

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

DISERTACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA

ESTUDIO SOBRE LA APLICACIÓN DE LA PSICOPROFILAXIS PARA DISMINUIR
EL TIEMPO DE LA LABOR DEL PARTO EN LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD TIPO C DE TABACUNDO DURANTE EL AÑO 2018

ELABORADO POR:
SALOME ESTEFANÍA BRITO CAMPOVERDE

QUITO, 2019

RESUMEN

La psicoprofilaxis son actividades orientadas a brindar una preparación integral (teórica, física) a la gestante para lograr un embarazo, sin temor y con una reducción de las complicaciones, la cual se basa en las políticas de salud. El objetivo del presente estudio fue analizar los factores que se asocian con la duración de la labor de parto en mujeres que realizaron el programa de psicoprofilaxis atendidas en el Centro Salud de Tabacundo tipo C. Este estudio fue de tipo de observacional, descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, ya que se revisaron 324 historias clínicas. Los resultados incluyen un análisis de las edades, numero de gestas, tiempo de labor de parto, psicoprofilaxis, episiotomía y desgarros, el análisis de la información a partir de la aplicación de la psicoprofilaxis. En este estudio se pudo observar como la psicoprofilaxis ayuda a la disminución del tiempo de labor de parto además de disminuir la tasa de otros tipos de complicaciones.

Palabras claves: Psicoprofilaxis, educación prenatal, disminución tiempo labor de parto, desgarros, episiotomía.

ABSTRACT

Psychoprophylaxis are activities aimed at providing a comprehensive preparation (theoretical, physical) to the pregnant woman to achieve a pregnancy, without fear and with a reduction in complications, which is based on health policies. The objective of the present study was to analyze the factors that are associated with the duration of labor in women who performed the psychoprophylaxis program attended at the Health Center of Tabacundo type C. This study was observational, descriptive, retrospective, quantitative, since 324 clinical histories were reviewed. The results include an analysis of ages, number of gestations, labor time, psycho-prophylaxis, episiotomy and tears, the analysis of information from the application of psycho-prophylaxis. In this study it was possible to observe how psycho-prophylaxis helps to reduce labor time, in addition to decreasing the rate of other types of complications.

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico principalmente a Dios por ser el que me dio fuerzas para salir adelante en los momentos más difíciles de mi vida a lo largo de esta carrera y a mis padres Salomón Brito y Flor María Campoverde.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme bendecido y por guiarme a lo largo de todo este duro caminar.

También quiero agradecer a mis padres por ser mis pilares fundamentales y en quienes pude confiar y me brindaron fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad cuando pensaba que ya no podía eran ellos quienes con sus sabios consejos me supieron levantar.

Agradezco también a mi Directora Mgs María Eulalia Guevara, Lectora Mgs. Lucia Flores y Lector Metodológico Mgs. Arian Aladro por brindarme su ayuda y sus sabios consejos para poder culminar con éxito esta gran etapa.

A mi prima Mgs. Obst. Wendy Campoverde por ser ella la que también me guio y me apoyo para poder obtener los datos y las guías para este trabajo.

A la Pontificia Universidad del Ecuador por todos los años que estuve allí y por todas las enseñanzas brindadas día a día.

A mis amigas por cada locura en este caminar, por cada risa, por cada momento único y por su amistad sincera y pura.

A mi novio Luis Arcos quien siempre estuvo a mi lado apoyándome y dándome palabras de aliento para poder seguir adelante y nunca decaer en este largo camino quien me enseñó que todo se logra con esfuerzo y ñeque.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE IMÁGENES	xiii
ÍNDICE DE TABLAS	xvi
ÍNDICE DE ANEXOS	xvii
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2. JUSTIFICACIÓN	4
1.3. OBJETIVOS	9
1.3.1. Objetivo General.....	9
1.3.2. Objetivos Específicos	9
1.4. METODOLOGÍA	9
1.4.1. Tipo de estudio	9
1.4.2. Población y muestra	9
1.4.3. Criterios de inclusión	10
1.4.4. Criterios de exclusión	10
1.4.5. Fuentes, técnicas e instrumentos	10
1.4.6. Análisis de la información	10
1.4.7. Hipótesis.....	11
1.4.8. Variables.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16

2.1. ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO	16
2.2. TIPOS DE PELVIS	19
2.2.1. Descripción de la Pelvis Ginecoide.....	19
2.2.2. Descripción de la Pelvis Androide	20
2.2.3. Descripción de la Pelvis Antropoide	21
2.2.4. Descripción de la Pelvis Platipeloide.....	22
2.3. LIGAMENTOS.....	23
2.3.1. Ligamentos de la cadera	24
2.3.1.1. Ligamento Íleo Femoral.....	24
2.3.1.2. Ligamento Pubofemoral	25
2.3.1.3. Ligamento Isquiofemoral	25
2.4. ARTICULACIONES	25
2.4.1. Articulaciones de la cintura pélvica	25
2.4.2. Articulación sacro iliaca.....	26
2.4.3. Sínfisis del pubis	27
2.4.4. Articulación sacro coccígea.....	27
2.4.5. Articulación lumbo sacra	27
2.5. MUSCULATURA	29
2.5.1. Músculos del Plano Superficial del Piso Pélvico	29
2.5.2. Músculos del Plano Medio del Piso Pélvico.	30
2.5.3. Músculos del Plano Profundo del Piso Pélvico.	31
2.6. INERVACIÓN DE LA PELVIS	31
2.7. NERVIOS DE LA PELVIS	33
2.7.1. Nervio Pudendo:.....	33
2.7.2. Nervio Obturador Interno:.....	33
2.7.3. Plexos Somáticos:	33

2.7.4. Autónomos	34
2.8. IRRIGACIÓN DE LA PELVIS.....	35
2.8.1. Arteria Iliaca Interna.....	35
2.8.2. Ramas de la Arteria Iliaca interna.....	35
2.8.3. Ramas Viscerales.....	36
2.8.4. Arteria del conducto Deferente:	37
2.8.5. Arteria Uterina:.....	37
2.9. BIOMECÁNICA DE LA PELVIS	38
2.10. EL EMBARAZO	40
2.10.1. ¿Qué es el embarazo?	40
2.10.2. Basculación pélvica.....	40
2.10.3. Hormonas dentro de los tejidos en el embarazo	40
2.10.3.1 Estrógenos	40
2.10.3.2 Gonadotropina coriónica	41
2.10.3.3. Progesterona.....	41
2.10.3.4. Lactógeno de la placenta humana (Hpl)	41
2.10.4. Embarazo y sus cambios fisiológicos.....	41
2.10.4.1 Cambios hormonales	42
2.10.4.2 Cambios en el aparato genitourinario	42
2.10.4.3. Cambios a nivel digestivo:.....	43
2.10.4.4 Cambios en las mamas.....	43
2.10.4.5. Cambios cardiovasculares	43
2.10.4.6 Cambios respiratorios	44
2.10.4.7. Cambios ósteoarticulares.....	44
2.10.4.8. Cambios en la musculatura.....	44
2.10.4.9 Cambios en el aparato circulatorio.....	44

2.10.4.10	Cambios en la piel.....	45
2.11.	PARTO	45
2.11.1.	Consideraciones Históricas del Parto.....	46
2.11.2.	Tipos de Parto	46
2.11.2.1.	Parto natural o de bajo riesgo	47
2.11.2.2.	Parto Inducido o estimulado:.....	47
2.11.2.3.	Parto Instrumental:.....	47
2.11.2.4.	Parto por cesárea:.....	48
2.11.3.	Inicio del parto	48
2.11.4	Fases del parto.....	49
2.11.4.1.	Primera fase del parto dilatación:.....	49
2.11.4.2	Segunda Fase del parto Expulsivo:.....	50
2.11.4.3.	Tercera Fase del Parto Alumbramiento y Salida de la	51
2.11.5.	Planos Paralelos de Hodge Para el momento del Parto:	51
2.11.5.1.	Primer Plano:	52
2.11.5.2	Segundo Plano:.....	52
2.11.5.3.	Tercer Plano:.....	52
2.11.5.4.	Cuarto Plano:	52
2.11.6.	Posturas del Parto:.....	53
2.11.6.1	De pie:.....	54
2.11.6.2	Sentada:.....	54
2.11.6.3	En cunclillas:	55
2.11.6.4	Semi sentada asimétrica:	56
2.11.6.5	De rodillas:	56
2.11.6.6	Sostenida de una soga:	57
2.11.6.7	Tumbada sobre alguno de los lados:	57

2.11.6.8	Cuadripedia.....	58
2.12.	NEUROFISIOLOGÍA.....	59
2.12.1.	Fisiopatología del dolor en el Parto	59
2.13.	VÍAS DEL DOLOR EN LA GESTANTE AL MOMENTO DEL PARTO .	60
2.13.1.	Repercusiones Fisiológicas.....	60
2.13.2.	Ubicación de Dolor en el Trabajo de Parto.....	60
2.14.	PSICOPROFILAXIS.....	61
2.14.1.	Preparación Psicoafectiva	62
2.14.2.	Planificación del Parto	63
2.14.3.	Beneficios de la Psicoprofilaxis tanto en la madre, bebe y familia	64
2.14.2.1	Beneficios para la madre.....	64
2.14.2.2	Beneficios para el bebé:.....	65
2.14.2.3	Beneficios para la familia:	65
2.14.2.4	Mejora la inserción a la actividad laboral	65
2.14.2.5.	Complicaciones durante la labor del parto	66
2.14.3.	Técnicas de Relajación Neuro Muscular	67
2.14.4.	Actividad física	68
2.14.5.	Desbloqueo y Liberación de la Pelvis.....	68
2.14.6.	Ejercicios de Tonificación	69
2.14.6.1	Postura de moro.....	69
2.14.6.2	Sentada con las piernas entrecruzadas	70
2.14.6.3	Flexión de hombros de 90 grados.....	71
2.14.6.4	Elevación de los Brazos a 90º.....	71
2.14.6.5	Postura de moro con la espalda erecta.....	72
2.14.6.6	Levantamiento de rodillas	73
2.14.6.7	Bipedestación.....	73

2.14.7.	Ejercicios de Kegel.....	74
2.14.7.1	El lento.....	75
2.14.7.2	El rápido.....	75
2.14.7.3	El ascensor.....	75
2.14.8.	Trabajo del periné en diversas posturas.....	76
2.14.8.1	Postura de Gato:.....	76
2.14.8.2	Postura de moro con la espalda recta:.....	76
2.14.8.3	Bipedestación con piernas separadas y con rodillas ligeramente flexionadas:.....	77
2.14.8.4	Posición agachada con las piernas separadas y apoyando toda la planta del pie:.....	78
2.14.8.5	Sedente en una silla con las piernas abiertas y cogiendo el respaldo con las manos:.....	79
2.14.9.	Ejercicios circulatorios.....	80
2.14.9.1	Primer ejercicio:.....	80
2.14.9.2	Segundo ejercicio:.....	81
2.14.9.3	Tercer ejercicio:.....	82
2.14.9.4	Cuarto ejercicio:.....	82
2.14.9.5	Quinto ejercicio:.....	83
2.14.10.	Estiramientos.....	83
2.14.10.1	Estiramientos del cuello:.....	83
2.14.10.2	Estiramiento de Miembros Superiores:.....	86
2.14.10.3	Estiramiento de los pectorales:.....	86
2.14.10.4	Estiramientos del tronco:.....	86
2.14.11.	Estiramientos globales.....	88
2.14.11.1	Estiramiento del gato.....	88
2.14.11.2	Estiramiento de todo el cuerpo:.....	89

2.14.11.3	Postura de buda:.....	89
2.14.12.	Estiramiento de Miembros Inferiores:.....	90
2.14.12.1	Estiramiento del cuádriceps:	90
2.14.12.2	Estiramiento de Isquiotibiales:.....	90
2.14.12.3	Estiramiento de la zona Glútea:	91
2.14.12.4.	Estiramiento de los músculos gemelos	91
2.15.	EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y ENTRENAMIENTO DEL PUJO ...	92
2.15.1	Respiraciones Básicas:	92
2.15.1.1	Torácica:	92
2.15.1.2	Abdominal:	92
2.15.2.	Respiración en Vela:	93
2.15.3.	Respiración del Soplido:.....	93
2.15.3.1	Rápida:.....	93
2.15.3.2	Lenta:	94
2.15.4.	Respiración Habitual y Rítmica:	94
2.15.5.	Respiración tipo 1	94
2.15.5.1.	Profunda:.....	94
2.15.6.	Respiración tipo 2.....	95
2.15.6.1	Jadeante:	95
2.15.7.	Respiración tipo 3.....	95
2.15.7.1.	Sostenida o de Pujo:	95
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN		96
3.1.	RESULTADOS.....	96
3.2.	DISCUSIÓN	119
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		122
4.1.	CONCLUSIONES.....	122

4.2. RECOMENDACIONES	123
BIBLIOGRAFÍA	124
ANEXOS	131

ÍNDICE DE IMÁGENES

Figura 1. Pelvis Ginecoide.....	20
Figura 2. Pelvis Androide.....	21
Figura 3. Pelvis antropoide.....	22
Figura 4. Pelvis Platipeloide.....	23
Figura 5. Ligamentos de la cadera.....	24
Figura 6. Cintura pélvica – distribución.....	26
Figura 7. Cintura pélvica articulación.....	28
Figura 8. Inervación de la pelvis.....	32
Figura 9. Irrigación de la pelvis.....	38
Figura 10. Planos Paralelos de Hodge.....	53
Figura 11. Posturas Parto De pie	54
Figura 12. Posturas parto Sentada.....	55
Figura 13. Posturas Parto En cunclillas.....	55
Figura 14. Parto Semi sentada asimétrica.....	56
Figura 15. Posturas parto De rodillas.....	56
Figura 16. Sostenida de una soga.....	57
Figura 17. Tumbada sobre uno de los lados.....	58
Figura 18. Posturas Parto Cuadripedia.....	58
Figura 19. Ubicación dolor Trabajo del parto.....	61
Figura 20. Desbloqueo y liberación pélvica.....	69
Figura 21. Postura de moro.....	70

Figura 22. Sentada con las piernas entrec.	70
Figura 23. Flexión hombros 90 grado.	71
Figura 24. Elevación de los Brazos a 90°.	72
Figura 25. Postura moro espalda erecta.	72
Figura 26. Levantamiento de rodillas.	73
Figura 27. Bipedestación.	74
Figura 28. Postura de Gato.	76
Figura 29. Postura moro espalda recta.	77
Figura 30. Bipedestación piernas separada.	78
Figura 31. Agachada con las piernas separadas.	79
Figura 32. Sedente en una silla con las piernas abiertas.	79
Figura 33. Ejercicios circulatorios.	80
Figura 34. Sentada con las piernas estiradas.	81
Figura 35. Decúbito supino con sus piernas juntas.	81
Figura 36. Decúbito sedente con las piernas juntas.	82
Figura 37. Piernas estiradas y juntas.	82
Figura 38. Decúbito supino con las piernas.	83
Figura 39. Estiramientos del cuello I.	84
Figura 40. Estiramientos del cuello II.	84
Figura 41. Estiramientos del cuello III.	85
Figura 42. Estiramientos del cuello IV.	85
Figura 43. Estiramiento de los pectorales.	86
Figura 44. Estiramientos del tronco I.	87
Figura 45. Estiramientos del tronco II.	87
Figura 46. Estiramientos del tronco III.	88
Figura 47. Estiramiento del gato.	88

Figura 48. Estiramiento de todo el cuerpo.....	89
Figura 49. Postura de buda.....	89
Figura 50. Estiramiento del cuádriceps.....	90
Figura 51. Estiramiento de Isquiotibiales.....	90
Figura 52. Estiramiento de la zona Glútea.....	91
Figura 53. Estiramiento de gemelos.....	91
Figura 54. Respiración Abdominal.....	93
Figura 55. Grupos de Edades.....	96
Figura 56. Número de Controles.....	99
Figura 57. Semanas de gestación por grupos.....	100
Figura 58. Números de partos.....	102
Figura 59. Psicoprofilaxis.....	103
Figura 60. Psicoprofilaxis vs grupo de edad.....	105
Figura 61. Número de Sesiones de Psicoprofilaxis.....	106
Figura 62. Tiempo de labor de parto Vs psicoprofilaxis Vs edad.....	108
Figura 63. Posición de Parto.....	109
Figura 64. Posición de parto vs tiempo de labor de parto.....	111
Figura 65. Tiempo de labor de parto vs edad.....	112
Figura 66. Tiempo de labor de parto vs psicoprofilaxis.....	113
Figura 67. Episiotomía vs sesiones de psicoprofilaxis.....	114
Figura 68. Desgarros.....	116
Figura 69. Número de Sesiones de psicoprofilaxis vs Desgarros.....	117
Figura 70. Ingreso principal al Centro de Tabacundo Tipo C.....	132
Figura 71. Material empleado en las charlas impartidas en el Centro de Salud de Tabacundo.....	133
Figura 72. Maniquí utilizado en las charlas de Psicoprofilaxis.....	133

Figura 73. Salas de UTPR.....	134
Figura 74. Sala de UTPR.....	134
Figura 75. Equipo utilizado para el parto.....	135

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	11
Tabla 2 Músculos del Plano Superficial del Piso Pélvico	29
Tabla 3 Músculos de la pared de la pelvis.....	30
Tabla 4 Músculos del Plano Medio del Piso Pélvico	30
Tabla 5 Músculos del Plano Profundo del Piso Pélvico	31
Tabla 6 Grupo de edades	96
Tabla 7 Número de controles.....	98
Tabla 8 Semanas de gestación por grupos.....	100
Tabla 9 Números de partos.....	102
Tabla 10 Psicoprofilaxis	103
Tabla 11 Psicoprofilaxis vs grupo de edad	104
Tabla 12 Número de Sesiones de Psicoprofilaxis.....	106
Tabla 13 Posición de Parto.....	109
Tabla 14 Sesiones de psicoprofilaxis.....	114
Tabla 15 Desgarros	116
Tabla 16 Número de Sesiones de psicoprofilaxis vs Desgarros	117

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Centro Salud de Tabacundo Tipo C	131
Anexo 2 Área del Centro de Tabacundo tipo C donde se imparten las charlas de psicoprofilaxis.....	133
Anexo 3 Unidad de trabajo de Parto y recuperación.	134

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

La psicoprofilaxis es un entrenamiento físico, el cual consiste en un conjunto de ejercicios suaves y seguros que capacitan a la gestante a manejar su postura, movimiento, respiración, relajación y dominio de puntos analgésicos (Molina Medina, 2015).

Por lo tanto, se puede obtener una mejor participación durante el trabajo de parto y sobre todo, en el período expulsivo, además prepara psicológicamente a la mujer embarazada a que desarrolle la autoconfianza y posibilidad de asumir el proceso de parto de manera natural y positiva (MSP, 2014).

A través de una adecuada preparación psicoprofiláctica se puede lograr resultados favorables tanto para la madre como para el feto, mediante la práctica de ejercicios de relajación, y respiración, lo cual permitirá que los músculos se relajen y de esta manera se evite posibles complicaciones durante la labor del parto (MSP, 2014).

Es por esto que la psicoprofilaxis, es importante puesto que busca es el bienestar tanto de la madre como del hijo, mitigando o eliminando emociones negativas, angustia y tensión durante la labor del parto (Kinnemed, 2015).

La psicoprofilaxis, no solamente busca quitar el dolor, sino disminuirlo utilizando diferentes técnicas, además ayudan a eliminar el estrés y el miedo que algunas gestantes sufren en el proceso del alumbramiento, sobre todo si son madres primerizas, es por esto que la aplicación de los diferentes ejercicios como los de Kegel y las técnicas de respiración son importantes, para que la madre sienta más seguridad al momento del parto (Kinnemed, 2015).

El objetivo de este estudio fue determinar la efectividad de la psicoprofilaxis para disminuir el tiempo de la labor del parto en las mujeres que completan las sesiones y que acuden al Centro de Salud Tipo C de Tabacundo. Para realizar este análisis se procedió a la revisión de historias clínicas de todas las participantes de este programa (MSP, 2018).

Esta investigación va a estar compuesta por cuatro capítulos en donde el capítulo 1 está conformado por la introducción, planteamiento del problema, justificación, objetivos y metodología, el capítulo 2 está por marco teórico, anatomía del suelo pélvico, ligamentos, articulaciones, musculatura, inervación y nervios de la pelvis, irrigación, biomecánica de la pelvis, el embarazo, parto, neurofisiología, psicoprofilaxis, ejercicios respiratorios y entrenamiento del pujo, el capítulo 3 está conformado por resultados y discusión y por último el capítulo 4 donde se encuentran conclusiones y recomendaciones.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En esta investigación participan las madres gestantes que asisten al programa de psicoprofilaxis en el Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, ya que es conocido que en nuestro país, debido a la falta de información y conocimiento, las mujeres gestantes presentan dificultades durante el embarazo y en el momento de la labor de parto (MSP G. M., Noviembre 2014).

Las mujeres gestantes que no han realizado psicoprofilaxis durante el periodo de gestación presentan problemas, como por ejemplo: desgarros perineales, incontinencia ano rectal, estreñimiento, prolapso de útero o vejiga, desgaste energético de la madre, puede existir sufrimiento fetal como por ejemplo hipoxias cerebrales en el niño, así como también puede afectar en la parte emocional a la madre luego del parto como es conocida la depresión post parto (Zaragoza, 2007).

Por falta de entrenamiento de su musculatura, podemos encontrar lesiones a nivel músculo esquelético como por ejemplo la debilidad de su musculatura abdominal y suelo pélvico y problemas en su respiración (Zaragoza, 2007).

Con esta investigación se pretende, a través de la aplicación de un programa de psicoprofilaxis, disminuir el tiempo de la labor de parto en las mujeres gestantes sometidas a este programa y todas las complicaciones que puede existir, en comparación de otro grupo de mujeres que no realizaron dicho programa.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La psicoprofilaxis presenta muchos beneficios tanto para la madre como el bebé y toda la familia puesto que la gestante puede disfrutar de su embarazo de manera relajada y tranquila, además de que la labor del parto puede ser más corta, el bebé puede nacer sin mayor dificultad (Alvarado, 2014)

Cuando la mujer ya está preparada para el parto, los músculos de las paredes del útero se distienden aumentando la irritabilidad y la capacidad de contracción, con el cuello del útero totalmente dilatado, la cabeza comienza a salir del útero, atraviesa la pelvis y, una vez que los músculos que separan la vagina del recto (perineo) se distienden, la vagina se dilata y la cabeza aparece por la vulva; cuando la cabeza está liberada, salen los hombros y finalmente el resto del cuerpo (WAECE, 2019).

A nivel mundial los países desarrollados tecnológicamente pusieron en práctica la preparación psicoprofiláctica del parto ya que se ha tomado en cuenta los diferentes planteamientos de varias escuelas como la fue la escuela rusa y la escuela francesa y por último se ha tomado en cuenta también la inspiración de Read (Guerrero Oleas & Paguay Vargas, 2013).

En el año de 1951 Thoms y Kanlovsky estudiaron 2000 partos de gestantes primíparas que recibieron dicha preparación para el parto en base a la escuela de Granthery Dick-Read, en el hospital comunitario de Grace New Haven si es cierto no se comparó con un grupo sin preparación, sino que este trabajo sirvió como una base para poder desarrollar programas de preparación para el momento del parto en Estados Unidos, ya que aquí se encontró con un número de niños recién nacidos deprimidos y el trabajo de parto fue mucho más rápido, también se encontraron con menos partos por procesos quirúrgicos y por ende, el objetivo final fue que la madre se sintiera mucho más tranquila y feliz (Guerrero Oleas & Paguay Vargas, 2013).

Por consiguiente en 1952 estos autores realizaron una comparación de 657 mujeres gestantes tanto primíparas y múltiparas, siendo así que un grupo de 249 personas que se hicieron atender por consulta particular y general recibieron el programa de psicoprofilaxis

para el parto la cual consto de una serie de 6 sesiones las cuales se impartieron en el centro de maternidad, estas mujeres pudieron demostrar una gran diferencia que fue muy importante en cuanto a grupos de mujeres que recibieron la administración de analgésicos durante el parto, como resultado no se vio la necesidad de administrar analgésicos durante el parto al grupo de mujeres de 27% de las que escogieron es curso, es decir que ni el 22% de las que asistieron luego de una invitación y que solo un 6% de las que no asistieron (Guerrero Oleas & Paguay Vargas, 2013).

Es así como en el año de (1962) Davis y Morrone realizaron un estudio de 463 primíparas que se dividió en 4 grupos, el primer grupo que va a estar conformado por un total de 320 gestantes primíparas quienes recibieron el programa y obtuvieron ayuda adicional por el personal de salud en el momento de la labor del parto, de estas 35 tomaron clases sin ningún tipo de ayuda, 85 de estas mujeres no tomaron clases, pero si recibieron ayuda del personal, y las ultimas 23 no recibieron ni clases ni ayuda (Guerrero Oleas & Paguay Vargas, 2013).

La preparación consta de más de 5 sesiones que están basadas en la escuela francesa (Guerrero Oleas & Paguay Vargas, 2013).

En este estudio se compararon diferentes aspectos de la labor del parto entre los diferentes grupos, pero los resultados que se obtuvieron fueron negativos ya que no se pudo encontrar ninguna diferencia del uso electivo del fórceps, ni tampoco el empleo de analgesia, las diferencias que se encontraron entre las mujeres que si hicieron el curso de psicoprofilaxis y las que no hicieron este curso fue que las del primer grupo eran de mayor edad y su nivel sociocultural era mucho más elevado las cuales eran casadas con hombres que tenían un nivel socio económico más alto y por su puesto la actitud que tenían era más positiva sobre su embarazo (Guerrero Oleas & Paguay Vargas, 2013).

A su vez Guzmán Sánchez en el año de (1983) realizó un estudio en donde se puede señalar la diferencia que existe de manera estadística entre las mujeres que recibieron psicoprofilaxis y las que no recibieron psicoprofilaxis, es así que en el primer grupo había menos evoluciones previas al ingreso del paciente al hospital, menor duración en el trabajo del parto, menos complicaciones obstétricas y neonatales (Guerrero Oleas & Paguay Vargas, 2013).

A demás Espinoza y Figueroa describen los beneficios que van a existir si las gestantes realizan la psicoprofilaxis, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliaty (Guerrero Oleas & Paguay Vargas, 2013).

En este estudio sobre los beneficios de la psicoprofilaxis a través del método prospectivo y con una muestra de 200 gestantes, finaliza que los niveles de temor de estas madres disminuyeron ya que tomaron una mejor actitud ante el proceso de la labor del parto (Guerrero Oleas & Paguay Vargas, 2013).

Es así que Vivanco, en (1995) realizó un estudio de gestantes primíparas que obtuvieron la preparación de psicoprofilaxis para su parto en el Hospital de Apoyo Hipolito Unanue de Tacna, este es un estudio de tipo comparativo en donde se puede dar una conclusión que el 86% de estas mujeres primigestas con la preparación colaboraron de una manera muy positiva en el periodo de dilatación reduciendo el mismo en menos de 10 horas esto es el 70%, en el otro grupo de control que no tomaron el curso de psicoprofilaxis solo colaboraron de manera positiva un 15% quienes obtuvieron un periodo de dilatación en menos del 10%, solo el 52%, es así que durante el periodo corto el 83% de estas mujeres colaboraron, al contrario del grupo control solo lo hicieron un 16% y obtuvieron un periodo corto del 73% (Guerrero Oleas & Paguay Vargas, 2013).

Igualmente Coronel E en (1997) realizó un estudio de la labor del parto en las mujeres gestantes con preparación psicoprofilactica en el Hospital de Apoyo Hipolito se realiza un estudio de las gestantes entre 20 a 24 años de edad, casadas, instrucción superior completa, quienes realizan este programa ya que les resulto mucho más fácil el poder captar la información tanto en la parte teórica y práctica, dando como resultado que el tiempo que duro la labor del parto se acorta de manera significativa en todos sus periodos y que el comportamiento de la madre es buena (Guerrero Oleas & Paguay Vargas, 2013).

En Ecuador existen muy pocos estudios que tengan relación a la psicoprofilaxis obstétrica, pero los beneficios y el rol que tienen los ejercicios de la psicoprofilaxis en las madres gestantes y el niño, exige al Ministerio de Salud Publica la necesidad de implementar un programa de prevención que dé resultados a corto plazo, es decir mejorar el control prenatal el cual se puede medir según el número de controles que haya tenido la gestante en esta etapa

De acuerdo a un estudio realizado por la OMS (2017), en el mundo cada día mueren 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. (OMS, 2017)

Al respecto en el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública en el año (2011) señala que se produjeron 215.906 embarazos en el país en mujeres entre 20 a 24 años, además señala que en el caso de la mortalidad infantil se ha reducido en un 18.5 por mil niños/as nacidos vivos (MSP, 2015).

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador, realizó un estudio sobre la psicoprofilaxis durante el embarazo para mejorar el proceso y los resultados del trabajo de parto y de las condiciones del recién nacido (Regalado Segovia , 2014)

Históricamente a la gestación se la considera como un proceso biológico, psicológico y socialmente normal; sin embargo, en algunos casos este proceso puede llegar a ser abrumador para muchas mujeres, especialmente primerizas. De allí la importancia de informar sobre los beneficios de la psicoprofilaxis durante la gestación, el parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé(s), haciendo de esto una experiencia satisfactoria y feliz, también fortalece la participación y rol activo del padre (Morales Alvarado, Guibovich Mesinas, & Yábar Peña, 2014).

El tema propuesto se identifica con los profesionales de la salud, cuya función es brindar un buen acondicionamiento físico a la madre para el momento del parto, con base a la aplicación adecuada de las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás. En este sentido la aplicación de la psicoprofilaxis para disminuir el tiempo de la labor del parto en las madres toma importancia en el trabajo de parto ya que la madre en labor de parto puede ingresar al centro de atención con una dilatación más avanzada y evitar de esta manera las repetidas e innecesarias evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto, favoreciendo el comportamiento, la actitud y la disposición para colaborar durante todo el proceso del parto (Solis Linares & Morales Alvarado , 2012).

