

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

**DISERTACIÓN DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA**

**TERAPIA FÍSICA FAMILIAR EN EL POSPARTO
Guía de Manejo**

Elaborado por:

KAREN JEANNETH LLUSCA SUQUILANDA

Quito, agosto 2011

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	5
METODOLOGÍA.....	5
MARCO DE REFERENCIA.....	6
CAPÍTULO I	
1. ETAPA REPRODUCTIVA FEMENINA	6
1.1. Anatomía Femenina	6
1.1.1. Genitales Externos Femeninos	6
1.1.2. Órganos Internos Femeninos	8
1.1.2.1. <u>Urinarios</u>	8
1.1.2.2. <u>Genitales</u>	9
1.1.2.3. <u>Recto</u>	10
1.1.3. Pelvis Ósea Femenina	11
1.1.3.1. <u>Diferencias Sexuales</u>	13
1.1.3.2. <u>Diámetros Pélvicos</u>	14
1.1.3.3. <u>Movimientos</u>	16
1.1.4. Músculos Abdomino-Pélvicos.....	17
1.1.4.1. <u>Pared Abdominal</u>	17
1.1.4.2. <u>Paredes y Suelo de la Pelvis</u>	19
1.1.4.3. <u>Perineo</u>	21
1.2. Embarazo	24
1.2.1. Fisiología de la Gestación	24

1.2.1.1. <u>Diagnóstico</u>	25
1.2.1.1.1. <i>Clínico</i>	25
1.2.1.1.2. <i>Inmunológico</i>	25
1.2.1.1.3. <i>Ecográfico</i>	25
1.2.2. <u>Desordenes y Molestias Comunes del Embarazo</u>	26
1.2.3. <u>Adaptaciones de los Sistemas Corporales Madre e Hijo</u>	26
1.2.3.1. <u>Sistema Reprodutor y Sexual</u>	27
1.2.3.2. <u>Sistema Renal</u>	28
1.2.3.3. <u>Sistema Cardiovascular y Hemodinámico</u>	28
1.2.3.4. <u>Sistema Circulatorio</u>	29
1.2.3.5. <u>Sistema Respiratorio</u>	29
1.2.3.6. <u>Sistema Inmune</u>	31
1.2.3.7. <u>Sistema Digestivo</u>	31
1.2.3.8. <u>Sistema Endócrino</u>	31
1.2.3.9. <u>Sistema Osteoligamentario</u>	32
1.2.3.10. <u>Piel y Faneras</u>	33
1.2.3.11. <u>Cambios Metabólicos</u>	33
1.2.4. <u>Atención Prenatal</u>	34
1.3. <u>Parto</u>	38
1.3.1. <u>Etapas</u>	39
1.3.1.1. <u>Labor</u>	40
1.3.1.1.1. <i>Fase Latente</i>	40
1.3.1.1.2. <i>Fase Activa</i>	40
1.3.1.2. <u>Expulsiva</u>	41
1.3.1.3. <u>Alumbramiento</u>	43
1.3.1.4. <u>Posalumbramiento</u>	44
1.3.2. <u>Mecanismo</u>	44
1.3.2.1. <u>Acomodación de la Cabeza al Estrecho Superior</u>	44
1.3.2.2. <u>Descenso de la Cabeza a la Excavación de la Pelvis</u>	45
1.3.2.3. <u>Acomodación de la Cabeza al Estrecho Inferior</u>	46
1.3.2.4. <u>Desprendimiento Cefálico</u>	46
1.3.2.5. <u>Mecanismo del Parto de los Hombros y de las Nalgas</u>	47

1.3.3. Tipos de Presentación del Feto.....	47
1.3.3.1. <u>Parto de Nalgas o Pelviana</u>	47
1.3.3.2. <u>Presentaciones Cefálicas no Occipitales</u>	48
1.3.4. Intervenciones.....	49
1.3.4.1. <u>Episiotomía</u>	49
1.3.4.2. <u>Cesárea</u>	52
1.3.4.2.1. <i>Indicaciones</i>	53
1.3.4.2.2. <i>Complicaciones</i>	54
1.4. Puerperio.....	55
1.4.1. Etapas del Puerperio.....	55
1.4.2. Cambios durante el Puerperio	55
1.4.2.1. <u>Anatómicos Fisiológicos</u>	55
1.4.2.1.1. <i>Sistema Reproductor y Sexual</i>	55
1.4.2.1.2. <i>Sistema Urinario</i>	58
1.4.2.1.3. <i>Sistema Digestivo</i>	58
1.4.2.1.4. <i>Sistema Cardiovascular</i>	58
1.4.2.1.5. <i>Sistema Musculoesquelético</i>	59
1.4.2.1.6. <i>Metabólicos</i>	59
1.4.2.1.6.1. <u>De la Glucosa</u>	59
1.4.2.1.6.2. <u>De los Lípidos</u>	59
1.4.2.1.7. <i>Hormonales</i>	59
1.4.2.1.8. <i>Psicológicos</i>	60
1.4.3. Lactancia	61
1.4.3.1. <u>Anatomía y Desarrollo de la Mama</u>	62
1.4.3.2. <u>Fisiología</u>	64
1.4.3.3. <u>Ventajas</u>	66
1.4.3.4. <u>Contraindicaciones</u>	67
1.4.3.5. <u>Posiciones del bebé y la Madre para el Amamantamiento</u>	67
1.4.3.5.1. <i>Acunado (tórax contra tórax)</i>	67
1.4.3.5.2. <i>En Decúbito Lateral</i>	68
1.4.3.5.3. <i>Balón de Rugby (Cesárea)</i>	69

CAPÍTULO II

2. RECIÉN NACIDO.....	71
2.1. Desarrollo Psicomotriz	71
2.1.1. Etapas del Desarrollo Psicomotor	71

CAPÍTULO III

3. EL NÚCLEO FAMILIAR.....	84
3.1. Contexto Sociocultural en las Etapas Reproductivas.....	85
3.1.1. En el Embarazo.....	85
3.1.1.1. <u>Puntos y Momentos Críticos</u>	86
3.1.1.2. <u>Entorno Social</u>	86
3.1.2. En el Parto.....	87
3.1.2.1. <u>Antecedentes</u>	92
3.1.2.2. <u>Pluriculturalidad</u>	96
3.1.2.3. <u>Atención del Parto Culturalmente Adecuado</u>	98
3.1.2.3.1. <i>El Personal de Salud y el Trato Hacia la Usuaría y Sus Familiares..</i>	98
3.1.2.3.2. <i>El Acompañamiento Durante la Atención del Parto</i>	98
3.1.2.3.3. <i>Posición del Parto</i>	102
3.1.2.3.4. <i>Apego</i>	104
3.1.2.3.5. <i>Entrega de la Placenta</i>	105
3.1.3. Puerperio.....	106
3.2. Relación Psicoafectiva de la Triada.....	107

CAPÍTULO IV

4. TERAPIAS EN EL POSTPARTO.....	109
4.1. Métodos de movimiento	109
4.1.1. Feldenkrais	109
4.1.2. Pilates.....	110
4.1.3. Mézières.....	111
4.2. Masajes.....	113

4.3. Reeduación Abdomino-Perineal.....	114
4.3.1. Parto No Complicado.....	115
4.3.1.1. <u>Relajación del Suelo Pélvico</u>.....	116
4.3.1.2. <u>Fortalecimiento de Faja Abdominal</u>	117
4.3.2. Posparto por Cesárea.....	117
4.4. Ergonomía	118
GUÍA DE MANEJO.....	119
CONCLUSIONES.....	137
RECOMENDACIONES.....	139
BIBLIOGRAFIA.....	140

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Diferencias pélvicas	13
Tabla N° 2	Movimiento de balanceo pélvico	16
Tabla N° 3	Músculos anchos o planos de la pared abdominal	17
Tabla N° 4	Músculos de la pared abdominal	18
Tabla N° 5	Músculos principales de pared posterior del abdomen	19
Tabla N° 6	Divisiones del músculo elevador del ano	20
Tabla N° 7	Músculos perineales	22
Tabla N° 8	Cambios reproductores durante el embarazo	27
Tabla N° 9	Cambios mecánicos	30
Tabla N° 10	Volumen y función pulmonar	30
Tabla N° 11	Sistema inmune en el embarazo	31
Tabla N° 12	Cambios endocrinos en el embarazo	32
Tabla N° 13	Cambios metabólicos en el embarazo	33
Tabla N° 14	Historia clínica	36
Tabla N° 15	Parto de nalgas	47
Tabla N° 16	Factores predisponentes del Parto de nalgas	48
Tabla N° 17	Etiología de la Presentación Cefálica no Occipital	49
Tabla N° 18	Tipos de episiotomías	51
Tabla N° 19	Grados de laceraciones	51
Tabla N° 20	Laparotomía	52
Tabla N° 21	Histerectomía	53
Tabla N° 22	Indicaciones para la cesárea	54
Tabla N° 23	Complicaciones de la cesárea	54
Tabla N° 24	Etapas del puerperio	55
Tabla N° 25	Cambios en útero y fondo uterino	56
Tabla N° 26	Evolución loquial	57
Tabla N° 27	Tiempo de presentación hormonal	59
Tabla N° 28	Etapas en el desarrollo mamario	64
Tabla N° 29	Tipos de leche humana	65
Tabla N° 30	Ventajas de la lactancia materna	66

Tabla N° 31	Indicaciones de inhibición de la lactancia	67
Tabla N° 32	Primer mes	72
Tabla N° 33	Segundo mes	73
Tabla N° 34	Tercer mes	74
Tabla N° 35	Cuarto mes	75
Tabla N° 36	Quinto mes	76
Tabla N° 37	Sexto mes	77
Tabla N° 38	Séptimo mes	78
Tabla N° 39	Octavo mes	79
Tabla N° 40	Noveno mes	80
Tabla N° 41	Décimo mes	81
Tabla N° 42	Onceavo mes	82
Tabla N° 43	Doceavo mes	83
Tabla N° 44	Indicadores de transición saludable en el embarazo	86
Tabla N° 45	Momentos críticos durante el embarazo	86
Tabla N° 46	Estimaciones de la tasa de mortalidad materna y la razón de mortalidad materna en los 10 años anteriores a la encuesta, y comparación con las estimaciones para el período 1988-1994.....	95
Tabla N° 47	Evolución del uso de servicios de salud materna. Mujeres de 15 a 49 años de edad	96

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	Vulva y perineo	8
Gráfico N° 2	Órganos genitales internos femeninos	10
Gráfico N° 3	Visión lateral de la pelvis ósea	11
Gráfico N° 4	Huesos de la pelvis	12
Gráfico N° 5	Pelvis ósea	12
Gráfico N° 6	Cavidad abdominopélvica (corte coronal)	13
Gráfico N° 7	Diferencias pélvicas	14
Gráfico N° 8	Diámetros pélvicos	15
Gráfico N° 9	Nutación y contranutación	16
Gráfico N° 10	Movimientos de la pelvis durante la nutación	17
Gráfico N° 11	Oblicuo mayor y menor.....	18
Gráfico N° 12	Recto abdominal y transversal	18
Gráfico N° 13	Suelo y paredes de la pelvis	20
Gráfico N° 14	Músculo elevador del ano	21
Gráfico N° 15	Músculos de la bolsa superficial	23
Gráfico N° 16	Altura uterina	37
Gráfico N° 17	Maniobras de Leopold	37
Gráfico N° 18	Dilatación cervical	40
Gráfico N° 19	Primera etapa	41
Gráfico N° 20	Primera etapa	42
Gráfico N° 21	Tercera etapa	43
Gráfico N° 22	Presentación de nalgas	48
Gráfico N° 23	Episiotomía medial	50
Gráfico N° 24	Episiotomía medio lateral	50
Gráfico N° 25	Incisiones en la pared abdominal	52
Gráfico N° 26	Incisiones en la piel	52
Gráfico N° 27	Incisión uterina	53
Gráfico N° 28	The Fashionable Mamma (La mamá a la moda)	61
Gráfico N° 29	Anatomía Glándula Mamaria	63
Gráfico N° 30	Acción hormonal	63

