incluyen variaciones en las dimensiones pulmonares, sus capacidades y los mecanismos respiratorios.

El tracto respiratorio superior es, a menudo, afectado por cambios en la mucosa de la nasofaringe, por ejemplo hiperemia, edema y una excesiva secreción. Estos cambios son causantes de síntomas obstructivos para el mecanismo de una normal respiración.

Por otro lado, como resultado de la expansión del útero, la posición diafragmática media durante la postura de pie es elevada 4 cm. A medida que progresa el embarazo, el útero en crecimiento ocasiona

presión ascendente en los pulmones y eleva la posición del diafragma. Al comienzo del embarazo la mujer respira más profundamente pero no con mayor frecuencia, justamente por la acción de la progesterona. Como consecuencia, la ventilación alveolar aumenta por encima de los valores previos a la gestación.

- ✓ **Cambios del aparato urinario:** Se presenta dilatación del uréter y pelvis renal con mayor peristaltismo. La dilatación del uréter derecho es mayor que el izquierdo porque el cuerno derecho del útero se apoya más en dicha zona debido a que el sigma obliga a una dilatación hacia la derecha. Incremento de infecciones urinarias por el desplazamiento de la vejiga que tendrá menos capacidad de la misma: incontinencia urinaria y polaquiuria. Las mujeres embarazadas muestran tendencia a excretar dextrosa en la orina.
- ✓ **Cambios el aparato digestivo:** El útero al crecer desplaza a los intestinos y al estómago estos cambios de posición alteran la ubicación de los órganos. La posición alterada del estómago contribuye al aumento de la pirosis que es ocasionada por el reflujo de las secreciones ácidas a la parte inferior del esófago.

También se observa inflamación de las encías que se denomina émulis, las encías tienden mayor tendencia a sangrar tras cepillar los dientes estos cambios desaparecen en forma espontánea después el embarazo.

El funcionamiento digestivo se ve alterado en forma leve durante el embarazo. En los primeros meses, el apetito se reduce en especial cuando se presenta náuseas, además la presión ascendente en el diafragma y la reducción del tono provocan retraso del vaciado del estómago.

El estreñimiento es muy común; por lo menos la mitad de las embarazadas presentan esta afección. Todo el aparato digestivo se ve afectado por la reducción del tono y la presión del útero en crecimiento durante la gestación.

- ✓ **Cambios endocrinos:** Las vellosidades coriónicas primarias del cigoto implantado secretan hormona gonadotropina coriónica humana, la que prolonga la vida del cuerpo lúteo. Como resultado se sigue produciendo estrógeno y progesterona, necesarios para la preservación del endometrio. Las células coriónicas producen otra hormona que es el lactógeno placentario, influye en el crecimiento de las células somáticas del feto y prepara los senos para la lactancia.
- ✓ **Cambios cutáneos:**
 - Estrías. Aunque no producen molestias físicas, resultan antiestéticas. Se deben al estiramiento que sufre la piel en el abdomen, senos y glúteos, también influyen factores genéticos y la deshidratación de la piel.

- Cambios de la pigmentación. También se observa en la formación de la línea negra que va del ombligo al monte de Venus y se llama línea negra. En ciertas mujeres se observan manchas en zonas irregulares de color café oscuro y se denominan cloasma o máscara del embarazo, estos depósitos e pigmento varían por lo que la forma, tamaño, y distribución son más marcados en personas morenas que en las blancas.
 - Hemangiomas en forma de araña. Estos fenómenos vasculares son marcas de color rojizo fuerte y tamaño diminuto que se forman en la piel y que tienen ramificaciones que proceden del cuerpo central. Se desarrollan en mujeres de piel clara y son el resultado de efectos hormonales en la vasculatura y desaparecen después del parto.
- ✓ **Cambios vaginales:** Se observa una coloración de la mucosa vaginal debida a la influencia del aumento de hormonas. La mucosa vaginal con frecuencia se engruesa y adquiere apariencia purpúrea o azul violáceo por el aumento de la vascularidad. Como resultado del aumento de la irrigación sanguínea, las secreciones vaginales se incrementan en forma considerable hacia el final de la gestación. Este incremento de vascularidad se extiende a otras estructuras pélvicas y a los tejidos de la región perineal, piel, músculos y constituye un cambio de preparación para el trabajo de parto.

- ✓ **Cambios en el útero:** El útero aumenta de tamaño para albergar al feto en crecimiento. Aumenta desde aproximadamente 6.5 cm de longitud, 4 cm de ancho y 2.5 cm de profundidad hasta cerca de 32 cm de longitud, 24 cm de ancho y 22 cm de profundidad. La pared uterina se engruesa durante los primeros meses de embarazo desde 1 cm hasta casi 2 cm, pero después se adelgaza hasta 0.5 cm o menos al final del embarazo, el útero se transforma en un saco muscular de paredes suaves que cede al movimiento de las extremidades fetales y permite que el examinador palpe el feto con facilidad. Su peso aumenta de 50 a 1000 g. El crecimiento se debe a la formación de nuevas fibras musculares. (Reeder, J. et al., 2003, p. 294).

➤ **Cambios psicosociales del embarazo**

El embarazo y el nacimiento son acontecimientos importantes en la mayoría de las culturas. Sin embargo, las actitudes hacia estos procesos varían en forma considerable de una cultura a otra, e inclusive dentro de la misma sociedad. En ciertas culturas el nacimiento es un acontecimiento social donde los amigos y la familia asisten y en otras se lleva a cabo en secreto.

De manera similar el embarazo puede considerarse como una fase preparatoria normal y corriente que lleve a cambio muy deseado, el cual constituye todo un logro; por el contrario puede considerarse como un desastre o una simple función reproductiva del sexo femenino.

La mayoría de las mujeres sobre todo aquellas que se encuentran emocionalmente y psicológicamente dentro de los límites de la normalidad, sienten y experimentan el embarazo como una autorrealización, ya que entra dentro de sus objetivos y se encuentra en tiempo y momento, es decir, que ya realizaron otras muchas actividades y se trata de un embarazo deseado. Otras mujeres lo ven como una obligación, ya que la sociedad se los reclama o como una forma de asegurar su status como mujer y otras más ven y viven su embarazo como algo muy negativo.

- ✓ **Embarazo crisis o tensión:** El primer embarazo y consiguientemente, la espera del nacimiento del primer hijo es periodo crítico en la evolución familiar.

Desde el punto de vista psicológico como sociológico, se considera que el embarazo es un factor potencial que produce tensión, lo cual contribuye al cambio de papeles en parejas que no tienen hijos a los papeles de padre y madre y que su impacto depende de diversos factores el embarazo y el nacimiento se considera como un proceso que produce cambios que puede ocasionar daños emocionales o psicológicos.

- ✓ **El embarazo como transición de papeles:** considera que las paternidad y maternidad, el embarazo, son tareas de desarrollo y permite observar estos fenómenos como si fuesen normales, pero también respeta el

hecho de que puedan producirse alteraciones, desviaciones de adaptación, tensiones según las circunstancias.

- ✓ **El embarazo como papel social:** Las reacciones emocionales y las tareas de desarrollo que deben llevarse a cabo, no existen límites definidos, expectativas y prescripciones para el papel de mujer embarazada. ¿De qué manera debe actuar una mujer embarazada? Existen diversos comportamientos que se observan en los futuros padres. La mujer intenta aprender con la observación de otras personas, tanto de la familia como amistades como ellas actuaron al estar embarazadas, también según las órdenes del médico que pueden influir significativamente e inclusive llegar a sentirse enfermas o muy saludables. Incluyen comportamiento como asunción de hábitos de salud positivos, reducción de las actividades o por el contrario, ejercicio para mantenerse en forma asistencia oportuna y regular al cuidado prenatal y nutrición adecuadas.

Para celebrar la llegada del futuro bebé, las reuniones y fiestas sociales, las conversaciones con la madre, amigas embarazadas o las nuevas madres ayudan a la mujer a adaptarse al embarazo y tomarlo como parte de su personalidad. Algunas mujeres se sienten florecer física y emocionalmente otras se sienten feas, gordas y desean que el tiempo pase lo más pronto. Lo importante es que aceptan su estado y lo consideran necesario para llegar a la maternidad.

- ✓ **Psicodinámica del embarazo:** La mujer embarazada debe llevar a cabo diversas tareas psicológicas y cognoscitivas. A medida que su cuerpo se adapta a las demandas fisiológicas del feto, ella debe adaptarse a la idea de ser madre de uno o más hijos y a la incorporación de otra persona a su esfera familiar y social. (Reeder, J. et al., 2003).

c. Crecimiento y desarrollo fetal

➤ Primer trimestre

- ✓ Al final del primer mes, antes de tener forma humana, el corazón empieza a latir.
- ✓ En el segundo mes, se forman los órganos y sistemas principales, la cabeza, los ojos, las orejas, la nariz y la boca. Es todavía pequeño tiene de 4 a 5 cm pero ya tiene forma humana.
- ✓ En el tercer mes, toma una apariencia más humana, aumenta de peso y se forman los brazos, las piernas, las orejas. Empieza a moverse. Al finalizar el tercer mes. Mide: 6 a 7 cm y Pesa: 14 a 28 g.

➤ Segundo trimestre

- ✓ En el cuarto mes, el cuerpo del bebé crece rápidamente, los dientes se forman.
- ✓ Ya se identifica el sexo, se mueve, pateo y puede oír la voz de la mamá, la del papá, de los hermanos. Por eso, es importante hablarle.



- ✓ En el quinto mes el crecimiento es poco más lento durante este periodo, pero el feto todavía aumenta la longitud hasta alrededor de 50 mm. Las extremidades inferiores adquieren sus proporciones relativas finales y los movimientos fetales comúnmente conocidos como pataditas con mucha frecuencia lo siente o percibe la madre. En este lapso, comienza la formación de la sangre en la médula ósea.
- ✓ La piel se cubre con un material grasoso de aspecto parecido al queso, conocido como vérnix caseoso; consiste en una mezcla de secreciones grasas procedentes de las glándulas sebáceas fetales y de células epidérmicas muertas. La piel esta generalmente arrugada, en particular en la parte incipiente de este periodo. La piel es más translúcida y de color rosado.
- ✓ Al entrar al sexto mes de la gestación el feto empieza a acumular grasa, su cuerpo se cubre de lanugo y una sustancia protectora blanca y oleosa vérnix. Abren ya las manos y los ojos. De allí en adelante, se prepara para volverse un ser independiente. Crece y aumenta de peso; el cabello crece también, y la mayor parte del lanugo se cae. Como ya es más grandecito dispone de menos espacio para moverse, pero necesita crecer aún más para sobrevivir con buena salud.

➤ **Tercer trimestre**

- ✓ En el séptimo mes un feto puede sobrevivir en este momento si es que nace prematuramente, debido a que los pulmones son capaces de

respirar, y a que los vasos pulmonares y los pulmones se han desarrollado lo suficiente como para realizar el intercambio gaseoso. Además el sistema nervioso central ha madurado hasta la etapa en la cual puede regir movimiento respiratorio rítmico y regular la temperatura corporal.

- ✓ Los ojos vuelven a abrirse en esta etapa y el cabello y el lanudo están bien desarrollados. Se han formado gran parte de grasa subcutánea, lo cual borra muchas de las arrugas. Durante este periodo la cantidad de grasa blanca del cuerpo aumenta aproximadamente.
- ✓ En el octavo mes está presente el reflejo de la luz pupilar. Por lo regular para el final de este periodo la piel es rosada y lisa, brazos y piernas tienen aspecto regordete, en esta etapa la cantidad de grasa blanca en el organismo es de aproximadamente de 7 a 8 %.El feto mide de 40 a 45 cm y pesa alrededor de 2 kg., en este periodo los testículos descienden a las bolsas escrotales. En esta etapa es cuando el feto adquiere la mayor parte de su peso, en este tiempo se transmite la mayoría de los anticuerpos maternos, lo que le prestan cierta protección contra agentes infecciosos en los primeros 6 meses después del nacimiento.
- ✓ Al finalizar el noveno mes el cráneo tiene mayor circunferencia que cualquier otra parte del cuerpo, hecho importante para su paso por el canal del parto. En la fecha del nacimiento el peso del feto es de 3000 a

3500gr. su longitud vértice nalga son alrededor de 36 cm. y la longitud vértice talón de unos 50cm.

- ✓ Los caracteres sexuales son notables y los testículos deben estar en el escroto.
- ✓ Al término completo de la gestación la cantidad de grasa blanca en el organismo es de aproximadamente del 16 %. El feto gana unos 14 gr. de grasa al día durante las últimas semanas de la gestación pesa en promedio 3 Kg si es niña o 3.4 Kg si es varón. En términos generales, los fetos masculinos crecen más rápidamente que los femeninos, y al nacer los varones por lo regular pesan más que las mujeres. (Reeder, J. et al., 2003).

d. Control prenatal

Es un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.

➤ **Objetivos del control prenatal**

- ✓ Garantizar la salud de la madre, hijo antes, durante y después del parto.
- ✓ Reducir las complicaciones del embarazo, eclampsia, preeclampsia, amenaza de parto prematuro, infecciones, abortos.
- ✓ Una adecuada planificación del parto seguro.
- ✓ Disminuir la mortalidad materna perinatal durante el embarazo, el parto y 28 días después del parto.

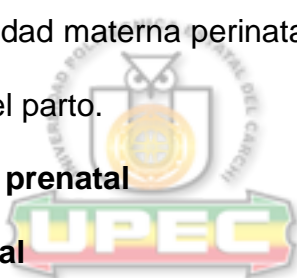
➤ **Enfoques del control prenatal**

✓ **Completo e integral**

- Atención por personal calificado.
- Detección precoz del embarazo.
- Control periódico e integral de la embarazada.

Se realiza acciones de:

- Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Consejería pre/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
- Enfermedades buco – dentales.
- Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.



✓ **Precoz**

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

✓ **Enfoque intercultural**

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

✓ **Periódico**

Toda mujer embarazada de bajo riesgo deberá completar mínimo 5 controles prenatales uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del Formulario. # 051 del MSP Ecuador.

✓ **Nivel de controles ideales en el embarazo: 12 controles**

- 1 mensual (32 semanas)
- 2 mensuales (36 semanas)
- 1 semanal (termino) hasta el parto.

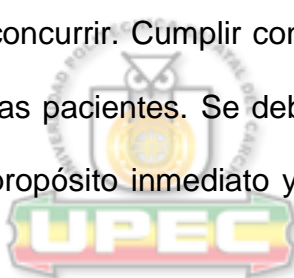
✓ **Nivel mínimo eficiente: 5 controles.**

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

- Uno entre las 38 y 40 semanas

✓ **Afectivo**

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



➤ **Actividades que se desarrollan en el control prenatal**

✓ **Apertura de la historia clínica perinatal base y el carné perinatal**

- Llenar de forma correcta y completa todos los casilleros.
- Clasificar por riesgo para la correspondiente atención por niveles.
- Instruir a la gestante para que lleve el carné a todas las consultas de cualquier servicio de salud a nivel nacional

✓ **Detección de factores de riesgo.**

- Promover los dos primeros controles prenatales antes de las veinte semanas, para hacer un diagnóstico precoz de algunas patologías.
- Se debe determinar la necesidad de referencia y contra referencia a nivel superior.

- ✓ **Anamnesis, revisión de aparatos y sistemas, examen físico general.**
 - Se debe realizar un examen clínico general en decúbito dorsal en todos los controles, más exhaustivo en la primera consulta.
 - Diagnóstico y tratamiento o referencia de patología obstétrica.
 - Manejo de las molestias propias del embarazo.
 - Se responderá las dudas que la usuaria presente.
- ✓ **Estimación de la edad gestacional o diagnóstico**
 - Es importante estimar con precisión la posible fecha del parto, porque permite valorar el progreso del embarazo si se conoce de manera precisa la fecha del último periodo menstrual se facilita estimar la fecha probable del parto, esto se realiza empleando diversos métodos: regla de Nagele, altura de fondo uterino, y ultrasonido.
- ✓ **Determinación de la presión arterial**
 - Si la tensión arterial sistólica es mayor a 140 mmHg o si la presión arterial diastólica es mayor a 90 mmHg se debe considerar como trastorno hipertensivo gestacional.
- ✓ **Evaluación del estado nutricional**
 - La clasificación del estado nutricional se debe realizar en relación Peso/Talla de la mujer (%) que consta en el Normograma del carné perinatal para ubicar a la embarazada en las zonas: A: Bajo peso, B: Normal, C: Sobrepeso, D: Obesidad. Si no es adecuada considere suplementación.

✓ **Examen de mamas**

- Se debe educar sobre cuidados apropiados y preparación de los pezones y las mamas sin el uso de no cremas, jabones.
- Informar sobre promoción de lactancia materna.

✓ **Evaluación clínica de la pelvis**

- Determinar una vez sobre la semana 36 la relación céfalo pélvica.
- Descartar desproporción céfalo pélvica según valoración de la pelvis femenina.
- Referir si se confirma patología.

✓ **Medir la altura uterina**

- Usando la cinta métrica para medir desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino. De la semana 18 a semana 30 tiene mayor sensibilidad esta medida, sobre esta semana disminuye su valor. Si la medida es menor a la edad gestacional, considerar error de cálculo, malnutrición, restricción de crecimiento fetal, oligohidramnios u óbito fetal. Si la medida es mayor a la edad gestacional considerar error de cálculo, embarazo múltiple o polihidramnios.

✓ **Diagnóstico de la situación posición presentación fetal y condiciones cervicales.**

- Realizar maniobras de Leopold.

- Se aplicara la evaluación del cuello del útero con el Índice de Bishop de desde la semana 36 es necesario anticipar un plan de parto por cesárea según desviaciones de la normalidad.
- ✓ **Auscultar latidos cardíacos fetales**
- La frecuencia cardiaca fetal normal es entre 120 a 160 latidos por minuto. Se la ausculte con doppler desde las 12 semanas y con estetoscopio o corneta de Pinard desde la semana 18 – 20.
 - Si los latidos cardíacos son ausentes considere error de cálculo de edad gestacional u óbito fetal y se deberá confirmar por ecografía.
- ✓ **Prescripción de Hierro y ácido**
- Los valores de hemoglobina en una mujer no embarazada es de 12-16 g/dl y en el embarazo disminuye de 1.5 a 2 g/dl si no hay presencia de anemia administrar como la toma de hierro hasta la semana 20.
- ✓ **Educación y consejería sobre planificación familiar y derechos reproductivos.**
- Se debe involucrar al padre en todas las actividades durante cada consulta prenatal o visita domiciliaria.
 - Brindar la consulta de consejería sobre planificación familiar con el objeto que la pareja escoja y defina el método que usarán inmediatamente después del parto. Se debe llenar la hoja de consejería de la Norma y Protocolo de Planificación Familiar.