Es así como el presente estudio es importante para el área de terapia física ya que la psicoprofilaxis, es aplicada por médicos obstetras y personal de terapia física, quienes preparan a las mujeres embarazadas para lograr un parto sin complicaciones, ya que a mayor preparación de las mujeres se logra hacer frente al parto el cual va a conllevar menor

tiempo y dolor a nivel muscular, en vista de que estas se preparan tanto psíquica como físicamente, por otro lado es importante destacar que el curso de psicoprofilaxis se recomienda a las madres primerizas las cuales deben aprender técnicas de relajación, meditación y de respiración, también deben aprender a reconocer signos de alarma que pueden producirse tanto antes como después del parto (Guerrero Oleas & Paguay Vargas, 2013).

Por medio de este estudio se espera mejorar la intervención de los terapeutas físicos en la aplicación de la psicoprofilaxis del parto, esta área necesita mayor formación, ya que la fisioterapia en el parto juega un papel fundamental, por ello es necesario que la mujer embarazada reciba información necesaria para prevenir las molestias asociadas al embarazo, romper el círculo de miedo, tensión, dolor y sobre todo para que se prepare para el parto (Guerrero Oleas & Paguay Vargas, 2013).

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

El objetivo general de este estudio fue analizar los factores que se asocian con el tiempo de la labor de parto en mujeres que realizaron psicoprofilaxis vs las que no lo realizaron

1.3.2. Objetivos Específicos

- Categorizar a la población de mujeres embarazadas que realizaron psicoprofilaxis según su edad, número de gestaciones y controles médicos.
- Comparar el tiempo de la labor de parto en mujeres que realizaron psicoprofilaxis vs las que no lo realizaron mediante revisión de historias clínicas.
- Describir el efecto que tiene las sesiones de psicoprofilaxis en el tiempo de la labor de parto.

1.4. METODOLOGÍA

1.4.1. Tipo de estudio

La presente investigación se basa en la recolección y análisis de datos por lo que es de tipo retrospectiva y cuantitativa, además por el tipo de estudio se considera observacional debido a que se basa en la recolección de datos mediante la revisión de historias clínicas, y es de tipo descriptiva porque se va documentando las etapas del embarazo, parto y post parto de la madre mediante la aplicación de las diferentes técnicas de psicoprofilaxis y su incidencia en el tiempo de la labor de parto.

1.4.2. Población y muestra

Todas las mujeres gestantes del año 2018, embarazadas que acuden al centro de salud tipo C de la parroquia de Tabacundo; a las cuales se les distribuirá en dos grupos, el

primero que serán todas las gestantes que tienen 0 a 3 sesiones de educación prenatal vs las del segundo grupo que cuentan de 4 a 6 sesiones prenatales.

1.4.3. Criterios de inclusión

- Gestantes que acudieron al programa de educación prenatal.
- Gestantes que han o no acudido al programa de educación prenatal.
- Gestantes primerizas y multíparas.
- Gestantes que acudieron por lo menos a un control prenatal.

1.4.4. Criterios de exclusión

- Gestantes con complicaciones obstétricas.
- Gestantes que culmine su parto en cesárea.
- Gestantes que tengan un riesgo obstétrico bajo, medio o alto.
- Gestantes que no tienen controles prenatales.

1.4.5. Fuentes, técnicas e instrumentos

En primer lugar, se realizará la recopilación y análisis de la información secundaria existente sobre esta temática de investigación mediante bibliografía, tesis, papers; luego se procede a la captura de información primaria mediante la recolección de información en las historias clínicas en el Centro de Salud de Tabacundo tipo C.

1.4.6. Análisis de la información

Una vez recolectada la información tanto primaria como secundaria se procede, mediante estadística, a la tabulación de los datos y posterior análisis para la obtención de los resultados mediante estadísticas

1.4.7. Hipótesis

El tiempo de la labor del parto disminuirá en las madres que realizaron psicoprofilaxis en el Centro de Salud tipo C de Tabacundo durante el año 2018.

1.4.8. Variables

Tabla 1
Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIA
Edad de la gestante	Período de tiempo que ha pasado desde el nacimiento hasta el momento actual, se expresa en horas, días, meses o años.	Adolescentes	15 a 20 años	Intervalo
		Adulto joven	21 a 25 años	
		Adulto	25 a 30 años	
		Adulto Maduro (MARTÍN, 2005)	30 a 35 años	
Controles Prenatales	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	1era Ecografía	Tercer mes de Gestación	Ordinal
		2da Ecografía	Quinto mes de Gestación	
		3era Ecografía		

	embarazo y la salud del recién nacido		Octavo mes de gestación	
Numero de Sesiones de Educación Prenatal Psicoprofilaxis	Preparación integral prenatal para un embarazo, parto y post parto sin temor, en las mejores condiciones y con la posibilidad de una rápida recuperación	5-6 sesiones completas 2-3-4 Sesiones incompletas	Es aconsejable terminar con las 6 sesiones ya que esto trae muchos beneficios tanto para la madre, el bebe, el equipo de salud y su familia no ayuda a la complementación del programa.	Ordinal

Semanas de Gesta	<p>La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento.</p> <p>Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre.</p>	1er Trimestre	Consta de la semana 1 a la semana 13	Intervalo
	<p>La edad gestacional es el término usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste.</p>	2do Trimestre	Consta de la semana 14 a la semana 28	
	<p>Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.</p> <p>Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas.</p>	3er Trimestre	Consta de la semana 29 a la semana 42	
Números de Gesta	Cantidad total de partos con un feto viable.	Primíparas Multíparas	220 mujeres 108 mujeres	Intervalo

Posiciones para el parto	Tienen una gran importancia ya que van a cesar todas las prácticas durante el parto que no resulten beneficiosas y se reemplacen por otras más ventajosas para la madre y su bebé.	De pie	Posición a elegir por la gestante para el momento del alumbramiento	Nominal
		Sentada		
		En Cunclillas		
		Semi sentada asimétrica		
		De Rodillas		
		Sostenida de una sogá		
		Tumbada sobre los lados		
		Cuadripedia		
Tiempo de labor de parto	Tiempo comprendido entre el inicio del trabajo del parto y cuando el cuello del útero está completamente dilatado	Promedio menor a 6 horas	Realizaron Psicoprofilaxis	Intervalo
		Promedio mayor a 6 horas	No realizaron Psicoprofilaxis	
Episiotomía	Es una incisión que se le hace a la gestante en el perine desde la comisura posterior de la vulva hasta el año con el fin de evitar desgarros durante la labor del parto.	Media Medio lateral	Se las realiza al momento del parto cuando no hay espacio para la salida del bebe evitando desgarros	Nominal

Desgarros	Un desgarro del perineo puede ocurrir durante un parto vaginal	Primer Grado Segundo Grado Tercer grado Cuarto grado	Provocado por la falta de espacio para la salida del bebe	Nominal
------------------	--	---	---	---------

FUENTE: (Acosta, 2014) ; (Brennan, 2019) ;(Espales, 2013).

ELABORADO POR: Salome Brito.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico (SP), está formado por un conjunto de huesos que son el ilion, isquion, pubis y el acetábulo y estructuras musculares, que junto a las fascias y ligamentos conforman el diafragma pélvico, este se caracteriza por ser el sostén de los diferentes órganos pélvicos.

Los órganos pélvicos se encuentran en 3 compartimentos:

Anterior: vejiga urinaria, uretra

Medio: útero, vagina y vesículas seminales

Posterior: recto y ano (Gálvez, 2009);(Carvajal Oviedo, Chambi Cahuana, & Vaca Paredes, 2012).

El suelo pélvico en sus partes blandas posee forma romboidal y está comprendida por un marco osteofibroso el cual está constituido por la parte de adelante por la sínfisis del pubis, y las ramas isquio púbicas, y por su parte posterior por el sacro y por el cóccix y ligamentos sacro tuberoso y espinoso (Martinez, 2008).

El suelo pélvico se encuentra dividido por dos triángulos los cuales son los encargados de unir ambas tuberosidades:

1. Posterior: Pertenece a la región anal
2. Anterior: Pertenece a la región urogenital (Martinez, 2008).

La musculatura del piso pélvico se divide en 3 planos:

1. **Plano superficial:** Este consta de 2 partes, tanto una anterior como una posterior:

Anterior:

- Transverso superficial.
- Bulbo esponjoso o cavernoso.

- Isquiocavernoso (Marelin, s.f.).

Posterior:

- Esfínter externo del ano.
- Constrictor de la vulva (femenino) (Marelin, s.f.).

2. Plano medio

- Transverso profundo del perine
- Esfínter externo de la uretra (Marelin, s.f.).

3. Plano profundo

Elevador del ano se divide en: Estos tienen como función el sostén de las vísceras pélvicas y el esfínter anal.

- Puborrectal.
- Pubococcigeo.
- Iliococcigeo
- Isquiococcigeo (Marelin, s.f.).

Los planos musculares del piso pélvico tienen revestimientos aponeuróticos propios de los cuales existen 3 y están divididas en:

- Aponeurosis perineal superficial ((fascia superficial)
- Aponeurosis perineal media (fascia diafragma uro-genital inferior)
- Aponeurosis perineal profunda (fascia pélvica); (Testut & Latarjet, 1965) (Carratalá, 2017).

Estas aponeurosis en las mujeres se encuentran atravesadas mediante una hendidura de forma ancha por la que llega a pasar tanto la uretra y la vagina (Carratalá, 2017).

Existen otros músculos que forman el suelo pélvico, sin embargo, es necesario resaltarlos debido a su proximidad:

- Obturador interno
- Piramidal

Estado del diafragma respiratorio y de la columna lumbar (Bejarano, 1991).

La inervación de la pelvis está constituida por:

- Plexo hipogástrico inferior.
- Ramas del plexo sacro.
- Ramas del plexo lumbar (Guzmán López & Vidal Gutiérrez, 2015).

La Pelvis se divide en:

- Pelvis mayor o falsa
- Pelvis menor o verdadera (Moore & Dalley, 1999).

Los nervios de la pelvis están compuestos por:

- Nervio Pudendo.
- Nervio Obturador interno: Nervio del músculo piriforme.
Nervio del músculo elevador del ano (Elzo, 2015).
- Plexos somáticos: Plexo sacro.
Plexo coccígeo.
Nervio obturador (Elzo, 2015).
- Autónomos: Troncos simpáticos sacros.
Plexo hipogástrico.
Esplacnics pélvicos (Elzo, 2015).

Irrigación pélvica compuesta por:

- Arteria Iliaca interna.
- Ramas de la arteria Iliaca interna: Tronco anterior
Tronco posterior (AnatoIN, 2018).

- Ramas Viscerales: Arteria umbilical.
Arteria vesical inferior (AnatoIN, 2018).
- Arteria del conducto deferente.
- Arteria Uterina
- Arteria Iliaca Interna: Ramas parietales (AnatoIN, 2018).

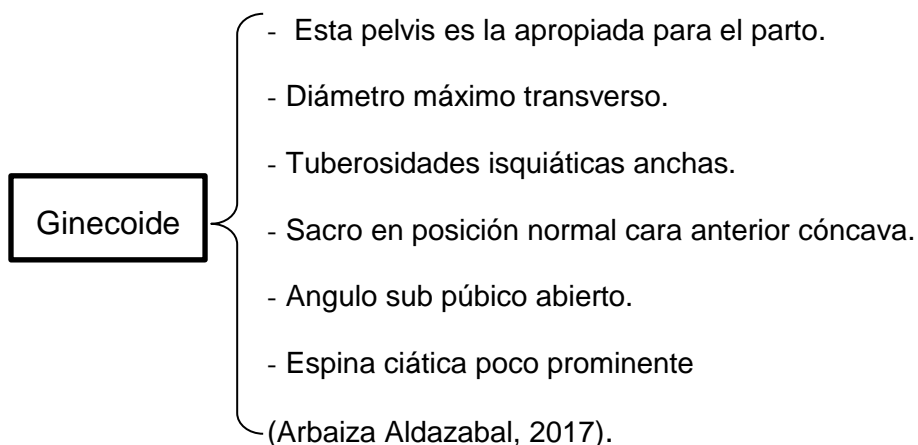
2.2. TIPOS DE PELVIS

2.2.1. Descripción de la Pelvis Ginecoide

La morfología que tiene este tipo de pelvis es una de las más apropiadas para el parto vaginal, la presentación se introduce en la pelvis haciendo coincidir la sutura sagital con el diámetro transversal u oblicuos del estrecho superior, la evolución que tiene el parto es con rotación interna a posición occipito-anterior (Carvajal Oviedo, Chambi Cahuana, & Vaca Paredes, 2012).

El diámetro sagital posterior del estrecho superior es más corto que el del diámetro sagital anterior, los lados del segmento posterior son redondos y son anchos, dado que el diámetro transversal del estrecho superior es ligeramente mayor o se aproxima al diámetro antero posterior, el estrecho superior tiene una representación redonda y ovalada (Guzmán López & Vidal Gutiérrez, 2015).

Las características de la pelvis Ginecoide son:



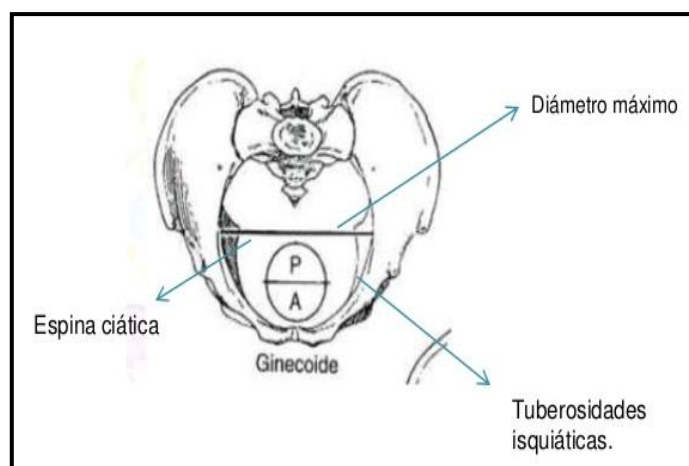


Figura 1. Pelvis Ginecoide.

Fuente: (Carvajal Oviedo, Chambi Cahuana, & Vaca Paredes, 2012)

2.2.2. Descripción de la Pelvis Androide

La pelvis androide primero es aquella que tiene más apariencia a una pelvis masculina y presenta un estrecho superior de forma triangular con una base de forma posterior y un vértice anterior (Latarjet Ruiz, 2012);(Carvajal Oviedo, Chambi Cahuana, & Vaca Paredes, 2012).

El diámetro transversal es posterior y el segmento es poco profundo, el segmento anterior es estrecho ya que presenta una marcada convergencia de las ramas superiores del pubis, la escotadura ciática es profunda y estrecha. El sacro se encuentra inclinado hacia adelante y el ángulo subpúbico que presenta es alto y de la misma manera estrecho, las espinas ciáticas tienen una forma ancha y son prominentes, es así que las paredes laterales son convergentes (Latarjet Ruiz, 2012).

La convergencia de estas paredes laterales, la prominencia de las espinas ciáticas y la inclinación del sacro hacia adelante impiden la rotación de la cabeza del feto (Latarjet Ruiz, 2012).

Las características son las siguientes:

- Androide
- Este tipo de pelvis es más masculino que femenina.
 - No es favorable para dar un parto natural.
 - Diámetro antero posterior es menor que el transverso.
 - Sacro iliaco posición hacia adelante.
 - Paredes laterales o convergentes,
 - Espinas ciáticas prominentes.
 - Angulo sub púbico cerrado.
 - El estrecho superior es de forma triangular.
- (Latarjet Ruiz, 2012).

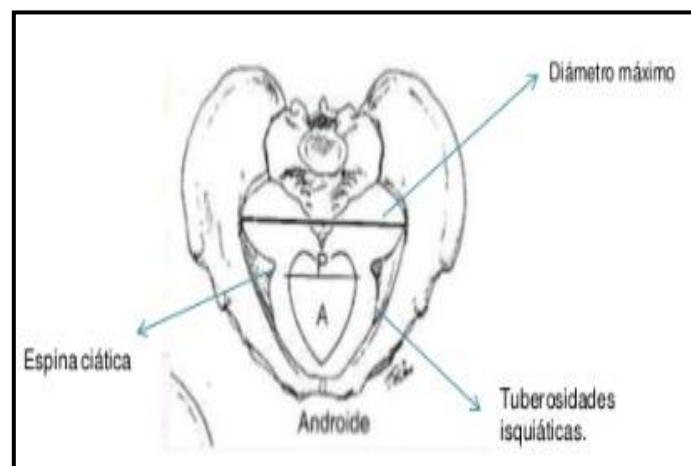


Figura 2. Pelvis Androide.

Fuente: (Carvajal Oviedo, Chambi Cahuana, & Vaca Paredes, 2012)

2.2.3. Descripción de la Pelvis Antropoide

La pelvis antropoide es aquella que muestra un estrecho superior y su forma se representa de manera ovalada y esta predomina mucha más en la raza negra (Latarjet Ruiz, 2012).

Este tipo de pelvis presenta las siguientes características:

Antropoide

- Este tipo de pelvis es más frecuente en la raza negra.
- Diámetro antero posterior es mayor que el transverso.
- Sacro de forma larga y recta y va dirigido hacia atrás.
- Sus paredes laterales son algo convergentes.
- Sus espinas ciáticas son poco prominentes.
- Su ángulo sub púbico es algo estrecho.

(Latarjet Ruiz, 2012); (Carvajal Oviedo, Chambi Cahuana, & Vaca Paredes, 2012).

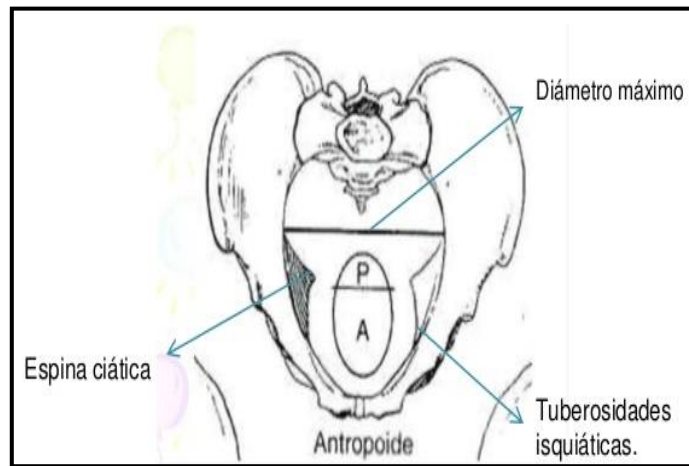


Figura 3. Pelvis antropoide.

Fuente: (Carvajal Oviedo, Chambi Cahuana, & Vaca Paredes, 2012)

2.2.4. Descripción de la Pelvis Platipeloide

Se caracterizan por tener un estrecho superior de forma ovalada, con un eje mayor transversal, y por presentar una disminución relativa del diámetro antero posterior, el diámetro transversal es anterior y las escotaduras ciáticas son tanto profundas y cortas, las llamadas espinas ciáticas suelen ser más prominentes lo que conlleva a tener más dificultad al momento del parto, y al instante de presentar un diámetro antero posterior estrecho esto va a impedir la rotación de la cabeza del feto (Latarjet Ruiz, 2012).

Las características son las siguientes:

Platipeloide

- Diámetro antero posterior menor que el transverso.
- El sacro es corto y está dirigido hacia atrás.
- Sus paredes son laterales y rectas.
- Las espinas ciáticas son prominentes.
- El estrecho superior es de forma ovalada y su predominio es hacia transversal.

(Latarjet Ruiz, 2012);(Carvajal Oviedo, Chambi Cahuana, & Vaca Paredes, 2012).

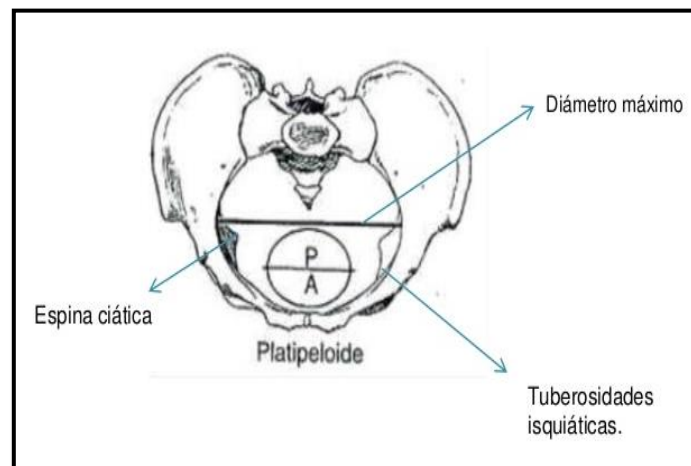


Figura 4. Pelvis Platipeloide.

Fuente: (Carvajal Oviedo, Chambi Cahuana, & Vaca Paredes, 2012)

2.3. LIGAMENTOS

Según los autores Charris y Torné (2015) un ligamento es una estructura que tiene forma de banda formada por tejido fibroso la cual su función es unir y estabilizar los huesos en las articulaciones (Charris & Torné, 2012).

En diferentes articulaciones como la de la cadera, los ligamentos se encuentran dentro de la cápsula articular, la cual da más resistencia a la articulación, por ejemplo, los ligamentos redondos de la cadera. Estos ligamentos se caracterizan por ser más cortos,

más largos, y estos pueden ser más resistentes o elásticos, según el tipo de trabajo que tenga que realizar cada articulación (Charris & Torné, 2012).

El ligamento permite el movimiento, pero también evita mover los huesos de modo excesivo lo que ayuda a prevenir las luxaciones en caso de movimientos forzados (Charris & Torné, 2012).

2.3.1. Ligamentos de la cadera

La cadera está dotada de ligamentos principales que son fuertes bandas fibrosas que unen diferentes partes del hueso coxal con el fémur. Estos ligamentos sirven para reforzar la articulación y evitar que se produzcan movimientos de excesiva amplitud (Igarashi Ueda, 2012).

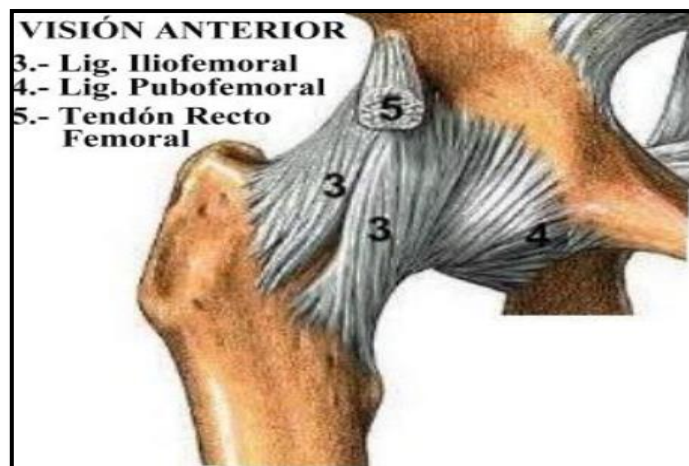


Figura 5. Ligamentos de la cadera.

Fuente: (Igarashi Ueda, 2012)

2.3.1.1. Ligamento Íleo Femoral

Este ligamento tiene forma de Y invertida, se caracteriza por ser uno de los ligamentos más fuertes del cuerpo, cuyo origen está en la espina ílica antero inferior y se va a inserta en la zona intertrocantérea (Igarashi Ueda, 2012).

2.3.1.2. Ligamento Pubofemoral

Este ligamento sale de la rama superior del pubis, no es un ligamento muy fuerte, pero ayuda para evitar la separación excesiva del muslo (Igarashi Ueda, 2012).

2.3.1.3. Ligamento Isquiofemoral

Este ligamento es el más débil, su función principal es impedir la hiperextensión (Igarashi Ueda, 2012).

2.4. ARTICULACIONES

2.4.1. Articulaciones de la cintura pélvica

La cintura pélvica es la principal en ser el sostén del abdomen y une a los miembros inferiores del tronco, es un anillo osteoarticular sellado y se compone por tres piezas óseas y tres articulaciones, las principales son las sacro iliacas y la sínfisis del pubis, la cintura pélvica en su totalidad simula un embudo la que tiene una gran base superior y que conecta la cavidad abdominal y la pelvis a través del estrecho superior (Gómez , 2016).

Esta articulación traspassa fuerzas entre el raquis y los miembros inferiores, este peso que sobrelleva la quinta vértebra lumbar se distribuye en dos partes hacia los alerones del sacro, a través de las espinas ciáticas se dirige hacia la cavidad cotiloidea (Gómez , 2016).

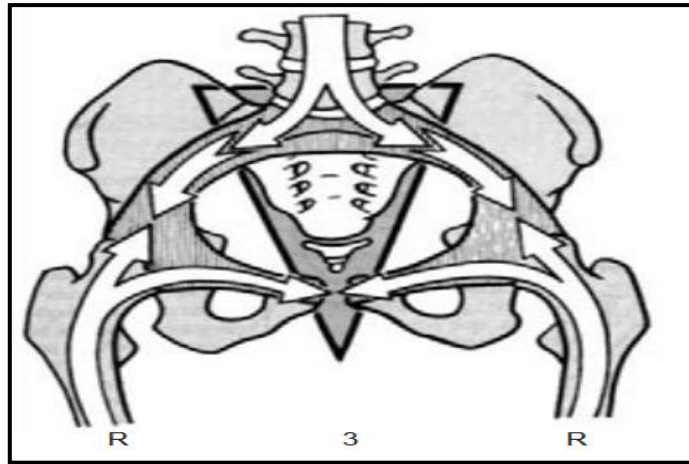


Figura 6. Cintura pélvica – distribución.

Fuente: (Carvajal Oviedo, Chambi Cahuana, & Vaca Paredes, 2012)

2.4.2. Articulación sacro iliaca

La articulación sacro iliaca tiene una movilidad limitada de nutación y contra nutación, esta tiene como función transferir el peso de la mayor parte del cuerpo a los huesos coxales, estas son articulaciones sinoviales fuertes las cuales van a soportar el peso entre las caras auriculares del sacro y del ilion, igualmente el sacro está junto entre los huesos coxales por los ligamentos interóseos y sacro iliacos (Herrera Medina, 2013).

Se producen cambios hormonales durante la etapa del embarazo debido a la relajación de la articulación de la sínfisis del pubis es decir en la primera mitad del embarazo y aumenta durante los 3 últimos meses (Rodríguez Villaizán, 2012).

La relajación de la articulación sacro iliaca, admite al sacro que realice un movimiento de báscula alrededor de un eje transversal, por tanto las dos extremidades tanto superior e inferior del hueso se llegan a inclinar en sentido inverso, si la base se llega a aproximar al pubis y el vértice se llega a alejar a esto se lo conoce como nutación, y en la contra nutación la base del sacro se llega a inclinar hacia atrás y la punta hacia la parte superior y hacia adelante., esto provoca el aumento del diámetro antero posterior del estrecho superior y reduce el del estrecho inferior, y es así que lo inverso va a ocurrir en la nutación de dicha articulación (Guzmán López & Vidal Gutiérrez, 2015); (Rodríguez Villaizán, 2012).

2.4.3. Sínfisis del pubis

La sínfisis del pubis está ubicada en la parte superior de la zona genital, en la mujer este se encuentra recubierto por un tejido graso al cual se denomina monte de Venus (Rodríguez Montero, 2007).

Esta es una articulación de tipo cartilaginosa y ligeramente móvil, que está constituida por dos huesos del pubis unido por un disco fibrocartilaginoso y por dos ligamentos de conexión (Rodríguez Montero, 2007).

En el embarazo esta articulación se relaja y el cartílago calcificado se suaviza el mismo que permite flexibilizar los huesos pélvicos para así facilitar el parto (Rodríguez Montero, 2007).

2.4.4. Articulación sacro coccígea

La articulación sacro coccígea es una articulación de tipo anfiartrosis la cual une una carilla de tipo oval convexa del sacro con una carilla similar, pero de tipo cóncava del cóccix, a esta la refuerza un ligamento interóseo y también los ligamentos periféricos (Contreras, 2016).

Su estructura está conformada por las partes blandas extra raquídeas, la pared ósea del canal vertebral o conducto raquídeo, el espacio epidural con su contenido de grasa y plexo venoso, la duramadre cuya envoltura fibrosa termina en el fondo del saco a la altura de la segunda vértebra sacra, el espacio subdural con la aracnoides, el líquido cefalorraquídeo, las raíces nerviosas y el filum terminal (Guzmán López & Vidal Gutiérrez, 2015).

2.4.5. Articulación lumbo sacra

La base de la columna está compuesta por las vértebras L5- S1 que del mismo modo es llamada como articulación lumbo sacra son aquellas que se van a articular anteriormente a través de una articulación (Guzmán López & Vidal Gutiérrez, 2015).

La región lumbar es la zona más problemática, ya que sobre ella recaen gran parte de las fuerzas generadas, especialmente a nivel lumbosacra. Esta región se ve especialmente afectada en los movimientos articulares forzados, ya que estas acciones alteran los mecanismos de auto estabilización del disco intervertebral y además producen una importante fatiga de los elementos elásticos que protegen a las articulaciones vertebrales (Guzmán López & Vidal Gutiérrez, 2015).

Dichas caras articulares de la vértebra S1, que están orientadas postero medial, son aquellas que encajan entre las caras articulares de la vértebra L5 (Guzmán López & Vidal Gutiérrez, 2015).

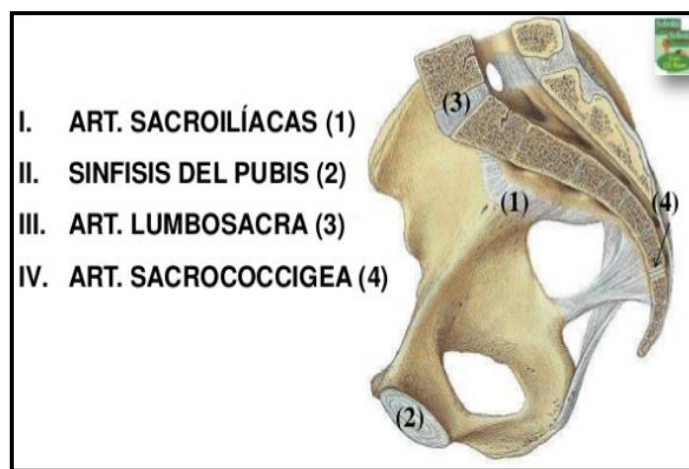


Figura 7. Cintura pélvica articulación.