Gráfico N° 31	Posición para el amamantamiento	68
Gráfico N° 32	Amamantamiento en decúbito lateral	69
Gráfico N° 33	Posición “Balón de Rugby” para amamantar	69
Gráfico N° 34	Posición correcta e incorrecta	70
Gráfico N° 35	Desarrollo motor (céfalo caudal)	71
Gráfico N° 36	Sigue objetos con la mirada	72
Gráfico N° 37	Intento de enderezar la cabeza hacia la línea media	72
Gráfico N° 38	Decúbito supino	73
Gráfico N° 39	Sentado	73
Gráfico N° 40	Decúbito supino	74
Gráfico N° 41	Decúbito prono	74
Gráfico N° 42	Decúbito supino	75
Gráfico N° 43	Sentado	75
Gráfico N° 44	Decúbito supino	76
Gráfico N° 45	Sentado.....	76
Gráfico N° 46	Toma de objetos.....	76
Gráfico N° 47	De prono a supino	77
Gráfico N° 48	Decúbito supino	77
Gráfico N° 49	Decúbito prono	78
Gráfico N° 50	Sentado	78
Gráfico N° 51	Sentado sin apoyo	79
Gráfico N° 52	Bipedestación con ayuda	79
Gráfico N° 53	Sentado	80
Gráfico N° 54	Bipedestación con apoyo	80
Gráfico N° 55	Decúbito supino	81
Gráfico N° 56	Marcha de oso	81
Gráfico N° 57	Busca Objeto escondido	82
Gráfico N° 58	De rodillas a bipedestación	82
Gráfico N° 59	Sentado	83
Gráfico N° 60	De pie	83
Gráfico N° 61	Escena del parto europeo	92
Gráfico N° 62	Escena del parto “La Tolita”	97
Gráfico N° 63	Parto vertical “Moche”	97
Gráfico N° 64	Padre activo durante el parto	101
Gráfico N° 65	Grabado mexicano del parto	102
Gráfico N° 66	Parto en Perú (Awajun y Wampis)	102
Gráfico N° 67	Bonding	104

Gráfico N° 68	Manejo de la placenta en Perú (Awajun y Wampis)	106
Gráfico N° 69	Engrama en triple flexión	110
Gráfico N° 70	Estiramiento de estrella	111
Gráfico N° 71	Método Mézière	112
Gráfico N° 72	Pérdida del centro de gravedad durante el embarazo	114
Gráfico N° 73	El suelo pélvico	115
Gráfico N° 74	Movimientos pélvicos	116
Gráfico N° 75	Ejercicios para el suelo pélvico	116
Gráfico N° 76	Ejercicios postparto	117
Gráfico N° 77	Cuidado lumbar al levantarse y sentarse en una silla	118
Gráfico N° 78	Manipulación del bebé 1	118

INTRODUCCIÓN

Un conjunto de estudios han demostrado que durante las primeras etapas del postparto no existe un suficiente apoyo emocional ni de seguimiento. Así por ejemplo, décadas atrás, MDs. Michele Odent (1977), Marshall Klaus y Jhon Kennell (1976) sentaron bases para la aplicación del apego precoz (madre-bebé) y soporte familiar en el puerperio.

Retomando sus ideas el presente trabajo analiza como varios aspectos de la terapia física pueden ser aprovechados durante el periodo del posparto integrando elementos que complementen el aspecto físico con el emocional. En este sentido el concepto de Terapia Física que se maneja, está relacionado con su aspecto preventivo más que con el curativo.

En el primer capítulo se presenta un recuento de las bases anatómicas, procesos fisiológicos y cambios en las etapas de reproducción femenina. Más adelante, se detalla información del Ecuador sobre el manejo del embarazo, parto, posparto; la oportunidad de autonomía de los padres en relación a la elección de posiciones adecuada para el parto, la intervención del personal de salud relacionado al apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente, su pareja y familia; el acercamiento precoz madre-hijo/a, la aplicación de lo estipulado por el MSP en la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, etc.; ya que son éstos antecedentes de respeto a nuestra pluriculturalidad los que de cierta forma determinarán la pronta asimilación del rol que cada progenitor cumple dentro de la familia.

Como segundo capítulo se aborda lo relacionado al recién nacido, su individualidad y las interacciones del resto de la familia con y en torno a él. Por lo que se describen los logros que debe alcanzar mensualmente, con la finalidad de realizar una adecuada estimulación que vaya acorde a su desarrollo psicomotor.

Partiendo de una revisión de la evolución del ente familiar a lo largo de la historia, en el tercer capítulo, se analiza su incorporación dentro de un marco legal, para luego enfatizar sobre la influencia de las tradiciones y los procesos aplicados por el sector salud

durante el embarazo, parto y puerperio; así como, las interrelaciones dentro del núcleo familiar.

Se escribe también acerca de la mujer, como madre, compañera, como pilar fundamental dentro de la interacción del nuevo ser con la sociedad. Puesto que, si el bebé percibe todos los sentimientos de la mamá durante aproximadamente los 2 primeros años como lo afirma Gutman (2003) al usar los términos “mamá-bebé” y “bebé-mamá”, es vital comprender que ella es el lazo de manifestación de emociones del bebé durante el posparto y viceversa.

Para finalizar, se propone una guía de manejo con los temas en base de los cuales el Terapeuta Físico elaborará el programa que más se adecue a las necesidades individuales y familiares de sus pacientes.

De esta manera, se propone la incorporación de una atención posparto personalizada dentro del sistema de salud que prevendrá la aparición y agravación de enfermedades músculo-esqueléticas; fomentará la unión familiar y reducirá también los gastos hospitalarios.

JUSTIFICACIÓN

La Declaración de Río de Janeiro de 1993 define a la familia como “una comunidad de amor y solidaridad insustituible para la vivencia, enseñanza y transmisión de valores éticos, sociales, espirituales y religiosos”.⁴ Y, como lo afirma Canaval (2007), las relaciones que existen dentro de este núcleo familiar son más significativas durante las transiciones, así en el posparto las expectativas están dirigidas a mejorar las condiciones de vivienda y la calidad de vida de la familia para poder brindar excelentes cuidados a todos sus miembros, siendo más grato aún hacerlo cuando existe apoyo social y técnico de parte de la familia extensa y personal de salud, evitando sentimientos de impotencia, confusión, frustración y conflicto.

Esto justifica la importancia de la intervención del Terapeuta Físico como agente de salud dentro del entorno familiar en el posparto. Ya que, si durante la socialización primaria se crea un ambiente saludable de prevención y cuidados, tanto del recién nacido como de los padres, el producto será una sociedad preparada y por ende precavida, con fuertes lazos de unión y respeto, con personas “sanas, recias, autónomas y serviciales”⁵. Cumpliendo de esta manera, el rol preventivo estipulado en la Carta de Bangkok (2005) para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado.

Aun cuando el término Couvade no es muy conocido en nuestro medio, existen estudios que determinan que el padre también pasa por los síntomas comunes del embarazo, como un sentimiento de empatía. Por lo tanto, si tal conexión se manifiesta ya antes del parto es de vital importancia la participación del padre o el familiar más afín a la mujer, tanto al cuidado del recién nacido como de la madre y del hogar.

Se debe también tomar en cuenta que entre el 40 al 70% de madres y aproximadamente del 13 al 9% de padres sufren de depresión posparto como lo afirma Maldonado (2008). Por esta razón se describen técnicas de movimiento para ambos, que permitan tanto relajarse como prepararse para el cuidado constante que un recién nacido

⁴ Cuví, F. & De Alava, B. (1995). La mujer, la familia y la sociedad en el Ecuador. p. 2.

⁵ Muñoz, H., Kaempffer, A., Castro, R. y Valenzuela, S. (2001). Humanización del Proceso Reproductivo Mujer-Niño-Familia. p. 87

demanda. Es ahora cuando la defensa legal de la ausencia laboral del padre “por un periodo suficiente para ayudarlo en su ajuste al papel de padre y al arribo del bebé (...) en estos periodos críticos de su vida y la de su nueva familia”⁶, se justifica.

Por otro lado, la guía proporcionada por el Terapeuta Físico evitará que el entorno social, provoque en la mujer una agilización innecesaria del proceso de “estar en forma” para cumplir con los estereotipos que le rodean.

Es por eso que, como profesionales y dentro de la finalidad de la atención de la salud, nos corresponde hacer hincapié en la transferencia de tecnología, ya que, no sólo se debe buscar tratar las enfermedades que adolece el paciente en ese momento, sino también mejorar su medio ambiente al proporcionar las herramientas adecuadas tomando en cuenta sus diversas realidades e incrementando la confianza en la ejecución de cualquier masaje y/o terapia básica a realizarse.

Entonces, en aquel momento, la concienciación del cuidado estará encaminada a fomentar, incentivar e implantar procesos de cambio en el estilo de vida familiar con el objeto de alcanzar un bienestar sustentable y sostenible de los individuos en sus nuevos roles. Sustentable otorgando las herramientas al alcance de la familia para el cuidado del recién nacido y sostenible para asegurar que dichos cambios perduren el tiempo necesario, formando parte ya de su cotidianidad, evitando así que las malas posturas, sobrecarga y sobre todo la falta de actividad física en general, afecten a la espalda, tanto en la actividad de sostén como en la de locomoción. Más aún cuando de manera repentina se demanda cuidados constantes del recién nacido.

⁶ Maldonado-Durán, M. y Lecannelier, F. (2008) *El padre en la etapa perinatal* p. 152.

OBJETIVOS

General

Proporcionar al Terapeuta Físico una guía preventiva de manejo familiar en el postparto.

Específicos

Definir la anatomía y fisiología de la etapa reproductiva femenina.

Detallar las etapas del desarrollo psicomotriz del infante.

Establecer el impacto social de las relaciones en la triada familiar (madre, recién nacido y acompañante de apoyo) durante el proceso reproductivo.

Puntualizar métodos terapéuticos aplicables en el postparto.

METODOLOGÍA

El presente trabajo es un estudio bibliográfico en el cual se empleará la técnica de tipo documental, que permite recolectar y analizar en base a una revisión bibliográfica profunda, los beneficios de la introducción de cuidados impartidos por el terapeuta físico en el postparto y así obtener la información necesaria para sustentar su intervención en esta etapa.

Las fuentes son de tipo secundarias para lo cual se consideraron los libros de las diferentes áreas: Materno-Infantil, Fisioterapia Uroginecológica, Técnicas de relajación, Psicomotricidad, Paternidad, Psicología, Normas y Leyes, Ergonomía, Anatomía, Fisiología, entre otras.

MARCO DE REFERENCIA

CAPITULO I

5. ETAPA REPRODUCTIVA FEMENINA

Es de vital importancia que el personal de salud que trabaja en esta área, conozca la anatomía y fisiología femeninas y de esta manera no solo destacarse en su especialidad sino también brindar conocimiento y respuestas a la nueva familia.

1.1. Anatomía Femenina

La cintura pélvica forma la base del tronco y constituye el sostén del abdomen y la unión entre miembros inferiores y el tronco.

En la mujer, las articulaciones de la cintura pélvica no sólo desempeñan “una función en la estática del tronco en bipedestación”⁷, sino también un rol importante en el mecanismo de tránsito fetal por el conducto pélvico.

La cavidad pélvica contiene la vejiga urinaria, las porciones terminales de los uréteres, el recto, los órganos reproductivos, vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nervios. El límite superior de la cavidad pélvica es el estrecho superior de la pelvis, el inferior se encuentra cerrado por el diafragma pélvico musculofascial en el estrecho inferior de la pelvis. En la parte posterior se encuentra el cóccix, y por delante la sínfisis del pubis.⁸

1.1.1. Genitales Externos Femeninos

Corresponden a las estructuras localizadas en la vulva (Gráfico. N°1).