- Se debe hacer énfasis en la importancia de la salud reproductiva con enfoque en género, generacional, derechos, violencia e interculturalidad.
- Orientar el cuidado prenatal y del recién nacido. (Ministerio de Salud Pública, 2008).

e. Cuidados en el embarazo

Durante el embarazo se indica a las mujeres que sigan sus hábitos normales con pocos cambios, a menos que tengan hábitos y costumbres que no contribuyan a su salud y bienestar.

➤ Reposo, relajación, y sueño

Las mujeres embarazadas se cansan con mayor facilidad. La naturaleza reduce de manera normal su energía, los síntomas de irritabilidad, aprensión, tendencia a preocuparse e inquietud por lo que la mujer debe reposar para evitar la fatiga.

La embarazada debe dormir lo suficiente para cubrir sus necesidades, algunas necesitan más reposo que otras, puede ser en la mañana, en la tarde o también es posible por las jornadas laborales periodos de reposo cortos varias veces al día.

En los últimos meses del embarazo, la mujer puede emplear una almohada pequeña para detener su abdomen mientras se acuesta de lado, lo cual alivia

su incomodidad. Puede recostarse o sentarse para relajar el cuerpo, músculos abdominales, piernas, espalda y la mente.

➤ **Ejercicio**

El ejercicio durante el embarazo suele ser benéfico. Sin embargo el grado de ejercicio depende de cada persona, de su estado general y del avance del embarazo. El ejercicio distrae, reduce la ansiedad y la tensión, tranquiliza la mente, ayuda a dormir, reduce el estreñimiento y estimula el apetito. El mejor ejercicio para la embarazada es caminar, porque estimula la actividad muscular de todo el cuerpo. No es conveniente que la madre se fatigue al realizar el ejercicio; para mejor resultado debe combinarlo con periodos de reposo.

➤ **Empleo**

El tipo de trabajo, los riesgos ambientales, los peligros ocupacionales, y los problemas obstétricos o médicos de la mujer determinaran si la mujer puede trabajar y por cuánto tiempo.

En general los trabajos de periodos de pie prolongados o exposición a sustancias feto tóxicos, trabajo nocturno se deben evitar.

➤ **Recreación**

La diversión es tan necesaria durante el embarazo como en los otros periodos de la vida. Las actividades que distraen son saludables y relajan ayudan a la paciente y a su familia a mantener el embarazo dentro de una perspectiva positiva.

➤ **Cuidado de la piel**

Las glándulas de la piel tienen mayor actividad durante el embarazo y la sudoración aumenta, lo que puede producir irritaciones y mal olor. Los productos de desecho del organismo se eliminan a través de la piel.

➤ **Cuidado de los senos**

El cuidado de los senos durante el embarazo es importante para el amamantamiento. Durante este periodo la mujer tiene la sensación de plenitud en los senos, los cuales aumentan de tamaño y se hacen más pesados y colgantes. Esta incomodidad se evita al usar un sostén que se adapte bien a los senos y los mantenga en una buena posición.

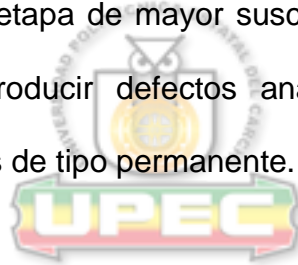
A principio los senos secretan calostro. Deben lavarse a diario con agua tibia y secarse con toalla, no se debe usar jabón por que deterioran el pezón al eliminar el aceite protector de la piel, es conveniente frotarlos con los dedos pulgar e índice; los que se desplazan en torno a la circunferencia del pezón, hasta completar un círculo.

➤ **Vestido**

La ropa debe ser cómoda que no ajuste a fin de facilitar el movimiento y circulación. Algunas mujeres visten como se acostumbran hasta que el aumento del tamaño del abdomen es evidente.

➤ **Uso de fármacos en el embarazo**

Debe evitarse y reducirse al mínimo el uso de medicamentos durante el embarazo. La evidencia de efectos adversos de muchas sustancias químicas en las embarazadas aumenta de modo continuo. Debido a la rápida formación de los sistemas y órganos del feto y al desarrollo de las funciones celulares en el primer trimestre es la etapa de mayor susceptibilidad. Las dosis sub letales de fármacos pueden producir defectos anatómicos graves o deficiencias metabólicas o funcionales de tipo permanente.



➤ **Alimentación**

Durante el embarazo, una nutrición adecuada es doblemente importante, puesto que afecta tanto a la madre como al nuevo ser cuyo desarrollo se está gestando, la alimentación deberá ser variada y equilibrada para que la sangre de la madre, que se comunica con la del embrión a través de la placenta, le aporte las proporciones necesarias de proteínas, de vitaminas y de minerales. (Bonilla, K, 2008)

f. Complicaciones durante el embarazo

Son enfermedades que ponen en riesgo la vida de la madre del feto y necesitan tratamiento rápido, oportuno, eficiente, eficaz en cualquiera de las etapas del embarazo, parto, puerperio.

Se presentan en la primera mitad del embarazo a las 20 semanas:

- Anemia Ferropénica

- Complicaciones del aborto
- Embarazo ectópico
- Molahidatiforme

En la segunda mitad del embarazo de 20 a 36 semanas:

- Diabetes gestacional
- Trastornos hipertensivos Gestacionales
 - Preeclampsia
 - Eclampsia
 - Síndrome de Hellp
- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro placentario
- Rotura uterina



En la etapa terminal se presenta:

- Atonía uterina
- Retención de restos corioplacentarios
- Desgarros del canal de parto
- Inversión uterina

Anemia Ferropénica.- Anemia ferropénica durante el embarazo es la deficiencia de hierro que lleva a la disminución de los niveles de hemoglobina

por debajo de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre y de 10,5g/dl en el segundo trimestre. Corresponde a 50% de todas las anemias.

De acuerdo al valor de la hemoglobina se clasifican en:

- Anemia Leve: Hb 10,1- 10,9 g/dl
- Anemia Moderada: Hb 7,1 – 10,0 g/dl
- Anemia Severa: Hb < 7,0 g/dl

Hay pocas dudas acerca de los beneficios de suplir con hierro a las embarazadas en cuanto al incremento de Hb y ferritina.

La suplementación antenatal de ácido fólico 0.4 mg/día + hierro reduce el riesgo de bajo peso al nacer. La suplementación de múltiples micronutrientes no confiere ningún beneficio adicional sobre el ácido fólico + hierro.

Aborto.-Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas.

Se clasifica en:

- Amenaza de aborto.- Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado.
- Aborto en curso.-Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas.

- Aborto incompleto.-Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable.
- Aborto completo.-Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor.
- Aborto diferido.-Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable.
- Aborto séptico.-Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus.
- Aborto terapéutico.-Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la madre como lo considera en caso morbilidad aumentada de la madre por el embarazo, violación o incesto, producto con malformaciones graves o incompatibles con la vida.

Embarazo ectópico.-Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. La localización más frecuente es la tubárica con 98%.Las

localizaciones abdominal, ovárica, cervical, cornual e intraligamentosos son muy raras.

- Embarazo ectópico no accidentado.-Gestación ectópica sin rotura y hemodinámica materna conservada.
- Embarazo ectópico accidentado.-Gestación ectópica con rotura, con o sin compromiso hemodinámico materno.

Mola hidatiforme.- Agrupa un conjunto de malformaciones proliferativas de origen placentario relacionadas con el embarazo.

- Mola hidatiforme completa.-Vellosidades coriales con degeneración hidrópica a vascular del cito y sincitiotrofoblasto. Ausencia de tejido embrionario o fetal
- Mola hidatiforme parcial.-Vellosidades coriales con degeneración hidrópica del sincitiotrofoblasto. Ausencia de tejido embrionario o fetal.
- Mola invasora.- Neoplasia trofoblástica gestacional con vellosidades coriales que crecen en el miometrio. De difícil diagnóstico se sospecha ante una hemorragia severa vaginal o peritoneal.

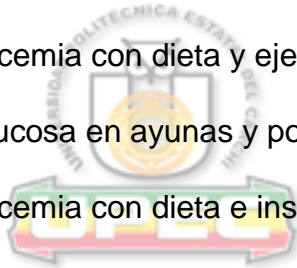
Diabetes Gestacional.-Cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o es reconocida por primera vez durante el embarazo. Puede persistir o no después del embarazo. Es la intolerancia a la glucosa expresada por los siguientes criterios:

- Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso).

- Glucemia en ayuno de 8 horas mayor a 126 mg/dl, y un valor mayor a 200 mg/dl 2 horas después de una prueba de sobrecarga con 100 g de glucosa.

La diabetes gestacional se clasifica en:

- Diabetes Gestacional I.-Glucosa en ayunas y postprandial elevada.
- Se logra normo glucemia con dieta y ejercicio.
- Diabetes tipo II.-Glucosa en ayunas y postprandial elevada.
- Se logra normo glucemia con dieta e insulina.



Trastornos hipertensivos Gestacionales:

- **Preeclampsia.**-Es una enfermedad que se presenta en el embarazo y se caracteriza por presentar presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg en embarazo ≥ 20 semanas en mujer previamente normotensa. Además se acompaña de proteinuria que es la presencia de proteínas en la orina en 24 h \geq a 300 mg / tirilla reactiva positiva ++.
- **Eclampsia.**- La Eclampsia es una forma extremadamente grave de preeclampsia, por lo que se constituye en una de las entidades patológicas de los cuadros Hipertensivos del Embarazo de alto riesgo obstétrico.

- La acentuación progresiva de la hipertensión, proteinuria y/o edema le dan carácter de gravedad a la preeclampsia y son premonitorios de la aparición de eclampsia o ataque convulsivo.
- Esta enfermedad se caracteriza por presión arterial alta $\geq 140/90$ mmHg en embarazo >20 semanas, dolor de cabeza, edemas, salida indiscriminada de proteínas en la orina, hinchazón de la cara y el cuerpo y convulsiones que pueden llevar a la muerte.
- **Síndrome de Hellp.-** Es una complicación, Variante de la Preeclampsia severa (Presión arterial diastólica >90 mmHg en embarazo >20 semanas + Proteinuria en 24 h $>$ a 300 mg/ tirilla positiva). Presenta hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, y disminución de plaquetas.

Placenta previa.- Implantación variable de la placenta en la parte inferior del útero entre la presentación fetal y el cérvix. Se presenta con sangrados variables, leves, escasos moderados dependiendo de la implantación de la placenta, no existe dolor, se presenta un sangrado rojo brillante.

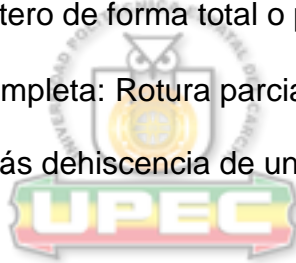
Desprendimiento prematuro de placenta.- Es la separación prematura de la placenta normalmente inserta en el útero. Puede ser:

- Forma externa (20%): la hemorragia se limita al interior de la cavidad uterina, sin exteriorizarse; el desprendimiento puede ser completo con complicaciones graves.
- Forma oculta (80%): hemorragia que fluye a través del cuello uterino; generalmente el desprendimiento es parcial y a veces solo marginal.

Rotura uterina.- Presencia de una solución de continuidad en la pared del útero gestante.

Puede ser:

- Rotura Uterina Completa: Involucra todo el espesor de la pared uterina e incluso el peritoneo visceral. El producto y la placenta pueden exteriorizarse del útero de forma total o parcial.
- Rotura uterina Incompleta: Rotura parcial del espesor de la pared uterina, se considera además dehiscencia de una incisión uterina por cirugía previa.



Atonía uterina.-Disminución o pérdida de la tonicidad del útero luego del período expulsivo que determina hemorragia.

Desgarros del canal del parto.-Hemorragia que se presenta luego del parto en presencia de útero bien contraído, el sangrado suele ser de menor cuantía, pero constante, de sangre más roja, puede comenzar después del expulsivo y antes o después del alumbramiento.

Retención de restos corioplacentarios.- Alumbramiento placentario incompleto que provoca sangrado uterino persistente, la inspección de la placenta con ausencia de porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas vascularizadas es diagnóstica. Puede provocar sangrados tardíos del posparto.

Inversión uterina.-Eversión uterina que se caracteriza por la presencia (junto a la hemorragia) de una masa violácea haciendo protrusión en introito, vagina o en cérvix, junto a dolor y signos o síntomas de shock excesivos para la cantidad de sangrado. (Seguranyes, 2003).

g. Atención del Parto

El parto es el proceso fisiológico por medio del cual son expulsados a través del conducto genital al exterior un feto viable y los anexos ovulares. Este proceso se caracteriza por unas **contracciones uterinas** progresivamente crecientes en frecuencia, intensidad y duración, acompañadas de un avance de la presentación fetal a través del canal del parto.

Etapas de la labor de parto

Tradicionalmente el parto se divide en tres periodos clínicos:

- **Periodo de Dilatación y borramiento:**

Dilatación: Es el intervalo comprendido entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación cervical completa, se produce un aumento del diámetro del canal cervical medido en centímetros (0 a 10).En este periodo se describen dos fases:

- ✓ Fase latente: Periodo comprendido entre el inicio del parto y la fase activa la dilatación llega a 4cm. Su duración promedio normal es:
 - En la paciente nulípara 8,6 horas y
 - En la paciente multípara de 5,3 horas.

- Se considera como una fase Latente prolongada cuando excede de:
 - 20 horas en la nulípara y
 - 14 en la multípara
- ✓ Fase activa: Comienza con una dilatación por encima de 4 cm, y termina con un borramiento y dilatación completos. Se caracteriza por presentar unas contracciones uterinas cuya frecuencia son de 3 a 5 en 10 minutos y de 30 a 60 segundos de duración.

La dilatación que se presenta en esta fase es de:

- 1cm/h en la paciente nulípara
- 1,5cm/h en la paciente multípara.

Tiene una duración promedio:

- En nulíparas de 10 horas
- En multíparas de 6 a 7 horas.

Simultáneamente ocurre el descenso de la presentación fetal, el cual sigue de una forma hiperbólica con polo de descenso en la parte inicial que persiste hasta el final de la parte activa; al inicio de la fase de desaceleración comienza un rápido proceso en el descenso de la presentación fetal.

Los límites normales para el descenso son:

- En nulíparas un descenso superior a 1 cm/h y
- En multíparas un descenso superior a 2 cm/h.

Borramiento: Acortamiento y adelgazamiento progresivo de la longitud del cuello del útero en medida de 0 a 100%. En este periodo se describen dos fases:

- ✓ Fase latente: Actividad uterina irregular y leve. Dilatación del cuello menor a 4 cm.
- ✓ Fase activa: Actividad uterina regular e intensa. Dilatación del cuello mayor a 4 cm. y descenso de la presentación fetal.

- **Periodo Expulsivo**

Etapa comprendida desde la dilatación completa (10 cm) y borramiento al 100% hasta la salida del producto. Se acompaña de pujos maternos.

- **Periodo de Alumbramiento**

Etapa de salida de la placenta, inicia desde el fin del expulsivo y termina con la salida completa de la placenta y membranas por el canal del parto, dura de 15 a 30 minutos. (Ministerio de Salud Pública, 2008).

2.2.4. Psicoprofilaxis en el embarazo

a. Definición

“Es el conjunto de acciones de educación en salud, la adquisición de conocimientos básicos del proceso de embarazo parto - post parto y la gimnasia que preparará físicamente y psicológicamente a la madre. No sólo se enfoca al momento del parto o para suprimir el dolor de la madre, sino que interviene en el estilo de vida que desarrolla la gestante desde el embarazo”. (Sapien, 2007, párr. 1)

b. Objetivo

Promover experiencias de parto normales, naturales, saludables y satisfactorias para las mujeres y sus familias a través de educación, apoyo y reforma. Y este conocimiento les permitirá enfrentar el gran momento sin miedo, ni temores.

c. Beneficios

La preparación psicoprofiláctica en el embarazo presenta innumerables beneficios:



- **Para la madre**

Contracciones uterinas más regulares, menor duración del trabajo de parto y menor sensación dolorosa durante el parto, dilatación cervical uterina más fácil, menor uso de analgésicos y de anestésicos, menos partos por cesárea o instrumentados, menos pérdidas sanguíneas, la adecuada respiración y relajación oxigena mejor sus tejidos y por ende el recién nacido recibe mejores aportes de oxígeno, mayor capacidad para la lactancia, detección oportuna de patologías propias del embarazo por la propia madre, mejor estado nutricional, embarazo saludable .

- **Para el bebé**

Disminuye la morbi-mortalidad del recién nacido, la calificación del estado de nacimiento es mejor (Test de Apgar, pH sanguíneo), menos asfixia neonatal,

disminuyen las lesiones obstétricas, son niños más tranquilos con coordinación nerviosa más perfecta, mejor desarrollo psicomotor y mejor integración socio-familiar.

- **Para la familia**

Ayuda a superar la crisis familiar por el nacimiento de un hijo planificado o no, mejor relación con la pareja, ayuda a enfrentar la depresión posparto si lo hubiera, mejor inserción a la actividad laboral, así también la participación activa del padre conseguirá mayor armonía familiar, menores tasas de abandono y violencia familiar.

Las habilidades las van adquirir durante las clases de preparación para el parto de esta manera se sustituye a la mujer pasiva y entregada al dolor que dificulta con sus reacciones negativas el proceso normal del parto, por una mujer activa, perseverante, tranquila y entregada a la tarea de cooperar con su mente, sus músculos y su respiración. Hay mujeres que traen un hijo al mundo sin sufrir, mientras que otras padecen dolencias durante el nacimiento, ¿por qué se presenta este contraste? El grado de dolor se asocia con el estado emocional, pues se ha demostrado que cuando la madre está nerviosa, cansada y ansiosa siente mayor molestia en el momento en que se presentan las contracciones. (Sapien, 2007, párr. 5)

Es común que las futuras mamás sufran durante el parto debido a que sienten temor, ya que siempre han oído decir que dar a luz es una prueba dolorosa; en consecuencia, se presenta rigidez muscular, condición que favorece la sensación dolorosa. Por otra parte, hay familias donde el ambiente es sereno y se considera al alumbramiento como un acontecimiento natural y satisfactorio, lo que permite dar a luz en forma tranquila y relajada.

Por lo anterior, es importante tomar en cuenta que para vencer dichas molestias es necesario hacer a un lado el miedo, lo que se puede conseguir cuando las féminas están conscientes de lo que ocurre dentro de su organismo durante los nueve meses de embarazo, si conocen la forma en que se desarrolla el parto y si además practican ejercicios físicos, respiratorios y de relajación.

Las técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor son:

- a. Relajación,
- b. Respiración,
- c. Ejercicios,
- d. Movimientos rítmicos
- e. Masajes
- f. Terapia de calor y frío,
- g. Estimulación nerviosa transcutánea,
- h. Visualización o imagenología,
- i. Música.

- j. Natación
- k. Pilates
- l. Yoga
- m. Bailoterapia

a. Relajación

El estrés que implica el trabajo de parto puede motivarla a sacarle provecho, puede provocar que elimine energía que no había reconocido hasta entonces y que puede ayudarla a manejar la situación del parto.