Fuente: (Carvajal Oviedo, Chambi Cahuana, & Vaca Paredes, 2012)

2.5. MUSCULATURA

2.5.1. Músculos del Plano Superficial del Piso Pélvico

(Anterior)

Tabla 2

Músculos del Plano Superficial del Piso Pélvico

MÚSCULO	ORIGEN	INSERCIÓN	INERVACIÓN	FUNCIÓN
Transverso superficial del perine	En la rama isquiopubiana y en el isquion.	En el centro tendinoso del periné.	Nervio pudendo	Contribuye a la micción, defecación
Bulbo esponjoso	Mujer: Cuerpo perineal (tendón central del periné y fascia inferior del diafragma urogenital.	Dorso del clítoris.	del Ramo perineal del nervio pudendo (S2, S3 y S4).	Comprime el orificio vaginal, contribuye a la erección del clítoris y protege el bulbo del vestíbulo.
Isquiocavernoso	Rama del isquion adyacente al pilar del pene o del clítoris.	Túnica albugínea del pilar del pene o el clítoris.	Rama perineal del nervio pudendo (S2, S3, S4).	Erector del clítoris.

FUENTE: (Moore & Dalley, 1999); (Cañamar, 2016).

(Posterior)

Tabla 3
Músculos de la pared de la pelvis.

MÚSCULO	ORIGEN	INSERCIÓN	INERVACIÓN	FUNCIÓN
Esfínter externo del ano.	Se encuentra en la parte inferior del recto en el perineo posterior	Detrás del rafe ano coccígeo y por el frente del rafe ano bulbar	A través del nervio hemorroidal.	Oclusión de la abertura anal y ayuda en la salida de las heces.
Constrictor de la vulva	Solo se encuentra en las mujeres y confluye el centro tendinoso completándolo	Solo se encuentra en las mujeres y confluye el centro tendinoso completándolo	Nervio Pudendo Interno	Acción estática, contribuye a la solidez de la parte anterior del diafragma del perine

FUENTE: (Moore & Dalley, 1999);(Cañamar, 2016).

2.5.2. Músculos del Plano Medio del Piso Pélvico.

Tabla 4
Músculos del Plano Medio del Piso Pélvico

MÚSCULO	ORIGEN	INSERCIÓN	INERVACIÓN	FUNCIÓN
Transverso profundo del perine	Rama isquion.	Cuerpo perineal (Tendón central del periné).	Rama perineal del nervio pudendo (S2, S3, S4).	Da soporte a las vísceras de la pelvis.
Esfínter externo de la uretra	Solo la porción del compresor de la uretra.	Rodea la uretra superior a la membrana perineal, algunas fibras rodean la vagina.	Nervio dorsal del pene o del clítoris, ramo terminal del nervio pudendo (S2-S4).	Comprime la uretra para mantener la continencia urinaria, también comprime la vagina.

FUENTE: (Moore & Dalley, 1999) ;(Cañamar, 2016).

2.5.3. Músculos del Plano Profundo del Piso Pélvico.

Tabla 5

Músculos del Plano Profundo del Piso Pélvico

MÚSCULO	ORIGEN	INSERCIÓN	INERVACIÓN	FUNCIÓN
PUBOCOCCIGEO	Parte posterior del pubis y fascia obturatriz.	Parte lateral del cóccix y rama fibrosa mediana.	Rama del nervio rectal inferior y rama del nervio sacro S4.	Sostiene las vísceras de la pelvis.
PUBORRECTAL	Parte posterior del pubis.	Se interdigita para formar una cincha que rodea el recto por la parte posterior en la unión con el conducto anal.	Rama del nervio rectal inferior y rama del nervio sacro S4.	Mantiene el conducto anal en ángulo recto con el recto.
ILIOCOCCIGEO	Espina isquiática y arco tendinoso de la fascia pélvica.	Entre la punta del cóccix y el conducto anal.	Rama S4 y rama del nervio rectal inferior.	Sujeta las vísceras de la pelvis.
ISQUIOCOCCIGEO	En el isquion.	En la cara antero lateral del sacro (a la altura de la 4-5 vértebra sacra) y en el coxis.	Se encuentra detrás y por encima del elevador del ano.	Tiene función estática.

FUENTE: (Moore & Dalley, 1999);(Cañamar, 2016).

2.6. INERVACIÓN DE LA PELVIS

En cuanto a la inervación de la pelvis se da por el plexo hipogástrico inferior, ramas del plexo sacro y ramas del plexo lumbar (Guzmán López & Vidal Gutiérrez, 2015).

La pelvis que constituye la parte inferior del tronco, es decir la cavidad pelviana es limitada por debajo con el diafragma pelviano que forma el suelo de la pelvis y por arriba, por el perímetro del estrecho superior de la pelvis; se extiende lateralmente desde el borde superior de la sínfisis del pubis por delante, hasta el promontorio del sacro, por detrás (Guzmán López & Vidal Gutiérrez, 2015).

La pelvis se divide en la pelvis mayor (falsa), que forma parte de la cavidad abdominal propiamente dicha y la pelvis menor (verdadera, obstétrica o pelviana). La pelvis mayor está comprendida entre las fosas iliacas, situadas por encima del estrecho superior de la pelvis. La pelvis menor se localiza por debajo del estrecho superior y tiene importancia ginecológica y obstétrica por ser el canal del parto (Moore & Dalley, 1999).

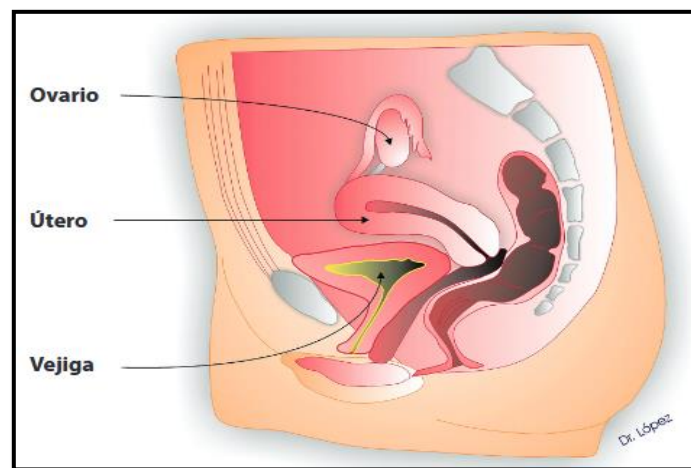


Figura 8. Inervación de la pelvis.

Fuente: (Guzmán López & Vidal Gutiérrez, 2015).

La pelvis femenina es más ancha y delgada y tiene un estrecho superior e inferior más grande, sus características distintivas son: huesos iliacos más separados debido a una mayor anchura del sacro, las tuberosidades isquiáticas tienen una mayor separación porque el arco del pubis es más ancho, el sacro es menos curvo y los agujeros obturados son ovales (Snell, 2000).

En la pelvis femenina se encuentra el recto, uréteres, vejiga, uretra femenina, ovarios, trompa uterina y útero (Snell, 2000).

2.7. NERVIOS DE LA PELVIS

La pelvis es una cavidad o embudo osteomuscular que se estrecha hacia abajo limitado por el hueso sacro, el coxis y los coxales (que forman la cintura pélvica) y los músculos de la pared abdominal inferior y del perineo (Elzo, 2015).

La pelvis está compuesta por los siguientes nervios:

2.7.1 Nervio Pudendo:

Nervio principal del perineo y el nervio sensitivo más importante de los genitales externos, también acompaña en su trayecto a la arteria pudenda interna (Elzo, 2015).

2.7.2 Nervio Obturador Interno:

Raíces ventrales de L5 a S2 (Elzo, 2015).

✓ **Nervio del musculo Piriforme:**

Raíces ventrales de S1 a S2 (Elzo, 2015).

✓ **Nervio del musculo elevador del Ano:**

Raíces ventrales de S3 a S4 (Elzo, 2015)

2.7.3 Plexos Somáticos:

✓ **Plexo sacro:**

Se encuentra situado en la pared posterior de la pelvis menor, en relación a la cara anterior del musculo piriforme la que está constituida por las raíces de los nervios S1- S5 (Elzo, 2015).

✓ **Plexo coccígeo:**

Es una red de fibras nerviosas que está formada por los ramos ventrales tanto de S4- S5 y los nervios coccígeos, este se encuentra en la cara pélvica del musculo coccígeo,

este se va a insertar a los músculos coccígeo, elevador del ano y por último a la articulación sacro coccígea (Elzo, 2015).

Los nervios ano coccígeos que se originan en este plexo después de perforar el ligamento sacro tuberoso este se distribuye hasta el coxis (Elzo, 2015).

✓ **Nervio obturador:**

Este nervio es aquel que nace del plexo lumbar en las raíces ventrales de L4 y L5 y sigue un trayecto el cual va desde la pared lateral de la pelvis que se encuentra muy adherido a la grasa extra peritoneal, para poder salir por el orificio obturador hacia la extremidad inferior perforando la membrana obturatriz (Elzo, 2015).

2.7.4. Autónomos

✓ **Troncos simpáticos sacros:**

Descienden por la cara pélvica del sacro, se encuentra medial a sus orificios para converger en un ganglio impar, su función es la inversión simpática del miembro inferior (Elzo, 2015).

✓ **Plexos hipogástricos**

Contiene fibras simpáticas y para simpáticas al compartir sus vías aferentes con los esplácnicos pélvicos (Elzo, 2015).

✓ **Esplácnicos pélvicos**

Contienen fibras parasimpáticas de los segmentos medulares de S2- S4 y fibras aferentes viscerales de los ganglios espinales correspondientes (Elzo, 2015).

2.8. IRRIGACIÓN DE LA PELVIS

2.8.1. Arteria Iliaca Interna

La Arteria iliaca interna es el ramo medial de la bifurcación de la arteria iliaca común, esta arteria está destinada para los órganos intrapélvicos y a la pared de la pelvis (AnatoIN, 2018).

Esta va a descender casi verticalmente a las alas del sacro, hacia medial va por el musculo psoas mayor y posterior y cerca de la arteria iliaca externa, ya que esta se proyectará sobre ella (AnatoIN, 2018).

En su corto trayecto esta arteria está acompañada de la vena iliaca interna y del uréter, este en su descenso se relaciona con la arteria iliaca pues el uréter del lado izquierdo esta hacia posterior y hacia medial a la arteria y el uréter derecho descende hacia anterior de la arteria (AnatoIN, 2018).

2.8.2. Ramas de la Arteria Iliaca interna

Esta arteria casi siempre va a terminar a la altura del borde superior de la escotadura ciática mayor, y la arteria iliaca interna se divide en dos ramas, estos avances nacen directamente de dicha arteria, pero más frecuente nace de dos troncos uno anterior y posterior (AnatoIN, 2018).

✓ Tronco Anterior:

Esta suministra la arteria obturatriz, glútea inferior, umbilical, vesical inferior, pudenda interna, recta medial, la rama prostática de la arteria vesical inferior y la arteria del conducto deferente, estas dos últimas arterias son sustituidas en las mujeres por la llamada arteria uterina y vaginal (AnatoIN, 2018).

La llamada arteria glútea inferior y la arteria pudenda interna, son las más voluminosas de todas ya que en general se divide en dos ramas de bifurcación del tronco anterior (AnatoIN, 2018).

✓ **Tronco Posterior:**

Esta es aquella que se va a dividir en 4 ramas:

Las arterias liliolumbar, sacra lateral superior, sacra lateral inferior y glútea superior, entre todas estas ramas una de ellas se dirige a los órganos intrapélvicos y otra a la pared de la pelvis, desde esta perspectiva podemos diferenciar tres categorías: Rama visceral, parietal, intrapélvicos y parietales extra pélvicos (AnatoIN, 2018).

2.8.3. Ramas Viscerales

✓ **Arteria umbilical:**

Su trayecto se va a extender desde la arteria iliaca interna hasta su ombligo, en el feto esta arteria es muy gruesa, atraviesa el ombligo con el alantoides y su función es llevar la sangre a la placenta (AnatoIN, 2018).

En un adulto la arteria umbilical se va a dirigir oblicuamente en sentido inferior y anterior hasta la pared lateral de la vejiga, después se va a inclinar hacia superior y medial y asciende primero a lo largo del borde lateral de la vejiga es decir vejiga vacía o de su cara lateral o vejiga distendida y después por la pared abdominal, cuando la arteria umbilical asciende al abdomen se oblitera y esta da origen al ligamento medial del umbilical (AnatoIN, 2018).

Esta va a irrigar a la pared superior de la vejiga y las ramas de dicha arteria nacen de dos o tres ramas y su ramo es la arteria vesical superior (AnatoIN, 2018).

✓ **Arteria vesical inferior:**

El trayecto de esta arteria se dirige hacia inferior, anterior y medial mente y esta se ramifica en la pared postero inferior de la vejiga (AnatoIN, 2018).

La pared inferior de la vejiga se divide en varias ramas las cuales son la arteria de la vesícula seminal, de la próstata en el hombre, de la vagina y de la uretra en la mujer (AnatoIN, 2018).

2.8.4. Arteria del conducto Deferente:

Esta arteria se va a dirigir hacia inferior, anterior y medialmente y se va a distribuir en la vesícula seminal y en la pared postero inferior de la vejiga, la área de irrigación de esta arteria va a ser en el conducto eferente, esta se va a dividir en varias ramas una posterior la cual va a descender a todo lo largo de este conducto hasta la próstata: una anterior que está en la arteria del conducto deferente esta discurre pegado al conducto deferente hasta llegar al epidídimo, donde salen ramificaciones de la arteria testicular (AnatoIN, 2018).

2.8.5. Arteria Uterina:

Esta arteria va a descender por la pared de la pelvis a lo largo de 5cm a 6cm, casi hasta llegar a la altura de la espina isquiática, en la primera parte de su trayecto dicha arteria se encuentra hacia posterior y lateral al uréter y este cruza inferiormente el extremo de la fosa ovárica, después de esto va a cambiar de dirección y se va a dirigir hacia medial y pasa inferior hasta llegar a los ligamentos anchos, en esta parte la arteria cruza el uréter pasando anterior y superior a él (AnatoIN, 2018).

Este cruce se lo realiza de 15 o 20 mm lateralmente al cuello del útero y un poco hacia inferior al istmo del útero, después de haber cruzado el uréter, la arteria se incurva hacia superior y penetra la base de los ligamentos anchos, describiendo una curva, el arco de la arteria uterina cuyo vértice se localiza a 15mm aproximadamente hacia superior y lateral a la porción lateral del fondo del saco de la vagina, esta arteria asciende aproximadamente hasta el útero y después de eso sigue al borde lateral del cuerpo del útero, a lo largo de eso la arteria uterina es ligeramente sinuosa en la nulípara, esta se va a separar de la arteria del útero hacia inferior a su Angulo lateral y esta se va a dirigir hacia lateral y medial, inferior al ligamento propio del ovario hasta su extremo inferior del ovario donde se llega hasta anastomosar con la arteria ovárica (AnatoIN, 2018).

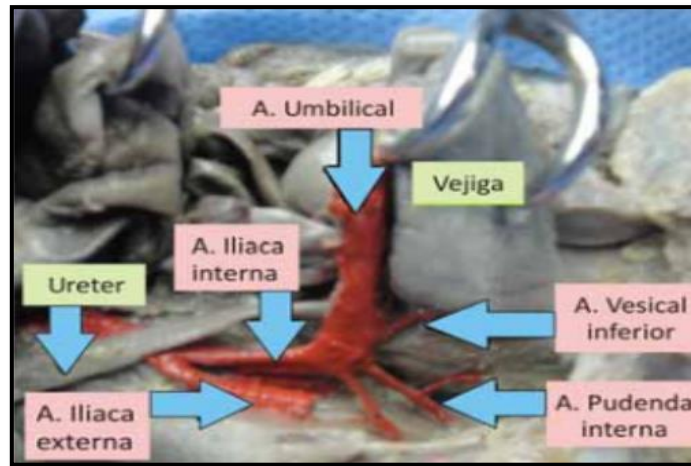


Figura 9. Irrigación de la pelvis.

Fuente: (Arévalo, 2014)

La arteria iliaca interna origina ramas parietales y viscerales

✓ **Ramas parietales:**

- En su origen las arterias sacras laterales se dirigen hacia la cara media y se anastomosan con la arteria sacra media formando una rica red vascular
- También la arteria ilio-lumbar se apoya sobre la cara anterior del psoas, está a su vez da una rama lumbar o ascendente y otra pélvica o descendente que se anastomosa con las anteriores del círculo anastomótico peri abdominal (AnatolIN, 2018).

2.9. BIOMECÁNICA DE LA PELVIS

La pelvis ósea es aquella que va a conectar el tronco con los miembros inferiores aquí los llamados huesos innominados son los que se van a articular con los fémures a través de las articulaciones coxofemorales y también el sacro el cual va a estar unido a la 5ta vértebra lumbar mediante la articulación lumbosacra, los movimientos que se van a dar en estas regiones van a ocasionar movimientos en los diferentes huesos de la pelvis (Arévalo, 2014).

Los movimientos que va a realizar la cintura pélvica van a ir de acuerdo a su morfología. La articulación sacro iliaca va a permitir movimientos de deslizamiento, que van a ser poco

marcados entre las principales las que son la nutación y contra nutación, también se va a existir movimientos como la basculación del sacro y los iliacos (Arévalo, 2014).

Durante el movimiento de nutación, la base del sacro se va a ir hacia delante y sus crestas iliacas se van mover hacia la línea media, y en la contra nutación la base del sacro se va a inclinar hacia la parte de atrás y sus crestas iliacas se van a separar de la línea media, es decir que aquí la nutación va a menorar el diámetro del estrecho superior pélvico y va a aumentar lo que es el estrecho inferior, pero durante la contra nutación va a ocurrir todo lo contrario (Arévalo, 2014).

Mientras va pasando el tiempo, las superficies articulares tienden a endurecerse y van a ir aumentando su tamaño y al mismo tiempo va a producir desgaste, finalmente esto va a ocasionar un anquilosamiento por la fusión y la pérdida de la cavidad articular (Arbaiza Aldazabal, 2017).

Estas articulaciones están totalmente cubiertas por un aparato ligamentoso que no va a dejar que exista amplitud en los movimientos (Valdivieso, 2016).

Durante la época del embarazo en la etapa de la dilatación lo que se necesita es que el espacio de la pelvis mayor aumente su espacio ya que es por ahí por donde va a ir descendiendo él bebe, es por eso que se debe adoptar posturas con mayor rotación externa de caderas o con retroversión de la pelvis, es así que cuando llega el momento del parto se necesita todo lo contrario como es el abrir el estrecho inferior, para lograrlo se debe hacer rotación interna de la cadera o también se puede hacer un movimiento de ante versión de la cadera (Segovia, 2015).

Por muchos de estos motivos es muy fundamental el trabajo en pareja ya que va a facilitar el trabajo a la mujer gestante para realizar las diferentes posiciones y técnicas, y por otro lado está justificado que el contacto que tiene esta técnica provoca la liberación de hormonas y en especial de las endorfinas y esto va ayudar al bienestar tanto de la madre como de él bebe (Segovia, 2015).

Por todo esto es que tanto en la fase de dilatación como expulsivo el movimiento de la pelvis va a facilitar el descenso del bebe para su salida del estrecho inferior ya que las articulaciones van a alcanzar una mayor amplitud de movimientos por la influencia de la relaxina (MSP, 2016); (Segovia, 2015).

2.10. EL EMBARAZO

2.10.1. ¿Qué es el embarazo?

El embarazo es el cambio que existe durante los nueve meses en los cuales el cigoto se implanta en el útero hasta el momento del parto, sin embargo, durante esta etapa tanto el feto como la madre afrontan varios riesgos sanitarios, ya que por este motivo es de manera fundamental el seguimiento durante todo este periodo (OMS, 2019).

2.10.2. Basculación pélvica

La basculación de la pelvis es un fenómeno frecuente que se caracteriza por una inclinación de la pelvis, y cuando se ve que esta es una inclinación muy pronunciada la persona puede tener la impresión de que uno de sus miembros inferiores es más corto que el otro (Marnet, 2016).

La causa de esto son las fuerzas asimétricas a las cuales se ve sometida la columna vertebral, aquí la fisioterapia y la osteopatía son aquellas que van a permitir reequilibrar la pelvis (Marnet, 2016).

2.10.3. Hormonas dentro de los tejidos en el embarazo

2.10.3.1 Estrógenos

Estas son un grupo de hormonas el cual es el responsable de todas las características del sexo femenino, este por lo general se empieza a formar en los ovarios, también es producido por la placenta durante la etapa del embarazo para así mantener su estado de embarazo de una manera saludable (Packard, s.f.); (Figueru Ruiz, 2008).

2.10.3.2 Gonadotropina coriónica

Esta hormona es más conocida como la “Hormona del embarazo”, ya que sólo se produce durante esta etapa, los niveles de dicha hormona se van a encontrar por lo general en la sangre y en la orina las cuales aumentan muy considerablemente durante el primer trimestre de gestación, esta hormona es la que hace que en la madre se presente náuseas como vómito por el mismo hecho de estar asociados con la etapa del embarazo (Figueró Ruiz, 2008); (Packard, s.f.).

2.10.3.3. Progesterona

La progesterona es aquella que se va a originar en los ovarios y la placenta de la madre en la época de gestación y gracias a ella se refuerzan los tejidos en los que se aloja el útero, preparándolo para recibir al óvulo fecundado y soportar el crecimiento del bebé. La progesterona también contribuirá, en una fase posterior, a los cambios que han de suceder en las mamas para que éstas produzcan la leche materna (Figueró Ruiz, 2008); (Packard, s.f.).

2.10.3.4. Lactógeno de la placenta humana (Hpl)

Esta es una hormona producida por la placenta y es aquella que va a contribuir con el proceso de la nutrición del feto y su función principal es la estimulación de las glándulas mamarias como anticipación a la lactancia. (Figueró Ruiz, 2008); (Packard, s.f.).

2.10.4. Embarazo y sus cambios fisiológicos

Durante el periodo del embarazo, en el organismo de las madres gestantes se van a observar diferentes cambios o modificaciones fisiológicas y esto va a afectar a todos los sistemas corporales (Cambra Linés, 2007).

2.10.4.1 Cambios hormonales

Aquí la hormona gonadotropina coriónica juega una función muy importante en el ovario de la mujer ya que esta va a ser la encargada de segregar una cantidad suficiente de estrógenos y progesterona con el objeto de que la placenta se forme adecuadamente y se desarrolle lo suficiente para poder cumplir esta tarea (Cambra Linés, 2007).

Es decir, que aquí el incremento de la progesterona va a causar una disminución del tono de la musculatura lisa y también con lleva a la merma del tono de los músculos del periné, esta hormona va a ser la una de las principales encargadas en llevar a término el embarazo ya que esta va ayudar a prevenir el aborto el cual puede ser espontaneo, y también ayuda a la formación de lobulillos en las mamas como una preparación para el periodo de la lactancia (Cambra Linés, 2007).

Aquí el aumento de la relaxina va a causar la laxitud de los tejidos conectivos disminuyendo su calidad tensora (Cambra Linés, 2007).

2.10.4.2 Cambios en el aparato genitourinario

Aquí se va a producir lo que es un conocido como un efecto relajante sobre la vejiga y este va a estar acompañado de la disminución de la presión en la uretra, esto es debido al aumento de la progesterona (Cambra Linés, 2007).

Podemos evidenciar el crecimiento del útero en conjunto con el peso de las vísceras con la persona en bipedestación siendo esto lo que va a provocar una presión intrapélvica y así esto va a favorecer la ante versión de la pelvis y también una Hiperlordosis lumbar, como una consecuencia del crecimiento de la uretra este se va a alargar y el cuello vesical se va a desplazar (Cambra Linés, 2007).

Es decir que a lo largo del embarazo y mientras va pasando el tiempo se van a ir producir todas estas modificaciones a lo largo de la etapa de la gestación siendo esta una de las

principales causas para la producción de la polaquiuria y también una llamada urgencia miccional que se va a dar al final de esta etapa (Cambra Linés, 2007).

2.10.4.3. Cambios a nivel digestivo:

En esta etapa podemos ver que como consecuencia del crecimiento del útero los intestinos se van a desplazar hacia lateral y hacia posterior y el estómago va a presentar un ascenso pudiendo este provocar una acidez y digestiones total mente lentas, por otro parte el vaciamiento gástrico se va a retrasar y esto puede provocar estreñimiento esto por lo general es muy habitual en este periodo por la ingesta del hierro ya que este tiene un efecto astringente el cual va a provocar el aumento de los niveles plasmáticos de la progesterona, siendo así que este va a contribuir a reducir la actividad peristáltica por la disminución de la musculatura lisa que esto unido a los esfuerzos defecatorios presentan también un aumento en la distensión del suelo pélvico, ligamentos viscerales e incluso se puede dar la aparición de las hemorroides (Cambra Linés, 2007).

Al mismo tiempo vamos a observar más cambios a nivel dental ya que van aparecer caries por el aumento de la saliva ya que esta produce un PH más ácido (Cambra Linés, 2007).

2.10.4.4 Cambios en las mamas

Aquí en este periodo durante el embarazo y durante el periodo de la lactancia se va a producir lo que es el aumento del tamaño de las mamas (Cambra Linés, 2007).

2.10.4.5. Cambios cardiovasculares

Aquí podemos observar lo que es un aumento del volumen y así también del plasma sanguíneo, aquí vamos a ver que hay un gasto energético de la frecuencia cardiaca; y por este motivo la presión arterial va a disminuir (Cambra Linés, 2007).

2.10.4.6 Cambios respiratorios

Aquí se va a dar un incremento del consumo de oxígeno y el empeoramiento de la ventilación y esta va a dar como resultado una disnea durante el esfuerzo (Samayoa, 2016); (Cambra Linés, 2007).

2.10.4.7. Cambios osteoarticulares

En esta fase se va a presentar una laxitud ligamentosa y al mismo tiempo una disminución de la resistencia del cartílago siendo así que vamos a ver un aumento de la lordosis lumbar y cifosis dorsal así como también va a existir una anterversión pélvica, una horizontalización del sacro al igual que las costillas y centro de gravedad desciende (Samayoa, 2016); (Cambra Linés, 2007).

2.10.4.8. Cambios en la musculatura

Aquí se va a producir una disminución del tono de la musculatura y la activación del crecimiento muscular, así como también se va a producir cambios en la biomecánica ya que se va alterar la organización habitual del aparato locomotor principalmente los abdominales, distensión del periné y retracción de los músculos isquiotibiales (Samayoa, 2016); (Cambra Linés, 2007).

En esta fase las alteraciones musculares y de la postura van a provocar lo que es una fatiga y esta puede provocar una contractura refleja y por consiguiente va a provocar lo que es el dolor (Samayoa, 2016); (Zaragoza, 2007).

2.10.4.9 Cambios en el aparato circulatorio

Aquí se va a producir un incremento del volumen sanguíneo por el aumento del plasma (Samayoa, 2016); (Cambra Linés, 2007).

En esta parte se va a presentar un aumento del gasto cardiaco, también va a producir un compromiso venoso a nivel de la vena cava inferior por la presión del útero sobre ella y a nivel de miembros inferiores va a ocasionar un acumulo del líquido intersticial y va a producir la aparición de edemas, varices y por último hemorroides (Samayoa, 2016); (Cambra Linés, 2007).

2.10.4.10 Cambios en la piel

Vamos a observar un aumento de la pigmentación de la areola, el pezón, pómulos y la línea alba (Samayoa, 2016); (Cambra Linés, 2007).

2.11. PARTO

Se conoce como trabajo de parto el proceso por el cual el feto y la placenta van a abandonar el útero por medio de las contracciones repetitivas y de la intensidad y la duración la cual va a provocar una dilatación y maduración cervical (Samayoa, 2016); (Cambra Linés, 2007).

La labor del parto se clasifica en 3 etapas que muchas veces pueden iniciar semanas antes de que nazca él bebe y se dividen en:

La primera etapa es aquella que va a comenzar con las primeras contracciones que va a presentar la madre y la cual va a continuar hasta que se encuentre completamente dilatada es decir que se encuentre en 10 centímetros o también puede ser 4 pulgadas, esto va a significar que el cuello uterino se ha estirado para prepararse para el momento del parto (NIH, 2012).

La segunda es la más conocida como etapa activa en la cual la mujer embarazada va a empezar a pujar hacia abajo en donde va comenzar la dilatación del llamado cuello uterino y va a finalizar cuando se da el alumbramiento del bebe (NIH, 2012).

Por último, la tercera etapa o también conocida como etapa placentaria la cual va a comenzar con alumbramiento y va a finalizar con la expulsión completa de la placenta (NIH, 2012).

2.11.1. Consideraciones Históricas del Parto

En la Grecia milenaria, solamente era permitido que las mujeres más experimentadas (conocidas como Maiai, iatromaiai y omfalotomi), asistieran a la madre en la labor de parto; estas mujeres expertas, en la Biblia recibían el nombre de matronas (Bejarano, 1991).

La fisioterapia ha sido descrita como una disciplina de la rama de la salud desde la antigüedad ya que se ha fundamentado que a muchas mujeres en estado de gestación se les ha dado muchos consejos de cómo llevar una mejor salud materna durante su proceso de embarazo, parto y post parto, pero es cierto que muchos de estos consejos han salido de muchos profesionales de diversas ramas no solo de la salud sino también de otro tipo de profesionales como por ejemplo sacerdotes, parteras, filósofos que tal vez no tenían un conocimiento científico sobre las diferentes técnicas que usaban y las practicaban con empirismo y con falta de ética profesional, es por eso que se ha dado la importancia a un profesional fisioterapeuta que en si conozca y sepa todos los conocimientos científicos que ya hayan sido verificados y aprobados para así poder llevar de una mejor manera los beneficios de la mujer durante el periodo del embarazo (Bejarano, 1991).