Monte del pubis (o de Venus): es la prominencia redondeada, adiposa y cubierta de piel provista de pelos que se forma delante de la sínfisis del pubis, los tubérculos del pubis y los ramos superiores del pubis.

⁷ Kapandji, A. (2002). *Fisiología articular*. p. 56.

⁸ Moore, K. & Dalley, A. (2003). *Anatomía con orientación clínica*. p. 340.

Labios mayores: son dos pliegues de piel pigmentada (cara externa) cubierta de vello pubiano crespado, cuyas comisuras anterior y posterior (desaparece después del primer parto vaginal) delimitan la hendidura de la vulva y cubren parcialmente las demás estructuras genitales. La cara interna de los labios es lisa, rosada y carece de vello.

Labios menores: son pliegues de piel delgada (sin grasa) y lampiña, que continúan medialmente los labios mayores y rodean el vestíbulo de la vagina. Los labios menores siguen un trayecto posterolateral desde el clítoris (donde se prolonga en dos pequeños pliegues) hasta el pliegue medial (horquilla posterior).

Clítoris: órgano cilíndrico de tejido eréctil situado en la reunión (delantera) de los labios menores. Consta de raíz y cuerpo, “que está integrado por dos pilares, dos cuerpos cavernosos y un glándulo del clítoris, cubierto por un prepucio.”⁹ En conjunto, el cuerpo y el glándulo miden unos 2 cm de longitud con un diámetro menor de 1 cm.

Vestíbulo: es la zona situada entre los labios menores. A 2.5 cm por detrás del clítoris se encuentra el orificio uretral externo e inmediatamente después está el orificio vaginal.

Bulbos del vestíbulo: son masas subcutáneas (cubiertos por músculo bulboesponjoso) pares de tejido eréctil elongado, que rodean los orificios vaginal y uretral, y miden 3 cm de longitud¹⁰.

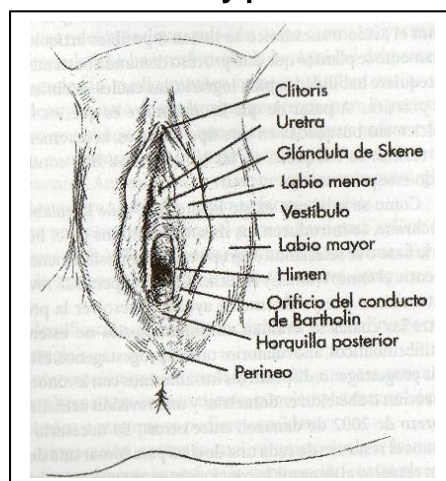
Glándulas vestibulares: Las glándulas vestibulares mayores o de Bartholino son redondas u ovaladas, de 0.5 cm de diámetro, se encuentran detrás y a los lados del orificio vaginal, parcialmente cubiertas por los bulbos del vestíbulo en la cara posterior y durante la excitación sexual se encargan de secretar moco al vestíbulo.

Las glándulas vestibulares menores (de Skene) se abren entre los orificios uretral y vaginal, y secretan moco que humedece labios genitales y vestíbulo.

⁹ Moore, K. & Dalley, A. op.cit., p. 421.

¹⁰ Ibid., p. 421.

Gráfico N° 1
Vulva y perineo



Fuente: Botero, J. 2008.

1.1.2. Órganos Internos Femeninos

1.1.2.1. Urinarios

Uréteres: son tubos musculares de 25 a 30 cm de longitud¹¹ y alrededor de 0,5 cm de diámetro, que comunican los riñones con la vejiga urinaria drenando la orina. Se ubican retroperitonealmente, y que al atravesar el estrecho superior de la pelvis se dividen en porción abdominal y porción pélvica.

“En la mujer pasa medialmente al origen de la arteria uterina y continúa hasta la altura de la espina ciática donde la arteria uterina lo cruza por encima. Conocer este detalle anatómico es de trascendental importancia para evitar la ligadura iatrogénica del uréter en lugar de la arteria uterina durante las histerectomías.”¹²

Vejiga urinaria: órgano pélvico hueco con paredes musculares robustas, de tamaño, forma, posición y relaciones varían según su contenido y estado de las vísceras adyacentes. En estado de vacuidad se sitúa en la pelvis menor, posterior y algo superior a la sínfisis del pubis.

Uretra: mide aproximadamente 4 cm de longitud y 6 mm de diámetro, desde el orificio uretral interno de la vejiga urinaria sigue un curso anteroinferior. “tiene una forma cilíndrica aplanada en donde se pueden distinguir dos porciones: una intrapélvica más larga y una extrapélvica,”¹³ divididas por la membrana perineal (aponeurosis perineal media).

¹¹ Moore, K. & Dalley, A. op.cit., p. 285.

¹² Cabero, L., Saldivar, D. & Cabrillo, E. (2007). Obstetricia y medicina materno-fetal. p. 94.

¹³ Ibid., p. 94.

1.1.2.2. Genitales Femeninos

Vagina: tubo musculomembranoso de 7 a 9 cm de longitud¹⁴, se dirige hacia arriba y ligeramente hacia atrás desde el vestíbulo de la vagina hasta el cuello del útero. En estado de vaciedad sus paredes anterior y posterior se contactan, salvo en su extremo superior y sobre su pared anterior, forma una cúpula alrededor del cuello uterino (1 cm de longitud) donde se presenta el fórnix vaginal que se divide en “cuatro fondos de saco: anterior, posterior y dos laterales. Se fija hacia arriba por medio de la cúpula y por su externo inferior a los planos del perineo y a la vulva; por su caras anterior y posterior a la vejiga, uretra y recto.”¹⁵

“Cuatro músculos comprimen la vagina y actúan como esfínteres: pubovaginal, esfínter externo de la uretra, esfínter uretrovaginal y bulboesponjoso”¹⁶

Útero: es una víscera muscular hueca en forma de pera con paredes gruesas que se sitúa en la pelvis menor, parcialmente por encima de la vejiga y por delante del recto. En la mujer nulípara mide 8 x 4 x 2 cm, con un espesor de 2,5 cm y en la múltipara sus dimensiones varían en un 3% y pesará entre sesenta y setenta gramos. Es piriforme, de base superior y vértice inferior.

El útero se divide en dos grandes partes:

- El cuello del útero, porción inferior cilíndrica y estrecha que se continúa con la vagina. Presenta dos porciones anatómicas: endocérvix y exocérvix.
- El cuerpo, que constituyen los dos tercios superiores y se divide en dos partes: el fondo o parte redondeada del cuerpo, donde lateralmente se encuentran los orificios de las trompas uterinas; y el istmo o zona de transición entre el cuerpo y el cérvix (longitud aproximada de 1 cm), justo encima del cuello del útero.

“La pared del cérvix uterino no es muscular como la del cuerpo; en el transcurso del embarazo permanece cerrado y durante el parto se efectúa en él los mecanismos de borramiento y dilatación, previos a la salida del niño”¹⁷

Trompas Uterinas: son dos delgados conductos (10 cm. de longitud) que se extienden desde los extremos laterales del fondo uterino y se abren en la cavidad peritoneal cerca de los ovarios. En cada una se distingue las siguientes porciones:

- El itsmo, porción proximal de paredes gruesas.
- La ampolla, porción más ancha y larga, donde los ovocitos suelen ser fecundados.

¹⁴ Moore, K. & Dalley, A. op.cit., p. 378.

¹⁵ Cabero, L., Saldivar, D. & Cabrillo, E. op.cit., p. 93.

¹⁶ Moore, K. & Dalley, A. op.cit., p. 378.

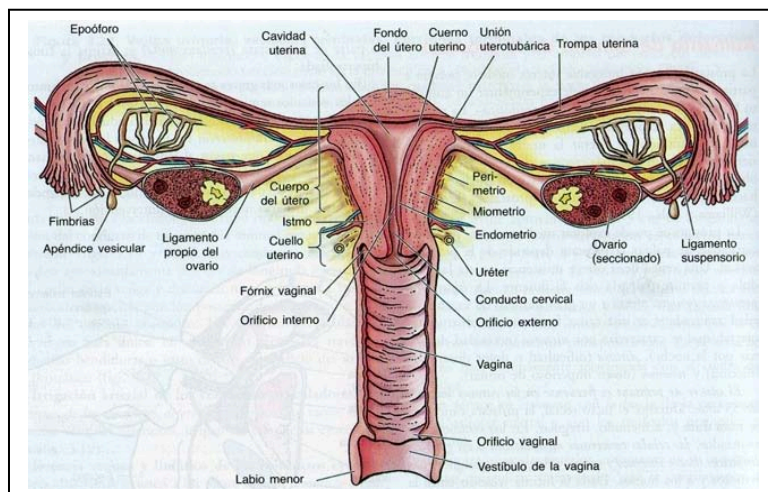
¹⁷ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. (2008). Texto Integrado de Obstetricia y Ginecología. p.23.

- El infundíbulo o fimbria, con forma de embudo posee en su extremo distal prolongaciones digitiformes móviles adosadas a la superficie medial del ovario, que captan el óvulo luego de la ovulación.

El epitelio ciliado y secretor de la mucosa de la trompa contribuye a la movilización tanto de espermatozoides al óvulo como de éste hacia el útero.

Ovarios: Son glándulas con forma de almendra que miden 4 x 2 cm, de superficie blanca nacarada (capa albugínea), que se sitúan cerca de las paredes laterales de la pelvis y se encuentran suspendidos por el mesovario del ligamento ancho. Posee dos bordes, el anterior y posterior; y dos caras, la superior e interna e inferior o externa. (Gráfico. N°2).

Gráfico N° 2
Órganos genitales internos femeninos



Fuente: Moore, K. 2003.

1.1.2.3. Recto

Parte del tubo digestivo de aproximadamente 10 a 12 cm., que desciende por la parte superior de la pelvis, siguiendo la curva del sacro y cóccix, detrás del útero y la vagina hasta el diafragma pélvico, donde se continúa con el conducto anal. Presenta dos curvaturas:

- Flexura sacra, cóncava hacia adelante que sigue la dirección del sacro.
- Flexura anorrectal o perineal, curvatura abierta hacia atrás de casi 80°, un mecanismo de continencia fecal “que se mantiene por el tono del músculo puborrectal durante el estado de reposo y por su contracción activa durante el peristaltismo si no se desea defecar.”¹⁸

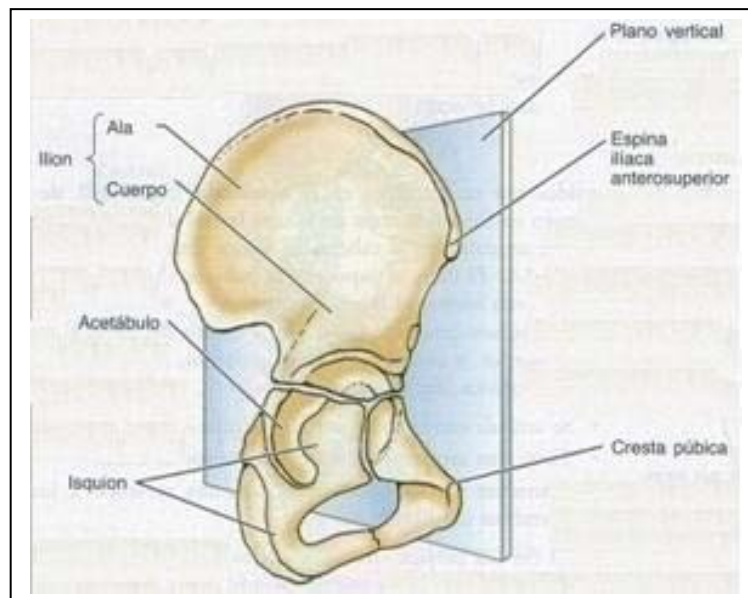
¹⁸ Moore, K. & Dalley, A. op.cit., p. 393.