El estrés del parto puede manifestarse en varias formas:

- Dolor causado por las contracciones uterinas.
- Preocupación por el manejo de ese dolor.
- La posibilidad de revelar aspectos de su personalidad que tenía ocultos.
- Las reacciones de quienes la acompañan al ver cómo maneja la situación.
- Su propio bienestar y el del bebé.

Estas son sólo algunas de las manifestaciones de estrés relacionadas con el parto. Cada mujer reacciona de manera diferente. Durante el trabajo de parto, los niveles de estrés suelen depender de la manera en que maneje sus niveles de dolor y ansiedad.

El propósito de las técnicas de relajación es reducir la tensión muscular y aliviar el dolor y el estrés del parto. Son sencillas de aprender y son, para muchas mujeres, de gran ayuda en otras circunstancias estresantes. Aprender a relajarse ofrece otros beneficios:

- **Durante el embarazo:** Muchas mujeres manifiestan que la relajación les permite dormir de noche y descansar de día.
- **Durante el trabajo de parto:** Las técnicas de relajación la ayudan a controlar los niveles de estrés físico y emocional que implica el trabajo de parto. Se sabe que la relajación afecta al sistema nervioso simpático que asiste en el trabajo de parto. Poder relajarse entre contracciones se traduce, en muchas mujeres, en la posibilidad de enfrentar la próxima contracción con energías renovadas.

La relajación también reduce la tensión muscular y ayuda, de este modo, a contrarrestar la fatiga.

- **Luego del nacimiento del bebé:** Aquellos que son padres por primera vez descubren que la vida después del parto es ajetreada, exigente y cansadora. Relajarse permite a las madres poder descansar en un horario en que, de otra manera, no sería imposible hacerlo.

La relajación contribuye asimismo a que las madres disfruten más el momento de alimentar a sus hijos. Después de todo, una madre relajada es capaz de manejar con más pericia el estrés que provocan los primeros tiempos de la maternidad.

Figura N° 1 Técnicas de Relajación



Fuente: Altamirano, C. (2009). Psicoprofilaxis en el embarazo, hoy en: <http://www.monografias.com/trabajos85/>.

Técnica de relajación

Para aprender a relajarse es necesario estar consciente del estado de los músculos, ya sea que se encuentren tensos o relajados.

Existen muchas maneras para aprender a relajarse, las principales son:

- Relajación progresiva.-Modifica las respuestas musculares. Consiste en tensar y aflojar de manera sistemática los músculos, la retroalimentación primaria se describe como la conciencia del participante, quien se concentra en la sensación de tensar y relajar cada músculo.
- Meditación.-Modifica las respuestas vasculares y de los neurotransmisores. La concentración en un objeto, mediante la repetición de un sonido o la visualización de un objeto mientras se vacía la mente de los demás pensamientos y distracciones, en una atmosfera

tranquila y se debe colocar en una posición cómoda. La mujer puede vigilarse a sí mismo, pero también recibe retroalimentación del instructor en ambas actividades. (Reeder, 2003).

b. Respiración

Desde los primeros días de la educación para el parto, se le ha dado suma importancia al aprendizaje de técnicas de respiración útiles durante el trabajo de parto. Se le explicaba a la paciente los patrones de respiración como modo de distracción durante las contracciones uterinas. A medida que progresaba el trabajo de parto y las contracciones se volvían más largas, dolorosas y seguidas, se les enseña a las mujeres a alternar el patrón de respiración. Se ve en la actualidad como un hecho que la paciente que cumple estrictamente con los patrones de respiración está a menudo asociado a hiperventilación, fatiga e incapacidad de mantener un mismo patrón, lo cual provoca sentimiento de frustración.

Desde principios de 1980, se ha venido poniendo menos énfasis a los patrones de respiración rígidos y preconcebidos y se alienta a las mujeres a "hacer lo que surja naturalmente".

➤ Reconocimiento de la respiración

Con el fin de evitar la respiración excesiva, escasa o forzada durante el trabajo de parto, es necesario reconocer el patrón de respiración normal.

"Reconocimiento de la respiración" significa simplemente que la paciente debe ser consciente de su ritmo respiratorio normal. Esta forma de atención introspectiva lleva a que la respiración sea más lenta, profunda y rítmica.

Para realizar los procedimientos es necesario un lugar tranquilo, elegir una posición cómoda y concentrarse en algún aspecto de su respiración que le llame la atención durante un lapso de tres a cinco minutos.

Para algunas personas resulta más sencillo concentrarse en el aumento y la disminución del tamaño del pecho o el abdomen; otras prefieren escuchar el sonido de su propia respiración. Algunas personas sienten que pueden concentrarse más fácilmente si, al respirar, emiten un sonido como "ah" o "am".

➤ **Expulsión del aire**

Al poder adaptarse con su propia respiración, puede pasar a desarrollar una técnica de "expulsión del aire". Esto se fundamenta en el hecho de que, cuando exhalamos, los músculos respiratorios se relajan. Si la paciente se concentra en la exhalación y experimenta la sensación de "expulsión", todo su cuerpo comenzará a sentirse más relajado.

El desarrollo de este concepto ha demostrado ser útil en algunas mujeres en trabajo de parto que experimentan gran dolor y estrés. Se puede agregar un sinnúmero de sonidos a la exhalación del aire para así canalizar y liberar sus sentimientos.

La expulsión del aire está por naturaleza asociada a sonidos tales como: suspiros, gemidos, quejidos, risa, llanto.

➤ **Técnicas de respiración**

Respiración limpiadora: Ésta es una respiración exagerada y profunda, realizada generalmente inhalando por la nariz, y exhalando por la boca.

Punto focal: El imaginar una escena llena de paz o serenidad, es buena opción para algunas madres; otras quizás les funcione mejor concentrarse en un objeto del cuarto o en los ojos de su compañero.

Respiración de ritmo lento

- Tomar una respiración “limpiadora” al comienzo de la contracción.
- Continuar respirando en forma pareja, de adentro y hacia afuera con calma, respiración abdominal suave.
- El ritmo es aproximadamente la mitad del ritmo normal de su respiración.

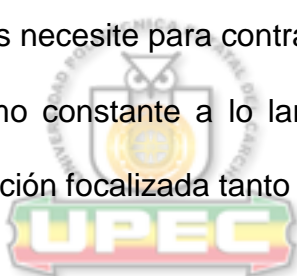
Se puede usar estrategias de atención de enfoque tales como:

- Inhalar/exhalar a través de la nariz/boca
- Contar los ritmos, imágenes, frases de afirmación, etc.
- Un punto focal visual.
- Mientras termina la contracción, tomar una respiración “limpiadora”, sacar el aire lentamente, relajándose completamente.

Respiración de ritmo modificado

Suave respiración rítmica con una frecuencia aproximadamente el doble del ritmo normal de la respiración.

- Movimiento relajado en el pecho y abdomen con más uso de los músculos intercostales (pecho).
- Usar tanto como las necesite para contracciones más desafiantes.
- Usar el mismo ritmo constante a lo largo de la contracción o usar las estrategias de atención focalizada tanto como se necesite.



Respiración de ritmo modelo

Constantes respiraciones rítmicas aproximadamente el doble del ritmo normal de respiración.

- El modelo de respiración no cambia el ritmo ni el volumen de intercambio de aire.
- Modelo 3 respiraciones/1 soplo.
- Usar las estrategias de atención focalizada tanto como se necesite.

Variaciones de la respiración de ritmo modelo

- El modelo puede ser de 1 respiración/1 soplo a 6 respiraciones/1 soplo.
- Se puede usar la respiración de ritmo modelo en 1 respiración / 1 soplo.
- Realizar el modelo de 5/1, 4/1, 3/1, 2/1, 1/1, 2/1, 3/1, 4/1, 5/1.
- Combinar las técnicas de las respiraciones modelo en una contracción.

- Usar la atención focalizada tanto como se necesite. (Camino, 2009, párr.8)

Figura Nº 2 Técnica de respiración



Fuente: Camino, L. (2009). *Psicoprofilaxis hoy en* <http://embarazo-parto.blogspot.com/2009/02/Psicoprofilaxis>

c. Ejercicios

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

Beneficios:

- Aumentan la elasticidad y flexión de músculos y ligamentos necesarios para el trabajo de parto y el parto.
- Mejora el riego sanguíneo y previene edemas en miembros inferiores.
- Mejora la postura y apariencia.

➤ **Elevación de la pelvis**

Posición: Tendida boca arriba, con las rodillas flexionadas. Levantar la pelvis (caderas) todo lo posible, separándola del suelo, de forma que el peso del cuerpo se apoye en los pies en el los hombros. Volver a la posición inicial.

Frecuencia: 10 veces. Dos sesiones al día.

Finalidad: Mayor flexibilidad para la columna y la pelvis. Fortalecer músculos de la pelvis y piernas.

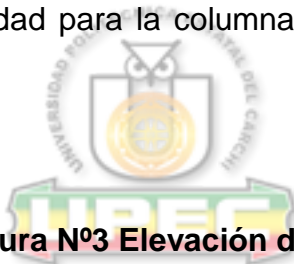
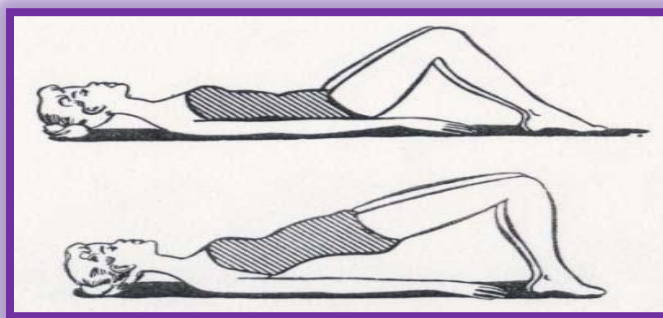


Figura N°3 Elevación de la Pelvis



Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

➤ **Rotación de la columna**

Posición: Tendida boca arriba, con las piernas estiradas

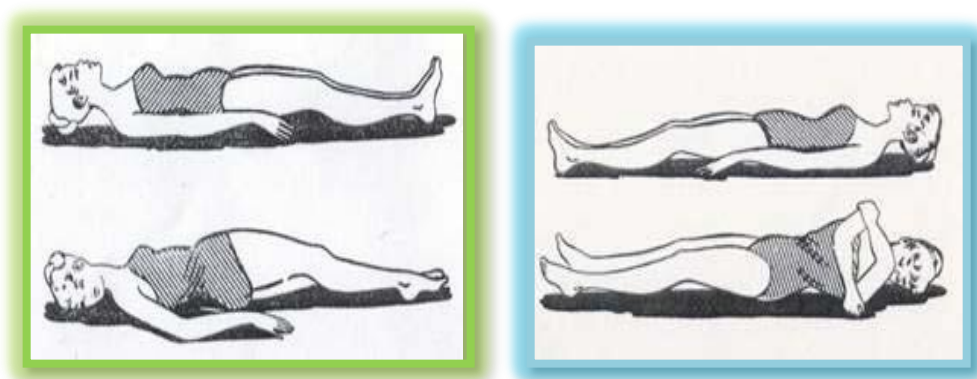
- Caderas: Relajarse. Girar y levantar la cadera de un lado al otro, lo más posible. Mantener la rotación. Regresar a la posición original. Realizar con la cadera del otro lado.

- Hombros: Relajarse. Sin mover las piernas, girar el busto levantando el hombro de un lado. Mientras, que el otro hombro permanece apoyado en el suelo.

Frecuencia: Al realizar el movimiento, contar hasta 3 y luego volver a la posición original y repetir. Realizar el movimiento 5 veces a cada lado.

Finalidad: Elasticidad en la torsión de las articulaciones de la columna con la pelvis. Aumentar la elasticidad de las articulaciones de la columna vertebral y activar algunos músculos del pecho y vientre.

Figura N°4 Rotación de la Columna



Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

➤ **Encogimiento**

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

Frecuencia: Permanecer en la posición hasta contar hasta 2. Luego volver a la posición inicial y repetir. Realizar el movimiento 3 veces.

Finalidad: Mayor elasticidad a las articulaciones útiles para el parto.

Figura N°5

Ejercicio de Encogimiento



Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

➤ **Recostada en posición de parto común**

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

Descansar expulsando el aire. Realizar respiraciones normales y repetir.

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

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

Figura Nº 6 Posición de Parto Común



Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

➤ **Elevación de las piernas**

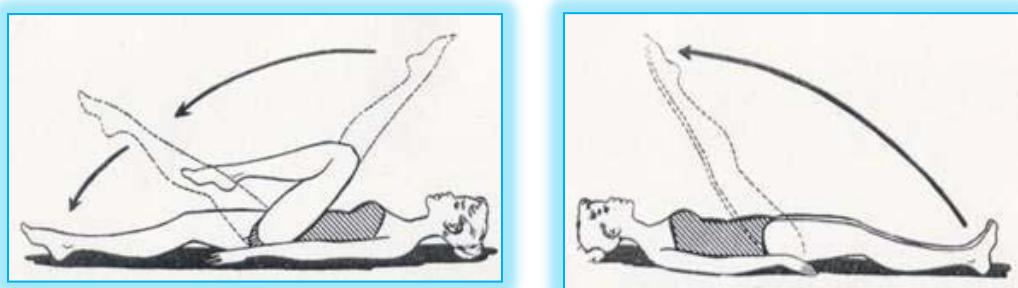
Posición: Tendida boca arriba, con las piernas estiradas.

Ejercicio 1: Elevar una pierna, doblarla sobre el vientre, extenderla hasta ponerla totalmente recta. Bajarla poco a poco hasta el suelo en la posición inicial. Realizar el ejercicio con la pierna contraria. Luego, realizar el movimiento sin tocar el suelo.

Frecuencia: Para el ejercicio 1, 10 repeticiones con cada pierna.

Finalidad: Fortalecer eficazmente la pared muscular del vientre. Se desarrolla para constituir una faja protectora y evitar desgarros. Se ejercitan los músculos y las articulaciones de la pelvis.

Figura N°7 Elevación de las Piernas



Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

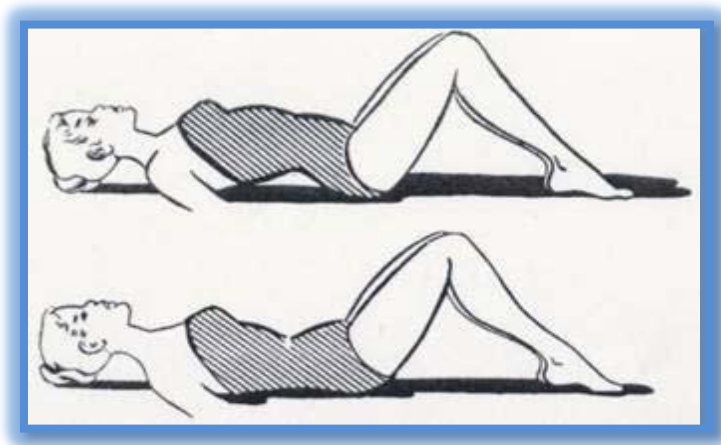
➤ **Balaneo de la pelvis**

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

Frecuencia: 20 veces cada sesión.

Finalidad: De esta manera se balancea la pelvis. Permite obtener mayor elasticidad, necesaria para un parto fácil.

Figura N°8 Balaneo de la Pelvis



Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

➤ **Ejercicios resistidos**

Posición 1: Tendida en el suelo, boca arriba. Piernas dobladas y pies apoyados en el suelo, separados. Se necesita que otra persona aplique la resistencia, sí no, puede realizarse la resistencia, colocando una almohada entre las piernas y tratar de juntar las rodillas.

Frecuencia: 4 repeticiones sostenidas hasta contar hasta 4.

Finalidad: Fortalecer los músculos de los muslos y de la pelvis. Aumenta la elasticidad de las articulaciones de la pelvis.

Figura N° 9 Ejercicios Resistidos



Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

➤ **Posición cuclillas**

Posición: En cuclillas. Los pies han de estar completamente planos sobre el suelo, no en puntillas lo más juntos posibles. Consiste en permanecer en la posición.

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

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

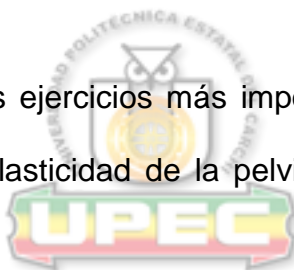


Figura Nº 10 Posición en Cuclillas



Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

➤ **Posición sastre**

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

Frecuencia: De 6 a 8 veces.

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

Figura N°11 Posición Sastre



Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

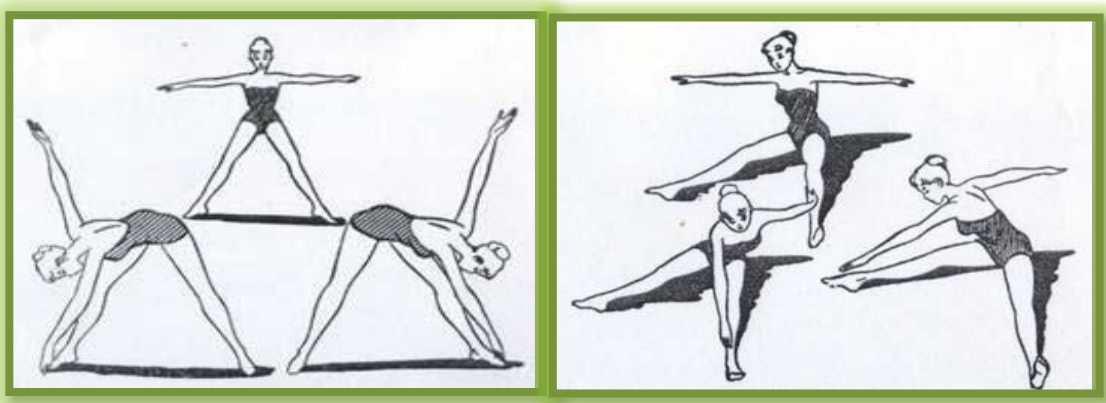
➤ **Flexión alternada**

Posición: De pie, con las piernas separadas y los brazos extendidos en cruz sobre el tronco. Sentada con el tronco o con el cuerpo erguido, se toma una inspiración profunda. Se procede a girar el tronco, luego a doblarlos, sin cambiar la actitud de los brazos, la mano derecha llega a tocar el pie izquierdo. Cuando se dobla el tronco se expulsa el aire.

Frecuencia: 5 repeticiones de cada lado.

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

Figura Nº12 Flexión Alternada



Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

➤ **Ejercicios “a gatas”**

Posición: A gatas en el suelo, o se apoyada en cuatro puntos rodillas y manos.

Ejercicio1: Imitación del ganeo de los niños.

Ejercicio2: Encoger el vientre mientras se espira el aire contenido. Se vuelve a la posición inicial al realizar la inspiración. No debe moverse la espalda.