A medida que ha pasado el tiempo se ha entendido mejor todos aquellos procesos y mecanismos físicos, fisiológicos que ha tenido el embarazo en las mujeres gestantes, desde entonces la mujer en estado de gestación ha ido recibiendo una mejor guía de cómo y qué tipo de ejercicio físico es más adecuado para su estado de gestación (Elzo, 2015).

2.11.2. Tipos de Parto

Existen muchos tipos de parto, pero en realidad existen tantos como mujeres y bebés que vienen al mundo, cada parto es único, especial y con características bien definidas y diferenciadas, y aquí el trato de los profesionales debe adecuarse a cada una de ellas (Cañamero de León, 2017).

Los tipos de parto son:

2.11.2.1. Parto natural o de bajo riesgo:

Este tipo de parto se define como un proceso fisiológico de comienzo espontáneo en el cual el feto, placenta y anejos fetales salen al exterior de la mujer gestante, esto va a ocurrir aproximadamente a las 37 y 42 semanas, luego de dar a luz tanto él bebe como la madre se deben encontrar en buenas condiciones, se podría decir que se considera como de bajo riesgo entre el 70% y 80% de todas las gestantes (Cañamero de León, 2017).

En este tipo de partos es en donde él bebe nace de manera vaginal o espontánea, sin ningún instrumento y tampoco no se les va administrar ningún fármaco en este caso sería la oxitócica intravenosa, y por último tampoco se le va a romper de manera artificial las membranas (Cañamero de León, 2017).

2.11.2.2. Parto Inducido o estimulado:

Este es en donde el profesional sanitario que atiende provoca de manera artificial el inicio de la labor del parto, también es el que va a controlar su evolución mediante el uso de medicamentos o maniobras que aceleran el trabajo de parto como por ejemplo la oxitócica, prostaglandinas, rotura de membranas de manera artificial, este tipo de parto tiene demasiadas posibilidades de terminar el parto en cesárea o un parto instrumental (Cañamero de León, 2017).

2.11.2.3. Parto Instrumental:

Este tipo de parto se caracteriza porque puede ser inducido, como por ejemplo el de haber empezado su labor de manera espontánea y que por necesidad en el periodo expulsivo se recomienda la utilización de instrumentos por parte de un ginecólogo para de esta manera poder sacar al bebe (Cañamero de León, 2017).

El periné de la madre sufre bastante en el periodo en el que se realizan estas maniobras y por esta razón se les suele practicar episiotomía (Cañamero de León, 2017).

Según lo que valore el médico se optará por la necesidad de la utilización del fórceps, ventosa convencional, ventosa de tipo kiwi este es el que ejerce un menor vacío y se lo puede considerar la más suave de todos los instrumentos (Cañamero de León, 2017).

2.11.2.4. Parto por cesárea:

Es la que se da mediante una intervención quirúrgica en la cual se va a realizar una incisión en el abdomen y útero de la madre gestante para de esta manera poder extraer a través de ella a su hijo, esto se lleva a cabo cuando por orden del ginecólogo se determina que puede existir riesgo tanto para la madre como para el bebé si en tal caso la mujer daba parto por vía vaginal, esta puede ser realizada de forma urgente si durante la labor de parto el bienestar de la madre o del bebé se encuentran en riesgo de vida o también se puede dar cuando ya es programada es decir que la principal causa sea que no es seguro intentar un parto vaginal (Cañamero de León, 2017).

2.11.3. Inicio del parto

El inicio del parto no es algo que inicia de manera súbita, sino que es un proceso el cual se va instaurando de a poco, en esta fase de inicio de la labor del parto se van a ir produciendo una serie de signos y síntomas (Cañamero de León, 2017).

El parto inicia cuando la mujer lleva más de 8 meses de embarazo que es cuando la matriz se contrae y abre, una vez que se abre el cuello de la matriz, se podría calcular el tiempo aproximado de 2 horas que podría nacer el bebé, el parto termina cuando sale la placenta (Cañamero de León, 2017).

Existen 3 signos que indican que la labor del parto ha comenzado estos son:

1. Se suele producir la expulsión del tapón mucoso que es una sustancia de tipo gelatinoso que tiene un color marrón con algo de sangre, dicho tapón va a servir como una barrera desde la vagina hasta el útero, la expulsión del mismo no está nada relacionado con el inicio del parto (Cañamero de León, 2017).

2. Descarga de líquido claro de la vagina, este líquido viene de la bolsa de aguas o la fuente, que ha rodeado y protegido al bebé dentro de la matriz, la bolsa de aguas a muchas veces se rompe poco antes de que empiece la labor de parto.
3. La matriz se contrae y la gestante empieza a sentir contracciones como un leve dolor en el vientre, durante cada contracción, la matriz se aprieta y se endurece y después se relaja y se ablanda, sin embargo, la verdadera labor de parto inicia cuando las contracciones se vuelven regulares (Hesperian, 2017).

2.11.4 Fases del parto

A pesar de que el parto es todo un proceso desde su inicio hasta la expulsión de la placenta, en ocasiones se habla de trabajo de parto para poder definir lo que se conoce como dilatación hasta la salida del feto (Inatal, 2019).

El parto se divide en diferentes fases:

2.11.4.1. Primera fase del parto dilatación:

La primera fase del parto va a empezar desde su inicio hasta la dilatación completa del cuello del útero, esta tiene este nombre porque en ese momento el cuello del útero se va a dilatar tanto así que va a formar un solo conducto con la vagina por donde el feto saldrá esto debe ser de aproximadamente 10cm que es la amplitud necesaria que el feto necesita para poder salir (Inatal, 2019).

A lo largo de toda esta fase las contracciones del útero se van a ir haciendo cada vez más frecuentes es decir que van a durar mucho más tiempo, esta va a ser la fase más larga del parto, en una madre primeriza puede durar alrededor de 8 a 12 horas por lo que se le recomienda hacer el programa de psicoprofilaxis (Inatal, 2019).

Al mismo tiempo se va a producir la dilatación del cuello del útero, la cabeza del feto que desciende por la pelvis se define como descenso, es decir que el feto debe atravesar la pelvis de la madre, que forma un tipo de canal irregular de pocos centímetros de largo,

pero que va a tardar unas horas en atravesar, porque este es estrecho y la cabeza pasa justo por ese canal, este es un canal algo irregular y tiene una forma ovalada (Inatal, 2019).

2.11.4.2 Segunda Fase del parto Expulsivo:

Esta se la conoce como fase de expulsivo y va a empezar cuando se logra alcanzar una dilatación completa y esta finaliza en el momento en la cual el feto sale hacia el exterior completamente, aquí va a ser muy normal que la mujer empiece a notar la necesidad de apretar su vientre, los pujos de la gestante van hacer de legítima ayuda para que el feto pudiera salir, esto en un parto natural se da cuando él bebe sale con la mirada hacia la espalda de su madre, debido a la forma ovalada y estrecha por la cual debe atravesar la pelvis, entre el pubis y el coxis, es muy común que todos los partos ocurran de esta manera ya que es una de las formas más eficientes para salir, el feto adopta una forma muy natural en donde su cabeza va a tener una apariencia casi similar a la de un obús esta es indispensable ya que el feto va a poder ocupar un menor espacio para poder salir (Inatal, 2019).

Esta fase por lo general puede durar 1 o 2 horas, pero si se le administra epidural puede ser un poco más larga al igual que con la fase de dilatación podría ser más rápida cuando la mujer ya ha tenido más hijos (Inatal, 2019).

Dentro de esta fase vamos a tener lo que es la Salida del bebe:

Salida del Bebe:

El momento más importante dentro de la fase expulsiva es la salida de la cabeza del bebe ya que esto para los padres es lo más emocionante, pero de la misma manera es algo importante para los médicos ya que desde ese momento el médico debe poner la máxima atención para que el resto del parto siga sin ningún problema y no se presente ningún inconveniente (Inatal, 2019).

Dentro de esto es algo muy fundamental que la cabeza del bebe salga de una manera muy suave y lenta para así poder evitar una descompresión brusca y al mismo tiempo se busca la protección del periné espacio existente entre e ano y la vagina (Inatal, 2019).

De manera natural la gestante siente ganas de pujar de una manera muy fuerte el momento en la que sale la cabeza del bebe, en ese mismo momento la ayuda de un profesional se vuelve indispensable porque primero ayudan a que salga de forma lenta la cabeza y luego la salida de ambos hombros y por último del resto del cuerpo (Inatal, 2019).

Proteger al periné es muy fundamental ante de que salga la cabeza del feto, muchas veces en las mujeres primíparas no se distiende bien el perine y es necesario realizar una episiotomía para de esta manera poder reducir el riesgo de que se vaya a producir un desgarro, la necesidad de realizar este procedimiento va a disminuir si se ha preparado bien el perine (Inatal, 2019).

2.11.4.3. Tercera Fase del Parto Alumbramiento y Salida de la Placenta

Esta tercera fase es la que va hacer ilusión a la salida de la placenta ya que el parto no finaliza hasta que sale por completamente la placenta y las membranas ovulares, una vez en la que el útero se quede vacío se pone en marcha unas señales para que la placenta se desprenda y se expulse por completo, es muy complejo porque la placenta es aquella que recibe mucha sangre, ya que después de que se acabe de desprender la placenta la madre va a sentir una contracción uterina de forma continua (Inatal, 2019).

2.11.5. Planos Paralelos de Hodge Para el momento del Parto:

Este es un sistema de coordenadas obstétricas que nos permite situar la presentación durante el trabajo de parto (Inatal, 2019).

Los profesionales que controlan el trabajo del parto utilizan estos planos que son imaginarios a diferentes aturas de la pelvis de la madre, este recibe este nombre de planos de Hodge ya que sirven para saber a qué altura se encuentra el feto (Inatal, 2019).

Estos son cuatro planos los cuales son utilizadas por las llamadas matronas y obstetras para poder distinguir la cabeza del feto al momento del parto, esto se identifica a nivel de un tacto vaginal (Inatal, 2019).

Esto se podría explicar mejor a la madre ya que se puede comparar como que si él bebe debe bajar cuatro pisos para poder nacer (Inatal, 2019).

Estos se dividen en cuatro planos:

2.11.5.1. Primer Plano:

Esta es una línea imaginaria que se sitúa entre el promontorio y el borde superior de la sínfisis del pubis, también conocido o llamado como sobre estrecho, significa que todavía está alto y que el feto se encuentra ya entrando en la parte superior de la pelvis (Inatal, 2019).

2.11.5.2 Segundo Plano:

Línea paralela a la anterior y pasa por el borde inferior del pubis (Inatal, 2019).

2.11.5.3. Tercer Plano:

Se encuentra paralela a las 2 anteriores y esta va a pasar por las espinas ciáticas, también quiere decir que ya le queda muy poco para que pueda nacer (Inatal, 2019).

2.11.5.4. Cuarto Plano:

Quiere decir que su cabeza supera ya la parte más baja de la pelvis es decir entre el pubis y el coxis, se encuentra ya preparado para salir (Inatal, 2019).

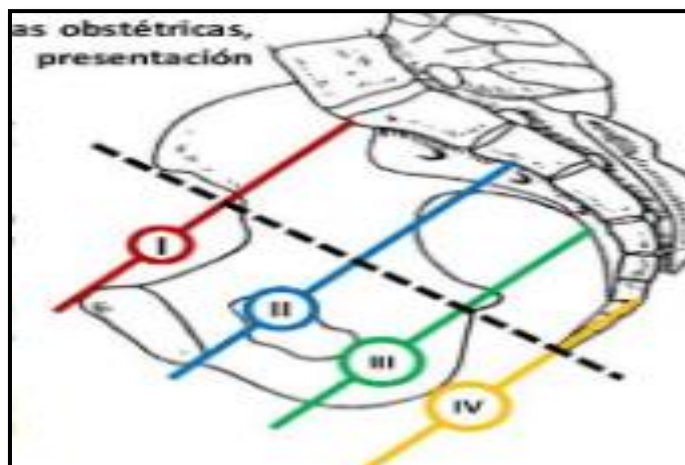


Figura 10. Planos Paralelos de Hodge.

Fuente: (Inatal, 2019)

2.11.6. Posturas del Parto:

Para poder elegir la postura en la que la madre se sienta más cómoda para poder parir primero debe conocer cuáles son las diferentes posturas que existen para el parto (Rovati, 2009).

La postura en la que la mujer quisiera parir debe ser una elección libre y depende mucho de cada mujer, ya que no existe ninguna postura para poder tener un parto ideal, pero si pudiera ser una combinación de posturas a lo largo de todo el trabajo del parto (Rovati, 2009).

La posición más utilizada en los Centros Hospitalarios es aquella la cual en donde la mujer se encuentra en decúbito supino con sus pies sujetos a los estribos de la mesa también llamada posición ginecológica (Rovati, 2009).

Aparte de ser una de las técnicas más utilizadas la posición horizontal o en litotomía no es la única posible y pueda que tampoco sea la más idónea para que se desarrolle una buena labor de parto. (Rovati, 2009)

Además, existen otro tipo de posturas que son menos conocidas, la mayoría son con el tronco en posición vertical como, por ejemplo:

2.11.6.1 De pie:

Al estar la gestante de pie cuenta con sus dos apoyos que en este caso son sus piernas, esta posición lo que se busca es una base de apoyo que en este caso puede ser la pared, una barra o su pareja (Rovati, 2009).

Esta posición logra favorecer la oxigenación del bebé (Rovati, 2009).



Figura 11. Posturas Parto De pie .

Fuente: (Rovati, 2009)

2.11.6.2 Sentada:

Al estar en esta posición sentada sobre un taburete o sobre las rodillas del compañero le permite a la mujer tener el apoyo del torso de su compañero para poder arrimarse haciéndose hacia delante para que pueda descansar después de que tenga una contracción, también hay la posibilidad de hacerle masajes en la parte baja de la espalda para de esta manera aliviar dolores (Rovati, 2009).



Figura 12. Posturas parto Sentada.

Fuente: (Rovati, 2009)

2.11.6.3 En cunclillas:

esta posición la salida pélvica se va abrir a su máxima capacidad es decir entre 1 cm a 2 cm así va a facilitar la rotación del bebé y el descenso en un parto difícil, es decir que puede requerir menos esfuerzo de que la mujer puje (Rovati, 2009).



Figura 13. Posturas Parto En cunclillas.

Fuente: (Rovati, 2009)

2.11.6.4 Semi sentada asimétrica:

Esta posición lo que busca es el bienestar de la mujer ya que le permite descansar la posición es sentada poniendo una pierna sobre la silla, esta es una muy buena opción para poder hacer un monitoreo fetal y una de las ventajas es que al estar la madre incorporada puede visualizar el parto (Rovati, 2009).



Figura 14. Parto Semi sentada asimétrica.

Fuente: (Rovati, 2009)

2.11.6.5 De rodillas:

En este caso la mujer va a tener su apoyo tanto en las rodillas y en los pies, para que la mujer se sienta mucho más cómoda se puede optar por la utilización de cojines como bases para sus rodillas (Vázquez Reina, 2013).



Figura 15. Posturas parto De rodillas.

Fuente: (Vázquez Reina, 2013)

2.11.6.6 Sostenida de una sogá:

La gestante se coloca en posición vertical mientras que el personal de salud que está encargado del parto se va a ubicar o bien por la parte de adelante o atrás en la espera del nacimiento del bebé, esto va a permitir que el recién nacido pueda orientarse en forma natural y que pueda tener un trauma mínimo (García Gálvez, 2017).



Figura 16. Sostenida de una sogá.

Fuente: (García Gálvez, 2017)

2.11.6.7 Tumbada sobre alguno de los lados:

Disminuye las laceraciones del perine y lo más importante que le permite descansar a la mujer (Rovati, 2009).



Figura 17. Tumbada sobre uno de los lados.

Fuente: (Rovati, 2009)

2.11.6.8 Cuadripedia

Va ayudar al alivio de los dolores de la espalda de la gestante y le va a permitir una mayor elasticidad en las zonas del periné (Rovati, 2009).



Figura 18. Posturas Parto Cuadripedia.

Fuente: (Rovati, 2009)

2.12. NEUROFISIOLOGÍA

La neurofisiología es una rama de la neurología que estudia al sistema nervioso desde el punto de vista funcional, generalmente valora el componente eléctrico, esta tiene como objetivo comprender el funcionamiento del sistema nervioso ya que de esta depende que el flujo de la información sea transmitida rápida y eficiente entre las neuronas y sus efectores, esta se transmite mediante señales eléctricas que se propagan a lo largo de los axones de las neuronas, esta señal eléctrica se conoce como impulso nervioso o potencial de acción (Barba Carrasco, 2015).

2.12.1. Fisiopatología del dolor en el Parto

El dolor es definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable que está íntimamente asociada al daño de un tejido externo o interno que puede tener distintas índoles o magnitudes (Arbaiza Aldazabal, 2017)

El parto se divide en dos fases la primera la de dilatación en la cual el cuello del útero se va a dilatar por efecto de las contracciones, y la de expulsión es en la cual el feto progresa por el conducto pelvi genital (Parra, 2012).

Durante la primera fase de la labor del parto los influjos nociceptivos se van a transmitir a partir de los receptores tanto del cuello y del cuerpo uterino, por las fibras aferentes sensitivas C Y A delta que discurre con las fibras simpáticas para que se pueda unir a los cordones posteriores de la médula de D10 a L1 (Parra, 2012).

En la segunda etapa los influjos nociceptivos se van a transmitir mediante las fibras sensitivas de los nervios tanto sacros y van a llegar a la médula por intermedio del nervio pudendo interno que se encuentra a nivel de S1 a S3 (Parra, 2012).

Aparte de los factores mecánicos y de los mecanismos fisiológicos que intervienen en la génesis del dolor, aquí va a influir mucho el grado de percepción de los factores psíquicos y emocionales, así también la motivación de la parturienta (Parra, 2012).

2.13. VÍAS DEL DOLOR EN LA GESTANTE AL MOMENTO DEL PARTO

La inervación motora del cuerpo del útero está dada por las raíces nerviosas de T5 a T10 (Parra, 2012).

La inervación sensitiva del cuerpo y el cuello del útero se va a iniciar en el plexo uterino, de ahí pasa hacia el plexo hipogástrico, integrándose finalmente en la médula espinal por las raíces nerviosas desde T10, T11, T12 y finalmente L1 (Parra, 2012).

La inervación sensitiva de la vagina, vulva y el perine está dada por las raíces desde S2, S3 y S4 (Parra, 2012).

El dolor que se produce en la primera etapa del parto está dado por las contracciones uterinas y la dilatación cervical, por consiguiente, las raíces involucradas serán T10 a L1 (Parra, 2012).

A medida que se acerca el final de la primera etapa o también conocida como fase de desaceleratoria de la fase activa de la primera etapa, el feto empieza a descender y esto estimula la zona vaginal y perineal por lo cual empiezan las raíces S2 y S4 a tener un rol más importante (Parra, 2012).

El dolor que se presenta en la segunda y tercera etapa está dado principalmente por las raíces de S2 A S4 (Parra, 2012).

2.13.1. Repercusiones Fisiológicas

A pesar de que esta se encuentra sometida a una modulación psicológica, el dolor fisiológicamente va a implicar tanto en la madre como en el feto (Parra, 2012).

Estas estimulaciones nociceptivos segmentarias y supra segmentaria van a provocar tanto hipertonia muscular, hiperventilación como puede ser taquipnea, hipocapnia, y la estimulación del sistema simpático cuyos efectos tanto en la madre y el feto van a comprender un aumento en la frecuencia cardiaca, presión arterial, el consumo de O₂ y un freno del vaciamiento gástrico (Parra, 2012).

2.13.2. Ubicación de Dolor en el Trabajo de Parto

El dolor obstétrico se da a nivel tanto Visceral como a nivel Somático (Parra, 2012).

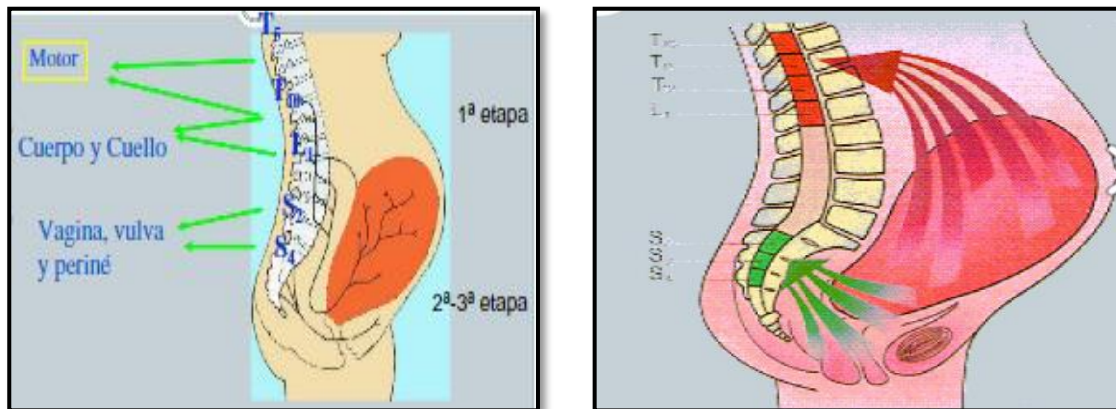


Figura 19. Ubicación dolor Trabajo del parto.

Fuente: (Parra, 2012)

✓ **Dolor Visceral:**

Esta se va a producir por la dilatación del cérvix y la formación del segmento uterino cuando se contrae el útero (Parra, 2012).

Directamente las raíces involucradas en la percepción del dolor son T10 y L1, en esta primera fase del trabajo de parto (Parra, 2012).

✓ **Dolor Somático:**

Esta es va a dar cuando ya el parto se encuentra en progresión, ya que esta va a producir la distención del piso de la pelvis, vagina y por último el perine, es decir cuando el producto empieza el descenso por el canal del parto, las raíces más importantes en la percepción del dolor en esta fase activa de la labor del parto van a ser S2, S3 y S4 (Parra, 2012).

En esta imagen podemos observar las raíces que se van afectar tanto en la primera y segunda fase en el proceso del parto (Parra, 2012).

2.14. PSICOPROFILAXIS

El propósito principal de la psicoprofilaxis no es evitar el dolor sino es el reducirlo con la aplicación de un programa de psicoprofilaxis para tratar de relajar a la gestante y esto va a contribuir que además de eliminar el estrés y el miedo que algunas gestantes sufren en el proceso del alumbramiento, sobre todo si estas son madres primerizas y a ellas es mejor

sugerirles que sigan el programa completo para así poder aplicar los diferentes ejercicios como los de Kegel y las técnicas de respiración para que la madre se sienta más seguridad al momento del parto (Kinnemed, 2015).

El programa se va a recomendar iniciar durante el periodo del primer trimestre donde se van a tocar temas como nutrición, signos de alarma, sexualidad y también técnicas de respiración y relajación, mientras que en el segundo trimestre se le va a pedir la asistencia de la compañía de su pareja o familiar y también hay que tomar en cuenta que para poder iniciar este programa no debe haber impedimento y la asistencia de la mujer a dicho curso se debe planificar y estas deben durar por lo menos 90 minutos (Kinnemed, 2015), (Villacis, s.f.).

Estos ejercicios son muy recomendables realizarlos para la mujer gestante:

- Ejercicios para realizar con su pareja o algún familiar.
- Ejercicios generales con o sin implementos (sillas, barras con apoyo, con colchonetas, entre otras.
- Ejercicios específicos para el tronco, piernas y el perineo
- Ejercicios respiratorios
- Ejercicios de relajación
- Ejercicios circulatorios.
- Estiramientos para miembros superiores.
- Entrenamiento del pujo.
- Relajación (Cambra Linés, 2007).

2.14.1. Preparación Psicoafectiva

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el año 2014, señala que el apoyo emocional que se brinda a la gestante por parte de su pareja o familiar, le va a permitir disfrutar la llegada del bebé sin temores o ideas negativas, logrando la tranquilidad, seguridad y bienestar permanente tanto de la madre como del hijo, ayuda también en el proceso de tranquilidad para poder desligar el proceso que tiene la gestante como es el fenómeno del temor – tensión – dolor (MSP, 2016).

El objetivo de la preparación psicoactiva es:

- Empoderar a la madre y a su pareja respecto de los cuidados de salud, generando en ellos una cultura de prevención (MSP, 2014).
- Dar conocimiento de los signos de alarma, cuidados especiales, señales de inicio del trabajo de parto, puericultura, recuperación postnatal, plan de nacimiento, entre otros componentes (MSP, 2014).
- Preparar a la embarazada y su pareja para lograr una gestación, parto y recuperación en mejores condiciones (MSP, 2014).
- Desarrollar habilidades que permitan afrontar de una manera competente el proceso de la gestación, parto y posparto; estrategias ante los temores y molestias, dolores, técnicas de relajación, habilidades de relación y comunicación (MSP, 2014).
- Lograr en la embarazada y su pareja tranquilidad, seguridad y bienestar permanente logrando una buena preparación prenatal (MSP, 2014).
- Generar predisposición a aceptar los cambios en el propio cuerpo, la sexualidad y la relación con la pareja, así como por ejemplo lograr que la madre indique sus inquietudes, temores respecto a su embarazo (MSP, 2014).
- Contribuir con la madre gestante para ayudar al recién nacido a establecer un vínculo afectivo, así como para atender sus necesidades dentro de un clima emocional positivo brindándole consejos apropiados y también se les debe de motivar a recuperar la tranquilidad y la seguridad (MSP, 2014).
- Se debe desarrollar dinámicas que proporcionen el vínculo afectivo madre- hijo- pareja (MSP, 2014).
- La aceptación de las implicaciones emocionales respecto al tipo de parto y la alimentación del bebé (MSP, 2014).

2.14.2. Planificación del Parto

Toda mujer embarazada debe estar preparada para su parto o para tal vez a lo largo de este proceso tener una emergencia obstétrica que muchas de las veces se van a presentar

sin previo aviso, por todo esto es muy necesario que se definan con anticipación con su pareja, su familia o su comunidad algunos aspectos como, por ejemplo (MSP, 2019).

- A. Quien acompañara a la madre y como va a ir al centro de salud o al hospital para su parto.
- B. Quien cuidara de sus otros hijos, de su madre y sus cosas cuando la gestante se encuentre en el centro de salud o en el hospital.
- C. Tiene la madre identificado el servicio de emergencias más cercano para acudir en caso de percibir riesgos es decir el lugar donde queda.
- D. Tiene la madre preparado un plan para transportarse y sabe a quién debe llamar en caso de una emergencia.
- E. Si se ha realizado al menos cinco controles prenatales.
- F. Tiene el plan para llevar al bebé al centro de salud u organizar la visita domiciliaria al segundo día de nacido (MSP, 2019).

2.14.3. Beneficios de la Psicoprofilaxis tanto en la madre, bebe y familia

2.14.2.1 Beneficios para la madre

- Ayuda a la madre a tener menor grado de ansiedad siendo así que le va a permitir tener una actitud positiva.
- Embarazo saludable
- Vamos a observar una mejor respuesta cuando inicien las contracciones uterinas, utilizando de mejor manera las técnicas de relajación, respiración, masajes.
- Va a existir la posibilidad de que la gestante pueda ingresar al centro de salud con una dilatación más avanzada para menor la duración del trabajo de parto.
- Vamos a poder evitar innecesarias evaluaciones previas al ingreso de su parto.
- Menor duración en la fase de dilatación y en la fase expulsiva.
- Menor tiempo en la labor del trabajo del parto.
- La dilatación cervical uterina, es mucho más fácil.
- Menor uso de fármacos en general.

- Menor riesgo a presentar problemas obstétricos.
- Menos partos por cesárea o instrumentados
- Adecuada respiración y relación
- Oxigena mejor los tejidos y por ende el bebé recibe mejores aportes de oxígeno.
- Mayor capacidad para la lactancia
- Detección oportuna de patologías propias del embarazo por la propia madre.
- Mejor estado nutricional (Zorrilla Mechato, 2015)(OMS, 2013).

2.14.2.2 Beneficios para el bebé:

- Menor sufrimiento fetal.
- Disminuye la morbi-mortalidad del recién nacido
- Mejor puntaje Apgar al primer minuto y a los 5 minutos.
- Menos asfixia neonatal
- Disminuyen las lesiones obstétricas
- Son niños más tranquilos con coordinación nerviosa más perfecta.
- Mejor desarrollo psicomotor y mejor integración socio-familiar (OMS, 2013).

2.14.2.3 Beneficios para la familia:

- Ayuda a superar la crisis familiar.
- Ayuda a mejorar la relación con la pareja
- Ayuda a enfrentar la depresión pos-parto (OMS, 2013).

2.14.2.4 Mejora la inserción a la actividad laboral

- Mantiene la participación activa del padre

- Mejor armonía familiar.
- Menores tasas de abandono y violencia familiar (Villacis, s.f.).

2.14.2.5. Complicaciones durante la labor del parto

Aproximadamente alrededor de 10 a 20% de las mujeres embarazadas pueden sufrir problemas durante el momento del parto.

Causas:

Que la futura mama tenga más de 40 años.

Que sufra de diabetes gestacional

Presencia de hipertensión arterial (Martínez, 2016).

El miedo de que existan dificultades durante esta etapa es muy grande pero el ginecólogo del Hospital Universitario Quironsalud Madrid Matías Brandt dice que las complicaciones se pueden prevenir y que una de las mejores medidas para evitar complicaciones es el control estricto del peso, que tenga buena actividad física y lo más importante un buen manejo obstétrico (Martínez, 2016).

Dicho especialista indica que existen tres situaciones que tienen más riesgo las cuales son:

Hemorragia tras el parto:

Esta es la que está asociada al tamaño del feto o también puede ser cuando son embarazos gemelares, una de las causas puede ser la presencia de miomas en el útero de la madre.

Según Brandt dice que otro factor de riesgo es la edad ya que aumenta el riesgo de hemorragia ya que las mujeres de 40 años son más propensas a tener dificultad para que el útero se contraiga en el momento del parto (Martínez, 2016).

Infecciones:

Las infecciones se dan en las gestantes que han permanecido con la bolsa rota durante mucho tiempo (Martínez, 2016).