1.1.3. Pelvis Ósea

La pelvis está formada por cuatro huesos:

- Los huesos coxales, son pares y de forma irregular, cada uno es el resultado de la fusión de otros tres: ilion, isquion, pubis; que a su vez confluyen para formar el acetábulo (articulación coxofemoral).
- El sacro, formado por la fusión de 4 a 5 vértebras sacras. Es un hueso triangular de vértice inferior (articulación sacrococcígea) y de base superior que se articula con la quinta vértebra lumbar para formar el promotorio.
- El cóccix, creado por la fusión de 3 a 4 vértebras coccígeas rudimentarias.

Gráfico N° 3
Visión lateral de la pelvis ósea



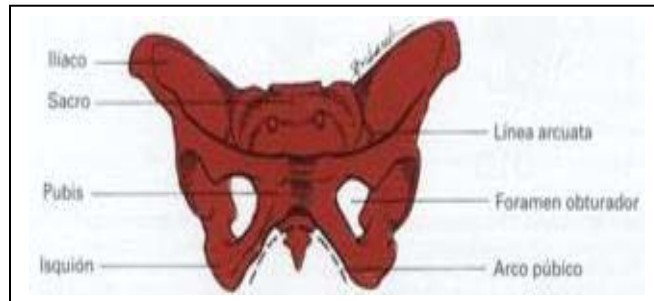
Fuente: Moore, K. 2003.

El ilion es la parte superior y aplanada del hueso coxal. Su borde superior engrosado se denomina cresta ilíaca. En su borde anterior se encuentran las espinas ilíacas anteriores superior y posterior separadas por una pequeña escotadura. Su borde posterior presenta las espinas ilíacas posteriores. Y más abajo está la escotadura ciática mayor. La porción cóncava anterior del ilion forma la fosa ilíaca.

El isquion posee un cuerpo y una rama. Cerca a ésta unión, está la espina ciática, la escotadura ciática menor y por último la tuberosidad isquiática (enorme protuberancia posteroinferior del isquion). El cuerpo ayuda a crear el acetábulo, y la rama el orificio obturador.

El pubis es un hueso angular que tiene un ramo superior (forma acetábulo) y uno inferior (forma orificio obturador) que forman el cuerpo del pubis, que al unirse con su opuesto forma la sínfisis del pubis.

Gráfico N° 4
Huesos de la pelvis

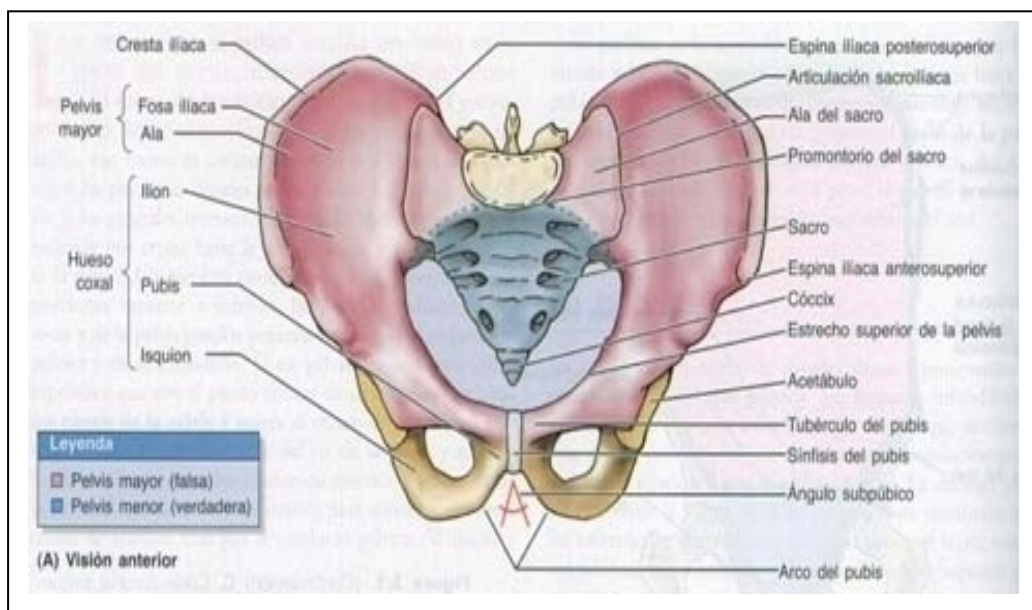


Fuente: Gabbe, S., Niebyl, J. & Simpson, J. 2004.

La pelvis se divide en:

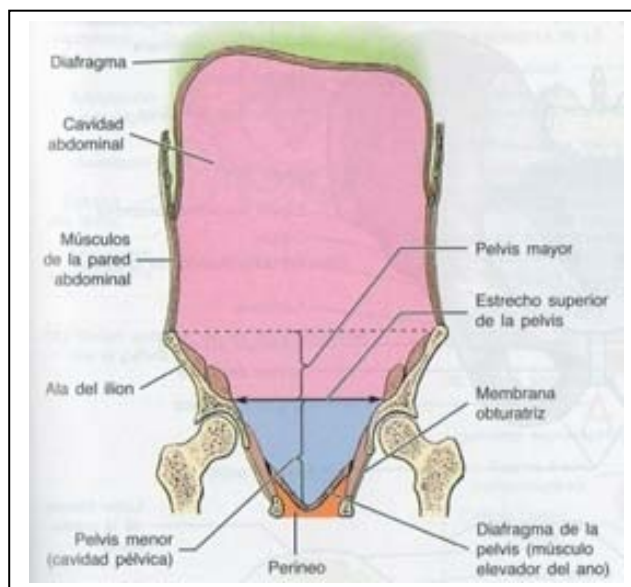
- Pelvis mayor o falsa: contiene al íleon y colon sigmoide (vísceras abdominales) y limita posteriormente con las vértebras L5 y S1, por adelante con la pared abdominal y posterolateral con las fosas ilíacas.
 - Pelvis menor o verdadera: contiene la vejiga urinaria y órganos reproductivos (vísceras pélvicas) y está situada entre los estrechos superior e inferior de la pelvis.

Gráfico N° 5
Pelvis ósea



Fuente: Moore, K. 2003.

Gráfico N° 6
Cavidad abdominopélvica (corte coronal)



Fuente: Moore, K. 2003.

1.1.3.1. Diferencias Sexuales

La función principal de la pelvis es la locomotora (capacidad para trasladarse de un lado a otro).

“Las diferencias sexuales obedecen sobretodo a la constitución más pesada y a la mayor masa muscular de la mayoría de los varones, y a la adaptación de la pelvis femenina -en particular, de la pelvis menor- para el parto.”¹⁹ (Tabla. N°1).

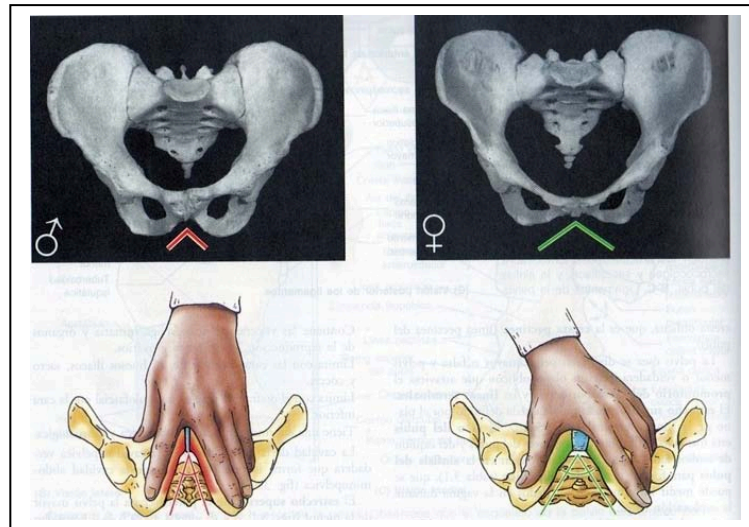
Tabla N° 1
Diferencias pélvicas

PÉLVIS ÓSEA	MASCULINA	FEMENINA
Estructura General	Gruesa y pesada	Fina y ligera
Pelvis Mayor	Profunda	Delgada
Pelvis Menor	Estrecha y profunda	Ancha y delgada
Estrecho Superior De La Pelvis	Forma de corazón	Forma ovalada y redonda (menor proyección del promotorio y alas aplanadas del sacro)
Estrecho Inferior De La Pelvis	Relativamente pequeña	Relativamente grande
Arco Del Pubis Y Ángulo Subpúbico	Estrecho. 50° a 60°	Ancho. 80° a 85°
Orificio Obturador	Redondo	Ovalado
Acetábulo	Grande	Pequeño y superficial
Espinas ciáticas	Proyección hacia la cavidad pélvica	Orientación lateral

Fuente: Kapandji, A. 2002, Cabero, L. 2007, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

¹⁹ Moore, K. & Dalley, A. op.cit., p. 345.

Gráfico N° 7 Diferencias pélvicas



Fuente: Moore, K. 2003.

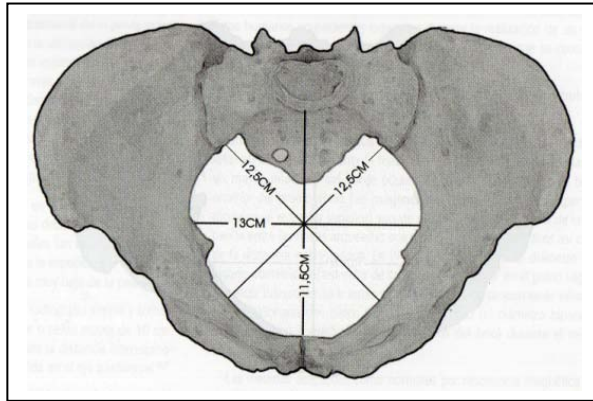
1.1.3.2. Diámetros Pélvicos²⁰

Los diámetros del estrecho superior de la pelvis que se extiende como plano oblicuo desde el promotorio del sacro hasta el borde superior de la sínfisis del pubis, son los siguientes: (Gráfico. N°8)

- Anteroposterior (conjugado obstétrico) 11.5 cm: línea trazada desde la porción posterosuperior de la sínfisis hasta la intersección de las líneas arqueadas (innominadas) proyectadas sobre el primer segmento sacro.
- Anteroposterior (conjugado verdadero o diagonal) 13 cm: línea trazada desde la porción posterosuperior de la sínfisis hasta el promotorio.
- Transversal de 13 cm: línea trazada entre los puntos de la línea arqueada localizados a la mitad de la distancia entre la articulación sacroilíaca y la eminencia iliopectínea.
- Oblicuo derecho 12,5 cm: línea trazada desde la articulación sacroilíaca derecha hasta la eminencia iliopectínea izquierda.
- Oblicuo izquierdo 12,5 cm: línea trazada desde la articulación sacroilíaca izquierda hasta la eminencia iliopectínea derecha.
- Sagital posterior: línea trazada desde la intersección de los diámetros transversal y anteroposterior hasta el extremo posterior de este último.

²⁰ Cabero, L., Saldivar, D. & Cabrillo, E. op.cit., p. 402.

Gráfico N° 8 Diámetros pélvicos



Fuente: Cabero, K. 2007.

Diámetros del plano de dimensiones máximas: tiene forma casi circular y está limitado a los lados por la unión de los tercios superior y medio de los orificios obturados.

- Anteroposterior 12,75 cm: línea trazada desde la sínfisis hasta la unión del segundo y tercer segmentos sacros.
- Transversal 12,5 cm: representa la distancia entre los puntos más separados en las caras laterales de este plano.

Diámetros del plano medio: plano que pasa por las espinas ciáticas y por el borde inferior de la sínfisis.