Frecuencia:

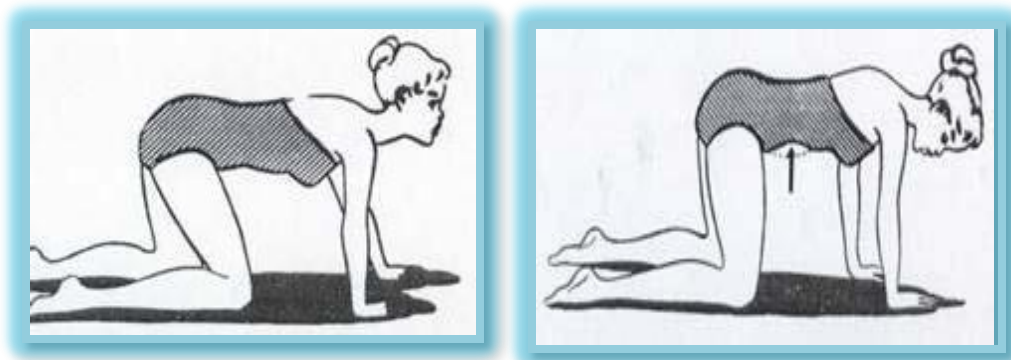


Ejercicio1: De 2 a 3 minutos diarios.

Ejercicio2: Repetir 5 veces.

Finalidad: Aumentar la elasticidad de las articulaciones de la columna y de la pelvis.

Figura N°13 Ejercicios “a Gatas”



Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

➤ Ejercicios de lado

Posición: Tendida de lado en un sitio plano. Elevar todo lo posible la pierna de arriba. Mantenerla unos momentos extendida y volverla a bajar, lentamente.

Frecuencia: 5 repeticiones.

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

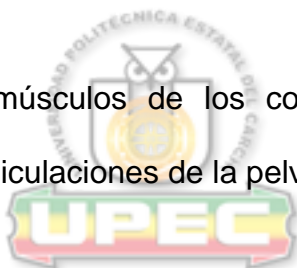
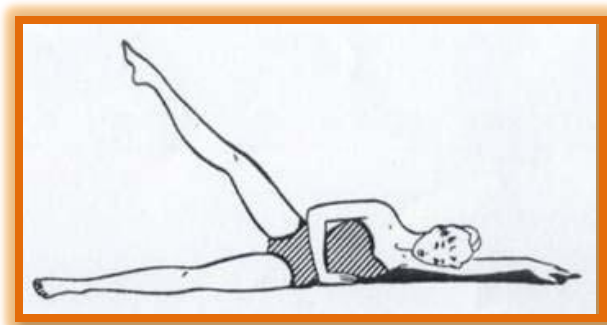


Figura N°14 Ejercicios de Lado



Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

➤ Circunferencias

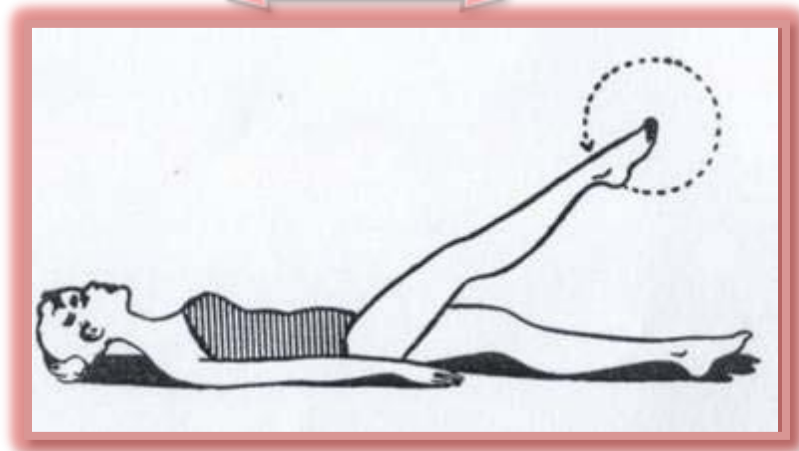
Posición: Tendida boca arriba, con las piernas estiradas. Elevar una pierna y describir con ella una circunferencia en el aire. Al fatigarse, bajar la pierna y hacer lo mismo con la pierna contraria. Se sugiere comenzar a realizar el

ejercicio con la pierna lo más vertical que se pueda, e irla bajando conforme se adquiera mayor fuerza.

Frecuencia: Consideraciones personales. Al fatigarse.

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

Figura N° 15 Ejercicios de Circunferencias



Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

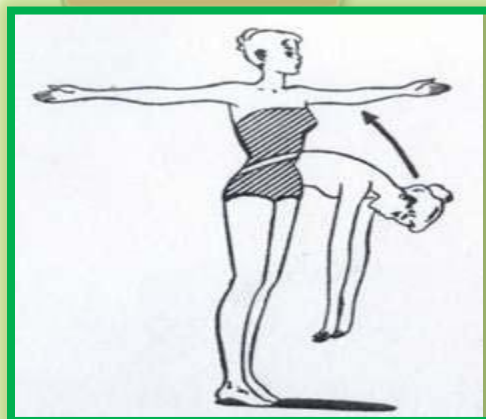
➤ **Flexión del tronco**

Posición: De pie, con los brazos abiertos en cruz. Tomar aire con una inspiración profunda. Doblar el tronco suavemente, dejando caer los brazos, al mismo tiempo se afloja la musculatura. Regresar a la posición inicial.

Frecuencia: 2 sesiones de 5 repeticiones.

Finalidad: Ejercicio de respiración profunda y completa.

Figura Nº 16 Flexión del Tronco



Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

➤ **Ejercicios de acercamiento**

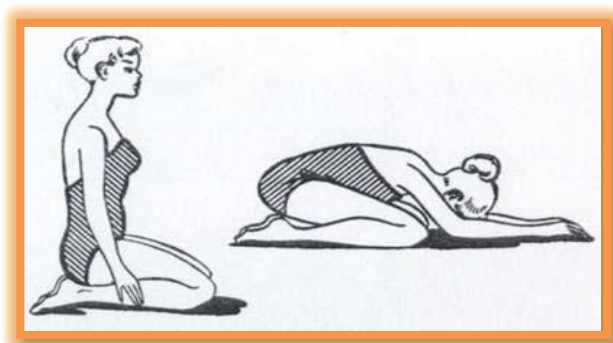
Posición: De rodillas en el suelo, sentada sobre los talones, con los brazos caídos a lo largo del cuerpo y el tronco lo más derecho posible. A partir de la posición inicial, tomar una inspiración profunda. Doblar el tronco hacia delante, inclinando la cabeza, aflojando todo el cuerpo y sacando el aire al mismo tiempo. Descansar un momento durante la posición y luego enderezar el tronco a la vez que se inspira profundamente. Recordar mantener la pelvis apoyada de los talones en todo momento del ejercicio.

Frecuencia: 5 repeticiones



Finalidad: Aumentar la elasticidad de la columna vertebral.

Figura Nº 17 Ejercicios de Acercamiento



Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

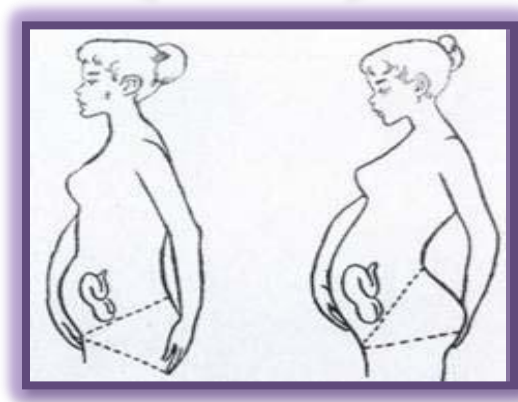
➤ **Ante versión y retroversión de la pelvis**

Posición: De pie, con los pies juntos y el cuerpo erguido. Se coloca una mano sobre el bajo vientre y la otra sobre las nalgas, se empuja la pelvis hacia arriba, mientras que con la mano de detrás la empuja hacia abajo. Luego, volver a la posición de comienzo.

Frecuencia: 10 veces.

Finalidad: Aumenta la elasticidad de la pelvis y fortalece los músculos del vientre.

Figura N°18 Anteversión y retroversión de la pelvis

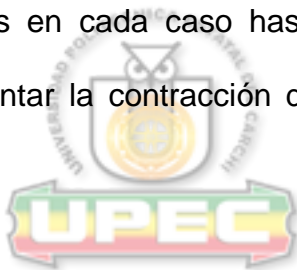


Fuente: Figueroa, K. (2009). *Programa de Ejercicios: Parto Psicoprofiláctico* hoy en: <http://www.ginecoguayas.com/articulos/>

➤ **Los ejercicios de Kegel**

El lento

Apretar los músculos como cuando se intenta detener la orina, tirándolos hacia arriba. Contraerlos y mantenerlos así mientras se cuenta hasta 5 respirando suavemente. Luego, relajarlos durante 5 segundos más, y repite la serie 10 veces. Intentar aumentar progresivamente el tiempo de contracción y relajación. Empezar por 5 segundos en cada caso hasta llegar a los 20. Cuanto más tiempo se consiga aguantar la contracción de los músculos, más fuertes se harán.



El rápido

Apretar y relajar los músculos tan rápidamente como se pueda unos 2 ó 3 minutos. Empezar con 10 repeticiones cuatro veces al día hasta alcanzar las 50 repeticiones diarias.

Al principio, al practicar el ejercicio lento, se puede notar que los músculos no quieren mantenerse contraídos. También es posible que se canse enseguida con el rápido. Pero veras que en pocos días no te supondrán ningún esfuerzo.

d. Los movimientos rítmicos

El movimiento es en sí una respuesta común a varias situaciones de dolor. Del mismo modo, durante el trabajo de parto, muchas mujeres sienten la necesidad instintiva de mantenerse activas. El movimiento es una fuente de contraestimulación y puede estimular la expulsión de las endorfinas propias del sistema nervioso.

Por ejemplo, mover la pelvis hacia atrás y adelante durante las contracciones con frecuencia alivia el dolor. Esto puede lograrse sentada, parada, arrodillada, acostada. Otros movimientos rítmicos son golpetear con los dedos, zapatear. Cualquier acción que adopte, debe ser rítmica y repetida, y, además, debe hacerla sentir mejor.

e. Masajes

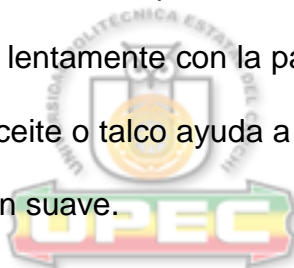
El tacto está asociado al poder de la curación desde los comienzos de la civilización. Durante el trabajo de parto, muchas mujeres se sienten tensas. Por otro lado, por ser una fuente de contra estimulación, el tacto y el masaje pueden aliviar el dolor, y también efectos positivos emocionales que benefician la progresión del parto.

Los masajes se pueden aplicar de diversas maneras:

- Acariciar suavemente el abdomen.
- Sujetarlo fuerte cuando más duele.
- Aplicar masajes firmes y circulares utilizando la palma de la mano en la parte central de la espalda o hueso sacro. Esto es especialmente útil cuando hay dolor en la espalda.
- Apretar y soltar los músculos de los hombros.

- Masajear todo el largo de la espalda hacia el coxis y la parte posterior de las piernas; masajear la frente hacia las sienes, luego el cuello hasta los brazos.
- Simplemente sujetar las manos.

La relajación es útil si las manos de quien realiza los masajes están tibias o bien si se realizan los masajes lentamente con la palma de la mano y la yema de los dedos. La utilización de aceite o talco ayuda a que las manos se deslicen por la piel y otorguen una presión suave.



➤ **Masaje del periné**

El masaje del periné (área comprendida entre la vagina y el ano) desde la semana 34 del embarazo en adelante ayuda a dilatar la salida y prepara la parte inferior del canal de parto para el parto. Puede asimismo reducir la posibilidad de desgarro o la necesidad de realizar una episiotomía

El masaje del periné debe resultar algo cómodo para dar una sensación de dilatación similar a la que experimentará cuando la cabeza del bebé presiona contra el piso pelviano. Es necesario un lubricante que no irrite como aceite vegetal.

Para realizar este ejercicio, insertar sus pulgares de 2cm a 4cm dentro de la vagina presione para abajo hacia el recto; mantener esta presión constante al tiempo que mueve sus pulgares por los laterales de la vagina formando una "U"

este masaje permite que el periné se relaje, continuar masajeando durante 5 minutos por vez y repita esta operación varios días alternados. Realizar el masaje con cinco contracciones fuertes de los músculos del piso pelviano.

Al masajear y practicar este ejercicio de relajación tomará conciencia de la sensación de presión que sentirá durante el parto. Al relajarse lo más posible durante el período de dilatación, se estará preparando para expulsar al bebé cuando salga la cabeza al exterior. Y al contraer los músculos del piso pelviano, mantiene la fortaleza de los músculos y experimentará las distintas sensaciones de relajación.

f. Terapia de frío y calor.

Otras dos maneras simples de aliviar el dolor y contribuir a la relajación durante el trabajo de parto son la aplicación de frío y de calor. Estos también provocan contraestimulación. Los efectos positivos de la inmersión en agua caliente se deben a que reduce la secreción de las hormonas del estrés llamadas endorfinas y por lo tanto favorece la dilatación.

Un baño caliente o terapia de agua, facilita el descanso ayuda a desconectarse del mundo exterior y permite aislarse sensorialmente sumergiendo la cabeza, para alcanzar el estado alterado de conciencia, debe acompañarse de poco ruido, poca luz, música suave y la compañía o no discreta en el caso de que no quiera estar sola.

La temperatura de agua debe ser a 37°C para evitarla fiebre de la madre y del bebé. No debe entrar en la bañera antes de que el cuello del útero se haya dilatado por lo menos 5 centímetros.

También se puede colocar una bolsa de agua fría o una toalla caliente sobre el abdomen, aplicar una compresa caliente en el periné o aplicar frío provoca más alivio que aplicar calor. Una toalla de mano fría y húmeda es siempre refrescante mientras que una bolsa con hielo suele dar buenos resultados en la zona lumbar.



g. Estimulación Nerviosa Transcutánea (Tens)

Es también otra forma de contraestimulación y se ha utilizado durante muchos años en el manejo del dolor postoperatorio y causado por la existencia de cáncer.

Se ha postulado que el TENS ayuda a aliviar el dolor estimulando la liberación de endorfinas. El equipo de TENS consiste de un pequeño generador de pulsos a pilas conectado a uno o dos pares de electrodos, que se adhieren a la piel con cinta adhesiva. Al encenderse, el aparato causa un hormigueo debajo de los electrodos, cuya fuerza puede ajustarse desde los controles del generador.

El TENS se utiliza durante el trabajo de parto para ayudar a aliviar el dolor.

Consecuentemente, los electrodos se ubican a cada lado de la parte inferior de la espina dorsal. Se logra así una estimulación leve y se aumenta la intensidad de la corriente durante las contracciones por medio del control manual. Para lograr un mejor resultado, es necesario llevar el control a casi doloroso.

El momento más efectivo para comenzar a utilizar el generador TENS es a principios del trabajo de parto antes de que el dolor se torne demasiado intenso.

TENS no es un método invasivo y es simple de usar. Los efectos que puede ocasionar es irritación de la piel pero es controlado por la madre misma.

h. Imágenes-Visualización

La actividad mental creativa (conocida como creación de imágenes) invita a la relajación y ayuda a las mujeres a controlar el dolor durante el trabajo de parto. Muchas personas utilizan este recurso en la vida cotidiana. Por ejemplo, cuando sentimos hambre generalmente podemos "ver" (creación de imagen visual) y "degustar" (creación de imagen gustativa) una comida imaginaria delante de nosotros, incluso al punto hacernos agua la boca. La expresión "creación de imágenes" o "visualización" implica la utilización exclusiva del sentido de la vista. Sin embargo, todos los sentidos (vista, tacto, oído, gusto y olfato) pueden entrar en funcionamiento durante esta actividad.

La visualización (de un lugar que te tranquilice, por ejemplo, o del nacimiento fácil y seguro de tu bebé) para ayudarte a sobrellevar el dolor.

Estas técnicas se basan en la relajación y en el apoyo de la pareja para lidiar con tus contracciones, y puede funcionar especialmente bien si tu trabajo de parto progresa como debería. También podrías descubrir que llevar algo especial que observar (una fotografía favorita).

i. Música



Existen algunos registros históricos que revelan que, en la antigua Grecia, era práctica habitual tocar música instrumental relajadora a las mujeres en trabajo de parto. La música puede causar efecto relajante debido a su capacidad de alterar el humor, reducir el estrés y alentar a tener pensamientos positivos.

Puede utilizarse como factor detonante de respuesta respiratoria o de relajación. La música puede resultar reconfortante tanto para la parturienta así como para quienes la acompañan.

La aplicación de estas técnicas psicoprofilácticas en el embarazo son importantes por los beneficios que presenta, para la madre, el niño, y la familia pero se hace cada vez más necesario impregnar a todo el personal vinculado con la atención del embarazo, el parto, el recién nacido y el puerperio, que lo principal en esos diferentes momentos por los que transcurre la mujer es la

calidad de la atención a la madre, el hijo y su familia. Para ello se hace imprescindible trabajar en función de una buena comunicación entre el equipo de salud, la mujer, la pareja, la familia y la comunidad.

j. Natación

La natación es uno de los deportes más aconsejables para realizar durante el embarazo y prácticamente no posee riesgos si se lo practica con cuidado.

Estos son algunos de los beneficios que proporciona esta actividad:

- La sensación de liviandad permite que articulaciones se relajen
- La posición horizontal facilita una mejor distribución del peso del cuerpo sin sobrecargar una zona en particular.
- Al ser una actividad aeróbica mejora el sistema cardiorespiratorio.
- Proporciona tonicidad a los músculos, ejercitando los brazos, espalda, zona abdominal y piernas, por lo que se la considera una actividad completa.
- Contribuye a relajar las zonas más sobrecargadas durante el embarazo; como son comunes los dolores de cintura provocados por la redistribución del peso del cuerpo y la típica mala postura de la mujer embarazada.