El parto instrumental incrementa la posibilidad de infecciones por la manipulación (Martínez, 2016).

2.14.3. Técnicas de Relajación Neuro Muscular

La importancia y los objetivos de la relajación neuromuscular son las siguientes:

- La gestante debe de sentirse cómoda y en una posición adecuada antes de dar inicio con la técnica de relajación, entre estas puede permanecer sentada con o sin apoyo y acostada.
- Se debe dar inicio con una relajación profunda la cual lleva como nombre Técnica de Jacobson en la que se debe contraer y relajar de una forma individual, también lenta y progresiva cada zona de su cuerpo de acuerdo a la necesidad que tenga la gestante
- Se debe constatar que las gestantes se encuentran totalmente relajadas.
- Se le debe explicar como de a poco debe de ir saliendo del estado de relajación en el que se encuentra.
- Al culminar el tiempo se les debe de pedir que compartan como se sintieron y si les fue de ayuda o no.
- También como último paso se les tiene que preguntar si tuvieron algún problema o dificultad para relajarse y en qué zona de su cuerpo sintieron la molestia (MSP, 2014).

Entre las principales ventajas de las técnicas de relajación neuromuscular encontramos:

- ✓ Mejora la funcionalidad cardiaca
- ✓ Disminuye la presión arterial
- ✓ Mejora la frecuencia respiratoria
- ✓ Disminuye la tensión muscular
- ✓ Refuerza el sistema inmunológico (Valdivieso, 2016).

2.14.4. Actividad física

Durante el periodo de gestación es bueno llevar una vida activa y no sedentaria es decir que hay que realizar actividad física pero siempre y cuando la madre no se canse demasiado es decir puede andar y practicar natación que estas son actividades muy recomendables para su salud, sin embargo, también hay muchos deportes que no son recomendables para la madre porque atentan contra su salud y la del niño como por ejemplo la equitación, ciclismo ya que estas pueden provocar caídas y por consiguiente ponen en riesgo la salud de la gestante (Cambra Linés, 2007).

De acuerdo a (Rodríguez, 2016) el ejercicio físico se acompaña de un aumento en la producción de calor, ya que una mujer embarazada con una buena condición física es capaz de regular su temperatura corporal (Rodríguez, 2016).

El ejercicio físico durante el embarazo es beneficioso dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración de la actividad física (Rodríguez, 2016).

Entre los principales beneficios para la mujer gestante están:

- Mejor función cardiovascular (regula tensión arterial)
- Mejor ganancia de peso y depósito de grasa
- Mejora la capacidad cardiopulmonar
- Aumenta el tono muscular y flexibilidad
- Controla mejor el aumento de peso
- Ayuda a la recuperación post-parto (Acosta Arias, 2012); (Rodríguez, 2016).

2.14.5. Desbloqueo y Liberación de la Pelvis

Previo a la realización de los ejercicios es muy importante que la mujer gestante conozca sobre los movimientos de anterversión y retroversión pélvica para que de esta manera pueda diferenciarlos y así se pueda poner de pie y realizar estos movimientos que tienen que ser con los pies juntos su cuerpo debe de permanecer totalmente erguido, debe apoyar una de sus manos bajo su vientre y la otra mano sobre las nalgas, con la mano que está delante va a empujar sus pelvis hacia arriba, y con la mano de atrás se empuja hacia abajo y por último se debe volver a la posición inicial (Cambra Linés, 2007).

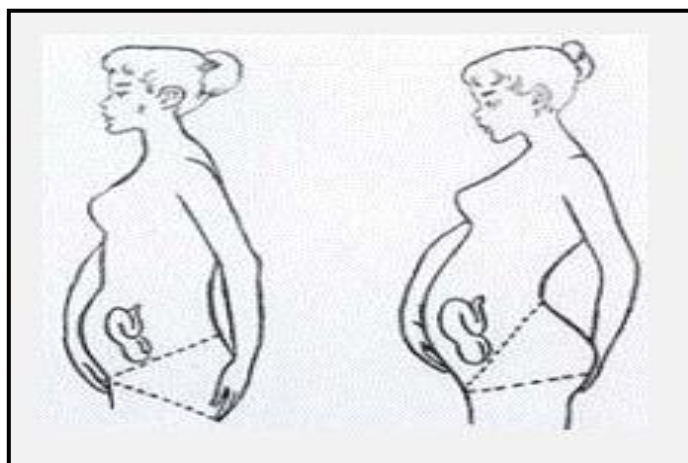


Figura 20. Desbloqueo y liberación pélvica.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

Estos ejercicios de desbloqueo de la pelvis consisten en:

- ✓ Anterversión y retroversión de la pelvis.
- ✓ Se le pide que haga inclinación de la pelvis y al mismo tiempo que eleve el talón del suelo 2 veces.
- ✓ Tiene que realizar círculos con su pelvis hacia ambos lados.
- ✓ Dibujar un ocho con su pelvis hacia ambos lados.
- ✓ Por último, se le pide que haga ondulaciones con su torso (Cambra Linés, 2007).

2.14.6. Ejercicios de Tonificación

2.14.6.1 Postura de moro

Esta postura se da con la espalda recta y sus brazos en forma de una cruz totalmente horizontales y se le pide que realice círculos con los brazos y que nos ayude con la inspiración en el primer círculo que va a realizar y espirar en el segundo (Cambra Linés, 2007).



Figura 21. Postura de moro.
Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.6.2 Sentada con las piernas entrecruzadas

La gestante va a estar sentada con sus piernas entrecruzadas, sus manos van a estar enlazadas en la espalda, se va a estirar sus brazos hacia abajo y va a contar hasta seis, después de esto va a espirar y se va a relajar y va a contar hasta tres (Cambra Linés, 2007).

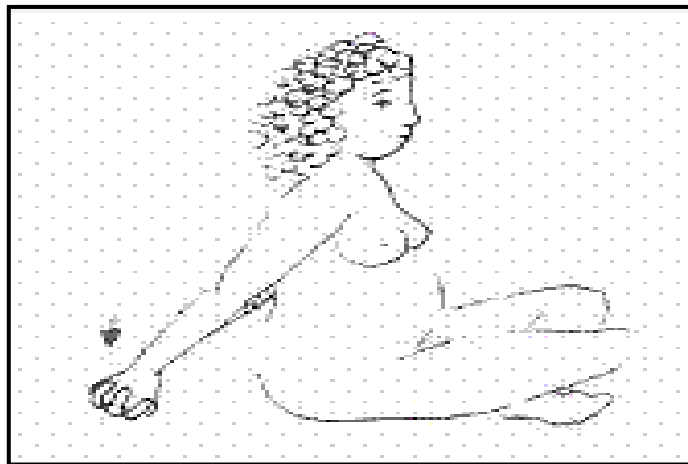


Figura 22. Sentada con las piernas entrec.
Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.6.3 Flexión de hombros de 90 grados

Primero empezamos tomando un brazo con la mano contraria y de esta manera vamos a acercar la piel de los antebrazos hacia la altura de los codos con un solo movimiento, este ejercicio se va a realizar en ambos miembros (Cambra Linés, 2007).

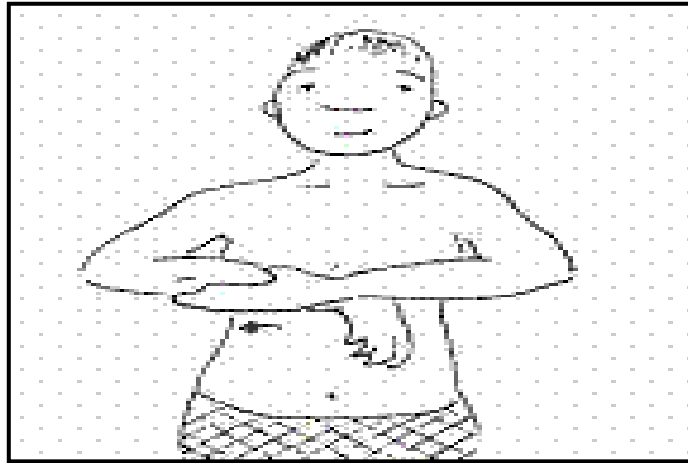


Figura 23. Flexión hombros 90 grado.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.6.4 Elevación de los Brazos a 90°

Este ejercicio va a empezar con los codos flexionados y se le va a pedir a la paciente que con una de sus manos cerradas presione con un solo movimiento sobre la palma de la mano (Cambra Linés, 2007).

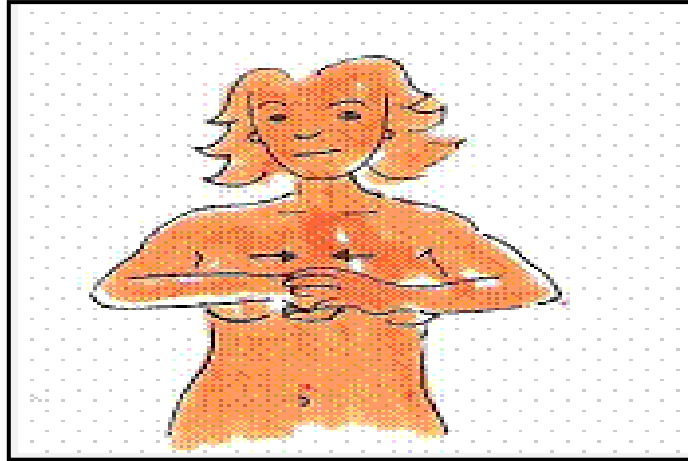


Figura 24. Elevación de los Brazos a 90°.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.6.5 Postura de moro con la espalda erecta

Se le va a pedir a la gestante que relaje sus hombros haciendo movimientos hacia superior y de la misma manera hacia inferior, primero se le va a pedir que suba los dos hombros a la vez y después lo haga alternando uno a uno, luego se le va a indicar que realice círculos con sus hombros primero hacia adelante y luego hacia atrás (Cambra Linés, 2007).

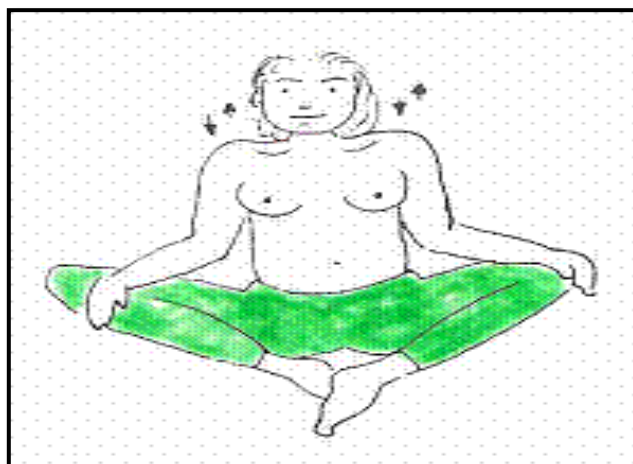


Figura 25. Postura moro espalda erecta.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.6.6 Levantamiento de rodillas

Aquí vamos a empezar con el levantamiento de rodillas y se le pide que mantenga los tobillos cruzados, sus manos van a estar a nivel de las rodillas y así van a resistir los movimientos de empuje que se les va a hacer de esta manera hacia abajo esto se va a mantener durante unos 10 segundos y lo más importante es que se le va a pedir que espire mientras se mantiene el empuje (Cambra Linés, 2007).



Figura 26. Levantamiento de rodillas.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.6.7 Bipedestación

Se le pide a la paciente que se ponga en bipedestación con sus hombros y cabeza apoyados contra la pared, se le va a pedir que cruce sus piernas y que coloque sus manos a nivel de las caderas, este ejercicio lo que busca es presionar las piernas la una contra la otra a la vez y el objetivo es que la pelvis avance en sentido contrario sin separar sus hombros de la pared (Cambra Linés, 2007).



Figura 27. Bipedestación.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.7. Ejercicios de Kegel

Como lo indica la Fisioterapeuta Laura Rojas los ejercicios de Kegel o también llamados ejercicios de contracción del músculo pubocoxígeo sirve para fortalecer y ejercitar los músculos del suelo pélvico de forma progresiva y también se va a recomendar para así evitar diferentes alteraciones comunes, como por ejemplo la incontinencia urinaria y también para así facilitar el momento del parto en la mujer (Lopez Lopez, 2018).

Los ejercicios de Kegel son aquellos que van a tener diferentes niveles es así como se debe primero empezar por los que demandan menor gasto energético es decir se los realiza en decúbito prono con pequeños movimientos de los músculos del suelo pélvico (Lopez Lopez, 2018).

Recibe este nombre por el Doctor Arnold Kegel, fue él quien los utilizo para los pacientes en la década de 1940 como un método para poder controlar la incontinencia urinaria, su artículo se publicó en 1948 (Samayoa, 2016).

Estos ejercicios de Kegel son ideales para así poder controlar lo que es la incontinencia urinaria de la mujer luego de la realización del parto, y el propósito de estos ejercicios es fortalecer los músculos del suelo pélvico y así poder mejorar la función del esfínter uretral o rectal. El éxito de estos ejercicios va a depender mucho de la práctica apropiada y de la técnica que se utiliza y por último de un cumplimiento estricto del programa de estos ejercicios (Samayoa, 2016).

2.14.7.1 El lento

Aquí lo que se le pide a la gestante es que apreté los músculos como que, si quisiera aguantarse las ganas de orinar, llevándolos hacia superior y así se los va a contraer de 5 a 10 segundos mientras la gestante respira suavemente (Cambra Linés, 2007).

Después vamos a pedir que relaje sus músculos durante unos 5 segundos más y estas series las van a repetir 10 veces, y así se va a intentar aumentar el tiempo de contracción y de relajación hasta alcanzar los 20 segundos, mientras más se mantenga la contracción de los músculos más fuertes estos se harán (Cambra Linés, 2007).

2.14.7.2 El rápido

En este ejercicio se le va a pedir a la gestante que apreté y relaje los músculos tan rápido como ella pueda en un lapso de tiempo de 2 a 3 minutos, y se le va a indicar que va a empezar con 10 repeticiones durante cuatro veces al día hasta que pueda llegar a las 50 repeticiones diarias (Cambra Linés, 2007).

Al principio es algo muy normal que la gestante note que los músculos no quieran mantenerse contraídos y también es muy notable que se sientan cansadas después de realizarlo (Cambra Linés, 2007).

2.14.7.3 El ascensor

En este ejercicio se va a necesitar de toda la atención y concentración de la gestante ya que los resultados que se van a obtener son muy buenos, ya que la vagina es como tubo muscular con diferentes secciones que van a ser en forma de un anillo y van a estar dispuestas una sobre otra, le vamos a pedir a la gestante que en su mente se imagine diferentes pisos de un edificio y que ahí va a subir y bajar de un ascensor pero va a ir tensionando cada piso le vamos a decir que empiece subiendo el primer piso suavemente ahí va a contraer durante un segundo y después va a seguir al segundo piso y va a seguir contrayendo durante varios segundos y se le va a pedir que siga subiendo y contrayendo tantos pisos como pueda y para empezar a bajar le vamos a pedir también que vaya contrayendo y aguantando en cada piso (Cambra Linés, 2007).

Finalmente, se le pide que intente relajar totalmente la musculatura de su piso pélvico durante unos segundos y sobre todo que no se olvide de respirar pausadamente al realizar el ejercicio (Cambra Linés, 2007).

2.14.8. Trabajo del periné en diversas posturas

os ejercicios para fortalecer los músculos perineales (o suelo pélvico), mediante la contracción del músculo pubocóxigeo (Cambra Linés, 2007).

2.14.8.1 Postura de Gato:

Se le pide a la paciente que espire mientras va elevando el suelo pélvico manteniendo la espalda redonda, luego le pedimos que inspire relajando la musculatura pelviana y abdominal (Cambra Linés, 2007).

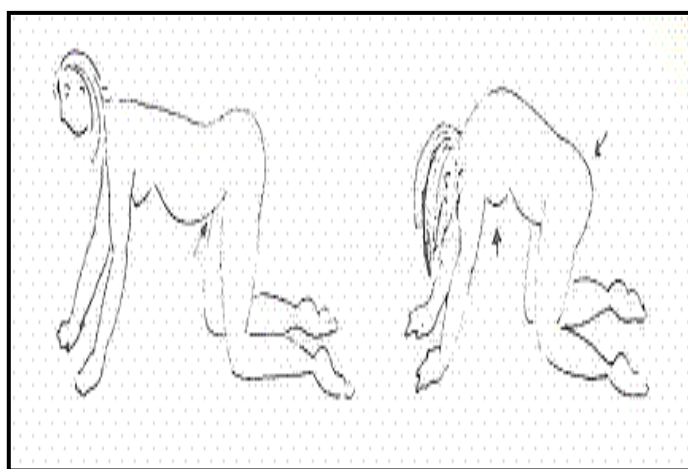


Figura 28. Postura de Gato.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.8.2 Postura de moro con la espalda recta:

Este ejercicio va a consistir en presionar con el dorso de sus manos contra la parte interna de ambas rodillas, estos van a tratar de hacer una resistencia a este movimiento,

cuando este se note que está en tensión se empezara a elevar lentamente el suelo pélvico y para esto se le va a pedir que vaya inspirando de a poco mientras realiza el ejercicio, finalmente se le va pedir que espire para que se vuelvan a relajar todos sus músculos de una forma consciente (Cambra Linés, 2007).

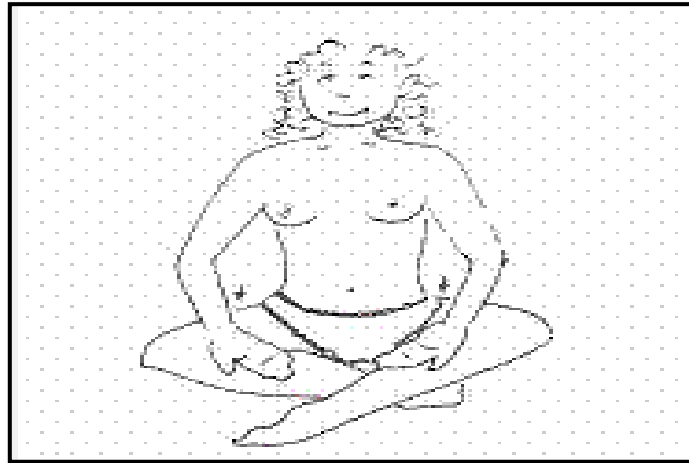


Figura 29. Postura moro espalda recta.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.8.3 Bipedestación con piernas separadas y con rodillas ligeramente flexionadas:

Le vamos a pedir a la madre gestante que incline su tronco hacia anterior apoyando sus manos a las rodillas, en dicha postura se va a intentar elevar el suelo pélvico por etapas, después de esto se le pide que espire y trate de levantar la pelvis tratando de hacer un ligero movimiento circular, para finalizar se le pide que inspire y bascule la pelvis hacia atrás (Cambra Linés, 2007).

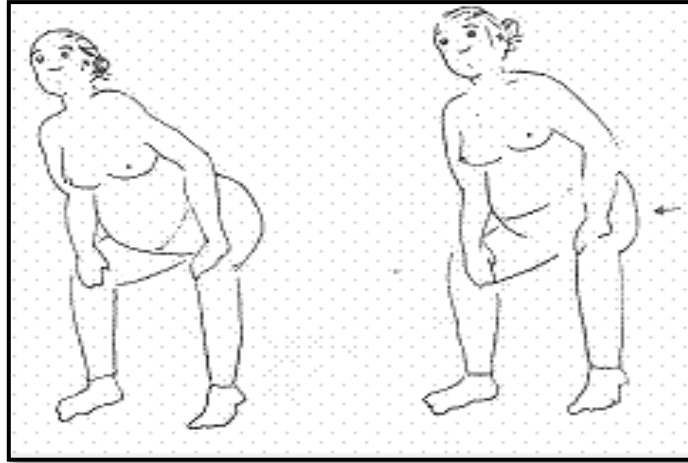


Figura 30. Bipedestación piernas separada.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.8.4 Posición agachada con las piernas separadas y apoyando toda la planta del pie:

En este ejercicio vamos a tener que mantener la espalda recta, este va a consistir en apretar las manos una contra la otra y presionar, esta postura se va a tener que mantener si puede sola o también hay como con ayuda de su pareja o familiar (Cambra Linés, 2007).

Al momento de mantenerse en este tipo de postura se va a desplazar la espalda hacia anterior y va a apoyar sus manos en el suelo tratando de poner sus pies en cunclillas, en esta postura lo que va a ocurrir es que se van a tensar los músculos del suelo pélvico hacia superior tratando de hacer presión con las rodillas a los brazos que opondrán resistencia, para finalizar mantenemos la postura y luego relajamos (Cambra Linés, 2007).

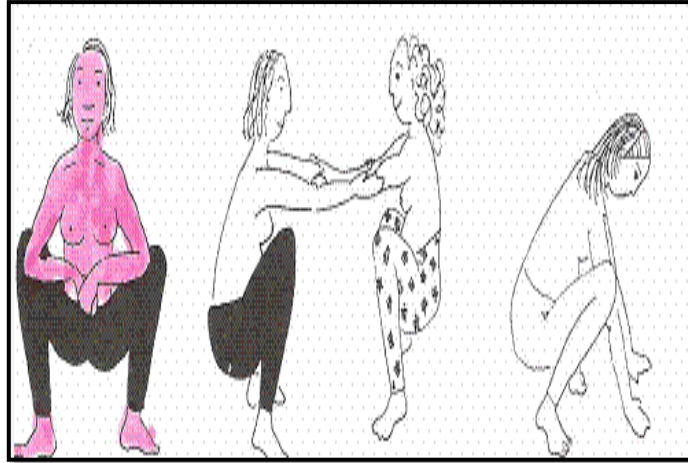


Figura 31. Agachada con las piernas separadas.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.8.5 Sedente en una silla con las piernas abiertas y cogiendo el respaldo con las manos:

Se le va a pedir que presione las piernas contra las patas de la silla levantando el suelo pélvico por etapas a la vez que va espirando, en la inspiración se va relajar la pelvis y las piernas (Cambra Linés, 2007).

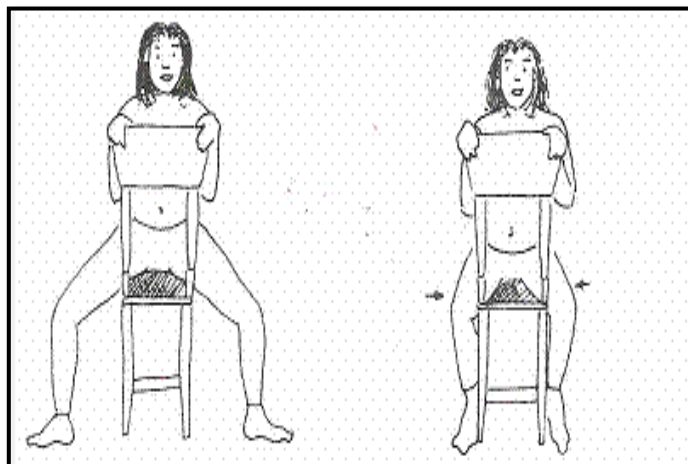


Figura 32. Sedente en una silla con las piernas abiertas.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.9. Ejercicios circulatorios

Los ejercicios circulatorios son aquellos que consisten en la realización de movimientos tanto de piernas y tobillos, siendo así que también se puede realizar un masaje en la bóveda plantar con la ayuda de una pelota de tenis es decir colocar la pelota en la planta del pie y hacerla rodar por todo el pie (Cambra Linés, 2007).

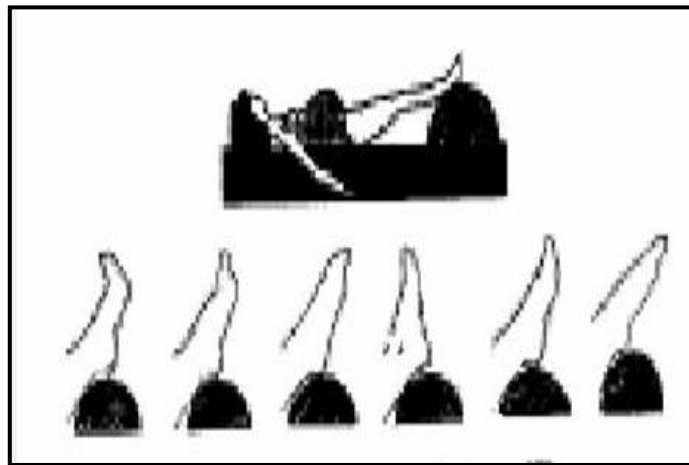


Figura 33. Ejercicios circulatorios.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.9.1 Primer ejercicio:

Sentada con las piernas estiradas y ligeramente separadas, la cual va a consistir en dibujar círculos con ambos tobillos realizando movimientos alternadamente, se puede repetir el ejercicio 30 veces (Lopez Lopez, 2018).

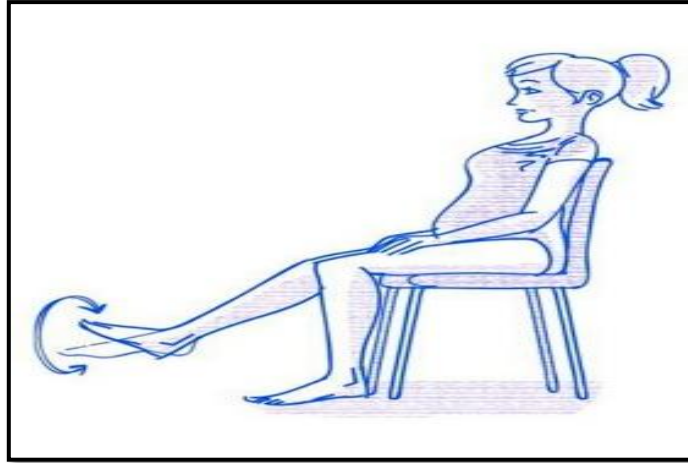


Figura 34. Sentada con las piernas estiradas.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.9.2 Segundo ejercicio:

Paciente en decúbito supino con sus piernas juntas y estiradas, aquí se le va a pedir que eleve una pierna y la extienda y le pediremos que flexione la punta del pie mientras se retiene la pierna en el aire y finalmente bajamos lentamente la pierna esto vamos a hacer con ambas piernas alternadamente (López, 2013).



Figura 35. Decúbito supino con sus piernas juntas.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.9.3 Tercer ejercicio:

Paciente en decúbito sedente con las piernas juntas y estiradas, aquí la gestante va a realizar flexión y extensión de ambos pies alternadamente (López, 2013).

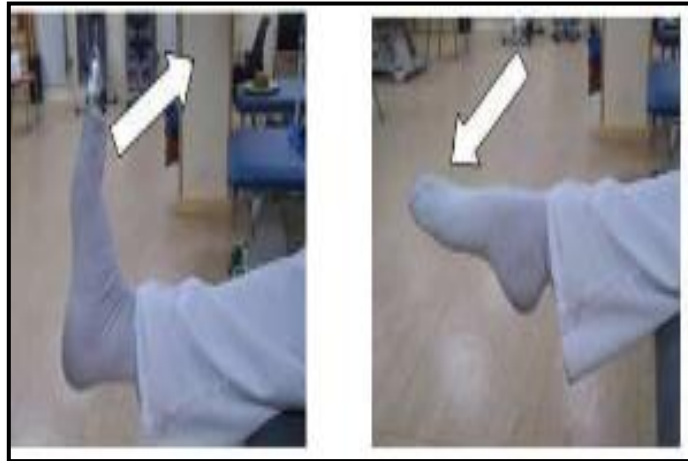


Figura 36. Decúbito sedente con las piernas juntas.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.9.4 Cuarto ejercicio:

Paciente en decúbito supino con las piernas estiradas y juntas, le pedimos que eleve una pierna inspirando, dibujar círculos con el pie y descender la pierna espirando. Alternar el ejercicio con ambas piernas. Repetir el ejercicio 10 veces (López, 2013).



Figura 37. Piernas estiradas y juntas.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.9.5 Quinto ejercicio:

Paciente en decúbito supino con las piernas estiradas y juntas, le pedimos que eleve la pierna con rodilla flexionada formando ángulo de 90°, luego le pedimos que realice movimientos de flexión y extensión del pie mientras se retiene el aire y descender la pierna espirando. Alternar el ejercicio con ambas piernas con rotaciones de pie, repetir el ejercicio 10 veces (López, 2013).

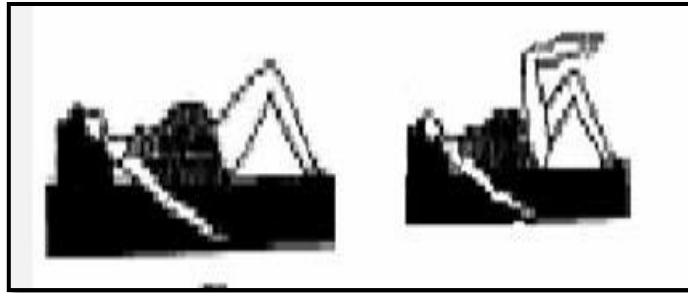


Figura 38. Decúbito supino con las piernas.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.10. Estiramientos

Los ejercicios de estiramiento ofrecen muchas ventajas ya que van encaminados a la lucha contra la posición que va adoptando la mujer gestante ya que va a mantener la apertura de miembros inferiores y el cierre de miembros superiores y va ayudar a dar elasticidad al tejido conectivo (Cambra Linés, 2007).

2.14.10.1 Estiramientos del cuello:

- I. Paciente en decúbito sedente en se le pide que se ponga de rodillas y que mantenga su espalda recta, su cabeza se va a quedar colgada hacia anterior y sus hombros y cara totalmente relajados (Cambra Linés, 2007).