- Anteroposterior 12 cm: línea trazada desde el borde inferior de la sínfisis hasta un punto justo por encima de la articulación sacrococígea.
- Transversal 10,5 cm: es la distancia entre las espinas ciáticas.
- Sagital posterior 5 cm: se extiende desde la intersección de los diámetros transversal y anteroposterior hasta el extremo posterior de este último.

Diámetros del estrecho pélvico inferior: plano que se extiende desde el cóccix hacia atrás hasta las tuberosidades isquiáticas lateralmente y hasta la superficie inferior de la sínfisis por delante.

- Anteroposterior 11,5 cm: línea trazada desde el cóccix al borde inferior de la sínfisis púbica. La movilidad de este hueso permite que se desplace hacia atrás durante el parto, de manera que el diámetro anteroposterior aumenta de 9,5 a 11,5 cm. Desde el punto de vista obstétrico se extiende la articulación sacrococígea hasta el borde inferior de la sínfisis. Debido a que el estrecho inferior consiste en

planos triangulares inclinados en base común, el diámetro perpendicular de cada triángulo son los siguientes:

- Sagital posterior 9 cm: es la perpendicular del triángulo posterior.
- Sagital anterior 6 cm: es la perpendicular del triángulo anterior.
- Transversal 10,5 cm: línea trazada desde la cara interna de la tuberosidad isquiática hasta la cara interna de la opuesta.

1.1.3.3. Movimientos

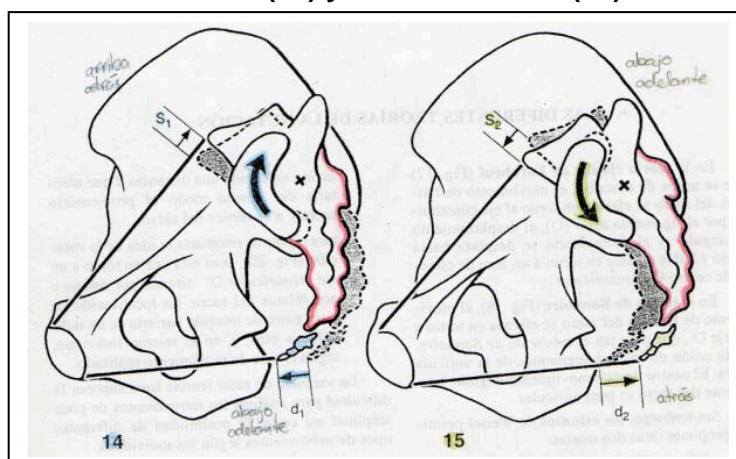
El movimiento de balanceo (nutación) mejora el encajamiento de la presentación y favorece el asinclitismo al disponer de más espacio. Mientras que la contranutación (Gráfico. N°9).facilita el encajamiento pero no favorece la concordancia del eje uterino con el eje del estrecho superior.

Tabla N° 2
Movimiento de balanceo pélvico

PROMOTORIO		NUTACIÓN	CONTRANUTACIÓN
VÉRTICE DEL SACRO Y COXIS		Adelante y abajo	Atrás y arriba
DIÁMETRO ANTEROPOSTERIOR	Estrecho Superior	Disminuye	Aumenta
	Estrecho Inferior	Aumenta	Disminuye
ALAS ILÍACAS		Se aproximan	Se separan
TUBEROSIDADES ISQUIÁTICAS		Se separan. Atrás y arriba	Se aproximan
DIÁMETRO BI-ISQUIÁTICO		Aumenta	Disminuye

Fuente: Kapandji, A. 2002, Cabero, L. 2007, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

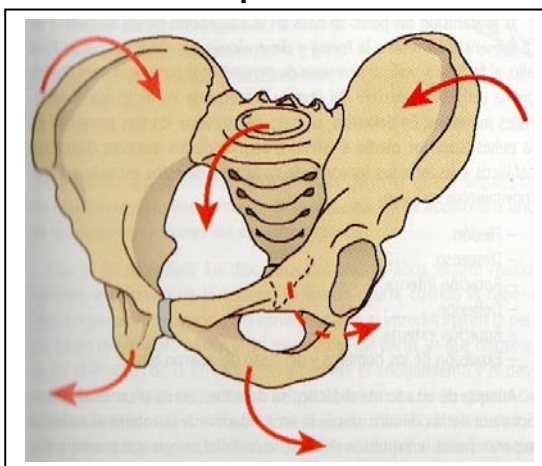
Gráfico N° 9
Nutación (15) y contranutación (14)



Fuente: Kapandji, A. 2002.

Gráfico N° 10

Movimientos de la pelvis durante la nutación



Fuente: Cabero, L. 2007.

1.1.4. Músculos Abdomino-Pélvicos

1.1.4.1. Pared Abdominal

Está formada por varias capas musculares y conectivas que al contraerse disminuyen la capacidad de la cavidad abdominal y por lo tanto aumentan su presión. La contracción de los músculos es un componente en los mecanismos de la defecación, la micción y el parto.²¹

- Pared anterolateral

Tabla N° 3

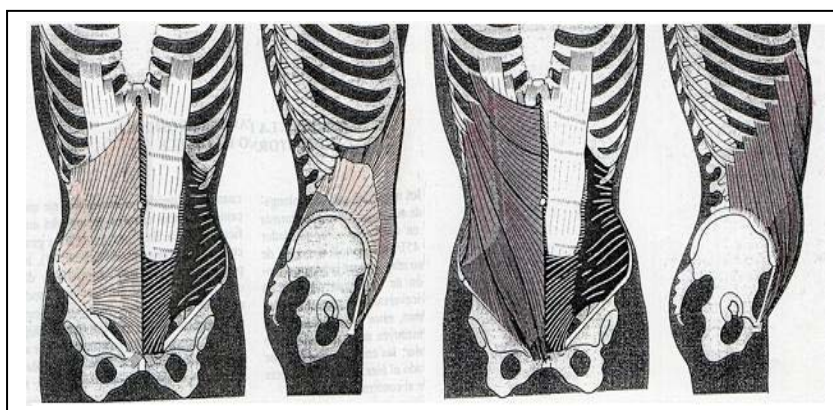
Músculos anchos o planos de la pared abdominal

MÚSCULO	INSERCIÓN PROXIMAL	INSERCIÓN DISTAL	ACCIÓN
TRANSVERSO DEL ABDOMEN	Caras internas del 7 ^o - 12 ^o cartílago costal, fascia toracolumbar, cresta ilíaca y tercio lateral del ligamento inguinal	Línea alba con aponeurosis del oblicuo interno, cresta del pubis y línea pectínea	Comprime y soporta vísceras abdominales
OBLICUO INTERNO O MENOR	Fascia toracolumbar, dos tercios anteriores de la cresta ilíaca y mitad lateral del ligamento inguinal	Bordes inferiores de la 10 ^a - 12 ^a costillas, línea alba y línea pectínea a través del tendón conjunto	Comprime y soporta vísceras abdominales,
OBLICUO EXTERNO O MAYOR	Caras externas de la 6 ^a - 12 ^a costillas	Línea alba, tubérculo del pubis y mitad anterior de la cresta ilíaca	flexiona y rota el tronco

Fuente: Cabero, L. 2007, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008, Modificado por: Llusca, K. 2010.

²¹ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.25.

Gráfico N° 11
Oblicuo mayor y menor



Fuente: Kapandji, A. 2002.

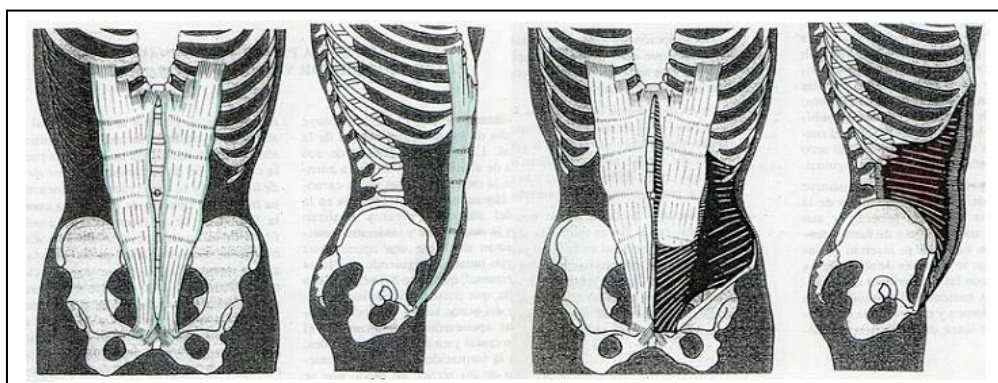
El músculo piramidal es pequeño y triangular. Y solo el 80% de las personas lo poseen. “La vaina del recto es un compartimiento fibroso, robusto e incompleto de los músculos recto y piramidal del abdomen, formada por la decusación e interdigitación de las aponeurosis de los músculos planos del abdomen.”²²

Tabla N° 4
Músculos de la pared abdominal

MÚSCULO	INSERCIÓN PROXIMAL	INSERCIÓN DISTAL	ACCIÓN
RECTO DEL ABDOMEN	Apófisis xifoides y 5 ^o - 7 ^o cartílago costal	Sínfisis crestal y del pubis	Flexiona el tronco (vert. lumbares) y comprime y soporta vísceras abdominales
PIRAMIDAL	Línea alba (delante de parte inferior del músculo recto del abdomen)	Ligamento púbico anterior	Tracciona la línea alba hacia abajo

Fuente: Cabero, L. 2007, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 12
Recto abdominal y transverso



Fuente: Kapandji, A. 2002.

²² Moore, K. & Dalley, A. op.cit., p.187.

- Pared posterior

Tabla N° 5
Músculos principales de pared posterior del abdomen

MÚSCULO	INSERCIÓN PROXIMAL	INSERCIÓN DISTAL	ACCIÓN
PSOAS	Apófisis transversas lumbares, caras laterales de las vértebras T12 – L5	Trocánter menor del fémur (tendón)	Flexiona lateralmente la columna (contracción superior)
ILÍACO	Dos tercios superiores de la fosa ilíaca, ala del sacro y ligamentos sacroilíacos anteriores	Trocánter menor del fémur y tendón del psoas mayor	Flexionan el muslo (contracción inferior del psoas) y estabilizan la cadera

Fuente: Cabero, L. 2007, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

1.1.4.2. Paredes y Suelo de la Pelvis

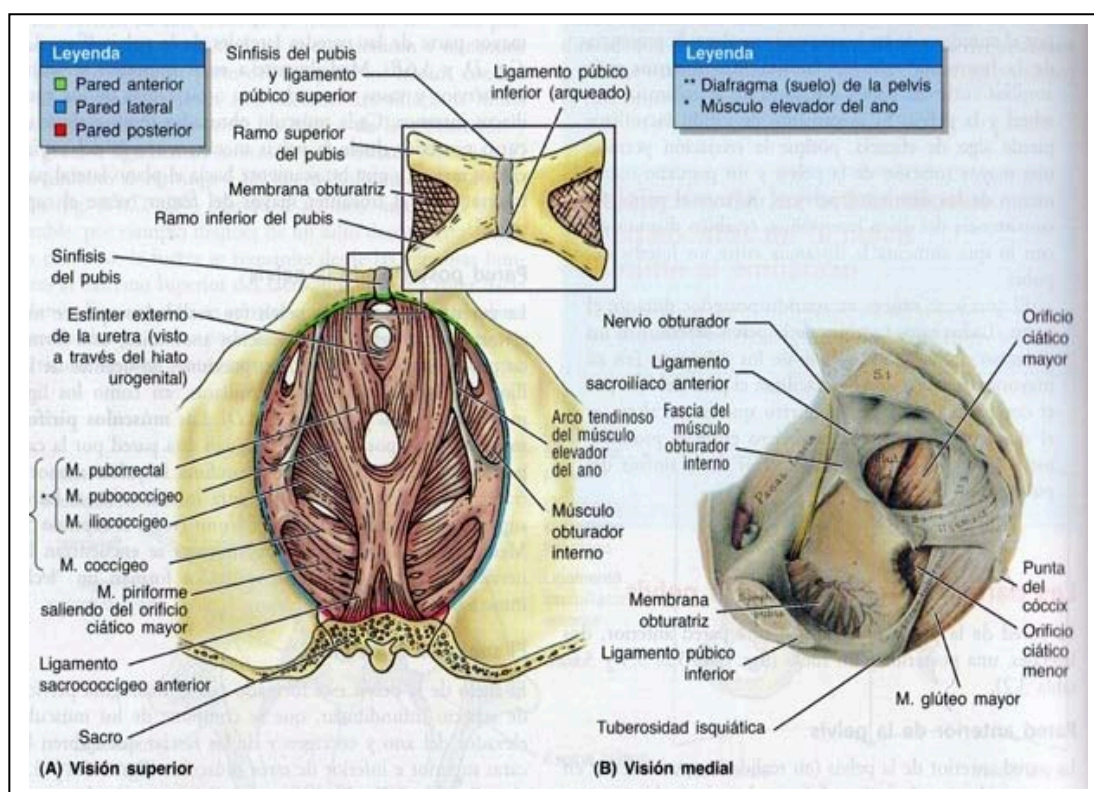
Casi en su totalidad, la pelvis se encuentra recubierta y amortiguada por capas musculares. La pared de la pelvis se divide en:

- Pared anterior: formada por la sínfisis púbica y los cuerpos y ramos de los huesos púbicos.
- Paredes laterales: cubiertas en su mayoría por los músculos obturadores internos, que se insertan en el reborde del foramen obturador y en la membrana obturatriz, desde la pelvis menor siguen un curso posterior, a través del orificio ciático menor hasta el trocánter mayor del fémur.
- Pared posterior: formada por sacro, cóccix, porciones adyacentes de los iliones, articulaciones sacroilíacas y ligamentos asociados. Todo recubierto por dos músculos: el piriforme (arriba) y el coccígeo (abajo).

El piriforme se origina en la cara anterior del sacro, de la segunda a la cuarta vértebra, y se dirige lateralmente para salir de la pelvis por la escotadura ciática mayor y alcanzar el trocánter mayor. El coccígeo a su vez se extiende del borde del sacro y el cóccix hasta la espina isquiática y el ligamento sacroespinoso.²³

²³ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.26.

Gráfico N° 13
Suelo y paredes de la pelvis



Fuente: Moore, K. 2003.

El suelo de la pelvis lo forma el diafragma pélvico, que se compone de los músculos elevador del ano y coccígeo. El piso de la pelvis, en su parte medial, “presenta dos orificios, uno atrás, cerca del cóccix que dan paso al canal anal y que recibe el nombre de orificio anococcígeo y otro delante de éste que da paso a la vagina y a la uretra, y que recibe el nombre de orificio urogenital.”²⁴

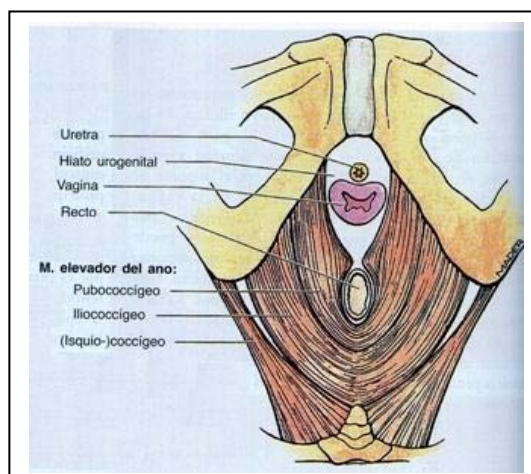
Tabla N° 6
Divisiones del músculo elevador del ano

MÚSCULO	INSERCIÓN PROXIMAL	INSERCIÓN DISTAL	ACCIÓN
ÍLIOCOCCÍGEO	Banda tendinosa extendida entre la espina ciática y parte anterior del pubis	Cóccix y rafé anococcígeo	Ayuda a sujetar las vísceras pélvicas. Resiste las elevaciones de la presión intrabdominal. Regula voluntariamente la micción y defecación.
PUBOCOCCÍGEO	Cara posterior del cuerpo del pubis	Rafé anococcígeo	
PUBORRECTAL	Símfisis del pubis	Rafé anococcígeo	

Fuente: Cabero, L. 2007, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

²⁴ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.26.

Gráfico N° 14 Músculo elevador del ano



Fuente: Moore, K. 2003.

Las fibras del puborrectal pasan por detrás del ano y refuerzan su esfínter, también “forman el borde de los orificios urogenital y anal y están en contacto con la pared vaginal lo cual explica la facilidad con que pueden lesionarse en el curso del parto, bien sea por la dilatación normal de la vagina o por la episiotomía.”²⁵

1.1.4.3. Perineo

Según Moore (2003) en posición anatómica, la zona perineal está comprendida entre las inserciones internas de los muslos; sin embargo, cuando éstos se separan, el perineo es una zona romboidal, limitada por el monte del pubis adelante, el cóccix (pliegues glúteos) por atrás y las tuberosidades isquiáticas a los lados. Profundamente esta zona está limitada por el diafragma pélvico.

La región perineal muestra una acentuada hiperplasia del tejido elástico como preparación para la sobredistensión que va a tener que soportar durante el parto. Esto explicaría la enorme ampliación que sufre el periné en dicho período.²⁶

Una línea extendida entre los extremos anteriores de las tuberosidades isquiáticas divide el perineo en dos mitades triangulares:

La parte posterior o triángulo anal, que contiene el ano entre los ligamentos sacrotuberosos (desde isquion al cóccix) y el reborde posterior de los músculos transversos del perineo.

La anterior o triángulo urogenital, que comprende las partes genitales externas y la uretra. Porción que a su vez se divide en dos regiones:

²⁵ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.26.

²⁶ Cabero, L., Saldivar, D. & Cabrillo, E. op.cit., p. 423.

- Diafragma urogenital o plano superior: constituido por los músculos esfínter de la uretra y transverso profundo del perineo.
- Plano superficial: formado por estructuras que tienen relación con las partes genitales externas y tres delgados músculos (transverso superficial del perineo, isquiocavernoso y bulboesponjoso) (Ver Tabla N° 7).

Tabla N° 7
Músculos perineales

MÚSCULO	UBICACIÓN	ACCIÓN
ESFÍNTER DE LA URETRA	Rodea al uretra sobre el centro de la membrana perineal	Comprime la uretra
TRANSVERSO PROFUNDO Y SUPERFICIAL DEL PERINEO	Se fijan lateralmente en el ramo del isquion y convergen en el centro del perineo	Apoya y fija el cuerpo perineal (solo la pelvis) para sujetar vísceras abdominopélvicas
ISQUIOCAVERNOSO	Desde el borde interno del isquion y su rama hasta la superficie libre del pilar del clítoris	Mantiene la erección del clítoris al comprimir las venas de salida e impulsar la sangre dentro de él.
BULBOESPONJOSO	Es medial y se encuentra separado de su homólogo contralateral por el vestíbulo de la vagina	Esfínter de la vagina que ayuda a la erección del clítoris
		Apoyan y fijan el cuerpo perineal
ESFÍNTER DEL ANO	Rodea al ano	Cierra el conducto anal

Fuente: Cabero, L. 2007, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

Moore (2003) describe a la membrana perineal como una fina lámina de fascia resistente y profunda que cubre la parte anterior del estrecho inferior de la pelvis extendiéndose entre los dos lados del arco del pubis. Y en su cara posterior encontramos a los músculos del plano superior.

Y al cuerpo perineal como una masa fibromuscular irregular, de músculo esquelético y liso y fibras colágenas y elásticas; que se encuentra medialmente entre el conducto anal y la membrana perineal. En dicho espacio convergen: Bulboesponjoso, Esfínter externo del ano y músculos transversos superficial y profundo del perineo.

La fascia perineal se compone de dos capas:

- La fascia perineal superficial (o tejido subcutáneo del perineo), consta de una capa profunda membranosa (fascia de Colles) que se continua con la capa membranosa de la fascia subcutánea del abdomen; y de una capa superficial

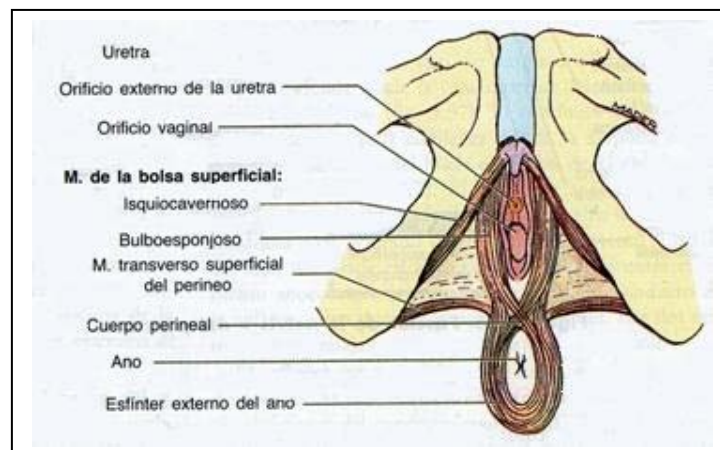
grasa que “se continúa por delante con los labios mayores, y desde aquí, con el monte del pubis y la capa superficial del abdomen (fascia de Camper).”²⁷

- La fascia perineal profunda (o revestimiento de Gallaudet), tapiza íntimamente los músculos del plano superficial y se fusiona con el ligamento suspensorio del clítoris.

La bolsa o compartimiento perineal superficial es un espacio virtual entre la capa membranosa del tejido subcutáneo y la membrana perineal. Contiene:

- La raíz del clítoris y el músculo isquiocavernoso.
- Los bulbos del vestíbulo y el músculo bulboesponjoso.
- Los músculos transversos superficiales del perineo.
- Los vasos pudendos internos y nervios perineales.
- Las glándulas vestibulares mayores

Gráfico N° 15
Músculos de la bolsa superficial



Fuente: Moore, K. 2003.

La Bolsa perineal profunda no es un compartimiento ya que se abre en la parte superior. Contiene:

- La porción proximal de la uretra.
- El músculo esfínter externo de la uretra.
- Los músculos transversos profundos del perineo.
- Los vasos y nervios relacionados.

²⁷ Moore, K. & Dalley, A. op.cit., p.399.

1.2. Embarazo

El embarazo, como gran acontecimiento en la vida de una persona pone a prueba sus capacidades para enfrentarlo y adaptarse a los cambios biológicos, psicológicos e interaccionales; permitiendo a la mujer, a su pareja y a su familia modificar la imagen que se tienen de sí mismos, mediante la alteración de las actividades rutinarias, adquisición de nuevas aptitudes y re ordenamiento de las relaciones con otras personas, asumiendo así, patrones de conducta, como el asistir a controles prenatales, planear el nacimiento y ajustes laborales, pero sobre todo un empoderamiento de sus nuevos roles que al pasar del tiempo se verán reflejados en la asimilación de las tensiones y temores del posparto. Por lo que, es importante recalcar la importancia de la asistencia al control sanitario y la calidad con la que su personal atenderá estas tres etapas de la vida familiar.

La gestación dura, 40 semanas (280 días), con una variación de dos semanas. Para la semana 40 la función de la placenta se ha reducido en un 50%, y a la semana 42, la reducción es del otro 50%. “A partir de la semana 42, la reserva placentaria se ha agotado, y por tanto aparece alteración en el bienestar intrauterino con déficit nutricional, hipoxia y riesgo elevado de morir.”²⁸

1.2.1. Fisiología de la Gestación

El embarazo consiste en una serie de pequeñas y continuas adaptaciones de la anatomía, la fisiología y el metabolismo maternos para garantizar el crecimiento y desarrollo fetal, la constante homeostasis materna y la preparación a la lactancia.