- Es importante que la piscina par realizar natación sea limpia y segura, no se debe exceder ni en la distancia ni en el tiempo. (Pasamonik, 2011, párr. 15)

Figura N° 19 Natación



Fuente: Hernández, A. (2011). *Natación durante el embarazo hoy en:* <http://www.inatacion.com/articulos/>

k. Pilates

Pilates es una forma de ejercicio de bajo impacto creada por Joseph Pilates durante la primera guerra mundial. Su finalidad es mejorar la postura además de fortalecer y tonificar los músculos, combinando la fuerza y la flexibilidad con la respiración y relajamiento. Es una técnica de ejercicio físico que pone en relación mente y cuerpo, y que además alimenta el espíritu. (Everett, 2007)

Figura N 20 Pilates durante el embarazo



Fuente: Pasamonik, N. 2011. *Pilates en el embarazo* hoy en: <http://www.planetamama.com.ar/nota/>

- **Principios básicos de los ejercicios Pilates**

Debido a que J. H. Pilates dejó un número especificado de principios básicos, existen distintas interpretaciones con respecto a cuantos son los elementos principales del método. No obstante, la mayoría coinciden en que se trata de ocho elementos. (Herman, 2007, párr. 16)

- **Concentración.** Pilates tiene una parte mental importante, de forma que el cuerpo responderá mucho mejor cuanto mayor atención se ponga al esfuerzo. Así pues será fundamental concentrarse apropiadamente en las acciones a realizar.
- **Respiración.** Durante la ejecución de los ejercicios es prioritario llevar una correcta respiración, sin embargo suele ser difícil controlarla, ya que muchos hiperventilan u otros contienen la respiración durante los esfuerzos. Esto se debe evitar e intentar respirar de manera natural.

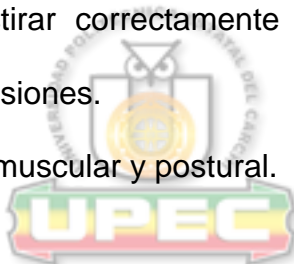
- **Control.** Los movimientos de Pilates se realizan despacio y de forma controlada. No se deben realizar movimientos rápidos y bruscos sino de forma muy precisa teniendo conciencia de todo el cuerpo.
- **Fluidez de movimientos.** Los movimientos son suaves y continuos, se deben enlazar unos con otros de manera fluida acompañando el movimiento con la respiración.
- **Relajación.** Durante las sesiones de Pilates no hay que crear tensiones innecesarias, de forma que una vez finalizado el entrenamiento la persona se encuentre renovada y llena de energía.
- **Precisión.** En Pilates se requiere movimientos exactos y precisos con una respiración acorde, de ser así se podrá conseguir los beneficios esperados.
- **Centro.** El trabajo de Pilates se basa en un perfecto control del núcleo central, que son los abdominales. Su mejor o peor control afectará a la estabilidad y al riesgo de lesiones.
- **Rutina.** Seguir una pauta regular de ejercicio, siendo constantes aunque no se disponga de demasiado tiempo, será imprescindible para conseguir mejoras.

Beneficios y precauciones del uso del método Pilates durante la gestación

Los ejercicios de Pilates pueden proporcionar una buena preparación para el cuerpo, entre los muchos beneficios del método Pilates. (Muirhead, 2004)

Aumento de la fuerza abdominal.

- Desarrollo de un cuerpo magro pero esbelto.
- Mejora del equilibrio, estabilidad y flexibilidad.
- Libera el estrés y reduce el cansancio.
- Trabaja la musculatura más profunda aumentando el control corporal.
- El tipo de trabajo realizado minimiza el riesgo de lesión.
- Se aprende a estirar correctamente disfrutando de los mismos, sin provocar dolor o lesiones.
- Mejorar el control muscular y postural.



Serrano y García (2009) señalan el reconocimiento que tiene la importancia de la actividad física sistematizada para el mantenimiento óptimo de la salud, y los beneficios.

Mejora la condición cardiovascular

- Desciende el ritmo cardiaco.
- Mejora la circulación.
- Reduce la aparición de varices.
- Mejora la tensión arterial.

Mejora la condición muscular

- Mejora el tono muscular.
- Suaviza los calambres.
- Favorece la corrección postural.

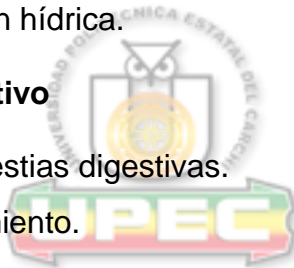
- Reduce los dolores de espalda.

Evita un aumento excesivo de peso

- Proporcionará a la embarazada una mejor condición física general y le permitirá enfrentarse al trabajo del embarazo y parto con menos riesgos.
- Reduce la celulitis.
- Reduce la retención hídrica.

Regula el sistema digestivo

- Disminuye las molestias digestivas.
- Reduce el estreñimiento.



Aumenta el bienestar psicológico

- Reduce: la fatiga, la depresión y el insomnio
- Controla la ansiedad.
- Libera tensiones.
- Crea hábitos de vida saludables.

Mejor recuperación

- Acorta el tiempo de hospitalización postparto
- Reduce el número de cesáreas
- Recupera más rápido la apariencia física que el cuerpo tenía antes del embarazo. (Muirhead, 2004)

Con todo Everett (2007) señala que la práctica de Pilates durante el embarazo puede ser muy conveniente, siempre que se haya practicado con regularidad

antes de la gestación y se cuente con la supervisión de un profesional especialista en estos casos. En este sentido, también Murkoff (2006) defienden que el Pilates lo podrán realizar aquellas mujeres que estén bien entrenadas y experimentadas adaptando el método al embarazo y siempre que se encuentren cómodas. Las gestantes para utilizar de forma eficaz y segura este método (...) siguiendo las recomendaciones del médico adaptando la práctica del método a cada caso particular.

Ejercicios y movimientos de Pilates para embarazadas

Durante el embarazo, no hay duda que aún tendrá que extremarse la precaución mucho más y entrenar al nivel adecuado. Este nivel irá cambiando y habrá que adaptarlo según vaya progresando el embarazo, modificando los ejercicios cuando sea necesario en función de las características y necesidades diarias.

Como ya se señaló con cierta controversia, según King & Green (2004) el método Pilates se puede iniciar en cualquier etapa de la gestación. De hecho, se debe recordar a la embarazada que el objetivo del ejercicio durante la gestación es preparar el cuerpo para el parto y ayudar a acelerar la recuperación postparto, por tanto no debe ser momento de mejorar la forma física, en el sentido estético, durante este periodo ya que la recuperación de la figura y estructura física se inicia en el puerperio.

I. Yoga

“El Yoga es un antiguo sistema holístico destinado a armonizar el cuerpo, el corazón y la mente. El embarazo es una época de transición en la que surge todo un mundo de sensaciones y experiencias nuevas. El Yoga practicado durante el embarazo no sólo te ayudará a conservar la salud y el bienestar, sino que también proporcionará paz y libertad tanto a tu cuerpo, tu corazón y tu mente como a los del futuro hijo”. (Renshaw, 2008, párr. 5)

- **Beneficios del Yoga durante el embarazo**

Renshaw, 2008 define que:

Al practicar Yoga, la madre en estado de gestación de embarazo invita a la armonía a entrar en su cuerpo (...) ya que el embarazo transcurre momentos sensibles a su estado mental y emocional.

El Yoga ayuda al equilibrio corporal; durante el embarazo se convierte en una herramienta para influir en el cuerpo y la mente de forma positiva y darte más fuerza para el parto y la maternidad.

Durante el período de embarazo, ya que potencia la relajación, la flexibilidad y la fuerza de forma muy suave y sin demasiado agotamiento.

El Yoga vuelve a crear el equilibrio postural como estructuramecánica y ayuda a eliminar parte de la tensión y rigidez acumulada en los músculos y en las articulaciones.

Los beneficios del Yoga a nivel físico pueden transformar la experiencia del embarazo, de ser un período de debilidad, incomodidad e indisposición a uno de salud y fortaleza.

Problemas como el cansancio, dolor de espalda, náuseas, ansiedad, dolor de cabeza y muchas otras molestias inherentes al embarazo pueden ser aplacados practicando Yoga a menudo incluso llegan a desaparecer.

El yoga propone una forma de vida más armónica pero no adopta ningún conjunto particular de creencias, sino que pretende alcanzar el conocimiento a través de las propias experiencias; es un vehículo para el crecimiento y el desarrollo que cualquiera puede adaptar a su propio modo de vivir. En el yoga, el énfasis está en hacer, en practicar, aceptando que nuestro cuerpo y nuestra mente se modifican mutuamente. Relaja tensiones musculares, activa la vitalidad y calma la mente. En un mundo lleno de desencuentros, hostilidades y estrés, practicar yoga ayuda a saber estar bien con uno mismo, conocerse mejor, controlar nuestra mente y desarrollar los potenciales que cada uno posee.

La práctica de yoga durante el embarazo facilitará el conocimiento consciente de los cambios que se producen. La recuperación al parto se realiza de una forma natural, iniciando una tonificación del abdomen y el suelo pélvico practicando respiraciones profundas y apretando el perineo en las espiraciones, alargando

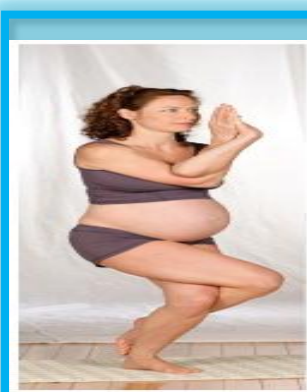
cada vez más éstas para contribuir a la movilización de los músculos del bajo vientre y el perineo hasta sentirlos como círculos concéntricos que se estrechan.

La adaptación de las posturas y movimientos para practicar en el embarazo puede variar entre las distintas escuelas de yoga, pero todas inciden en la relajación y en la tonificación muscular. Es importante conocer los cambios que se producirán en los diferentes meses de la gestación así como conocer las habilidades y el grado de conocimiento del cuerpo que tiene cada mujer.

Según Coca, I. (2008) manifiesta:

“La práctica de las posturas, el aprendizaje de una disciplina libremente aceptada, desarrolla un conocimiento de uno mismo que hará del parto una experiencia tan extraordinaria que la mujer saldrá transformada”

Figura N 21 Yoga en el embarazo



Fuente: *Yoga en hoy* en: <http://www.escueladeyoga.com/web-media/>

m. Bailoterapia

El ejercicio regular durante el embarazo, no solo es bueno para el bebé, sino también para la futura mamá, pues la hace sentir bien, relajada y con energía y le permitirá enfrentarse al trabajo del embarazo y parto con menos riesgos.

Una mujer que está acostumbrada a realizar ejercicios, podrá hacerlo si el embarazo se desarrolla sin ningún problema, solo que probablemente tendrá que continuarlo a un ritmo más lento. Si no se ejercita con frecuencia, entonces deberá comenzarse de forma gradual y evitar los movimientos repentinos y bruscos.

Objetivo de la práctica de la Bailoterapia en el embarazo.

Lograr que las mujeres realicen actividad física, sin poner en riesgo su salud y la de su bebe, al mismo tiempo podrán aprender movimientos de cierto tipo de baile.

Figura N 22 Bailoterapia en el embarazo

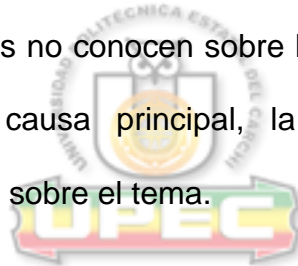


Fuente: *Bailoterapia en hoy* en: <http://www.baileembarazadas.com/web-media/>

2.3 Hipótesis, Variables y Operacionalización

2.3.1 Hipótesis

- De la población de mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de Mayo y Junio, en su totalidad las encuestadas no conocen sobre la psicoprofilaxis en el embarazo, siendo la causa principal, la nulidad en la proporción de información sobre el tema.



2.3.2 Variables y Operacionalización

- **Variable Dependiente**

Embarazo

- **Variable Independiente**

Psicoprofilaxis en el embarazo

- Operacionalización

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Psicoprofilaxis en el embarazo	Es la preparación física, psicológica y emocional durante el embarazo, que permite a la madre participar activamente en el momento del parto y así evitar complicaciones.	Conocimientos sobre Psicoprofilaxis en el embarazo.	Si No
		Práctica de Psicoprofilaxis durante el embarazo	Si No
		Actitudes sobre Psicoprofilaxis durante el embarazo.	Si No
Embarazo	Es el periodo que inicia desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento, su duración aproximada es de 40 semanas.	Edad	Menor a 18 años De 19 a 25 años De 26 a 34 años Mayor a 35 años
		Escolaridad	Primaria Secundaria Superior

CAPITULO III

3 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

De campo: Porque se realiza un estudio cuali-cuantitativo del comportamiento del objeto, basado en opiniones de informantes y su interpretación valorativa.

Descriptiva: Porque permite describir la realidad de las variables propuestas, el cómo ocurren los hechos y tomar una solución adecuada para el problema.

Aplicada: La temática de esta investigación es apta para la propuesta de planteamiento de medios de intervención factibles para mejorar la problemática establecida.

Bibliográfica: El conocimiento científico se obtiene a través de diversas fuentes bibliográficas, que serán necesarias para copilar información para el proyecto y brindar educación.

Correlacional: Se realizara una investigación que permita establecer la relación y los vínculos que existen entre los diversos fenómenos.

3.2 Universo.

Se trabajó con la población total de mujeres primigestas que acudieron al control prenatal del Servicio de Consulta Externa y Gineco-Obstetricia del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de Mayo y Junio del 2011.

Además se trabajó con el personal de enfermería, médicos y obstetras del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia, ya que están directamente relacionados con la atención y educación prenatal de las mujeres gestantes.

3.3 Métodos y técnicas

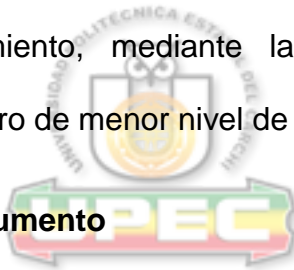
Para realizar esta investigación, como técnica de recolección de datos hemos decidido elaborar una encuesta estructurada, que estará dirigida a las usuarias primigestas que acuden a la atención prenatal al Servicio de Consulta Externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán y otra encuesta estructurada dirigida al personal que labora en los servicios de Gineco-Obstetricia y Consulta Externa de la ya mencionada institución. Además se utilizó la técnica de la entrevista, la cual estuvo dirigida al personal de salud, como médico especializado, obstetra y enfermera.

Los métodos utilizados para nuestro estudio fueron: análisis y síntesis, ya que el análisis es una operación intelectual que nos ayudo a descomponer el tema de estudio en sus partes y cualidades y la síntesis por el contrario nos permitió

establecer la unión entre las partes, previamente analizadas para descubrir las relaciones y características generales entre los elementos de la realidad.

La inducción, como método investigativo se aplicó para razonar los conocimientos de casos particulares a un conocimiento más general que refleja lo que hay de común en los fenómenos individuales y a su vez la deducción es una forma de razonamiento, mediante la cual logramos pasar de un conocimiento general a otro de menor nivel de generalidad.

3.4 Diseño del instrumento



Para la recolección de los datos se utilizó la encuesta con el objetivo de determinar qué nivel de conocimientos, actitudes y práctica que tiene tanto el personal de salud, como las mujeres primigestas sobre psicoprofilaxis durante el embarazo.

Se tuvieron en cuenta en la encuesta dirigida a las mujeres primigestas los siguientes datos: nivel de instrucción, edad y datos propios del estudio.

Se tuvieron en cuenta en la encuesta dirigida al personal de salud los siguientes datos: función que desempeña en la institución y datos propios del estudio.

3.5 Procesamiento de datos

Los datos fueron tabulados a través de la técnica de PALOTES, los resultados obtenidos por medio de la encuesta, se los graficó utilizando pasteles o gráficos de sector, los cuales generalmente ilustran comparaciones entre los diversos componentes de un conjunto de datos (%), además realizamos un análisis e interpretación general de los mismos.



CAPITULO IV

4. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1 Presentación y análisis de datos

- Encuesta dirigida a las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de Mayo y Junio del 2011

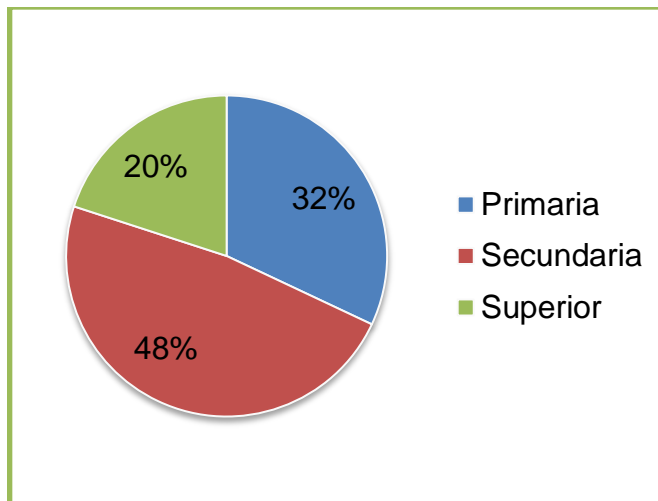
Tabla N° 1

Nivel de instrucción de las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de Mayo y Junio del 2011

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje %
Primaria	13	32%
Secundaria	19	48%
Superior	8	20%
Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico N° 1

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

Los datos estadísticos obtenidos a través de la encuesta, nos indica que del total de mujeres primigestas encuestadas el 48% tiene nivel de instrucción secundaria, el 31% primaria y el 20% superior.

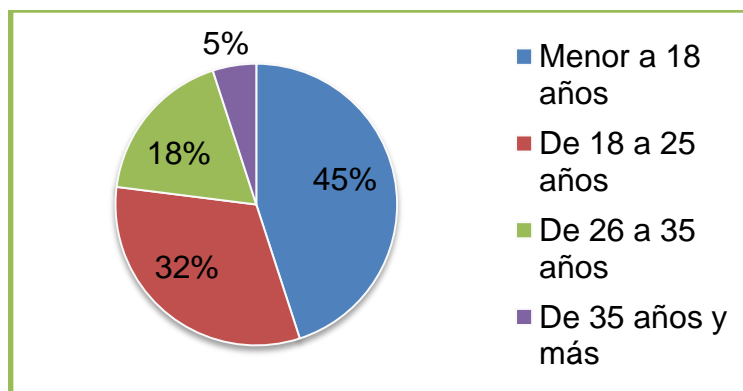
Tabla N° 2

Edad de las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis Gabriel Dávila" en los meses de Mayo y Junio del 2011

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
Menor a 18 años	18	45%
De 18 a 25 años	13	32%
De 26 a 35 años	7	18%
De 35 años y mas	2	5%
Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio del 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico N° 2

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

Esta tabla nos explica la distribución por edad de las mujeres primigestas que acuden al servicio de consulta externa del Hospital "Luis Gabriel Dávila", donde el 45% son menores de 18 años, el 32% tienen entre 18 y 25 años, el 18% de 26 a 35 años y el 5% de 35 años y más.

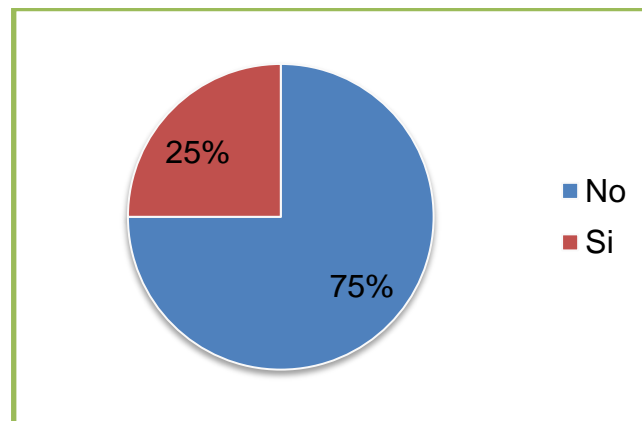
Tabla N° 3

Conocimiento de las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de Mayo y Junio del 2011 sobre psicoprofilaxis durante el embarazo

Conoce qué es la psicoprofilaxis	Frecuencia	Porcentaje
No	30	75%
Si	10	25%
Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.



Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

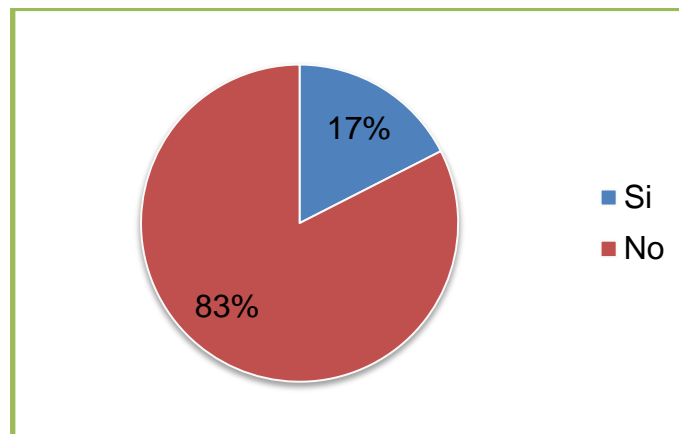
Considerando el conocimiento de las mujeres primigestas que acuden a los controles prenatales en el Hospital “Luis Gabriel Dávila” sobre psicoprofilaxis en el embarazo tenemos que el 25% conoce sobre el tema y el 75% desconoce del mismo.

Tabla N° 4

Información proporcionada en los controles sobre psicoprofilaxis durante el embarazo a las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis Gabriel Dávila" en los meses de Mayo y Junio del 2011

Información proporcionada sobre psicoprofilaxis durante el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	17%
No	33	73%
Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

GráficoN°4

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

De acuerdo a la información sobre psicoprofilaxis que les proporcionan a las mujeres primigestas en los controles prenatales tenemos que solo a un 17% se les educa, mientras que al 83% no ha recibido información sobre el tema

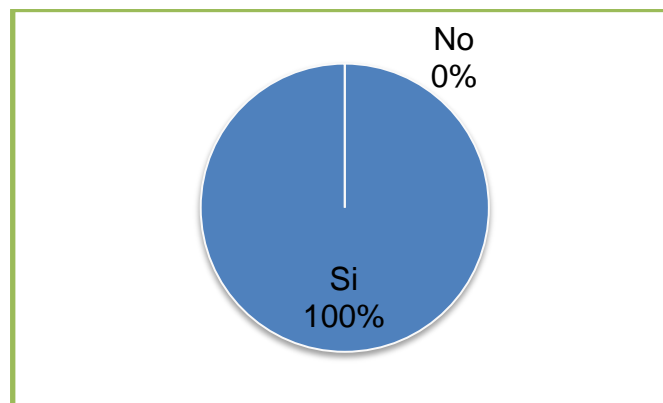
Tabla N° 5

Importancia de la psicoprofilaxis en el embarazo, según el criterio de las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de Mayo y Junio del 2011

Importancia de la psicoprofilaxis en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	100%
No	0	0%
Total	40%	100%

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

**Gráfico N° 5**

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

Según la tabla, el 100% de las mujeres primigestas que acuden al servicio de consulta externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán, consideran que es importante la psicoprofilaxis durante el embarazo.

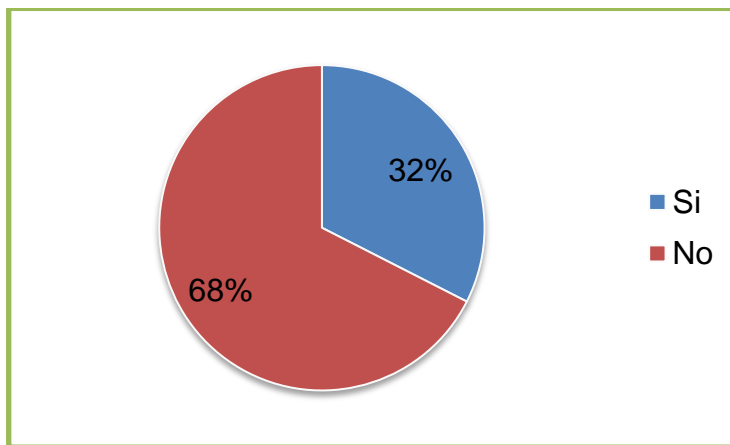
Tabla N° 6

Práctica de psicoprofilaxis durante el embarazo en las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de Mayo a Junio del 2011

Práctica de psicoprofilaxis durante el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	32%
No	27	68%
Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico N° 6



Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

La tabla nos indica que un 32% de mujeres primigestas se han preparado durante el embarazo con técnicas psicoprofilácticas y un 68% no lo ha hecho.

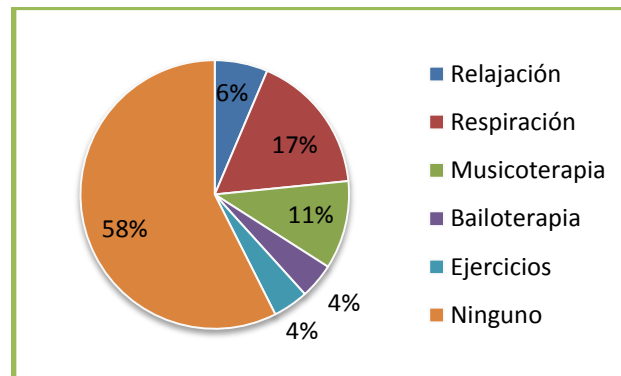
Tabla N° 7

Técnicas psicoprofilácticas que aplican las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis Gabriel Dávila" en los meses de Mayo y Junio del 2011

Técnica psicoprofiláctica	Frecuencia	Porcentaje
Relajación	3	6%
Respiración	8	17%
Musicoterapia	5	11%
Bailoterapia	2	4%
Ejercicios	2	4%
Ninguno	27	58%

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico N° 7

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

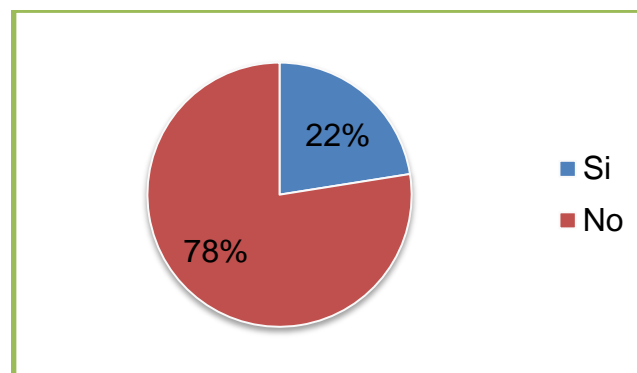
La tabla nos indica las técnicas psicoprofilácticas que las mujeres primigestas aplican durante el embarazo. El 17% respiración, el 11% musicoterapia, el 6% relajación, el 4% Bailoterapia y el 4% ejercicios.

Tabla N° 8

Recomendación de algún tipo de actividad física, recreativa u ocupacional a las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de Mayo y Junio del 2011 por parte del personal de salud

¿El profesional le recomienda algún tipo de actividad?	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	23%
No	31	77%
Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico N° 8

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

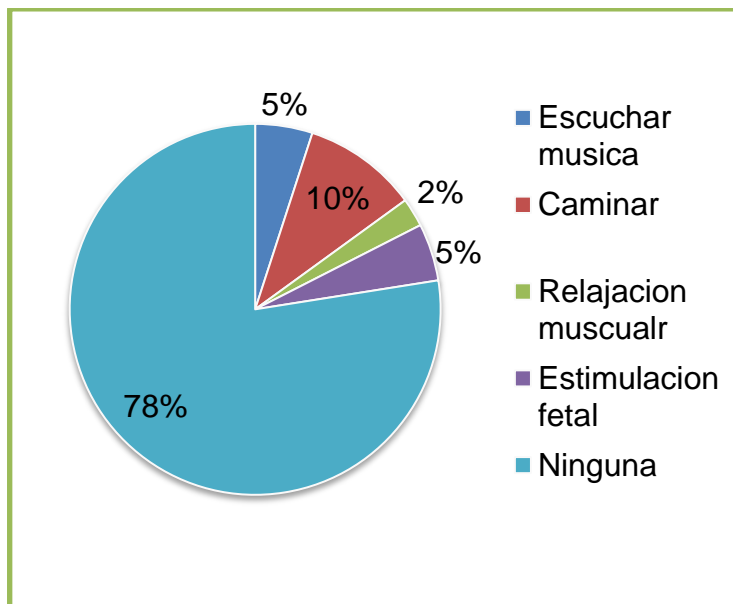
Al contestar sobre si el profesional de salud les proporciona información sobre psicoprofilaxis las mujeres primigestas contestaron que: un 22% contestaron que si recibieron información y un 78% no les proporciono información.

Tabla N° 9

Actividades que recomienda el profesional de salud a las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis Gabriel Dávila" en los meses de Mayo y Junio del 2011

Actividades	Frecuencia	Porcentaje
Escuchar música	2	5%
Caminar	4	10%
Relajación muscular	1	2.5%
Estimulación fetal	2	5%
Ninguna	31	77.5%
Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico N° 9

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

Entre las técnicas psicoprofilácticas que el personal de salud recomienda a las mujeres primigestas tenemos: 10% caminar, 5% escuchar música, 5% estimulación fetal y 2% relajación muscular, el 78% no realiza ninguna técnica psicoprofiláctica.

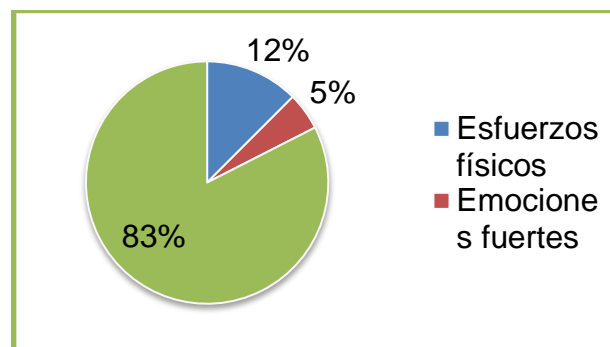


Tabla Nº 10

Conocimiento de las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis Gabriel Dávila" en los meses de Mayo y Junio del 2011 sobre actividades tanto físicas como ocupacionales que debe limitarse durante el embarazo

Conocimiento sobre actividades limitantes en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	18%
No	33	82%
Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico Nº 10

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio del 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

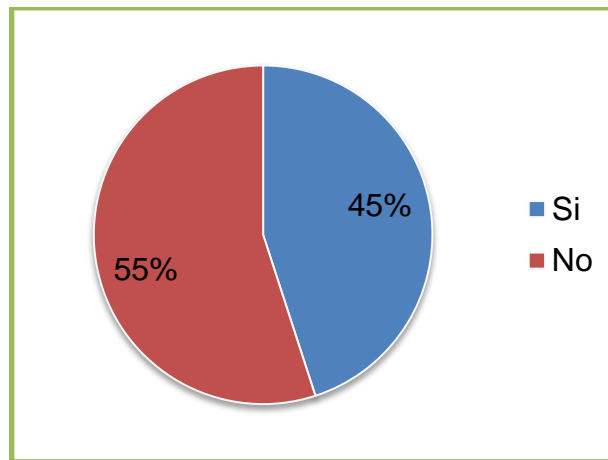
De las mujeres primigestas que conocen actividades que deben limitarse en el embarazo, el 12% dice que no debe realizar esfuerzo físico y el 5% no tener emociones fuertes, pero el 83% desconoce las actividades a las que debe limitarse.

Tabla Nº 11

Contribución de la pareja en el cuidado del embarazo de las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de mayo y Junio del 2011

Contribuye la pareja al cuidado del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	45%
No	22	55%
Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico Nº 11

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

La tabla nos indica que el 45% de mujeres primigestas tienen vinculación con su pareja y el 55% no, es decir que la pareja no participa del cuidado en el embarazo.

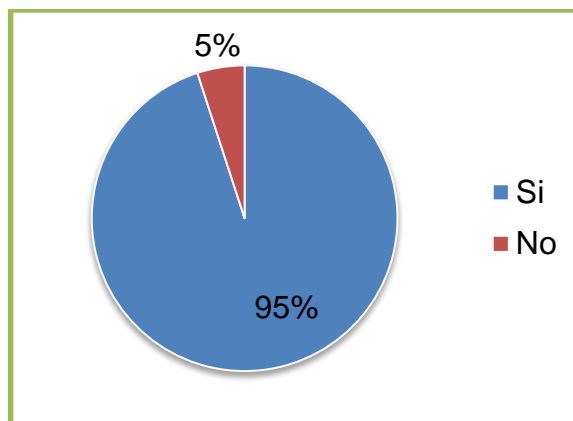
Tabla N° 12

Interés de las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de mayo y Junio del 2011 por la vinculación de la pareja al cuidado de su embarazo

Interés por la vinculación de la pareja al cuidado de su embarazo.	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	95%
No	2	5%
Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico N° 12

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

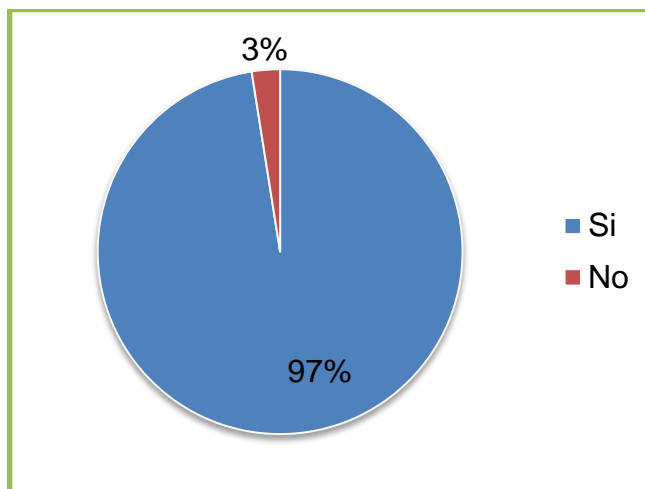
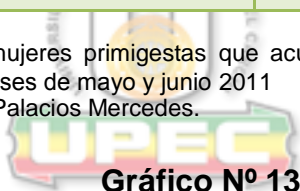
Según los datos estadísticos el 95% de usuarias desean la vinculación de su pareja al cuidado del embarazo y el 5% de las mujeres primigestas no desearía que su pareja se vincule en el cuidado del embarazo.

Tabla Nº 13

Interés de las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de Mayo y Junio del 2011 por acudir a talleres educativos sobre psicoprofilaxis en el embarazo

Interés de asistir a talleres de psicoprofilaxis en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	97.5%
No	1	2.5%
Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.



Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

La tabla nos explica que el 97% están interesadas en acudir a talleres de capacitación sobre psicoprofilaxis y un mínimo 3% no le interesa asistir.

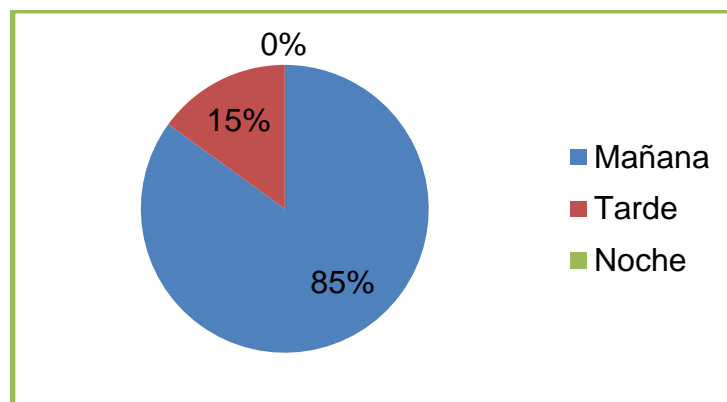
Tabla Nº 14

Tiempo que las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de Mayo y Junio del 2011 disponen para acudir al centro de preparación psicoprofiláctica en el embarazo

Tiempo disponible	Frecuencia	Porcentaje
Mañana	34	85%
Tarde	6	15%
Noche	0	0%
Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Grafico Nº 14

Fuente: Encuestas realizada a mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

La tabla nos indica que de las mujeres primigestas el 85% dispone de la mañana para asistir a los talleres de capacitación, el 15% la tarde.

- **Encuesta dirigida al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de marzo a agosto del 2011**

Tabla Nº 15

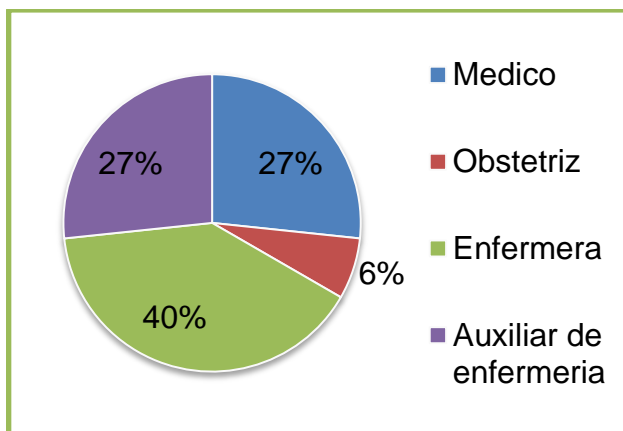
Función que desempeña en la institución el personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis Gabriel Dávila”

Función que desempeña en la institución	Frecuencia	Porcentaje
Medico	8	26%
Obstetras	2	8%
Enfermera	12	40%
Auxiliar de enfermería	8	26%

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Grafico Nº 15



Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

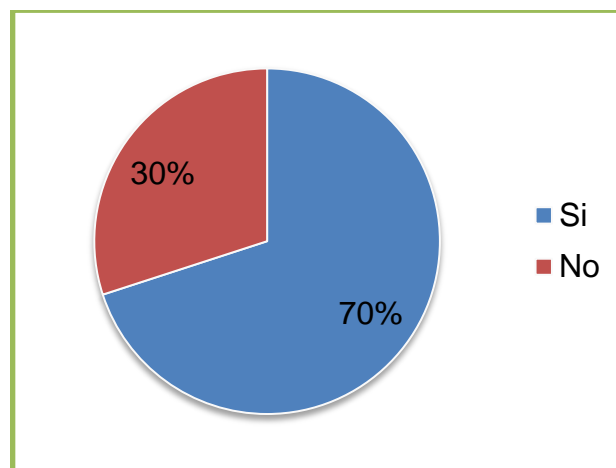
De las encuestas realizadas al personal el 40% corresponde a enfermeras, 27% a médicos, 27% a auxiliares de enfermería y 6% obstetras.