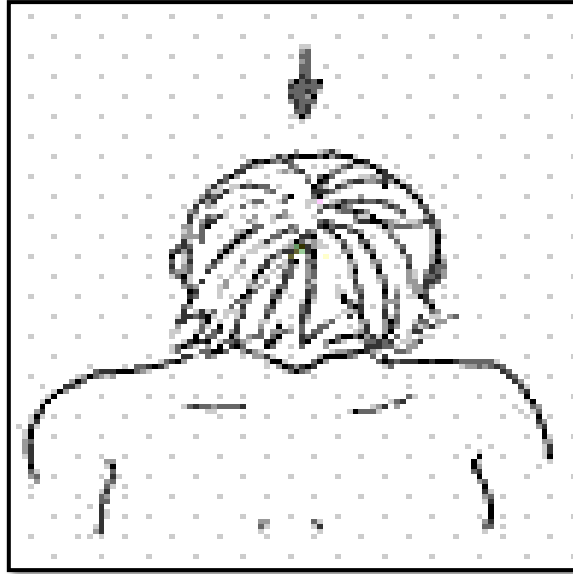


Figura 39. Estiramientos del cuello I.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

- II. Se le pide a la gestante que haga un círculo completo hacia un lado y al otro (Cambra Linés, 2007).

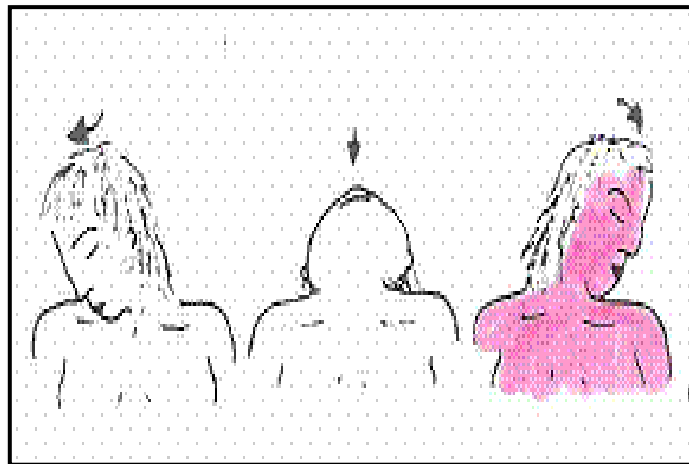


Figura 40. Estiramientos del cuello II.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

- III. Vamos a colocar las manos unidas sobre la nuca y después dejar que los músculos del cuello se vayan estirando por el peso de la cabeza y para

finalizar mantenemos un segundo las manos unidas y por último bajamos las manos y levanta suavemente la cabeza (Cambra Linés, 2007).

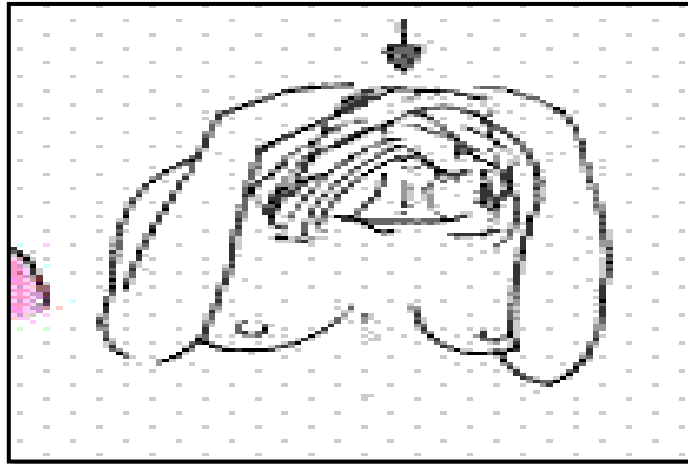


Figura 41. Estiramientos del cuello III.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

- IV. Le pedimos que mantenga su espalda relajada y mientras tanto le decimos que gire la cabeza lentamente con sus hombros relajados de un lado hacia el otro (Cambra Linés, 2007).

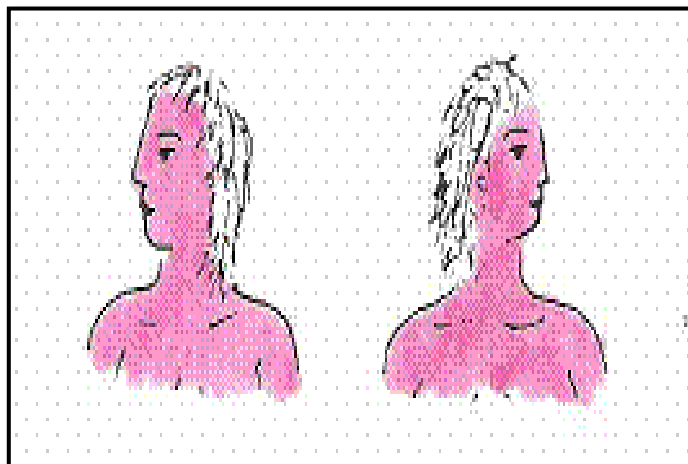


Figura 42. Estiramientos del cuello IV.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.10.2 Estiramiento de Miembros Superiores:

Junto con los hombros y la parte superior de la espalda es una zona que se va a contracturar muy fácil (Cambra Linés, 2007).

2.14.10.3 Estiramiento de los pectorales:

Le pedimos a la gestante que se ponga de pie y que estire sus brazos por atrás de su espalda (Cambra Linés, 2007).

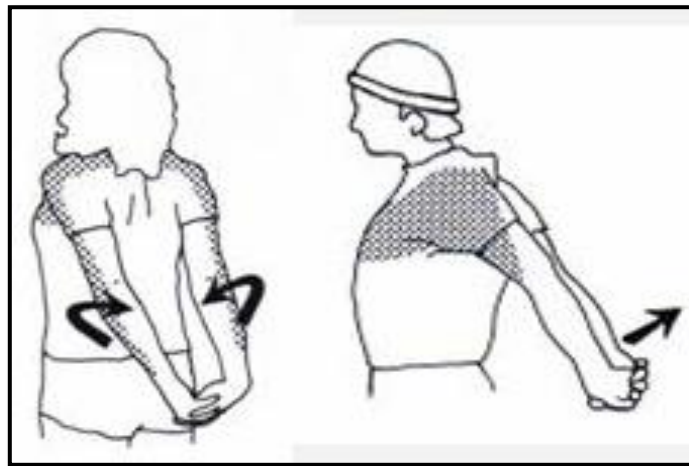


Figura 43. Estiramiento de los pectorales.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.10.4 Estiramientos del tronco:

Primero le vamos a pedir a la gestante que se ponga de pie y realice una inclinación lateral hacia ambos lados de su tronco y que entrelace sus manos en conjunto con sus brazos estirados (Cambra Linés, 2007).

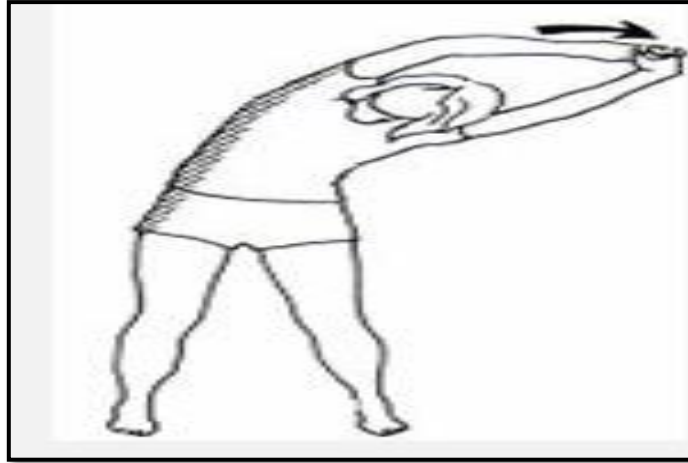


Figura 44. Estiramientos del tronco I.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

Segundo le pido que lleve su brazo hacia atrás de su cabeza, inmediatamente que con la palma de su otra mano la lleve sobre su codo y realice el estiramiento (Cambra Linés, 2007).

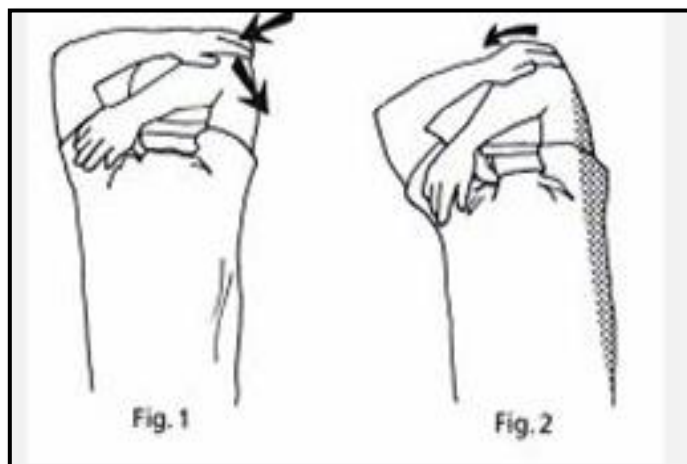


Figura 45. Estiramientos del tronco II.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

Tercero se le pide a la mujer embarazada que se siente y entrecruce sus manos y los lleve por encima de su cabeza para realizar el estiramiento (Cambra Linés, 2007).

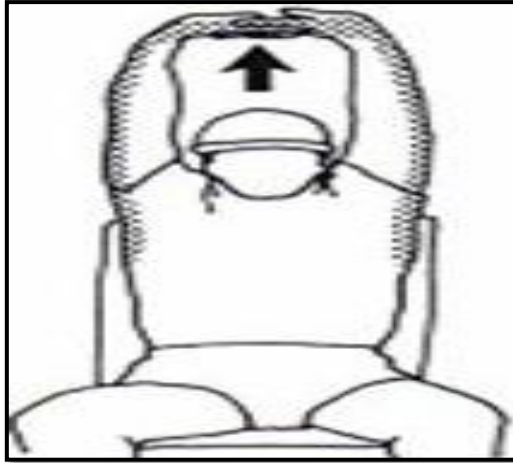


Figura 46. Estiramientos del tronco III.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.11. Estiramientos globales

2.14.11.1 Estiramiento del gato

Este va dirigido hacia los dolores de espalda y también va ayudar aumentar la flexibilidad (Cambra Linés, 2007).

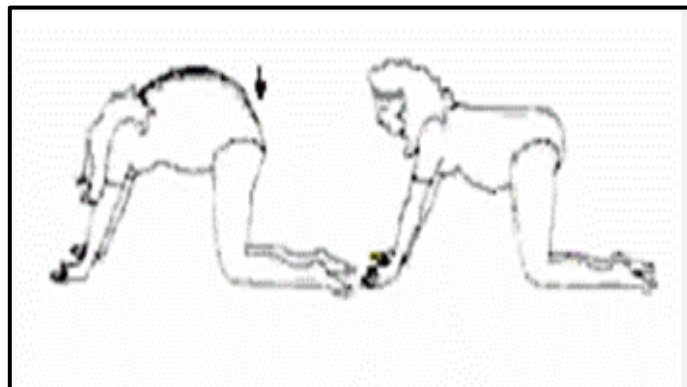


Figura 47. Estiramiento del gato.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.11.2 Estiramiento de todo el cuerpo:

Este ejercicio sirve para estirar toda la cadena anterior, sus tobillos deben permanecer en flexión plantar y para luego realizar el estiramiento la cadena posterior en flexión dorsal (Cambra Linés, 2007).

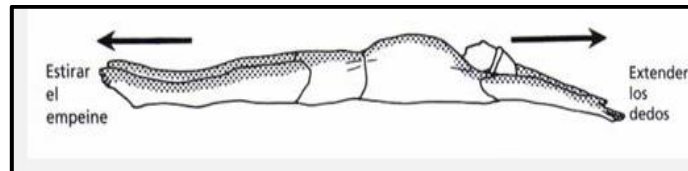


Figura 48. Estiramiento de todo el cuerpo.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.11.3 Postura de buda:

Va a ir enfocada en el estiramiento de la parte superior de su espalda, brazos, muñecas y de la columna lumbar (Cambra Linés, 2007).

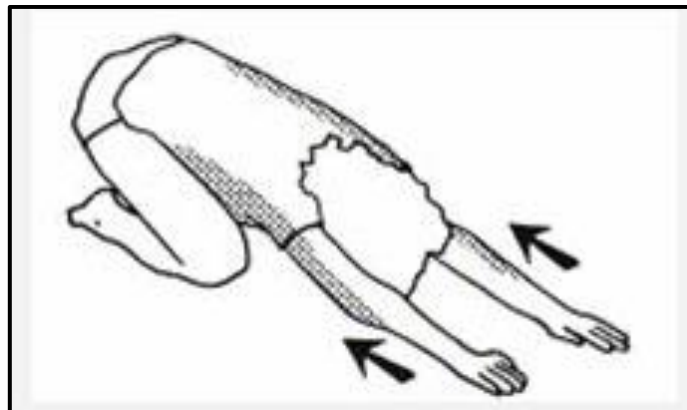


Figura 49. Postura de buda.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.12. Estiramiento de Miembros Inferiores:

2.14.12.1 Estiramiento del cuádriceps:

Ponte de pie sobre la pierna derecha con la rodilla ligeramente flexionada y el torso inclinado un poco hacia delante. Lleva la pierna izquierda hacia atrás, con el talón hacia los glúteos. Con la mano izquierda, empuja suavemente sobre el cuádriceps para estirar el músculo (Cambra Linés, 2007).

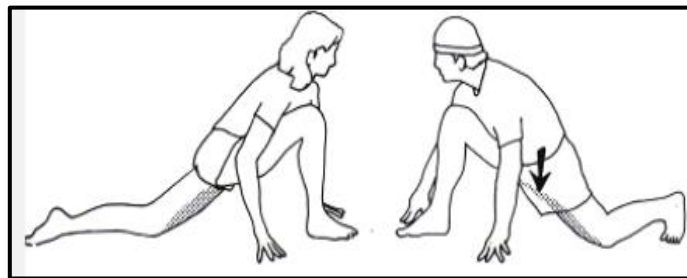


Figura 50. Estiramiento del cuádriceps.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.12.2 Estiramiento de Isquiotibiales:

El estiramiento se va a lograr al elevar la pierna estirada hacia arriba porque vamos a conseguir una flexión de cadera con la rodilla extendida que son las acciones contrarias a las que producen la contracción del músculo (Cambra Linés, 2007).

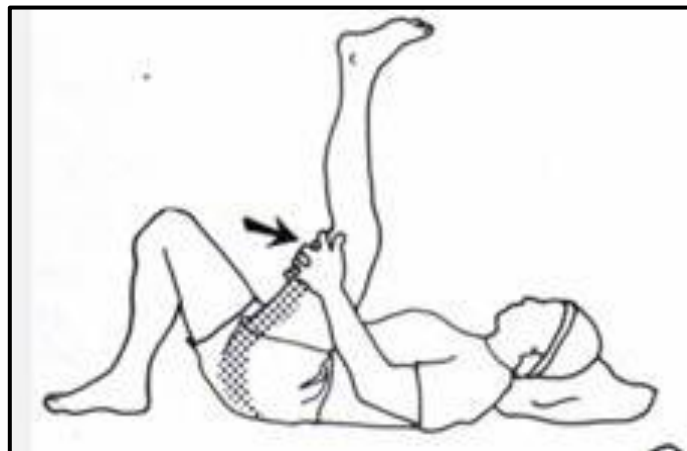


Figura 51. Estiramiento de Isquiotibiales.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.12.3 Estiramiento de la zona Glútea:

Le pido que separe sus rodillas hacia el exterior, que sus talones estén apoyados completamente en el suelo, y que su columna este totalmente extendida (Cambra Linés, 2007).

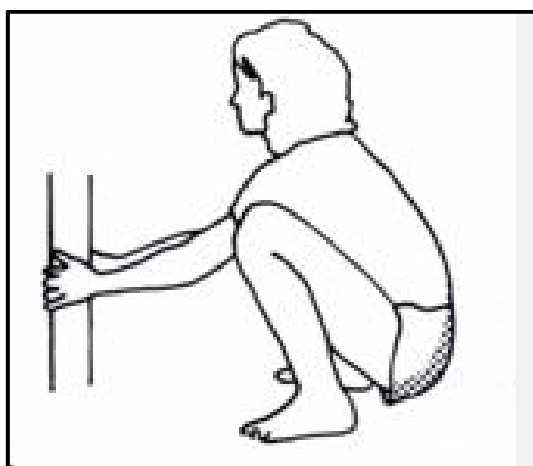


Figura 52. Estiramiento de la zona Glútea.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.14.12.4. Estiramiento de los músculos gemelos

Posición inicial de pie y se va a colocar una pierna delante de la otra, va apoyar las puntas de los dedos de las manos en una pared, inspira y al expulsar el aire, descende los talones, pero sin llegar hasta el suelo. Repetir el ejercicio 10 veces (Cambra Linés, 2007).

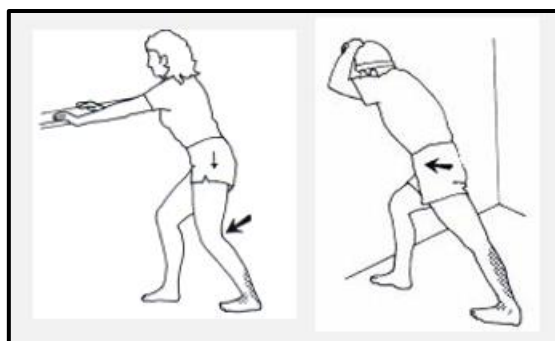


Figura 53. Estiramiento de gemelos.

Fuente: (Cambra Linés, 2007)

2.15. EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y ENTRENAMIENTO DEL PUJO

La labor del parto si puede llegar a ser lesivo, pero hay que tomar en cuenta que la mujer gestante fisiológicamente está preparada para soportar el parto vaginal, pero hay que tomar mucho en cuenta la gran parte de estas lesiones se van a dar de manera yatrogenica, pero esto se podría minimizar si durante el mismo se respeta la fisiología del parto y de ahí se da la gran importancia de la postura que se va a obtener y el tipo de pujo (Cambra Linés, 2007).

De primera mano se puede detallar y explicar el mecanismo de la respiración, ya que el diafragma juega un papel muy importante en los diferentes tipos de respiración, en esta etapa con el entrenamiento adecuado se va conseguir que el aire circulante aumente y que la captación respiratoria y la oxigenación fetal disminuyan y que esa sensación sea dolorosa por la inmovilización del diafragma durante la etapa de las contracciones (Cambra Linés, 2007).

Las técnicas respiratorias que se van a enseñar se clasifican en:

2.15.1 Respiraciones Básicas:

2.15.1.1 Torácica:

Este tipo de respiración se da cuando llenamos la zona media de los pulmones, en este tipo de respiración actúan los músculos intercostales que lo que van hacer es separar las costillas haciendo que el aire fluya a la zona media (Ros, 2011).

2.15.1.2 Abdominal:

Es aquella que se basa en el movimiento del diafragma, que al bajar hacia el vientre le pediremos que succione aire a los pulmones y al subir hacia los mismo estos van a sacar el aire, el diafragma al bajar lo que hace es empujar los órganos del abdomen dando la impresión de que este se hincha (Ros, 2011).



Figura 54. Respiración Abdominal.

Fuente: (Ros, 2011)

2.15.2. Respiración en Vela:

Se le pide que tome aire de una manera lenta por la nariz y que luego la bote por la boca, aquí se necesita que mantenga sus labios fruncidos como que si estuviera simulando apagar una vela (Cambra Linés, 2007).

2.15.3. Respiración del Soplido:

2.15.3.1 Rápida:

Se va a utilizar en el primer minuto de las contracciones, ya que cuando comienzan las contracciones se le pide que inspire por su nariz y que espire botando el aire por su boca de manera rápida (Cambra Linés, 2007).

2.15.3.2 Lenta:

Esta respiración va a empezar cuando la gestante siente la necesidad de empezar a empujar a su bebe, es decir se le pide que meta aire por su nariz y el bote de manera lenta por su boca (Cambra Linés, 2007).

2.15.4. Respiración Habitual y Rítmica:

Debe ser una respiración apropiada para cada movimiento durante todo el tiempo que sea el entrenamiento, para esto lo que se le va a pedir a la mujer es que inhale durante el primer movimiento y que luego exhale durante el segundo tiempo, la respiración su es adecuada va a tener la función de mejorar la oxigenación y también va a reducir el cansancio de la madre (MSP, 2014).

Una excelente respiración es aquella que es de tipo pausada, rítmica y armoniosa y así la madre va a lograr mayor comodidad y bienestar en su entrenamiento (MSP, 2014).

2.15.5. Respiración tipo 1

2.15.5.1. Profunda:

Esta es de tipo lenta y organizada, se le va a dar indicaciones de que inhale por la nariz y que exhale por la boca, así como que si quisiera soplar una burbuja de jabón al principio debe de durar de 3 a 5 segundos mientras dure el ejercicio (MSP, 2014).

Se le va a dar indicaciones de que puede apoyar una mano sobre su pecho y la otra sobre su abdomen para que de esta manera pueda sentir su respiración, esta respiración va hacer una de las más importantes durante el periodo de las contracciones uterinas, mientras que la finalidad de esta es mantener una buena oxigenación tanto a la madre como al bebe (MSP, 2014).

2.15.6. Respiración tipo 2

2.15.6.1 Jadeante:

Esta es de tipo superficial y rápida, en este tipo de respiración se le va a pedir que haga como como que si estuviera agitada es decir inhalado y exhalando solo por su boca, la respiración que es ideal aquí va hacer una respiración por segundo, esta no tiene que ser rápida ya que podemos hacer que la madre se hiperventile y tampoco debe ser lenta ya su función principal es el controlar la sensación de pujar justo en los momentos indicados (MSP, 2014).

2.15.7. Respiración tipo 3

2.15.7.1. Sostenida o de Pujo:

Esta se divide en dos pasos:

Primer paso:

Se debe inhalar de manera profunda y exhalar de manera rápida dos veces, mientras mantiene la cabeza hacia atrás de manera relajada (MSP, 2014).

Segundo paso:

Se le pide que tome una tercera respiración esta debe ser de manera profunda y también se la debe de sostener y así podemos llevar la cabeza hacia adelante acercando su mentón a su pecho, con la finalidad de empujar con dirección hacia la vagina, tratando de no interrumpir la fuerza mientras dure la contracción (MSP, 2014).

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. RESULTADOS

Tabla 6
Grupo de edades

	Frecuencia	Porcentaje
ADOLESCENTE 15 – 20 años	148	45,7
ADULTO	36	11,1
ADULTO JOVEN	93	28,7
ADULTO MADURO	47	14,5
Total	324	100,0

FUENTE: Recolección de datos de historias clínicas

AUTORA: Salome Brito

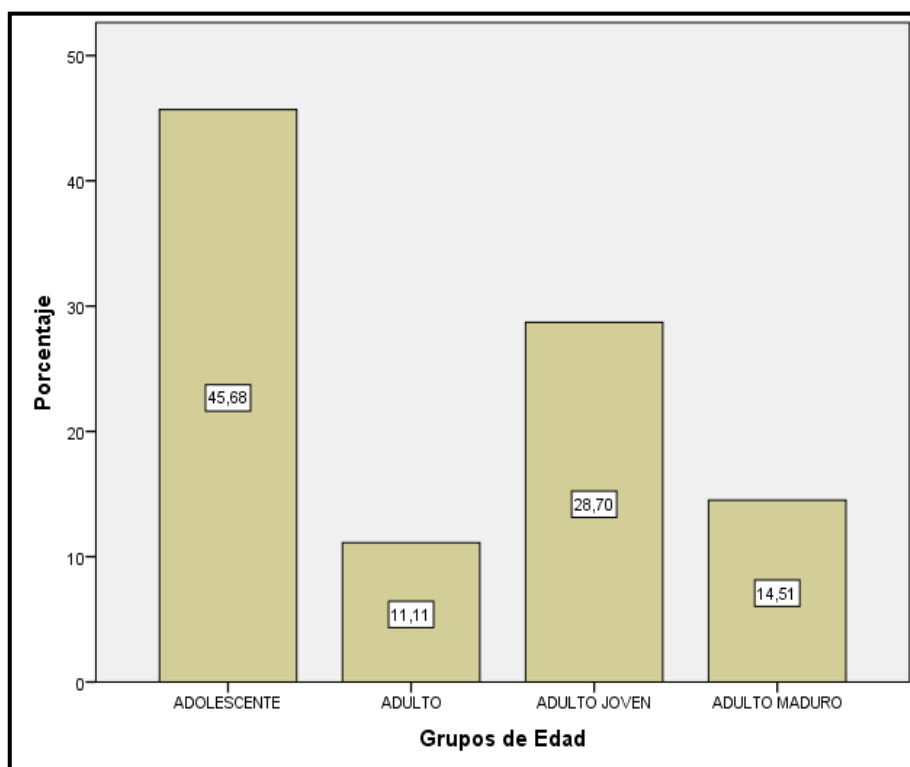


Figura 55. Grupos de Edades

Fuente: Recolección de datos de historias clínicas

Autora: Salome Brito

Al analizar la edad de la población de la presente investigación se pudo evidenciar, que el 45,68% está compuesto por gestantes que corresponden al grupo de adolescentes (15 a 20 años) compuesto de 148 historias clínicas revisadas. Seguido por el grupo de adultas jóvenes (21 a 25 años) que representan el 28,70% con un total de 93 historias clínicas. Finalmente, el grupo de embarazadas adultas constituyo un 11,11% del total de la población. Es decir que existe un mayor número de madres adolescentes que están experimentando un embarazo.

Tabla 7
Número de controles

	Frecuencia	Porcentaje
0	12	3,7
1	4	1,2
2	8	2,5
3	17	5,2
4	29	9,0
5	29	9,0
Validación		
6	50	15,4
7	47	14,5
8	55	17,0
9	49	15,1
10	18	5,6
11	3	0,9
12	2	0,6
18	1	0,3
Total	324	100,0

FUENTE: Recolección de datos de historias clínicas

AUTORA: Salome Brito.

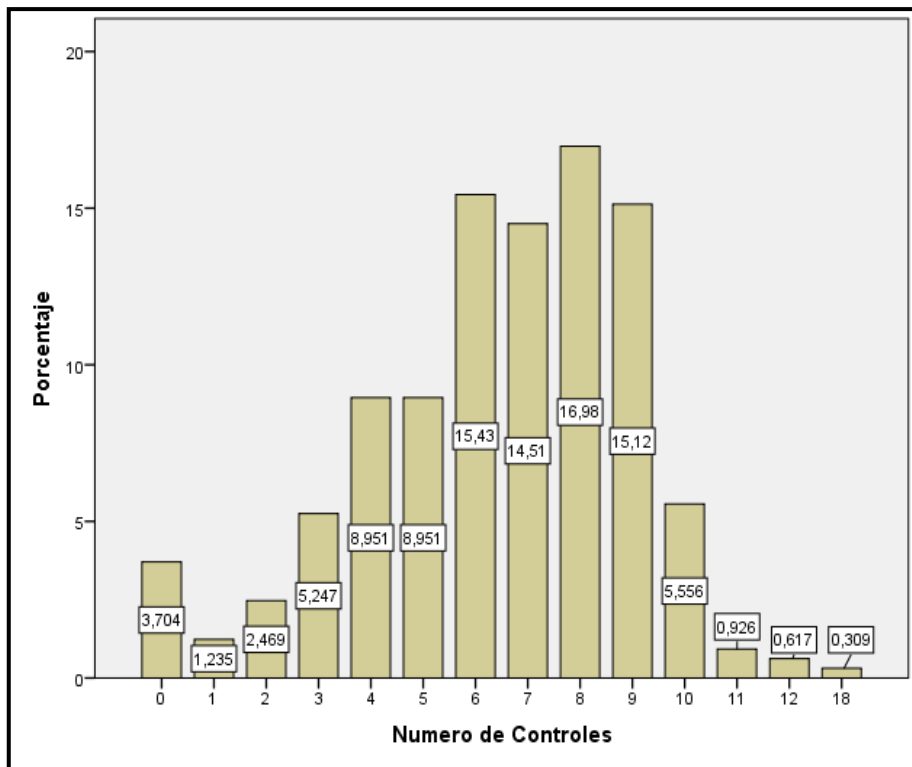


Figura 56. Número de Controles

Fuente: Recolección de datos de historias clínicas

Autora: Salome Brito.

En la figura número 56 se puede observar que aproximadamente un 15% de las madres gestantes realizaron un promedio de 6 a 9 controles, y con un porcentaje mucho menor de madres gestantes de esta muestra se realizan menos de 6 controles y más de 10 controles.

Tabla 8
Semanas de gestación por grupos

	Frecuencia	Porcentaje
35-37	43	13,3
38-40	255	78,7
41-43	25	8,0
Total	324	100,0

FUENTE: Recolección de datos de historias clínicas

AUTORA: Salome Brito

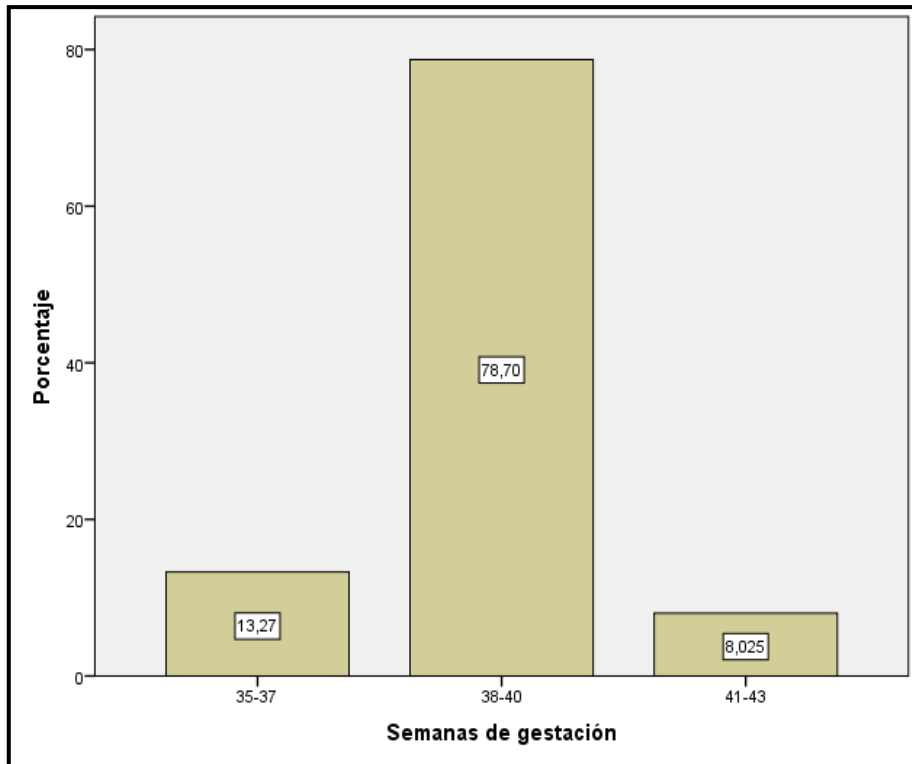


Figura 57. Semanas de gestación por grupos

Fuente: Recolección de datos de historias clínicas

Autora: Salome Brito

Análisis:

En la figura número 57 se puede apreciar la distribución de semanas a término previo al momento del parto. Se destaca que el 78.50% de los partos se dio entre las semanas 38, 39 y 40 que corresponden a un parto a término. Seguido por el 13,27% de los partos considerados prematuros dado que se dieron entre las semanas 35 a la 37. El porcentaje más bajo (8,025%) corresponden a partos post termino prolongado de 41 a la 43 semana.