La tolerancia a estos cambios varía de una mujer a otra y de la época de la gestación, pero también puede influir la edad, estilos de vida, preparación emocional, psicológica y afectiva, el estado nutricional preconcepcional y la preexistencia de problemas médicos.

Por tal virtud es importante determinar que signos y síntomas se encuentran dentro de lo común, y cuales se ven aumentados durante el embarazo. Para descartar cualquier proceso mórbido.

²⁸ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p. 86.

1.2.1.1. Diagnóstico

La metodología en el diagnóstico de un embarazo debe basarse en:

1.2.1.1.1. Clínico

- **Síntomas**

Amenorrea: retraso de diez o más días en la mujer fértil con ciclos menstruales regulares.

Náuseas: relacionadas con los altos niveles de gonadotropina coriónica y progesterona presentes durante el primer trimestre de gestación.

Polaquiuria: debido a la compresión de la vejiga por el útero en progresión.

Otros: comúnmente en mujeres con embarazos anteriores (astenia, insomnio, sialorrea, cambios de carácter y del estado de ánimo).

- **Signos**

Aumento de la pigmentación cutánea: línea alba (línea media del abdomen), cloasma (en cara) y areolar (en pezones).

Modificaciones mamarias: a menudo se visualiza una red superficial en ambas mamas (red de Haller).

Modificaciones uterinas: el útero se transforma a un cuerpo esférico (signo de Noble-Budin), el huevo se implanta asimétricamente y forma una prominencia (signo de Piscacek), se tatea el cuello uterino independiente del cuerpo (signo de Hegar), cuello uterino vascularizado de color violáceo (signo de Chadwick) aumenta la movilidad del cuello (signo de Gaus) y se pueden percibir los latidos arteriales en los fondos de saco vaginales (pulso de Oslander).

1.2.1.1.2. Inmunológico

Mediante la determinación de gonadotropina coriónica tanto en la orina (a los cinco días del retraso menstrual) como en la sangre (a los nueve días después de la ovulación).

1.2.1.1.3. Ecográfico

La ultrasonografía vaginal diagnosticará embarazo intrauterino desde los 10 días postimplantación o desde los 16 días postovulación. Mientras que la abdominal lo hará a partir de la quinta semana de amenorrea.

1.2.2. Desordenes Y Molestias Comunes Del Embarazo

- **Cabello:** crecimiento acelerado, con mayor grosor durante el primer trimestre. Segundo y tercer trimestre disminuye la velocidad.
- **Ojos:** intolerancia a los lentes de contacto. Aumento de la córnea en un 3% (de 534 a 551 micrómetros), debido a la disminución de la presión intraocular de 1.4 mm Hg.
- **Nariz:** aumento de la sensibilidad nasal a los estímulos olfatorios (irritantes principalmente) en el primer trimestre. La hiperémesis nasal puede producir congestión, rinitis y epistaxis ocasional.
- **Boca:** cambios en la acidez de la saliva. Se puede producir gingivitis, con más frecuencia, en los últimos dos trimestres.

En la mayoría de los casos se presenta náusea y vómito, que en su grado más extremo llega a la desnutrición y desequilibrio hidroelectrolítico (hiperémesis gravídica).

- **Cara:** cambios de tonalidad de la piel de las mejillas, que se denomina cloasma gravídico. Se produce al menos en el 70% de las mujeres y afecta a todas las razas por igual.
- **Tórax:** aumento de tamaño de las glándulas mamarias, que incrementan a su vez la curvatura dorsal y lumbar. Se presenta disnea.
- **Abdomen:** el peso uterino aumenta hasta 1200 g y su contenido (feto, placenta, líquido amniótico y membranas ovulares) pueden llegar hasta 7 kg. aproximadamente. El estiramiento excesivo de la piel promueve la formación de estrías. Y la disminución de la motilidad intestinal, produce reflujo gastroesofágico (pirosis) y estreñimiento (con o sin hemorroides).
- **Extremidades:** puede presentarse edema y venas varicosas principalmente, en las piernas; así como calambres nocturnos.

1.2.3. Adaptaciones de los Sistemas Corporales Madre e Hijo

Los cambios funcionales de la gestación pueden ser suficientes para modificar la capacidad de respuesta de adaptación a ciertas condiciones de exigencia funcional. De esta forma la gestación puede poner en evidencia una enfermedad no reconocida, o precipitar un proceso mórbido hasta el momento “tolerado” por la reserva funcional existente en la mujer.²⁹

²⁹ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.87.

1.2.3.1. Sistema Reproductor y Sexual

Stephenson (2003) nos presenta la siguiente tabla sobre los cambios del sistema reproductor y sexual de la mujer durante el embarazo.

Tabla N° 8
Cambios reproductores durante el embarazo

Estructura/ Función	Cambio	Resultado
Útero: 1ª mitad del embarazo	Crecimiento con hipertrofia de las células musculares, aumento en la cantidad total de tejido elástico y aumento del tamaño y número de vasos sanguíneos Las paredes miometriales se engrosan	La mayor parte del peso uterino se gana hacia la 20ª semana de gestación
Útero: 2ª mitad del embarazo	Las paredes miometriales se adelgazan. Las contracciones miometriales producen engrosamiento del segmento uterino superior a medida que se expande el segmento inferior.	Permitir el crecimiento del útero. La expansión del segmento inferior permite la dilatación del cuello uterino y facilita el paso del feto.
Flujo sanguíneo	A término, la media es de 500 mL/min en oposición a los 50 mL/min en estado no gestante.	
Contracciones de Braxton-Hicks	Irregulares, generalmente contracciones indoloras.	A veces se perciben durante el segundo trimestre; aumentan a partir de las 30 semanas.
Cuello uterino	Glándulas hipertrofiadas y ablandamiento de extremo cervical (signo de Godell) evidente poco después de la concepción. Aumento de la vascularización. La secreción de moco aumentada y más espesa, formando un gran tapón en la abertura cervical.	Evidente hacia la 6ª semana. Actúa como barrera para proteger al feto de la infección bacteriana o rotura mecánica.
Ligamentos redondos	Se alargan e hipertrofian.	Ayuda a estabilizar el útero.
Trompas de Falopio	Se alargan, se vuelven edematosas e hiperémicas.	
Ovarios	Se engrosan y alargan debido a un aumento de vascularización El ovario con cuerpo lúteo es más largo y alcanza su máximo desarrollo durante el tercer mes.	El cuerpo lúteo es el cuerpo endocrino que produce progesterona en lugar del folículo roto. La ovulación se interrumpe debido a la inflamación hipofisaria.
Vagina	Se congestiona y se vuelve cianótica (signo de Chadwick). Las secreciones son muy ácidas (3.3 a 5.5) debido a un aumento de glucógeno en el epitelio. El tejido conectivo disminuye, la mucosa se engrosa y la pared muscular se hipertrofia.	Evidente hacia la 8ª semana; es un signo objetivo de embarazo. Prepara a la vagina para el parto
Vulva	Aumenta debido al edema y el aumento de vascularización	En multíparas, esta reacción de aumento del edema se siente como si "estuvieran sentadas sobre algo".

Fuente: Stephenson, R. 2003.

1.2.3.2. Sistema Renal

Desde la semana 6-7 de gestación el trabajo renal de filtración se incrementa aproximadamente 35% de su volumen plasmático y los riñones aumentan de tamaño debido al aumento de vascularización. A medida que el feto crece, la vejiga disminuye considerablemente su capacidad, lo que ocasiona poliuria y a veces disuria. En el 90% de las embarazadas los uréteres se dilatan, condición que junto al reflujo urinario y la alta concentración de glucosa en la orina (glucosuria), vulnerabilizan a la mujer a procesos infecciosos. Al final de la gestación, el aumento de presión intravesical y la disminución de la eficacia del esfínter uretral. Pueden provocar episodios de incontinencia urinaria.

1.2.3.3. Sistema Cardiovascular y Hemodinámico

- **Componentes hematológicos**

Aumento de la volemia: debido a la presencia de la circulación placentaria y el aumento del flujo sanguíneo se presenta un aumento de aproximadamente 1.5 litros de sangre total. Que comienza aproximadamente a la semana 6 de gestación. Lo que produce una pseudoanemia fisiológica del embarazo, por el aumento proporcionalmente mayor del volumen plasmático en relación con el volumen de masa celular eritrocitaria.

Aumento de la eritropoyesis y los requerimientos de hierro: los niveles de la hormona eritropoyetina se aumentan desde la semana 16 de gestación, con el fin de estimular la médula y se produzca una cierta hiperplasia eritroide y a nivel periférico un aumento en la cifra de reticulocitos.

A consecuencia de esta actividad eritropoyética, se aumenta la exigencia de hierro, requiriéndose una ingesta mínima de entre 40 y 80 mg al día.

Aumento de la leucopoyesis: se hace evidente desde el segundo mes de la gestación, siendo los neutrófilos los que proliferan más en comparación de los linfocitos que se encuentran en la circulación periférica.

Coagulación sanguínea: aun cuando se produce una trombocitopoyesis aumentada, el número de plaquetas se ve afectado debido no solo a la hemodilución sino también a un fenómeno de hiperdestrucción (tercer trimestre gestacional) por aumento de la utilización periférica a nivel placentario. Aproximadamente el 8% de las gestantes desarrolla una trombocitopenia gestacional, sin requerir cuidado especial y retornando a sus niveles normales alrededor de la primera y segunda semana posparto.

Se produce también una hipercoagulabilidad relativa como protección frente a la posibilidad de hemorragia en el embarazo y el periparto.

1.2.3.4. Sistema circulatorio

Corazón: como consecuencia del aumento del útero, la elevación del diafragma va a desplazar al corazón hacia arriba y hacia la izquierda y por rotación de su eje largo el ápex se desplaza lateralmente.

El aumento del volumen cardíaco produce un incremento en la masa ventricular izquierda, observables desde la semana 10 de gestación hasta el final del embarazo, y un incremento en el volumen telediastólico a partir del segundo y tercer trimestre. Lo que supone un aumento en la contractilidad miocárdica.

Gasto cardíaco: El GC es el producto del volumen sistólico (VC) y la frecuencia cardíaca (FC); y como ambos se aumenta su producto también, en un 30 a 50% hasta el final del embarazo.

Presión arterial: la PA es el producto del gasto cardíaco por la resistencia ($PA = GC \times RVP$). Pero se encuentra disminuida porque la resistencia vascular periférica se halla bajo los efectos relajantes de los elevados niveles de progesterona sobre las células musculares lisas.

Presión venosa: el aumento de volemia y la presión del útero sobre la vena cava superior producen un aumento de la presión venosa que afectará a la mitad inferior del cuerpo con la aparición de venas varicosas, hemorroides y várices vulvares (con más frecuencia en personas predispuestas).

1.2.3.5. Sistema Respiratorio

“Debido al efecto sedativo de la progesterona sobre el músculo liso de la pared bronquioalveolar y sobre el centro respiratorio (...) y al efecto de horizontalización del diafragma se va a producir un fenómeno de hiperventilación relativa compensatoria.”³⁰

Lo que a su vez producirá la aparición de una leve polipnea y disnea fisiológica (alrededor del cuarto mes). Y en el tercer mes, la hiperventilación provocará una ligera alcalosis respiratoria por la disminución de la presión parcial de dióxido de carbono ($PaCO_2$) que parcialmente será compensada por la excreción renal de bicarbonato (HCO_3^-).

Los estrógenos aumentan la vascularización, la turgencia y la secreción de la mucosa nasofaríngea, lo que produce una disminución concéntrica de las vías respiratorias superiores y edema.

³⁰ Cabero, L., Saldivar, D. & Cabrillo, E. op.cit., p.228.