Tabla Nº 16

Educación a las mujeres primigestas sobre psicoprofilaxis en el embarazo por parte del personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de Mayo y Junio del 2011

Educación a las mujeres sobre psicoprofilaxis	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	70%
No	9	30%
Total	30	100%

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico Nº 16

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

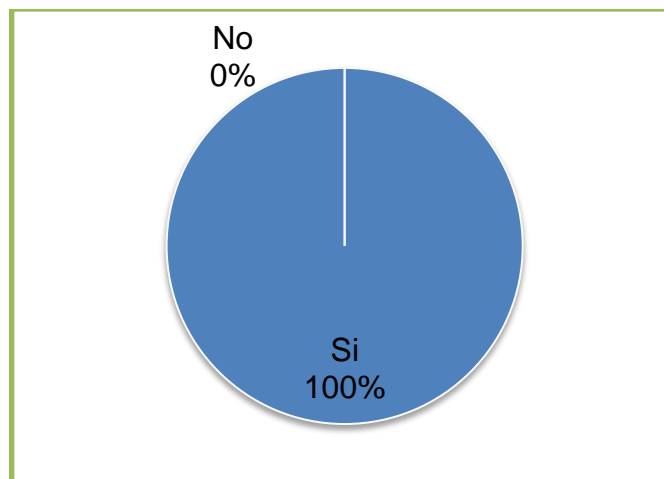
La tabla explica que el 70% del personal de salud encuestado del Hospital “Luis G. Dávila” si educa sobre psicoprofilaxis a las mujeres primigestas, mientras que el 30% no lo hace.

Tabla N° 17

Importancia de la psicoprofilaxis según el personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de mayo y junio del 2011

Importancia de la psicoprofilaxis en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	100%
No	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico N° 17

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

Nos indica que el 100% del personal de salud encuestado considera importante la psicoprofilaxis en el embarazo.

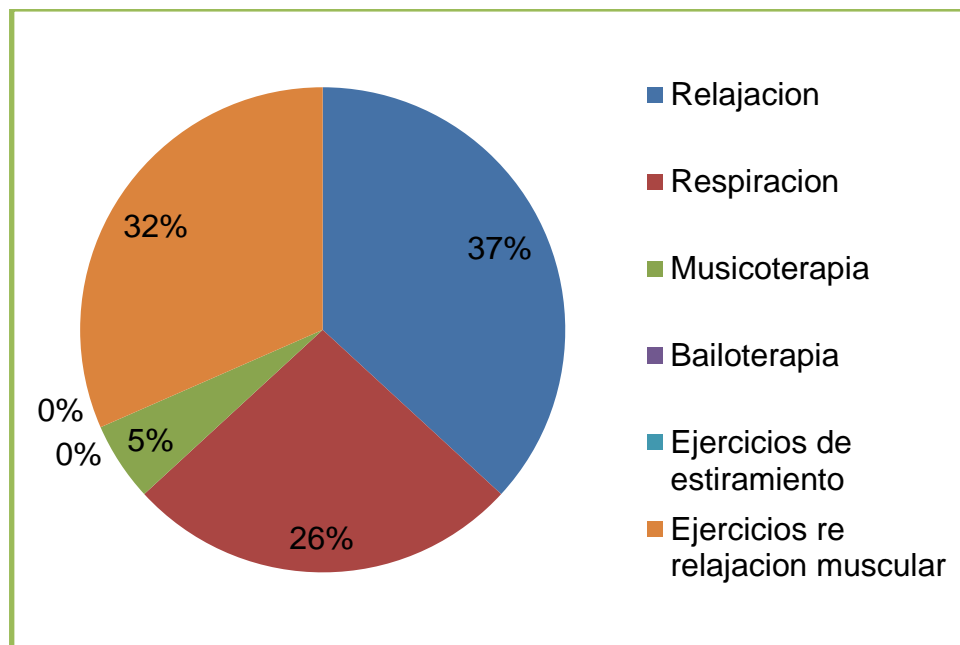
Tabla Nº 18

Técnicas psicoprofilácticas que recomienda el personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital "Luis Gabriel Dávila" en los meses de Mayo y Junio del 2011 a las mujeres primigestas

Técnica	Frecuencia	Porcentaje
Relajación	21	37%
Respiración	15	26%
Musicoterapia	3	5%
Bailoterapia	0	0%
Ejercicios de relajación muscular	18	32%

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico Nº 18

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

La educación que el personal de salud le proporciona a las mujeres primigestas sobre psicoprofilaxis es: 37% relajación, 32% ejercicios de relajación muscular, 26% respiración, 5% musicoterapia. Por lo que se puede evidenciar que no conocen todas las técnicas psicoprofilácticas en el embarazo y por ello no pueden impartir educación adecuada a las usuarias.



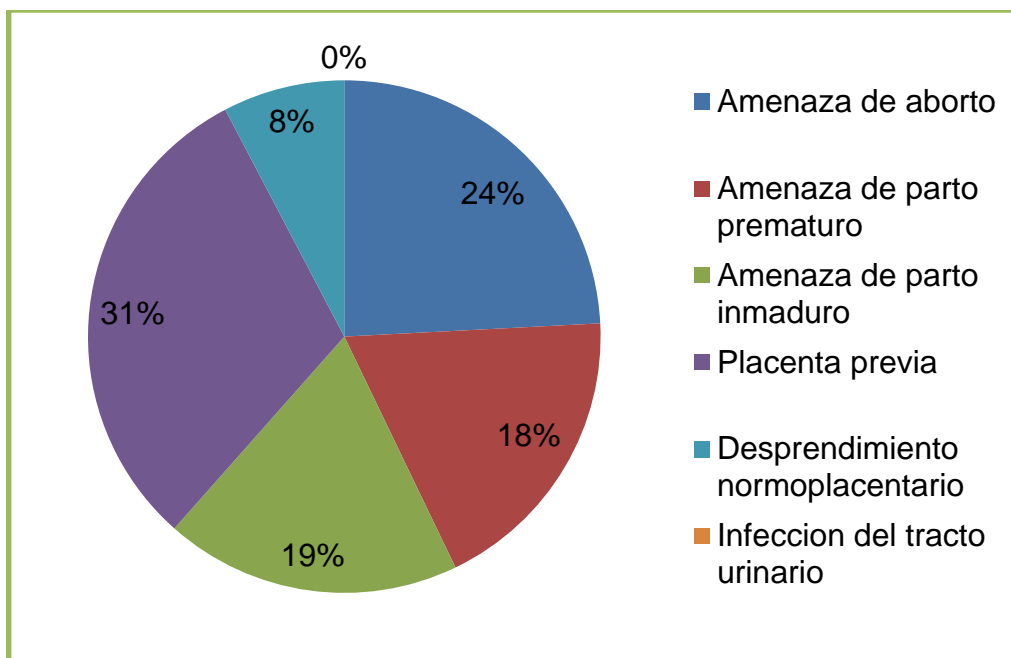
Tabla Nº 19

Patologías obstétricas, en las cuales se debería tener precaución al momento de realizar alguna técnica psicoprofiláctica según el personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses Mayo y Junio del 2011

Patología obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
Amenaza de aborto	22	25%
Amenaza de parto prematuro	17	18%
Amenaza de parto inmaduro	17	19%
Placenta previa	28	31%
Desprendimiento normo placentario	7	8%
Infección del tracto urinario	0	0%

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico Nº 19

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

La tabla nos indica que existen patologías obstétricas en las que se debe evitar la psicoprofilaxis, así: 31% placenta previa, 24% amenaza de aborto, 19% amenaza de parto inmaduro, 18% amenaza de parto prematuro, 8% desprendimiento normo placentario y 0% en infecciones de vías urinarias.



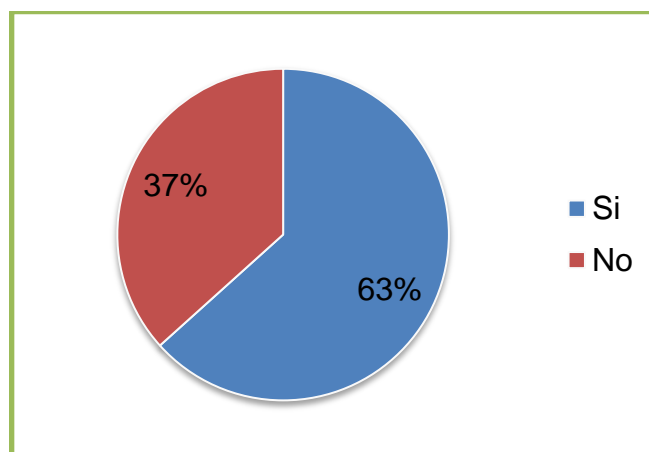
Tabla Nº 20

Importancia de la psicoprofilaxis participativa en la contribución a mejorar vínculos de los padres y disminución de riesgos al momento del parto según el criterio del personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital "Luis Gabriel Dávila" en los meses de Mayo y Junio del 2011

La psicoprofilaxis participativa contribuye a mejorar los vínculos de los padres	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	63%
No	11	37%
Total	30	100%

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico Nº 20

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio 2011

Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

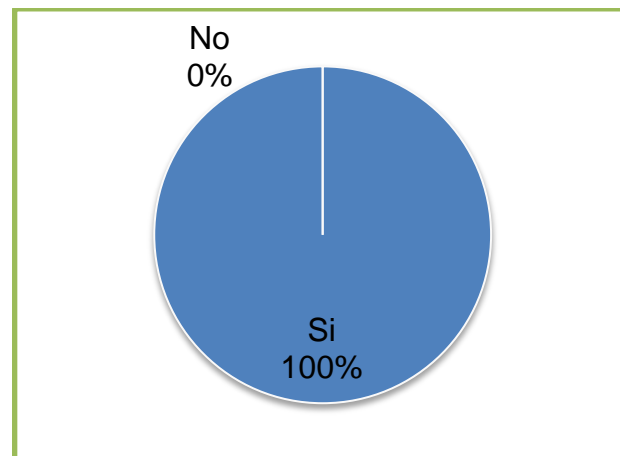
El 63% del personal encuestado cree que la psicoprofilaxis participativa es importante, mientras que el 37% considera que no es importante.

Tabla Nº 21

Interés del personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en crear un centro de apoyo psicoprofiláctico

Estaría de acuerdo en la creación de un centro de apoyo psicoprofiláctico	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	100%
No	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico Nº 21

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

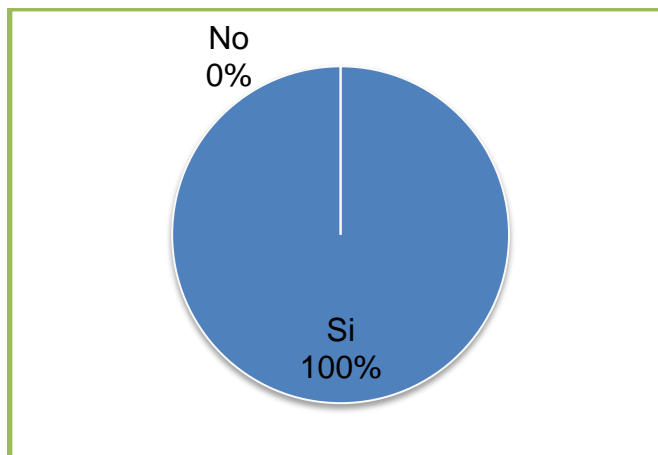
El gráfico indica que el 100% del personal de salud del Hospital “Luis G. Dávila” está de acuerdo con la creación de un centro de apoyo psicoprofiláctico.

Tabla Nº 22

Interés del personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital "Luis Gabriel Dávila" por capacitarse sobre psicoprofilaxis en el embarazo, para contribuir en la educación de las madres gestantes

Le interesaría capacitarse sobre psicoprofilaxis	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	100%
No	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico Nº 22

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa Y Gineco-obstetricia del Hospital "Luis G. Dávila" en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

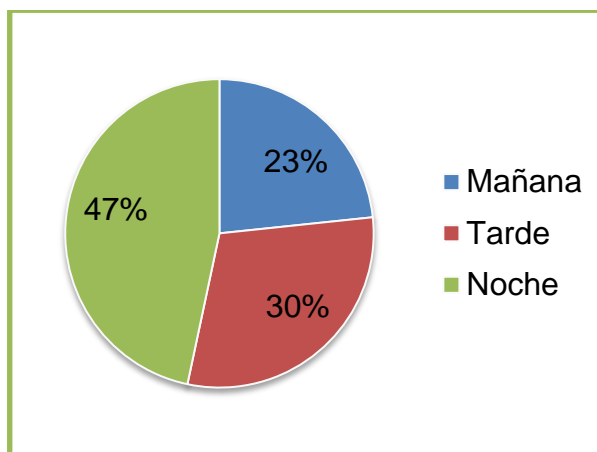
El interés de capacitarse sobre psicoprofilaxis por parte del personal de salud es evidente con el 100% de las encuestas realizadas.

Tabla N° 23

Tiempo que el personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis Gabriel Dávila” dispone para acudir a la capacitación sobre psicoprofilaxis en el embarazo

Tiempo disponible	Frecuencia	Porcentaje
Mañana	7	23%
Tarde	9	30%
Noche	14	47%
Total	30	100%

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Gráfico N° 23

Fuente: Encuestas realizada al personal de salud del Servicio de Consulta Externa y Gineco-obstetricia del Hospital “Luis G. Dávila” en los meses de mayo y junio 2011
Elaborado por: Almeida Diana – Palacios Mercedes.

Interpretación de Datos:

El personal de salud del Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad del Tulcán dispone del siguiente tiempo para las capacitaciones sobre psicoprofilaxis: 47% en la noche, 30% en la tarde y un 23% en la mañana.

Análisis

Según los datos estadísticos, de las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán, puede observarse que el 32% corresponde a mujeres que han cursado la primaria, 48% a las que tienen instrucción secundaria y un 20% corresponde a mujeres primigestas que tienen un nivel superior de educación.

Sobre conocimientos de psicoprofilaxis en las mujeres primigestas, se conoce a través de las encuestas realizadas que el 75% no conoce sobre psicoprofilaxis en el embarazo y un 73% menciona que no han recibido información sobre psicoprofilaxis durante los controles prenatales en el Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” y tomando en cuenta artículos de investigaciones sobre psicoprofilaxis en otros países, donde se menciona los importantes beneficios de ésta, creemos necesario el crecimiento en cuanto a enseñanza de las usuarias gestantes, ampliando los temas de educación en los controles prenatales y post-consulta.

Además podemos realizar una comparación de acuerdo al nivel de instrucción educativa, donde el pequeño porcentaje de mujeres en educación superior, serán las que se auto eduquen, ya que tienen mayor acceso a información a través del Internet; por otro lado las mujeres que tienen niveles inferiores de educación, desconocen sobre el tema y por ello no pueden solicitar educación.

A pesar que el 100% de las mujeres primigestas mencionan que es importante la psicoprofilaxis durante el embarazo, solo un 32% indica que ha realizado algún tipo de técnica psicoprofiláctica, estableciendo como principal la respiración en un 17%, musicoterapia 11%, relajación 6%, bailoterapia 4% y ejercicios 4%.

Los datos estadísticos indican que el 23% de mujeres primigestas han recibido recomendaciones sobre psicoprofilaxis en los controles prenatales, y de este porcentaje las actividades recomendadas son: caminata como ejercicios activos 10%, escuchar música 5%, estimulación fetal 5% y relajación muscular el 2.5%, éste bajo porcentaje referencial a la información sobre técnicas psicoprofilácticas a las usuarias, puede relacionarse con el desconocimiento por parte del personal de salud sobre todas las técnicas que pueden aplicar las mujeres gestantes, de ahí la importancia de involucrarnos en la capacitación al personal de salud, estableciendo cronogramas educativos y manuales de información sobre psicoprofilaxis en el embarazo.

El 45% de las mujeres primigestas expresan que su pareja si participa del cuidado del embarazo, y datos estadísticos indican con un 95% el interés por vincular a la pareja en el embarazo.

Un 97% de mujeres primigestas desearían capacitarse sobre psicoprofilaxis acudiendo a un centro de capacitación, indicando que en la mañana tienen disponibilidad de tiempo el 85% de usuarias, en la tarde un 15%.

El 70% del personal de salud que labora en los servicios de consulta externa y gineco-obstetricia afirman educar a las mujeres primigestas que acuden a los controles prenatales, además el 100% indica que la psicoprofilaxis durante el embarazo es importante, al mismo tiempo revelan que educan a las usuarias primigestas en: 37% relajación, 32% ejercicios de relajación muscular, 26% respiración y 5% musicoterapia, no recomiendan otras técnicas psicoprofilácticas en el embarazo, debido al desconocimiento sobre el tema.

Dentro de las patologías obstétricas, que el personal de salud no recomendaría realizar psicoprofilaxis durante el embarazo son: placenta previa 31%, amenaza de aborto 25%, amenaza de parto inmaduro 19%, amenaza de parto prematuro 18%, desprendimiento normo placentario 8%, por lo que se observa de gran importancia que las embarazadas conozcan sobre las técnicas psicoprofilácticas que deben practicar de acuerdo a la etapa gestacional y a la evolución de su embarazo, tomando en cuenta los diagnósticos y el criterio médico.

El personal de salud coincide con las usuarias en que la psicoprofilaxis participativa es importante indicando con un 63% de las encuestas, además el 100% considera importante la creación de un centro de apoyo psicoprofiláctico para las mujeres gestantes.

Los datos estadísticos indican que el personal de salud muestra interés en la capacitación sobre psicoprofilaxis en el embarazo en un 100%.

- **Entrevista dirigida al personal de salud del Hospital “Luis Gabriel Dávila” en los meses de mayo y junio**

¿Considera importante la psicoprofilaxis en el embarazo?

En la entrevista aplicada a los profesionales: Enfermera, obstetra y médico ginecólogo, coinciden, mencionando que la psicoprofilaxis durante el embarazo es importante, ya que la maternidad y el nacimiento significan la formación de una serie de concepciones y prácticas alrededor del miedo y el rechazo al sufrimiento en el proceso del parto.

Además mencionan que la importancia de la psicoprofilaxis radica en: la magnitud de la población susceptible de ser atendida y en la prevención de la morbi-mortalidad materna, fetal e infantil”. Además indican que es un elemento básico para humanizar la atención integral a la unidad familiar.

¿Qué técnicas psicoprofilácticas conoce y ha recomendado a las usuarias?

Entre las técnicas más conocidas por el personal profesional de salud están:

- Ejercicios y técnicas de relajación
- Musicoterapia.
- Ejercicios físicos de estiramiento y preparación muscular.
- Ejercicios de respiración.

El médico especialista, Martín Reyes, indica que la técnica de respiración es la más efectiva en el momento del parto, ya que permite una mejor oxigenación para la madre como para el feto en todas las etapas del parto.