Tabla 9
Números de partos

	Frecuencia	Porcentaje
Primípara	212	65,4
Múltipara	112	34,6
Total	324	100,0

FUENTE: Recolección de datos de historias clínicas

AUTORA: Salome Brito

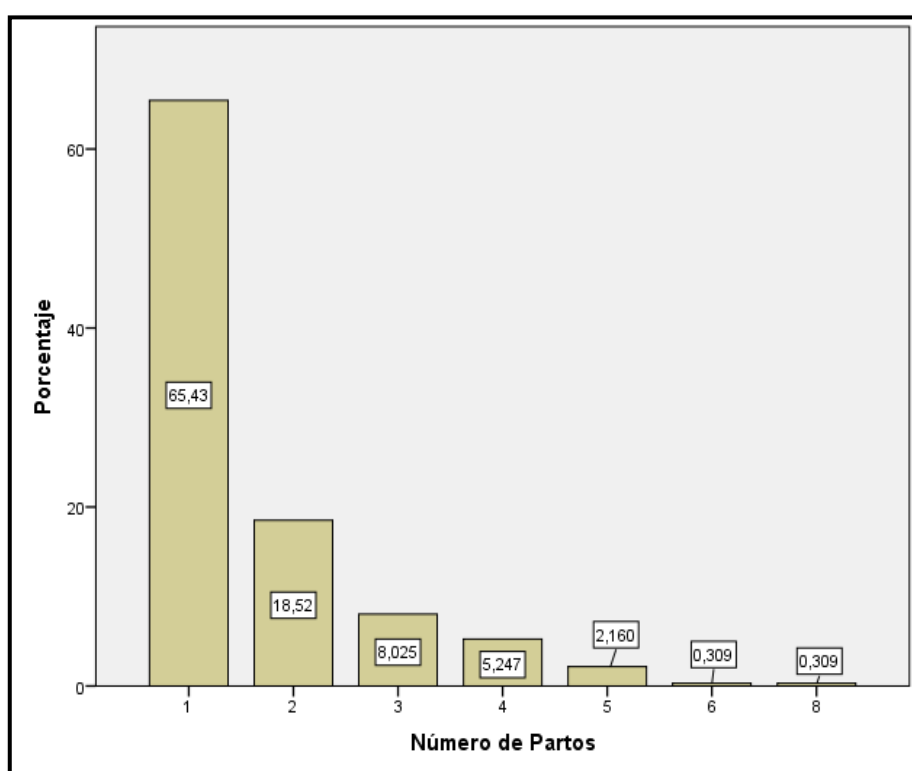


Figura 58. Números de partos

Fuente: Recolección de datos de historias clínicas

Autora: Salome Brito

En la figura número 58 se puede apreciar que las mujeres primigestas representan el mayor número de usuarias en el Hospital de Tabacundo correspondiendo al 65,43% de la población.

Tabla 10
Psicoprofilaxis

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
SI	215	66,4
NO	109	33,6
Total	324	100,0

FUENTE: Recolección de datos de historias clínicas

AUTORA: Salome Brito

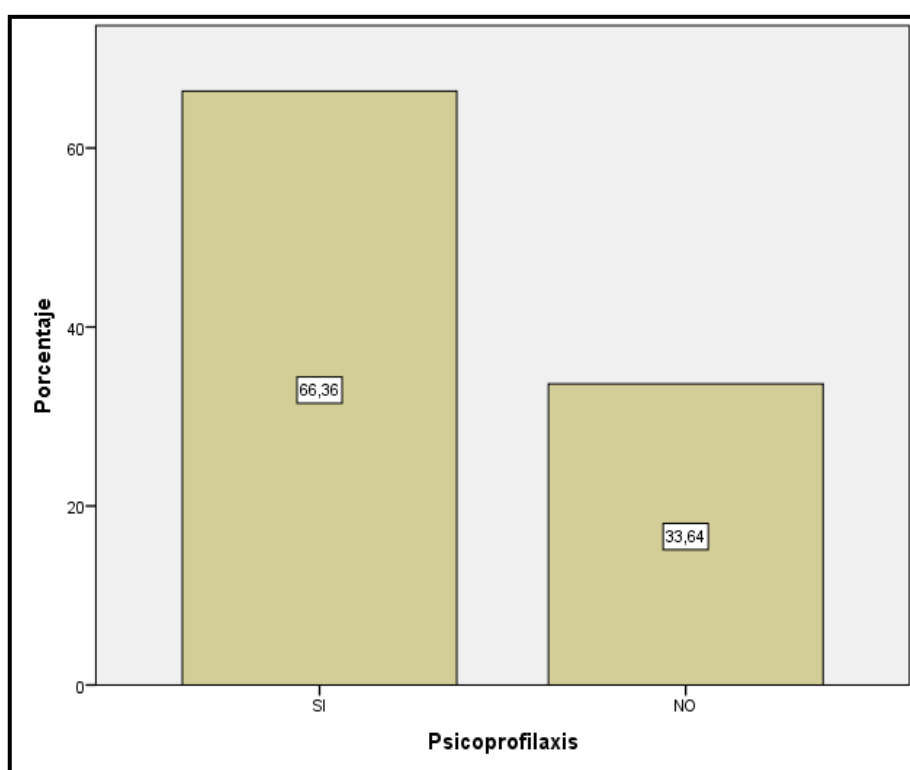


Figura 59. Psicoprofilaxis

Fuente: Recolección de datos de historias clínicas

Autora: Salome Brito

En la figura número 59 se puede analizar que de un total de 324 madres gestantes que acuden al Centro de Salud de Tabacundo, más de la mitad (66,36%) completaron el programa de psicoprofilaxis que está compuesto de 6 sesiones semanales. Cabe destacar que el 33,64% del total de la población no completaron el programa. Lo cual sugiere que un número importante de madres abandonan el programa.

Tabla 11
Psicoprofilaxis vs grupo de edad

		Psicoprofilaxis		Total	
		SI	NO		
Grupos de Edad	ADOLESCENTE	Conteo	136	12	148
		% entre Grupos de Edad	91,9%	8,1%	100,0%
		% entre Psicoprofilaxis	63,3%	11,0%	45,7%
	ADULTO	Conteo	4	32	36
		% entre Grupos de Edad	11,1%	88,9%	100,0%
		% entre Psicoprofilaxis	1,9%	29,4%	11,1%
	ADULTO JOVEN	Conteo	73	20	93
		% entre Grupos de Edad	78,5%	21,5%	100,0%
		% entre Psicoprofilaxis	34,0%	18,3%	28,7%
	ADULTO MADURO	Conteo	2	45	47
		% entre Grupos de Edad	4,3%	95,7%	100,0%
		% entre Psicoprofilaxis	0,9%	41,3%	14,5%
Total	Conteo	215	109	324	
	% entre Grupos de Edad	66,4%	33,6%	100,0%	
	% entre Psicoprofilaxis	100,0%	100,0%	100,0%	

FUENTE: Recolección de datos de historias clínicas

AUTORA: Salome Brito

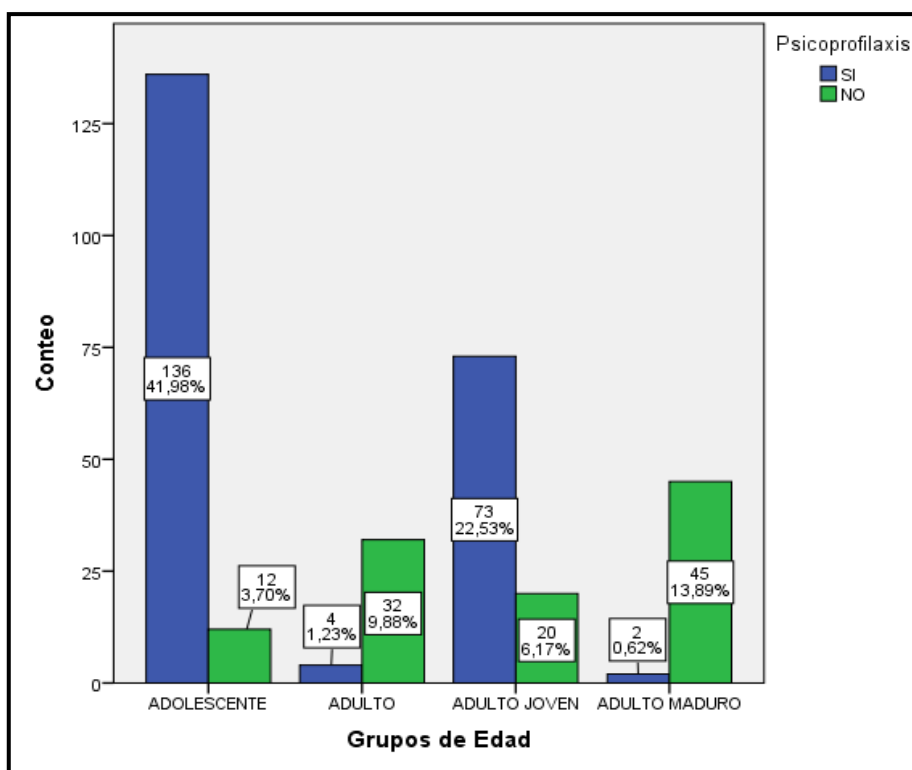


Figura 60. Psicoprofilaxis vs grupo de edad

Fuente: Recolección de datos de historias clínicas

Autora: Salome Brito

En la figura número 60 se puede observar que las madres adolescentes son las que en un mayor porcentaje (41,98%) completan el programa de psicoprofilaxis que corresponde a 136 historias clínicas revisadas. Seguidas por el grupo de adulto joven, 73 historias clínicas (22,53%). Por este motivo es importante resaltar que el grupo de adultas maduras que completan el programa de psicoprofilaxis es de 0,62% que corresponde a 2 personas.

Tabla 12
Número de Sesiones de Psicoprofilaxis

	Frecuencia	Porcentaje
0	16	4,9
1	27	8,3
2	28	8,6
3	25	7,7
4	13	4,0
5	127	39,2
6	88	27,2
Total	324	100,0

FUENTE: Recolección de datos de historias clínicas

AUTORA: Salome Brito

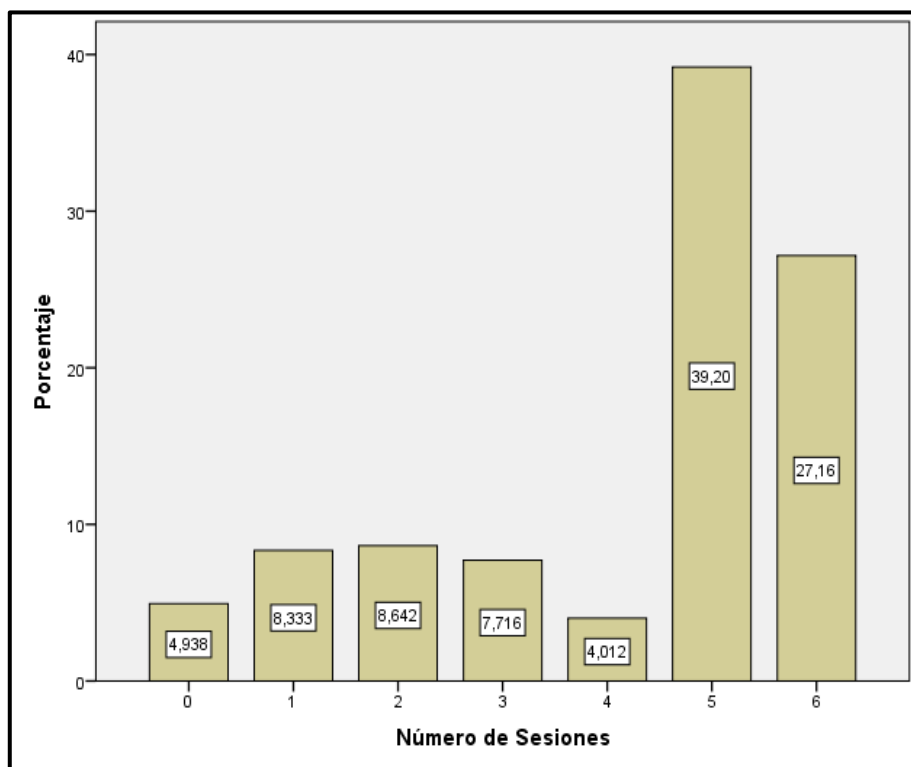


Figura 61. Número de Sesiones de Psicoprofilaxis

Fuente: Recolección de datos de historias clínicas

Autora: Salome Brito

En la figura número 61 se puede apreciar que el 39,20% de las madres gestantes completan las 5 sesiones del programa de psicoprofilaxis, mientras que 27,16% finalizan el programa con un total de 6 sesiones. Por otro lado, es importante mencionar que el 4,93% de la población no se adhirió al programa de psicoprofilaxis.

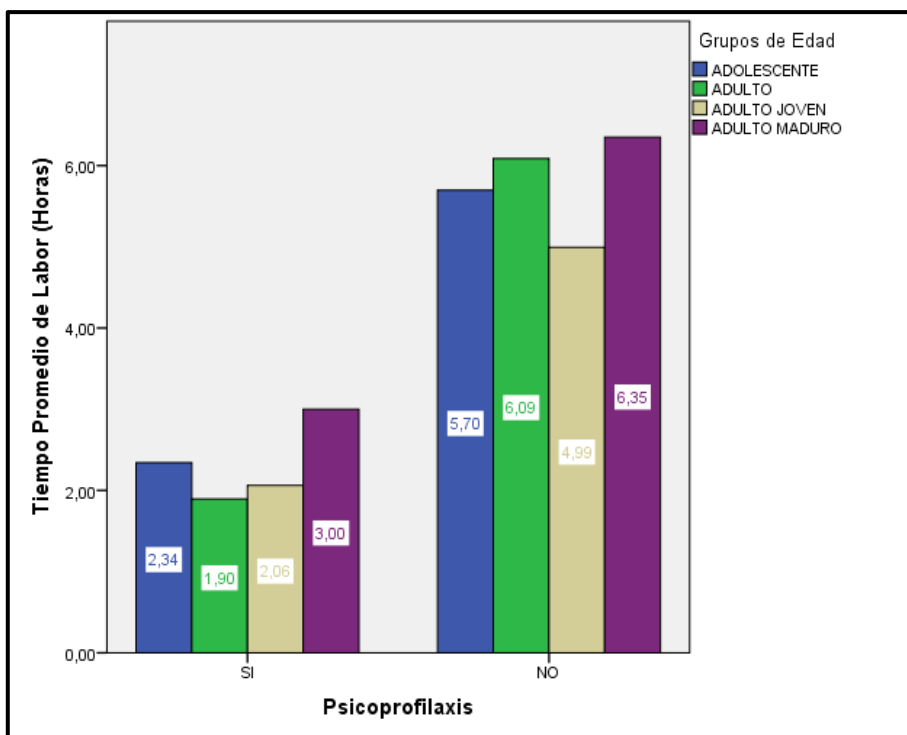


Figura 62. Tiempo de labor de parto Vs psicoprofilaxis Vs edad

Fuente: Recolección de datos de historias clínicas

Autora: Salome Brito

Se puede apreciar en la figura 62 que el tiempo de labor de parto disminuye en función de si se completó o no el programa de psicoprofilaxis. Se destaca que el grupo de madres adultas maduras tiene una labor de parto de mayor duración, inclusive después de haber realizado la psicoprofilaxis.

Tabla 13
Posición de Parto

	Frecuencia	Porcentaje
SENTADO	222	68,5
HORIZONTAL	82	25,3
DE PIE	2	0,6
DE RODILLAS	3	0,9
ACOSTADA DE LADO	13	4,0
ACOSTADA (LITOTOMIA)	2	0,6
Total	324	100,0

FUENTE: Recolección de datos de historias clínicas

AUTORA: Salome Brito

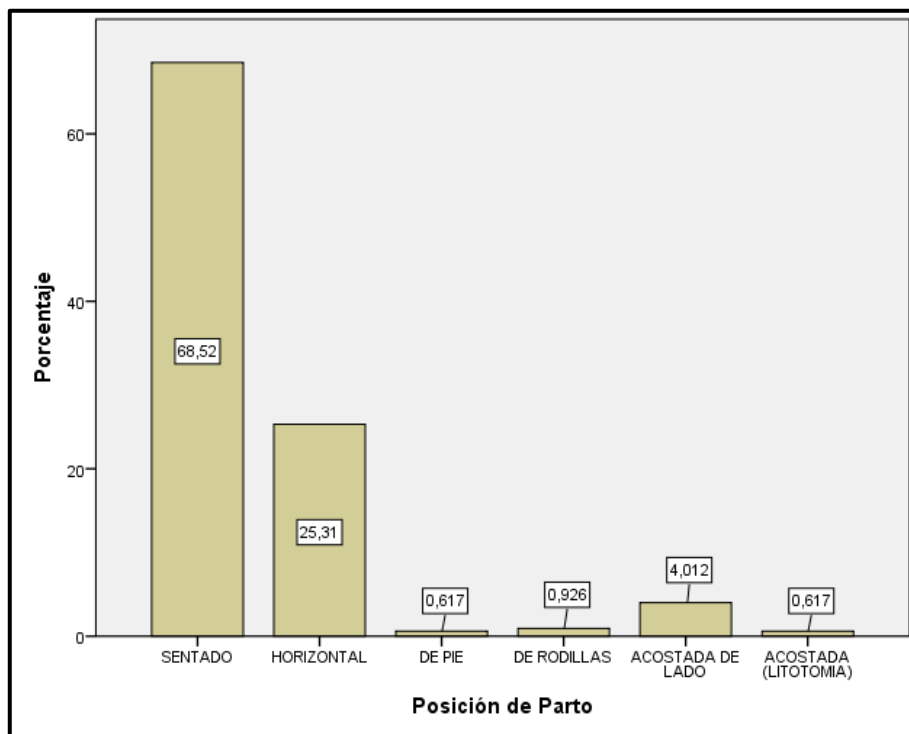


Figura 63. Posición de Parto

Fuente: Recolección de datos de historias clínicas

Autora: Salome Brito

En cuanto a la posición del parto, como se puede apreciar en la figura número 63, la posición de mayor elección es sentada siendo un total de 222 madres gestantes (68,52%). La posición horizontal tumbada en la camilla es elegida por 82 mujeres (25,31%). La de menor elección fue el parto de pie representando (0,61%) de la población.

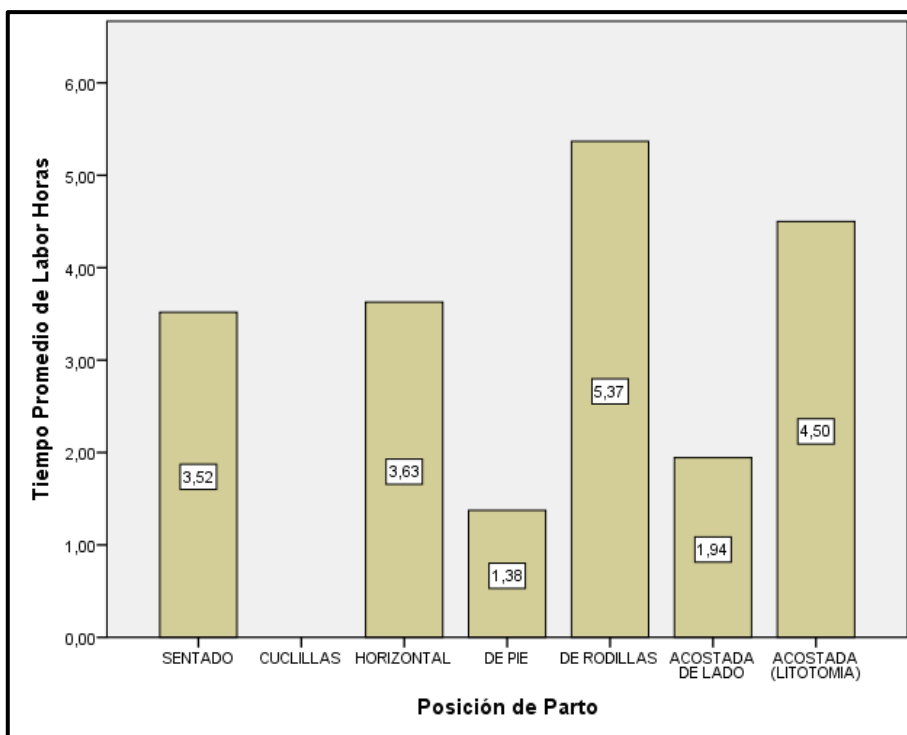


Figura 64. Posición de parto vs tiempo de labor de parto

Fuente: Recolección de datos de historias clínicas

Autora: Salome Brito

Al relacionar el tiempo de la labor de parto con la posición a elección, se destaca que el parto la posición de pie tiene una duración aparente de 1 hora con 38 minutos. Sin embargo, la posición más común entre las historias clínicas revisadas fue sentada con un tiempo promedio de 3 horas con 52 minutos. Es importante resaltar que la posición de cunclillas no fue escogida por ninguna de las gestantes que participaron en este programa.

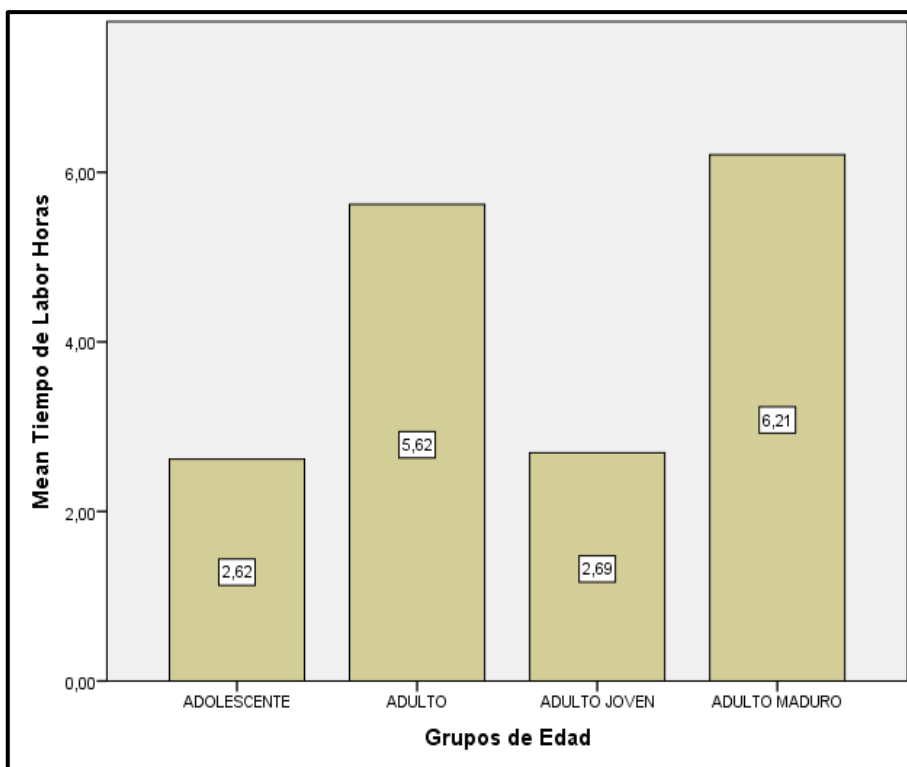


Figura 65. Tiempo de labor de parto vs edad

Fuente: Recolección de datos de historias clínicas

Autora: Salome Brito

Al ser analizado el tiempo de labor de parto vs la edad de las participantes del En la figura número 65, se desprende que en el grupo de las madres adolescentes y de adultas jóvenes tuvieron una labor de parto en un promedio de entre 2 horas a 3 horas ya que ellas son las que más apertura tuvieron a realizar el programa de psicoprofilaxis. Y las madres adultas y adultas maduras tienen un aumento de tiempo en la labor de parto de entre 5 a 7 horas.

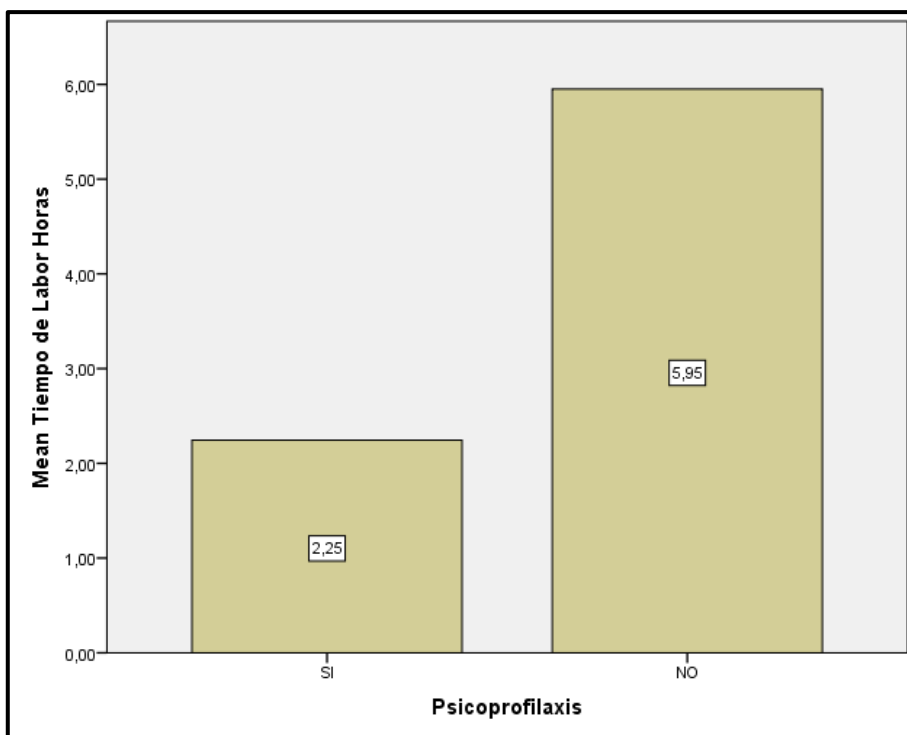


Figura 66. Tiempo de labor de parto vs psicoprofilaxis

Fuente: Recolección de datos de historias clínicas

Autora: Salome Brito

Al analizar el tiempo de labor de parto vs la participación o no en el programa de psicoprofilaxis, se puede apreciar que las mujeres que finalizaron el programa de psicoprofilaxis tuvieron una media de duración de 2 horas con 25 minutos. Mientras que las que no completaron el programa tuvieron una labor de parto de 5 horas con 95 minutos.

Tabla 14
Sesiones de psicoprofilaxis

			# de Sesiones							Total
			0	1	2	3	4	5	6	
Episiotomía	SI	Conteo	2	1	1	1	1	9	7	22
		% del Total	0,6%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	2,8%	2,2%	6,8%
	NO	Conteo	14	26	27	24	12	118	81	302
		% del Total	4,3%	8,0%	8,3%	7,4%	3,7%	36,4%	25,0%	93,2%
Total		Conteo	16	27	28	25	13	127	88	324
		% del Total	4,9%	8,3%	8,6%	7,7%	4,0%	39,2%	27,2%	100,0%

FUENTE: Recolección de datos de historias clínicas

AUTORA: Salome Brito

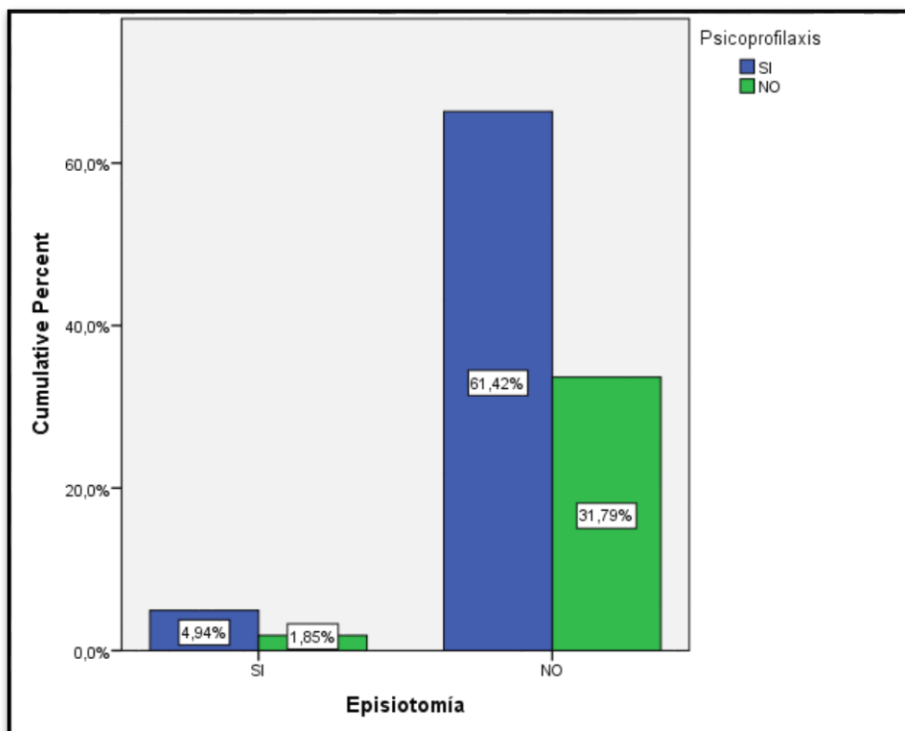


Figura 67. Episiotomía vs sesiones de psicoprofilaxis

Fuente: Recolección de datos de historias clínicas

Autora: Salome Brito

Uno de los procedimientos habituales que se realizaba en el momento del parto es la episiotomía, de la cual se habló en el marco teórico. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación plasmados en la figura número 67 se puede constatar que las madres que realizaron psicoprofilaxis y no les realizaron episiotomía fueron 61,42% (302 mujeres) contra un 31,79% que no realizaron psicoprofilaxis a las cuales si se les realizó una episiotomía.

Tabla 15
Desgarros

	Frecuencia	Porcentaje
NO	243	75,0
SI	81	25,0
Total	324	100,0

FUENTE: Recolección de datos de historias clínicas

AUTORA: Salome Brito

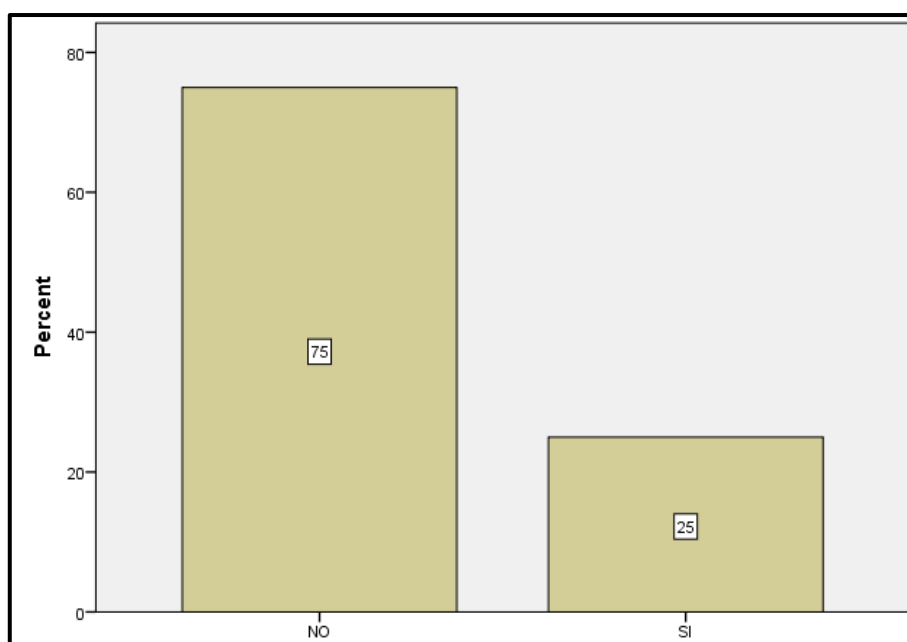


Figura 68. Desgarros

Fuente: Recolección de datos de historias clínicas

Autora: Salome Brito

De acuerdo a la figura número 68 se llegó apreciar que 243 mujeres con un porcentaje del 75% de este estudio no sufrieron desgarros a comparación de 81 mujeres con un porcentaje de 25% que si sufrieron desgarros.

Tabla 16

Número de Sesiones de psicoprofilaxis vs Desgarros

	Desgarros		Total
	NO	SI	
0	13	3	16
1	20	7	27
2	19	9	28
3	19	6	25
4	6	7	13
5	101	26	127
6	65	23	88
Total	243	81	324

FUENTE: Recolección de datos de historias clínicas

AUTORA: Salome Brito

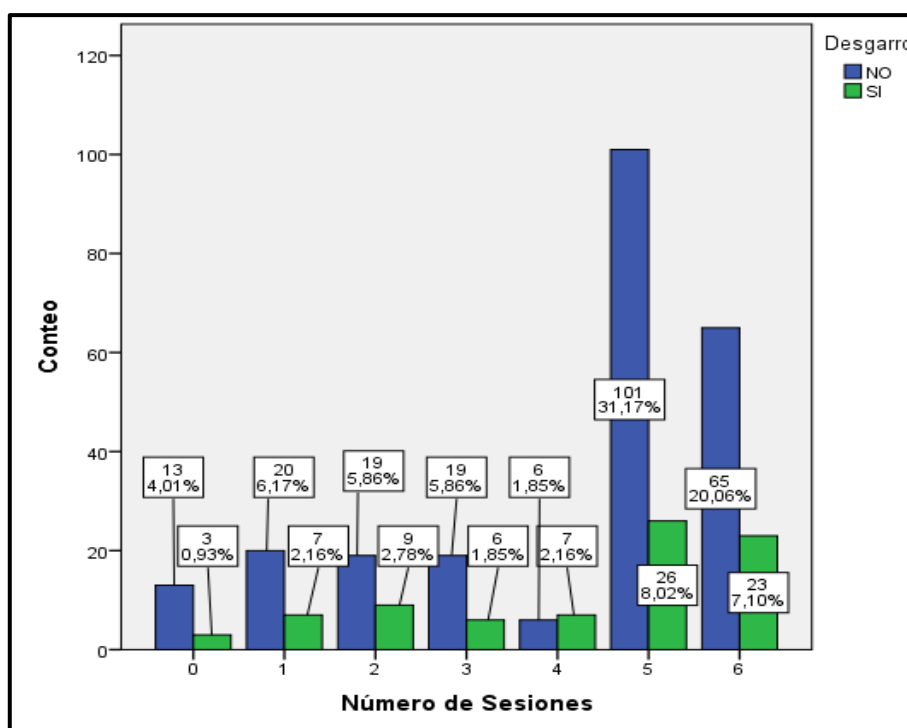


Figura 69. Número de Sesiones de psicoprofilaxis vs Desgarros

Fuente: Recolección de datos de historias clínicas

Autora: Salome Brito

En la figura número 69 se puede evidenciar que del grupo total de 166 mujeres que realizaron el programa con un 51,82% de pacientes que no sufrieron desgarros y que realizaron todo el programa de psicoprofilaxis entre 5 a 6 sesiones, de la misma población podemos observar que 49 mujeres que a pesar de haber completado el programa con un 15,12% si tuvieron desgarros.

Cabe destacar que de las mujeres que no realizaron psicoprofilaxis fueron 77 mujeres que representan un porcentaje de 23,75% y las que si sufrieron desgarros fueron 32 mujeres con un porcentaje de 9,88%.

3.2. DISCUSIÓN

Según la norma técnica del MSP (2014), dentro de los programas de atención primaria de salud se ha planteado la psicoprofilaxis obstétrica como un procedimiento de preparación integral de la madre gestante permitiéndole estar informada y preparada sobre el proceso del embarazo, parto, puerperio, junto con los cuidados del recién nacido, transformando este proceso de gestación en una experiencia agradable (Zorrilla Mechato, 2015)(MSP.2014).

El objetivo general del presente estudio fue analizar los factores que se asocian con la duración de la labor de parto en mujeres que completaron el programa de psicoprofilaxis y las que no lo realizaron o completaron.

Al analizar los datos obtenidos de las 324 mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Tabacundo tipo C en el año 2018 se encontraron los siguientes hallazgos:

El mayor número de madres que asistieron al programa de psicoprofilaxis correspondieron al grupo de adolescentes de 15 a 20 años (148). Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2014, 49,3% de cada 100 hijos nacidos vivos fueron de madres adolescentes, de hasta 19 años, lo que posiciona al Ecuador como el tercer país de la región en embarazo adolescente. Es así que la OPS (Organización Panamericana de la Salud) señaló que, dentro del mismo año, en el mes de febrero el 15% de embarazos fueron de adolescentes de 15 a 20 años. Siguiendo con lo anterior, Leboyer. en el 2015, destaca en su estudio en población Peruana la misma tendencia, asegurando que el número de embarazos adolescentes han aumentado al haber más libertad sexual.

En la misma línea, y dentro del contexto de la psicoprofilaxis; se encuentran los hallazgos de Yábar Peña 2014, quien, al analizar población compuesta solamente de madres adolescentes, pudo evidenciar que el 97% de las mujeres asistieron a 7 y 8 controles prenatales y el 100% de ellas asistió al programa completo de psicoprofilaxis.

Respecto a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud, señala que solo un 64% de las mujeres del mundo reciben 4 controles clínicos durante el embarazo, siendo la recomendación de mínimo 8 controles clínicos (Organization, 2016). Lo que concuerda con las prácticas realizadas en el Centro de Salud de Tabacundo, donde el 62,04% de las madres embarazadas asistió 6 y 9 controles.

Ahora bien, al analizar la cantidad de partos atendidos en el Centro de Salud, durante el año 2018, se evidenció que el mayor número de mujeres atendidas fueron primigestas (65,43%), y en menor número (34,57%) de madres multigestas. Cabe indicar que dentro

del grupo de primigestas el mayor número de madres fueron adolescentes. Lo que concuerda con datos presentados por el INEC y el Ministerio de Salud pública (MSP), en el año 2011 señalando que en Ecuador 2 de cada 10 partos son de mujeres adolescentes y que 4 de cada 10 mujeres tuvieron su primera gesta en este período, siendo así que nuestro país ocupa el tercer puesto en el ranking de la región.

Como se mencionó en anteriores párrafos en Ecuador, la Psicoprofilaxis Obstétrica, es una política de Salud y cuenta con algunas experiencias exitosas, como la llevada a cabo en el Hospital Cayambe (Quito), desde el 2011. Es así que desde el año 2012 en el Centro de Salud de Tabacundo se lleva a cabo esta actividad con Obstetras y con el apoyo de odontólogos.

Dentro de este contexto, se cita el estudio de Mesinas en el año 2014 en el que se señala que el 95% de las madres cumplieron con todo el programa de psicoprofilaxis; lo que se contrasta con datos obtenidos ya que solo el 66,36%, realizaron el programa completo.

Uno de los objetivos principales de la psicoprofilaxis es la reducción del tiempo de labor de parto, estudios realizados por (Peláez.2019; Reyes. 2004; Gardeña. 2009) concuerdan que existe una disminución del tiempo de labor de parto en mujeres adolescentes que están cursando su primera gesta y que completaron el programa de psicoprofilaxis. En relación al estudio presentado se evidenció que las madres adolescentes y adultas jóvenes tuvieron un tiempo de labor de aproximadamente de 2 a 3 horas, contrapuesto a lo hallado en madres que no realizaron el programa en el que el tiempo de labor de parto se extendió de 5 horas en adelante. En este momento, cabe señalar el estudio realizado por Reducino en el (2014), donde gestantes que realizan psicoprofilaxis tienen un promedio de labor de parto de 2 a 5 horas y las que no completan tiene un tiempo de 7 horas en adelante, lo cual concuerda con los resultados obtenidos en el presente trabajo.

Diversos estudios han demostrado que las mujeres embarazadas primigestas tienen un tiempo de labor superior en comparación de las mujeres embarazadas multigestas, en esta investigación se determinó que el realizar la psicoprofilaxis disminuyó el tiempo de labor de parto en estos dos grupos (Peláez. 2019; Reyes.2004; Gardeña. 2009).

Es importante destacar que la psicoprofilaxis además de disminuir el tiempo de labor de parto, brinda a la gestante y a su pareja una preparación integral, teórico, física y Psicoafectiva.

Con respecto a lo anterior, uno de los procedimientos que más comúnmente se emplea es la episiotomía, se evidencio que al completar el programa de psicoprofilaxis 61,42%, de las historias clínicas revisadas no reportaron episiotomía. Según Reducino. (2014), 58.5%

de las mujeres gestantes no se les realizó esta intervención y 58,9% que no completaron el programa de psicoprofilaxis si se les realizó este procedimiento. De igual forma, este estudio se relaciona con el de Chávez (2019) en el sentido de encontrar la disminución (3.2 veces) de posibilidades de presentar problemas durante el parto al comparar mujeres que realizaron de 1 a 3 sesiones de psicoprofilaxis con las que realizaron de 4 a 6 sesiones.

Los resultados del presente estudio sugieren que la psicoprofilaxis es un método de intervención favorable en la prevención de los desgarros vaginales, es así que el 51,82% de las mujeres consideradas en este estudio y que realizaron el programa completo no presentaron desgarro alguno. Relacionado con el estudio de Reducino. (2014) que señala que de las mujeres que completan todo el programa de psicoprofilaxis un 14.4% sufren desgarros.

Límites del Estudio:

1. Los resultados de este estudio no pueden generalizarse a todos los estratos socioeconómicos debido a que no se recolectaron datos en hospitales privados, entendiendo que las madres de mejores recursos solo asistirían a este lugar para recibir el programa de psicoprofilaxis.
2. Falta de rigurosidad científica en estudios realizados en el Ecuador.

Aplicación del estudio:

Este es un estudio que brinda información relevante sobre las posibles complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, parto y post parto.

En cuanto a las políticas de salud se debe implementar un programa de promoción de salud, para de esta manera poder evitar un alto índice de mortalidad materna y neonatal, de esta manera se puede evitar gastos a nivel de la salud.

El conocimiento biomecánico de los fisioterapeutas hace que se pueda mejorar el nivel de efectividad a nivel de suelo pélvico en madres gestantes.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

Al realizar la comparación entre los tiempos de labor de parto de las mujeres que completaron y las que no completaron el programa, se pudo obtener que las mujeres que completaron el programa tienen un tiempo de alrededor de 2 horas o menos de labor de parto en comparación con las que no completaron, las cuales en promedio superan las 5 horas.

En relación a esta investigación se concluye que al categorizar a las mujeres embarazadas según su edad se pudo evidenciar que existen mayor número de madres adolescentes, y al mismo tiempo el mayor número de embarazadas atravesaban su primera gesta, y este mismo grupo asistió a más controles.

Completar las 6 sesiones de psicoprofilaxis parece reducir el número de casos con desgarros y episiotomía en comparación a cuando solamente se realizan 4 sesiones, donde el número de casos con estas complicaciones es mayor.

4.2. RECOMENDACIONES

Se recomienda la realización del programa de psicoprofilaxis a todas las madres gestantes, para así disminuir el tiempo de labor de parto y sus múltiples complicaciones.

Se recomienda que por parte de las instituciones de salud se debe brinde información comprensible y completa del programa tanto para las madres gestantes como para sus familiares, lo que les permita ir preparados para todo el proceso de gestación y su desenlace en el parto.

Se recomienda el trabajo en equipo multidisciplinario para que el programa de psicoprofilaxis sea exitoso en todas sus esferas (físico, psicológico y afectivo).

Se recomienda también ampliar la muestra del estudio incluyendo hospitales privados que dentro de su programa prenatal se realice el programa completo de psicoprofilaxis.

Se recomienda que el programa de psicoprofilaxis no solamente se lo realice en Quito sino también a nivel nacional para poder generalizar resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Arias, A. (2012). *Estudio descriptivo sobre ejercicios físicos a mujeres en edad gestacional que acuden al Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús, periodo enero - marzo 2012*. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/806>
- Acosta, N. V. (Mayo de 2014). *Evaluación de la efectividad de la aplicación de calor y posiciones biomecánicas para aliviar el dolor y facilitar la labor de parto en la maternidad clínica la primavera durante el período diciembre del 2013 a enero del 2014*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7615/8.34.001796.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Alvarado, S. M. (Octubre - Diciembre de 2014). *Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos*. Obtenido de Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos : <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v14n4/a10v14n4.pdf>
- AnatoIN. (2018). *ANATOMÍA II: Irrigación de la cavidad pélvica*. Obtenido de ANATOMÍA II: Irrigación de la cavidad pélvica: <http://anatoin.com/2018/05/01/anatomia-ii-irrigacion-de-la-cavidad-pelvica/>
- Anonimo. (30 de Enero de 2019). *El embarazo, semana a semana*. Obtenido de El embarazo, semana a semana: <https://semanas.elembarazo.net/>
- Arbaiza Aldazabal, D. (2017). *Neurofisiología del dolor*. Obtenido de https://www.grunenthal.com.ec/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=69100179
- Arévalo, N. (2014). *Arcada arterial yeyuno-ileal. Jejuno-ileal arteria* (Vol. 20). Revista de la Sociedad Venezolana de Ciencias Morfológicas.
- Barba Carrasco, A. (2015). *Trabajo de parto*.
- Bejarano, P. F. (1991). *Entendiendo el Problema del Dolor, Mecanismos y Semiología*. N ° 2. Revista Colombiana de Anestesiología.
- Brennan, P. F. (28 de Enero de 2019). *MedlinePlus*. Obtenido de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm>
- Cambra Linés, M. P. (14 de Noviembre de 2007). *eFisioterapia.net*. Obtenido de El papel del fisioterapeuta en el embarazo y la preparación al parto:

<https://www.efisioterapia.net/articulos/el-papel-del-fisioterapeuta-el-embarazo-y-la-preparacion-al-parto>

Cañamar, D. O. (2016). *Anatomia Humani Corporis*. Obtenido de Anatomia Humani Corporis: <https://anatomiahumanicorporis.es.tl/M%FAsculos-del-perin-e2-.htm>

Cañamero de León, S. (20 de Abril de 2017). *Guiainfantil.com*. Obtenido de Tipos de parto para la mujer embarazada: <https://www.guiainfantil.com/articulos/parto/tipos-de-parto/>

Carratalá, B. V. (Junio de 2017). *Fisioterapia en el suelo pelvico*. Obtenido de Fisioterapia en el suelo pelvico: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4054/1/VICTORIO%20CARRATAL%C3%81%2C%20B%C3%81RBARA.pdf>

Carvajal Oviedo, H., Chambi Cahuana, G., & Vaca Paredes, S. (2012). *Descripción Anatómica de la pelvis Obstétrico y examen pelvimétrico en mujeres embarazadas* (Vol. 18). Archivos Bolivarianos de Medicina. Obtenido de <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/abm/v18n86/v18n86a05.pdf>

Charris, P., & Torné, A. (30 de Septiembre de 2012). *Ligamentos*. Obtenido de Ligamentos: <https://es.slideshare.net/unknown70/ligamentos>

Contreras, V. (12 de Febrero de 2016). *Articulaciones de la Pelvis*. Obtenido de Articulaciones de la Pelvis: <https://prezi.com/eu-19g045fbl/articulaciones-de-la-pelvis/>

Elzo, J. (2015). *Universidad Católica del Norte. Escuela de Medicina*. Obtenido de <https://es.scribd.com/presentation/46635167/Vasos-y-Nervios-de-La-Pelvis>

Espales. (03 de 07 de 2013). *Las diferentes posturas en el parto*. Obtenido de Las diferentes posturas en el parto.: <https://www.efisioterapia.net/articulos/diferentes-posturas-parto>

Figuro Ruiz, E. (2008). *Cambios hormonales asociados al embarazo*. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v18n2/original4.pdf>

Gálvez, D. G. (2009). *Qué es y cómo funciona el suelo pélvico*. Obtenido de Qué es y cómo funciona el suelo pélvico: <https://centradaenti.es/suelo-pelvico-que-es/>

García Gálvez, G. (2017). *CENTRADAENTI*.

Gómez , A. (2016). *La cintura Pelvica*. Obtenido de La cintura Pelvica: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jZn6Uwr10dQJ:alegome>

z.comunidadcoomeva.com/blog/uploads/LACOLUMNAVERTEBRAL2aparte.ppt+&cd=8&hl=es&ct=clnk&gl=ec

Guerrero Oleas, J. E., & Paguay Vargas, C. V. (2013). *Beneficios maternos perinatales asociados a la psicoprofilaxis obstétrica en embarazadas atendidas en el centro de salud de Guano, Abril 2012 - 2013*. Quito: Universidad Central del Ecuador. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4352/1/T-UCE-0006-80.pdf>

Guzmán López, S., & Vidal Gutiérrez, O. (2015). *Anatomía funcional de la pelvis femenina*. Obtenido de <http://media.axon.es/pdf/77392.pdf>

Herrera Medina, E. L. (13 de Diciembre de 2013). *Articulación de la Pelvis*. Obtenido de Articulación de la Pelvis: <https://es.slideshare.net/lissme2/articulacion-pelvis>

Hesperian. (2017). *El Parto*. Obtenido de http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es_wwd_2008/es_WWD_2008_11.pdf

Igarashi Ueda, S. (Marzo de 2012). *Semiología de la cadera, muslo y rodilla*. Obtenido de Semiología de la cadera, muslo y rodilla: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bio/semiologia_cadera.pdf

Inatal. (2019). *Fetal medicine Barcelona*. Obtenido de Las fases del parto: dilatación, expulsivo y alumbramiento: <https://inatal.org/el-parto/37-parto-normal-paso-a-paso/128-las-fases-del-parto.html>

Kinnemed. (2015). Obtenido de Kinnemed: <http://www.kinnemed.com/index.php/psicoprofilaxis-del-parto>

Latarjet Ruiz, L. (2012). *Anatomía Humana* (Cuarta ed.). Editorial Panamericana.

Lopez Lopez, C. (18 de Junio de 2018). *fisioonline*. Obtenido de Preparación al parto: consejos, ejercicios y recomendaciones de un fisioterapeuta: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/preparacion-al-parto-consejos-ejercicios-y-recomendaciones-de-un-fisioterapeuta>

López, R. (12 de Noviembre de 2013). Obtenido de Fisioterapia en el embarazo: <https://www.slideshare.net/rociolpzrioz/fisioterapia-en-el-embarazo-28184906>

Marelin, F. (s.f.). *Musculos del perine*. Obtenido de Musculos del perine: <https://www.scribd.com/presentation/313853577/MUSCULOS-DEL-PERINE>

Marnet, M. (2016). *CCM Salud*. Obtenido de Basculación de la pelvis: <https://salud.ccm.net/faq/22987-basculacion-de-la-pelvis-definicion>

- Martín, J.-F. (2005). Los factores definitorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales. revista electrónica de geografía y ciencias sociales. *REVISTA ELECTRÓNICA DE GEOGRAFÍA Y CIENCIAS SOCIALES*, Barcelona: Universidad de Barcelona,, IX.
- Martinez, A. (Junio de 2008). *Diafragma pelvico y perine*. Obtenido de Diafragma pelvico y perine: http://medicina9.blogspot.com/2009/07/diafragma-pelvico-y-perine_5360.html
- Martínez, M. S. (16 de Agosto de 2016). *Las tres complicaciones principales del parto*. Obtenido de Las tres complicaciones principales del parto: <https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/parto/2016/08/16/tres-complicaciones-principales-parto-114150.html>
- Molina Medina, A. I. (2015). *Educacion maternal en atencion primaria. Analisis de un programa educativo*. Obtenido de http://congreso enfermeria.es/libros/2015/salas/sala7/c_1145.pdf
- Moore , K., & Dalley, A. (1999). *Clinically oriented anatomy* (Cuarta ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
- Morales Alvarado, S., Guibovich Mesinas, A., & Yábar Peña, M. (2014). *Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos* (Vol. 14). Lima, Perú: Horizonte Médico. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000400010
- MSP. (2014). *Norma técnica de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal*. Ministerio de Salud Pública. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/722/PROPUESTA%20NORMA%20PSICOPROFILAXIS%20OBSTETRICA%20Y%20ESTIMULACION%20PRENATAL%20-%204.pdf
- MSP. (2015). *Estadísticas*. Quito, Ecuador. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/722/PROPUESTA%20NORMA%20PSICOPROFILAXIS%20OBSTETRICA%20Y%20ESTIMULACION%20PRENATAL%20-%204.pdf
- MSP. (2016). *Norma Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal*. Quito: Ministerio de Salud Pública. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/722/PROPUESTA%20NORMA%20PSICOPROFILAXIS%20OBSTETRICA%20Y%20ESTIMULACION%20PRENATAL%20-%204.pdf

o/722/PROPUESTA%20NORMA%20PSICOPROFILAXIS%20OBSTETRICA%20Y%20ESTIMULACION%20PRENATAL%20-%204.pdf

- MSP. (2018). *Parto y Nacimiento Respetuoso y Seguro Distrito de Salud 17D10*. Cayambe - Pedro Moncayo.
- MSP. (2019). *Guía de apoyo ciudadano a la mujer embarazada. Por un Ecuador sin muertes maternas*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- NIH. (2012). *Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development*. Obtenido de ¿Qué es el trabajo de parto?: <https://www1.nichd.nih.gov/espanol/Pages/default.aspx>
- OMS. (13 de Julio de 2013). *Ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica*. Obtenido de Ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica: <http://www.wawakumara.com.pe/ventajas-de-la-psicoprofilaxis-obstetrica-oms/>
- OMS. (03 de 01 de 2017). *Organización Mundial De La Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>.(22
- OMS. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Embarazada: <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
- Organization, W. H. (7 de Noviembre de 2016). *Pregnant women must be able to access the right care at the right time, says WHO*. Obtenido de Pregnant women must be able to access the right care at the right time, says WHO: <https://www.who.int/en/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- Packard, L. (s.f.). *Stanford Children's Health*. Obtenido de Hormonas durante el embarazo : <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hormonasduranteelembarazo-85-P04318>
- Parra Tasayco, J. (12 de Octubre de 2012). Obtenido de Vías de dolor en trabajo de parto: https://issuu.com/dr.pfach/docs/vias_de_dolor_en_trabajo_de_parto
- Regalado Segovia , J. F. (2014). *La psicoprofilaxis durante el embarazo para mejorar el proceso y los resultados del trabajo de parto y de las condiciones del recién nacido*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13631/TESIS%20DRA.%20JESSICA%20REGALADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Rodríguez Montero, S. (Julio de 2007). Síntesis pública, revisión bibliográfica. *ELSEVIER*, 8, 125-182. doi:10.1016/S1577-3566(07)75614-2
- Rodríguez Villaizán. (2012). *Pelvis Ósea*. Perú: Universidad Los Ángeles de Chimbote.
- Rodríguez, P. M. (2016). *Publicaciones UCA*. Obtenido de <http://serviciopublicaciones.uca.es/uploads/tienda/tesis/48bf70e000f28f9dd655>
- Ros, L. (2011). *Técnicas de Respiración*. Obtenido de Respiración Abdominal: <http://tecnicasderespiracion.com/tecnicas/respiracion-abdominal/>
- Rovati, L. (26 de Enero de 2009). *Bebés y más*. Obtenido de Las posturas de parto: <https://www.bebesymas.com/parto/las-posturas-de-parto>
- Samayoa. (2016). *Respiración en el embarazo (II). Ejercicios para cada trimestre*. Obtenido de <http://tecnicasderespiracion.com/respiracion-en-el-embarazo-ii-ejercicios-para-cada-trimestre/>
- Segovia. (2015). *FISIO+ centro de Fisioterapia*. Obtenido de La importancia de la biomecánica pélvica en el parto: <https://www.fisiomassegovia.es/>
- Snell, R. S. (2000). *Anatomía clínica* (Sexta ed.). México: McGraw Hill.
- Solis Linares, H., & Morales Alvarado, S. (2012). *Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal* (Vol. 14). Lima, Perú. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3716/371637125009.pdf>
- Testut, L., & Latarjet, A. (1965). *Tratado de Anatomía Humana* (Vol. 4). Madrid - Barcelona, España: Salvat Editores S. A.
- Valdivieso, E. (2016). *Técnicas de relajación en la educación maternal*. Pág. 10 a . Valladolid España.
- Vázquez Reina, M. (1 de Abril de 2013). *FUNDACIÓN EROSKI*. Obtenido de Cinco posturas para un parto más natural: <http://www.consumer.es/web/es/bebe/parto/tipos-de-parto/2013/04/01/216292.php>
- Villacis, J. (s.f.). *Beneficios de La Psicoprofilaxis*. Obtenido de Beneficios de La Psicoprofilaxis: <https://www.scribd.com/document/149707381/Beneficios-de-La-Psicoprofilaxis>
- WAECE. (2019). *El Parto*. World Association of Early Childhood Educators. Obtenido de <http://www.waece.org/embarazo/nacimiento/cap1.htm>

Yábar Peña, M. (2014). Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. *Horiz Med*, 53-57. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v14n4/a10v14n4.pdf>

Zorrilla Mechato, G. K. (2015). *Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto (fase activa) y el recién nacido en el centro de salud materno infantil manue barreto de san juan de miraflores*. Lima: USMP. Obtenido de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2275/3/zorrilla_g.pdf

ANEXOS

Anexo 1

Centro Salud de Tabacundo Tipo C



Quito 21 de enero del 2019

Dr. Carlos Duran

Administrativo Técnico del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C.

Presente:

De mis consideraciones:

Yo Salomé Estefanía Brito Campoverde con C.I. 1715335947, estudiante de Terapia Física de 8vo nivel de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador solicito a usted muy amable mente me permita realizar la recolección de datos para mi proyecto de tesis la cual tiene como título ESTUDIO SOBRE LA APLICACIÓN DE LA PSICOPROFILAXIS PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE LA LABOR DEL PARTO EN LAS MADRES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD TIPO C DE TABACUNDO DURANTE EL AÑO 2018.

Dichos datos se obtendrán de la recolección de las historias clínicas de las gestantes en el año 2018.


Segura de contar con su aprobación me suscribo de usted.

Att: Salomé Brito.





Mgs Susana Arguello Coordinadora de Carrera



Recibido

*Favor incluir Sección 2
favor puntar las facilidades
del caso.*

ACEPTADO

31-01-2019

10h10'

**DISTRITO 17D10
CAYASRE - PEDRO MONCAYO
CENTRO DE SALUD TABACUNDO
DIRECCIÓN**



Figura 70. Ingreso principal al Centro de Tabacundo Tipo C
Autora: Salome Brito

Anexo 2

Área del Centro de Tabacundo tipo C donde se imparten las charlas de psicoprofilaxis.



Figura 71. Material empleado en las charlas impartidas en el Centro de Salud de Tabacundo.

Autora: Salome Brito



Figura 72. Maniquí utilizado en las charlas de Psicoprofilaxis.

Autora: Salome Brito

Anexo 3

Unidad de trabajo de Parto y recuperación.



Figura 73. Salas de UTPR.

Autora: Salome Brito



Figura 74. Sala de UTPR

Autora: Salome Brito



Figura 75. Equipo utilizado para el parto.

Autora: Salome Brito