Por otra parte las profesionales de enfermería y obstetricia, explican que si la madre tiene una preparación basada en ejercicios físicos de estiramiento y preparación muscular, lograrán que los músculos, ligamentos y tendones involucrados en el nacimiento del feto, estén preparados, es decir que el canal de parto sea el adecuado para el momento del nacimiento.

¿Cree usted que la psicoprofilaxis durante el embarazo tiene beneficios importantes en el momento del parto?

Los profesionales de salud concuerdan en que los beneficios de la psicoprofilaxis no solo son para la madre, sino para el feto y también para los vínculos sociales de la gestante.

➤ **Conclusiones metodológicas**

El diseño metodológico de nuestro estudio fue eficaz, ya que permitió que obtengamos datos estadísticos que nos sirvieron para comprobar la veracidad de la hipótesis planteada.

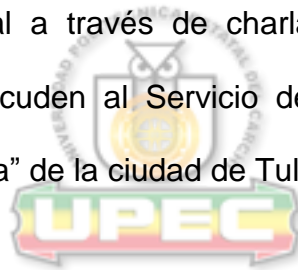
La encuesta estructurada tanto para la usuaria como para el personal expresan datos importantes para determinar los conocimientos sobre psicoprofilaxis y para el desarrollo de planes de intervención.

El problema fundamentalmente es el desconocimiento de psicoprofilaxis, que no permite una preparación adecuada de la mujer primigesta para el momento del parto, los profesionales entrevistados manifiestan que los beneficios de la preparación psicoprofiláctica son para la madre, el feto y los vínculos sociales de la gestante, además de indicar técnicas que ayudan en la oxigenación como es la respiración y otras técnicas que preparan el organismo para el nacimiento.



4.2 Plan de Intervención

- Manual sobre psicoprofilaxis para las mujeres gestantes que acuden al Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán.
- Educación informal a través de charlas educativas para las mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán.
- Capacitación sobre psicoprofilaxis en el embarazo dirigida al personal de salud del Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán.



CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El análisis de las encuestas nos ayuda a establecer la deficiencia de información que tienen las mujeres primigestas sobre psicoprofilaxis en el embarazo, relacionada con la educación que les proporciona el personal de salud en los controles prenatales, lo que nos permite concluir:

- El número de mujeres primigestas que acuden al Servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” considerado para esta investigación corresponde al total de usuarias atendidas, en un número de 40 que equivale al 100%, además de una población de 30 profesionales de los cuales. El 26% de médicos, 8% de obstetras, 40% de enfermeras y 26% de auxiliares de enfermería de los Servicios de Consulta Externa y Gineco – Obstetricia de la misma institución, por lo que se constituye en un grupo idóneo para aportar con criterios que permitan desarrollar el tema investigativo.
- El 75% de las mujeres primigestas que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán no conocen sobre psicoprofilaxis en el embarazo, por lo que no se preparan

durante la etapa de gestación con técnicas no farmacológicas que beneficiarían a la madre y al feto en el momento del parto.

- El 70% del personal de salud encuestado afirma educar a las mujeres primigestas durante los controles prenatales, lo que nos lleva a pensar que probablemente no existe una buena comunicación, por lo que se concluye que no se usa un lenguaje de acuerdo al grado de educación y cultural de las mujeres embarazadas por lo que ellas manifiestan no conocer sobre este tema.
- El 97% de mujeres primigestas desearía ser capacitadas sobre psicoprofilaxis en el embarazo, al igual que el personal de salud en un 100% indican el interés por capacitarse sobre el tema.
- Los profesionales de salud entrevistados concuerdan en que: la psicoprofilaxis es un conjunto de técnicas no farmacológicas que benefician a la madre y al feto, que no erradican el dolor, pero que si son capaces de controlarlo.

5.2 Recomendaciones

- Realizar capacitaciones permanentes al personal de salud que se encuentra en cuidado directo con las usuarias gestantes que acuden al Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán.
- Ante las limitaciones sobre conocimientos por parte de las mujeres primigestas, sobre psicoprofilaxis en el embarazo, realizar charlas educativas, que motiven a las mismas a auto educarse y permitan una mayor preparación.
- Tratar de implementar los medios de intervención establecidos en este proyecto de investigación para iniciar con la preparación de las mujeres primigestas durante el embarazo para el momento del parto.

CAPITULO VI

6. BIBLIOGRAFIA

6.2 Bibliografía consultada.

- Barrón, M. (2001). *Trastornos médicos durante el embarazo*, España. Elsevier Ediciones.
- Bleichmar, J. (2003). *Guía Práctica Para la Mujer Embarazada*. LEA Ediciones.
- Bonilla, K. (2008). *Obstetricia, Reproducción Y Ginecología Básicas*. Medica Panamericana Ediciones.
- Burroughs, A. (2004). *Enfermería materna infantil*, México. (8ª ed.) McGraw-Hill Interamericana.
- Ezcurdia, M. (2001). *Ejercicio físico y deportes durante el embarazo. Sección de Medicina Perinatal* (4a ed.), Madrid. Fabre González Ediciones.
- Fernández, C. (2001). *Revolución del nacimiento*, Madrid. EDAFF Ediciones.
- Guana, M. (2009). *Enfermería Gineco obstétrica*, Barcelona. McGraw-Hill.
- Kitzinger, S. (2002). *El nuevo gran libro del embarazo y del parto*, Barcelona. Médicis.

- Lowdermilk, P. (2008). *Maternidad y salud de la mujer*, (9ª ed.), España. Elsevier Ediciones.
- Mahé, V. (2009). *Mi Embarazo Día a Día*. Robinbook, Ediciones
- Martínez, L. (2004). *Obstetricia y ginecología* (2ªed). Ariel, Ediciones.
- Matiz, G. (2008). *Embarazo feliz Y cuidados del recién nacido*. Círculo de Lectores
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Componente normativo materno, Ecuador*. CONASA
- Reece, E. (2010). *Obstetricia Clínica*, México. Médica Panamericana Ediciones.
- Reeder, J. & Sharon, L. (2003). *Enfermería materno infantil*, México. (19ª ed.) Interamericana, S.A.
- Roura, L. (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal*.
- Seguranyes, G. (2003). *Enfermería maternal*, España. Elsevier Ediciones.
- Villaseñor, S. (2001). *Los trastornos psiquiátricos y el embarazo*.

6.2 Bibliografía citada

- Rigol., O. (2004) *Obstetricia y Ginecología*. Ciudad de la Habana, Edit. Médica.
- Rodríguez., J. R. (2007) *Maternidad en forma*. Santiago de Cuba. Edit.

Oriente.

- Roque., F. R., (2003) *El libro de mamá*. La Habana, Edit. Academia.
- Scott, S. (2006). *Exercise during pregnancy*. Edit. Fitness Journal.
- Serrano, V. (2009). Entrenamiento personal para mujeres embarazadas y ejercicio físico. *Revista científica Kronos*. 16(3)
- Shipline, S. (2005). *Pilates fuerza y equilibrio para la vida diaria*. Madrid Edit. Nowtilus.
- Ungaro, A. (2002). *Pilates un programa de ejercicios para controlar todos los movimientos corporales*. Barcelona: Vergara.
- Vernaza, P. *Pilates y gestación: una nueva alternativa de preparación física y mental*. VIREF - Biblioteca Virtual de Educación Física. Universidad de Antioquia.
- Winsor, M.&Laska, M. (2002). *Pilates el centro de energía*. Barcelona: Paidotribo.

6.3 Bibliografía electrónica

- Barrios, A. (2007). *Control prenatal hoy en:*
<http://www.mflapaz.com/Revista6/>
- Campo, L. (2003). *Efectos de la psicoprofilaxis obstétrica hoy en:*
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/I

- Maldonado, M. (2007). *Cambios fisiológicos, emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto* hoy en: <http://www.inper.edu.mx/descargas/>
- Rivero, M. (2008) *Cambios fisiológicos Y anatómicos del Embarazo hoy en* : <http://www.aspame.net/charlas/>
- Rivera, S. (2003). *Embarazo en adolescentes en aspectos social, psicológico, cultural* hoy en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/broch.pdf>
- Sapien, J. (2007). *Psicoprofilaxis perinatal preparación corporal y psíquica para la mujer embarazada para el nacimiento* hoy en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art108/nov_art108.pdf
- Barakat, R. (2002) *Ejercicio físico durante el embarazo Programas de actividad física en gestantes* hoy en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/>
- Villegas, R. (2007). *Factores asociados al uso de psicoprofilaxis obstétrica en Puérperas* hoy en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rpoe/v3n2/a03v3n2.pdf>

CAPITULO VII

7. ANEXOS

A. Encuesta a la Usuaría

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

PRIMARIASECUNDARIASUPERIOR

EDAD.....



LA PRESENTE ENCUESTA TIENE POR OBJETIVO “DETERMINAR LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS QUE TIENE LA MADRE GESTANTE SOBRE PSICOPROFILAXIS DURANTE SU EMBARAZO”

1. SABE USTED QUE ES PSICOPROFILAXIS EN EL EMBARAZO?

SI.....

NO.....

2. EN LOS CONTROLES DE EMBARAZO, ALGUNA VEZ LE HABLARON DE PSICOPROFILAXIS?

SI.....

NO.....

3. CREE USTED QUE ES IMPORTANTE LA PSICOPROFILAXIS EN EL EMBARAZO?

SI.....

NO.....

4. HA REALIZADO ALGUN TIPO DE PSICOPROFILAXIS DURANTE EL EMBARAZO?

SI.....

NO.....

5. DE LAS SIGGUIENTES TECNICAS PSICOPROFILACTICAS SEÑALE CUAL DE ESTAS USTED HA REALIZADO?

RELAJACION.....

RESPIRACION.....

MUSICOTERAPIA.....

BAILOTERAPIA.....

EJERCICIOS ACTIVOS Y PASIVOS.....

6. EL PROFESIONAL DE SALUD LE HA RECOMENDADO ALGUN TIPO DE ACTIVIDAD FISICA, RECREATIVA U OCUPACIONAL?

SI.....

NO.....

CUALES.....
.....
.....

7. CONOCE USTED ACTIVIDADES TANTO FISICAS COMO OCUPACIONALES DEBE LIMITARSE DURANTE SU EMBARAZO?

SI.....

NO.....

CUALES.....
.....
.....



8. SU PAREJA CONTRIBUYE AL CUIDADO DE SU EMBARAZO?

SI.....

NO.....

9. ESTARIA DE ACUERDO EN QUE SU PAREJA SE VINCULE AL CUIDADO DE SU EMBARAZO, CONTRIBUYENDO EN LA APLICACIÓN DE TECNICAS PSICOPROFILACTICAS?

SI.....

NO.....

10. LE INTERESARIA ACUDIR A TALLERES DE PSICOPROFILAXIS EN EL EMBARAZO?

SI.....

NO.....

11. QUE TIEMPO USTED DISPONDRIA PARA ACUDIR A ESTE CENTRO DE PREPARACION PSICOPROFILACTICA EN EL EMBARAZO?

MAÑANA

TARDE

NOCHE

B. Encuesta Personal

LA PRESENTE ENCUESTA TIENE POR OBJETIVO “DETERMINAR LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICA QUE TIENE EL PERSONAL DE SALUD SOBRE PSICOPROFILAXIS DURANTE EL EMBARAZO”

FUNCION QUE DESEMPEÑA EN LA INSTITUCION

1. USTED EDUCA A LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA INSTITUCION SOBRE PSICOPROFILAXIS EN EL EMBARAZO?

SI.....

NO.....

2. CREE USTED QUE ES IMPORTANTE LA PSICOPROFILAXIS DURANTE EL EMBARAZO?

SI.....

NO.....

3. DE LAS SIGUIENTES TECNICAS PSICOPROFILACTICAS CUAL LE HA RECOMENDADO USTED A LAS USUARIAS EN ETAPA DE GESTACION?

RELAJACION.....

RESPIRACION.....

MUSICOTERAPIA.....

BAILOTERAPIA.....

EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO.....

EJERCICIOS DE RELAJACION MUSCULAR.....

4. DE LAS SIGUIENTES PATOLOGIAS OBSTETRICAS QUE SE PRESENTAN DURANTE EL EMBARAZO, INDIQUE EN CUAL DEBERIA TENER PRECAUCION AL MOMENTO DE REALIZAR ALGUNA TECNICA PSICOPROFILACTICA EN EL EMBARAZO

AMENAZA DE ABORTO.....

AMENAZA DE PARTO PREMATURO.....

AMENAZA DE PARTO INMADURO.....

PLACENTA PREVIA.....

DESPRENDIMIENTO NORMOPLACENTARIO.....

INFECCION DE VIAS URINARIAS.....

5. CREE USTED QUE LA PSICOPROFILAXIS PARTICIPATIVA CONTRIBUYE A MEJORAR LOS VINCULOS DE LOS PADRES Y DISMINUYE LOS RIESGOS AL MOMENTO DEL PARTO?

SI.....

NO.....

6. ESTARIA DE ACUERDO EN QUE SE CREE UN CENTRO DE APOYO PSICOPROFILACTICO?

SI.....

NO.....

7. LE INTERESARIA CAPACITARSE SOBRE PSICOPROFILAXIS EN EL EMBARAZO, PARA CONTRUBUIR EN LA EDUCACION DE LAS MADRES GESTANTES?

SI.....

NO.....

8. QUE TIEMPO USTED DISPONDRIA PARA ACUDIR A LA CAPACITACION SOBRE PSICOPROFILAXIS EN EL EMBARAZO?

MAÑANA.....

TARDE.....

NOCHE.....



C. Glosario

Afectivo: Toda embarazada debe ser atendida y bienvenida con calidez y calidad, los horarios en la atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.

Amamantamiento: Buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar lo que se logra si el equipo de salud demuestra interés, promueve, apoya y facilita la práctica de la lactancia materna como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al niño o niña.

Apgar: Se trata de una prueba, una evaluación del cuadro de vitalidad de un bebé cuando este acaba de nacer. Se valora a través de una puntuación determinada al minuto de nacer, a los 5 minutos y, a veces, a los 10 minutos. Se examinan ritmo cardíaco (la frecuencia de los latidos del corazón), respiración (dificultad), tono muscular, reflejos, y el color del bebé

Atonía uterina: Falta de contracción del útero después de haber expulsado el niño y la placenta se evidencia sangrado profuso.

Borramiento: Acortamiento y adelgazamiento progresivo de la longitud del cuello del útero medido de 0 a 100%

Control prenatal: Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante que puedan afectar el curso del embarazo normal y la salud del recién nacido.

Corioamnionitis: Infección de las membranas ovulares y el líquido amniótico, cursa con fiebre, elevada hidrorrea de mal olor o purulenta y leucocitosis.

Dilatación: Aumento del diámetro del canal cervical medido en centímetros de (0-a 10)

Distocia: Dificultad para el progreso adecuado del parto vaginal o normal.

Edad gestacional: La edad gestacional se refiere a la edad de un embrión o feto desde el primer día de la última menstruación.

Fecha de la última menstruación: Primer día de sangrado menstrual del último ciclo observado desde el inicio de la amenorrea. Desde esta fecha deben transcurrir 280 días o 40 semanas promedio hasta el nacimiento.

Flacidez: Es la pérdida de firmeza de la piel

Hemorragia uterina disfuncional: Sangrado patológico anormal, excesivo y prolongado del endometrio uterino sin lesión orgánica demostrable.

Hidrorrea: Salida del líquido amniótico a través del cérvix.

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

Involución uterina: Progresiva adaptación del Útero a su tamaño, altura y posición normales después del Parto.

Mola hidatiforme: Es una anomalía en el desarrollo placentario se produce una degeneración de las vellosidades coriales, la placenta se forma como racimos de uvas llenos de burbujas, y el crecimiento del útero no concuerda con el tiempo de amenorrea.

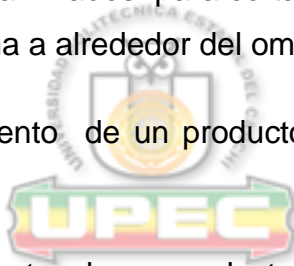
Mortinatos: Se presenta cuando un feto que se esperaba que sobreviviera muere durante el nacimiento o durante la segunda mitad del embarazo.

Neonato: El neonato o recién nacido es el niño proveniente de una gestación de 22 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina

Oligohidramnios: Volumen de líquido amniótico menor a 8

Onfalitis: Se produce como consecuencia de malas prácticas de asepsia o uso de instrumentos contaminados para cortar el cordón umbilical se inicia con la coloración rojiza, eritema a alrededor del ombligo.

Parto a término: Nacimiento de un producto de 37semanas a 41 semanas cumplidas de gestación.



Parto inmaduro: Nacimiento de un producto de 22 semanas a 27 semanas cumplidas de gestación.

Parto postérmino: Nacimiento de un producto de 42 o más semanas de gestación.

Parto pretérmino: Nacimiento de un producto de 28 semanas a 36 semanas cumplidas de gestación.

Perinatología: Periodo que se desarrolla entre las 28 semanas de gestación y los primeros 28 días de vida.

Periódico: Toda mujer embarazada deberá completar mínimo 5 controles prenatales y como óptimo 12 en el seguimiento de su embarazo.

Periodo expulsivo: Etapa comprendida desde la dilatación completa de 10 cm hasta la salida del producto se acompaña de pujos maternos.

Periodo intergenésico: Tiempo que ha transcurrido de un embarazo anterior. Un periodo intergenésico <- 24 y >- 49 meses está asociado con un incremento

del riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. El periodo intergenésico óptimo para prevenir complicaciones maternas fetales es de 25 a 48 meses.

Polihidramnios: Volumen de líquido amniótico superior a 15 a 18.

Precoz: Debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre).

Presentación podálica: Presentación con una o ambas piernas flexionadas en la cadera y en las rodillas.

Prolapso de cordón: Supone la salida del cordón umbilical por delante de la presentación fetal. A menudo, se produce por la rotura violenta de la bolsa de las aguas y pérdida de líquido.

Proteinuria: Es la presencia de proteína en la orina en cuantía superior a 150 mg en la orina de 24 horas

Rotura prematura de membranas: Es la rotura espontánea de las membranas fetales antes del inicio de la labor de parto independientemente de la edad gestacional

7.4 Aprobación de Asesor

APROBACIÓN DEL ASESOR

En calidad de Asesor del Proyecto de Investigación: Preparación psicoprofiláctica en el embarazo relacionada con la información que se proporciona a las mujeres primigestas que acuden al servicio de consulta externa del hospital "Luis Gabriel Dávila" en los meses de Marzo a Agosto del 2011, presentado y desarrollado por Diana Vanessa Almeida y Mercedes Soledad Palacios, para aprobar el Tema del Trabajo de Graduación, previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería, consideramos, que el Proyecto reúne los requisitos necesarios.

En la ciudad de Tulcán, a los 13 días del mes de Septiembre de 2011.

LCDO. JHON HAROL FUERTES

ASESOR