Los cambios mecánicos (ver Tabla N° 9) se producen debido a la relajación de los ligamentos de las costillas “la configuración de la caja torácica cambia mucho antes de que se produzca un aumento de la presión mecánica por el aumento de tamaño del útero.”³¹ Y la mayoría de los volúmenes pulmonares se alternan también.

Tabla N° 9
Cambios mecánicos

MEDIDA	CAMBIO
Ángulo subcostal	Aumenta de 68° a 193°
Diámetro transversal del tórax	Se expande en 2 cm
Circunferencia torácica	Aumenta entre 5 y 7cm
Nivel del diafragma	Aumenta 4 cm

Elaborado por: Llusca, K. 2010.

Se presentarán los siguientes cambios en lo que concierne a los volúmenes de aire que la madre durante la gestación utilizará

Tabla N° 10
Volumen y función pulmonar

MEDIDA	DEFINICIÓN	CAMBIOS
Volumen corriente (VC)	El aire movilizado entre una inspiración y una espiración normales.	Aumenta del 30 a 40%
Volumen de reserva inspiratoria (VRI)	El aire que penetra en una inspiración forzada.	Sin cambios
Capacidad inspiratoria (CI)	VC + VRI	Aumenta del 5 al 10%
Volumen de reserva espiratoria (VRE)	Cantidad máxima de aire que sale en una espiración forzada.	Disminuye del 15 al 20%
Capacidad vital (CV)	CI + VRE	Sin cambios
Volumen residual (VR)	Cantidad de aire que subsiste en pulmones y bronquios después de una espiración forzada.	Disminuye del 20 al 25%
Capacidad funcional residual (CFR)	VR + VRE	Disminuye un 20%
Capacidad pulmonar total (CPT)	CV + VR (VC + VRI + VRE + VR)	Disminuye un 5%

Elaborado por: Llusca, K. 2010.

³¹ Gabbe, S., Niebyl, J. & Simpson, J. (2004). *Obstetricia* . p.73.

1.2.3.6. Sistema Inmune

Un embarazo con éxito depende de la inmunorreactividad a los antígenos paternos y de la tolerancia materna que parece estar relacionada con mecanismos específicos que protegen al feto de la respuesta inmune citotóxica materna. La función inmunológica se encuentra alterada de la siguiente manera:

Tabla N° 11
Sistema inmune en el embarazo

Infecciones virales	Baja inmunidad	Citomegalovirus, varicela
Infestaciones parasitarias	Baja inmunidad	Malaria, toxoplasmosis, leishmania, tripanosomiasis
Infecciones bacterianas	Baja inmunidad	Tuberculosis, listeriosis, brucelosis, neisseria gonorrhoeae clamydias, ureaplasmas,
Enfermedades autoinmunes	Mejoran	Artritis, soriasis
Enfermedades dependientes de autoanticuerpos	Se activan	Lupus erimatoso sistémico

Elaborado por: Llusca, K. 2010.

1.2.3.7. Sistema Digestivo

“Desde los primeros días de la implantación trofoblástica, la presencia de la progesterona y de las hormonas sintetizadas en la placenta induce modificaciones”³² en el tubo digestivo y en la sensibilidad papilar y del gusto.

“Las hormonas sexuales sensibilizan el espacio periodontal y el ligamento, con aumento de la respuesta inflamatoria local.”³³

La progesterona, la motilina, la colesistoquinina, entre otras; disminuyen la motilidad del tracto digestivo, reducen el tono de los esfínteres naturales y fisiológicos, aumentan secreciones digestivas e intestinales, disminuyen el vaciamiento del contenido estomacal y el peristaltismo intestinal.

1.2.3.8. Sistema Endócrino

Stephenson (2003) resume los cambios endocrinos del embarazo en la siguiente tabla.

³² Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.91.

³³ Ibid., p.91.

Tabla N° 12
Cambios endocrinos en el embarazo

Cambio	Causa	Resultado
Aumento de las glándulas suprarrenales a lo largo del embarazo.	Hiperplasia de la corteza suprarrenal.	
Aumento del tiroides en más de un 50%.	Formación de nuevos folículos, aumento de la vascularización, formación de células.	Aumento del índice metabólico basal en un 10-30% hacia la 16ª semana.
Hipertrofia de las glándulas paratiroides.	Aumento de las demandas fetales de calcio.	Líquidos extracelulares maternos para que el feto mantenga una concentración normal de ion calcio. El calcio es absorbido por los huesos maternos.
La hipófisis materna se agranda. El lóbulo anterior aumenta en un 20-40%. El lóbulo posterior no se hipertrofia. La secreción de oxitocina y ADH (hormona antidiurética) aumenta en el embarazo.	Debido a las "células del embarazo" ricas en prolactina. Aumento de los estrógenos. Aumenta las necesidades de ADH debido al aumento de la velocidad de filtración glomerular y el posible efecto antagonista de la progesterona sobre las hormonas antidiuréticas.	La ADH cambia la osmolaridad de la oxitocina sanguínea, ayuda a la contracción uterina y produce la eyección de la leche de los conductos lácteos.
Los ovarios secretan relaxina en el lugar del folículo ovárico roto (cuerpo lúteo).	Aumenta la longitud de los ligamentos del cuerpo.	Estrecho pelviano más grande; parto más fácil.
La placenta actúa como una glándula endocrina. Después del parto hay una pérdida brusca de la secreción de estrógenos y de progesterona por la placenta.	Interviene en la respiración, la nutrición y la excreción fetal. Facilita una intensa producción de prolactina por la hipófisis.	Mantener el embarazo y el soporte del feto. Este proceso estimula la producción de grasa y lactosa por las glándulas mamarias que secretan calostro.

Fuente: Stephenson, R. 2003.

1.2.3.9. Sistema Osteoligamentario

La progesterona y relaxina, relajan los ligamentos y las articulaciones del pubis y sacro ilíacas, separándolas hasta 1 cm. lo que frecuentemente produce dolor cerca de la sínfisis, irradiado hacia la cara interna del muslo.

La pelvis tiene un eje entre el sacro y la horizontal de 40° que durante la gestación se modifica, acentuando la lordosis lumbar (poca elasticidad del músculo psoasilíaco) y

por ende se desplazan compensatoriamente el resto de curvas fisiológicas para que logren equilibrar el cuerpo con la gravedad.

Debido al incremento de peso y volumen del abdomen, el sacro se bascula hacia adelante, originando una flexión de cadera; esta posición repercute sobre los músculos glúteos, los cuales aumentan su trabajo para evitar un mayor desplazamiento del centro de gravedad hacia adelante. Por la misma razón, se incrementa la tensión muscular, la ligamentosa y la de las fascias de los grupos musculares posteriores de piernas y de las plantas de los pies.³⁴

1.2.3.10. Piel y Faneras

Los estrógenos y progesterona aumentan el efecto pigmentario de la hormona melano estimulante (MSH), sensibilizando la piel de las areolas, genitales, cara y línea media infraumbilical (línea alba).

La fragilidad dérmica causada por el cortisol y el excesivo estiramiento de la piel provocan estrías cutáneas rojizas que palidecen después de la gestación.

El depósito de sales biliares puede ocasionar prurito palmo-plantar al final de la gestación.

1.2.3.11. Cambios Metabólicos

“El embarazo es un estado anabólico y la producción hormonal de la placenta afecta el metabolismo de todos los nutrientes”³⁵ Al respecto Stephenson (2003) plasma dichos cambios en la tabla a continuación.

Tabla N° 13
Cambios metabólicos en el embarazo

Estructura/ Función	Cambio	Resultado
Proteínas	Aumentan debido a las demandas de incremento del crecimiento tisular (p. ej. útero y mamas).	El almacenamiento de proteínas produce un balance nitrogenado positivo. El balance nitrogenado aparece al inicio de la gestación y aumenta a lo largo del primer trimestre.
Carbohidratos	La insulina se eleva debido a la expansión del plasma, y ante una carga de insulina determinada se reduce la glucemia. El umbral renal para la glucosa es de 100-150 mg/dL (descenso de los	Se estimula las células de los islotes y puede desenmascara una deficiencia latente en la secreción de éstas células. Puede ser responsable de la glucosuria e hipoglucemia de ayuno durante el embarazo; primer signo de diabetes.

³⁴ Ortigosa, E. (2003) *Fisioterapia perinatal* . p.9.

³⁵ Cabero, L., Saldivar, D. % Cabrillo, E. op.cit. p. 215.

	valores previos al embarazo de 150-200 mg/dL) debido a un aumento de la velocidad de filtración glomerular.	
Minerales	<p>Sodio, potasio y calcio se almacena para uso materno.</p> <p>Sodio: se almacena en el líquido amniótico, la placenta, los tejidos y un 33% en el feto.</p> <p>Potasio: el 48% se almacena en el feto, además de en mamas, útero y placenta.</p> <p>Calcio: El 90% se almacena en el feto.</p> <p>Hierro: NO se almacena en el embarazo. Se debe aportar 1000 mg de hierro al día para satisfacer las demandas de la madre y el feto.</p>	<p>En el momento del parto los niveles de magnesio, fósforo y calcio ionizado total del recién nacido aumentan superando los niveles normales de la madre.</p> <p>El calcio sérico materno disminuye durante el embarazo, el calcio ionizado aumenta hasta el parto. Requerimientos de 500 mg diarios a utilizar por el feto, la placenta y los eritrocitos maternos. 450 mg permanecen almacenados en la sangre materna; 150 mg se pierden durante el parto.</p>
Grasas	<p>Aumento de la grasa materna almacenada y en relación con el aumento de la resistencia a la insulina.</p> <p>La progesterona puede restablecer el termostato graso del hipotálamo.</p>	<p>El nivel elevado de ácidos grasos libres de produce un efecto antiinsulínico que interfiere con su utilización periférica.</p> <p>Almacenar energía para la madre y el feto durante períodos de inanición o ejercicio físico extremo.</p>
Líquidos	<p>Aumento de la retención de sodio y agua.</p> <p>Aumento de la permeabilidad capilar por acción de las hormonas ováricas y corticosuprarrenales de la circulación placentaria.</p>	<p>Edema materno: el 50% puede desarrollar un edema parpebral; el 70% puede desarrollar edema de extremidades inferiores (no asociado con eclampsia o preeclampsia).</p> <p>Edema presente por las mañanas y que disminuye con la actividad.</p>

Fuente: Stephenson, R. 2003.

1.2.4. Atención Prenatal

Se entiende por atención o control prenatal el conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de promover una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista, físico, mental y emocional.³⁶

³⁶ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.110.

El proceso de atención debe ser precoz, continuo, de buena calidad y con una cobertura amplia, para así, reducir la morbilidad materno-perinatal y posibles complicaciones tanto en el parto como en el puerperio.

Precisamente sobre este punto se han generado varias recomendaciones a nivel profesional e institucional, por ejemplo:

“Para Jorge Novillo, jefe de Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín, del IESS de Quito, los índices de cesáreas en el país bajarían con un control prenatal. La OMS recomienda 14 chequeos. Allí se detectarían los riesgos previos”³⁷

Bajo estas consideraciones se puede señalar, los siguientes, como propósitos de la atención prenatal:

- Prevenir, diagnosticar precozmente y tratar las complicaciones del embarazo
- Establecer la periodicidad y el número de controles.
- Disminuir las molestias propias de la gestación.
- Brindar educación en salud tanto a la gestante como a su familia.
- Determinar la existencia de enfermedades maternas y fetales.
- Preparar a la embarazada para el parto.

La educación para la maternidad debe orientarse a fortalecer la capacidad de la gestante, su pareja y su familia, para hacerle frente a esta etapa de transición en la vida, clarificando metas y expectativas frente a los procesos de gestación, parto y post parto, y la lactancia materna.³⁸

Proporcionar información hace que la gestante tenga opciones sobre las que pueda elegir; además de incrementar sus niveles de satisfacción frente a sí misma y a la experiencia de la gestación y el parto.

“En un estudio de 21 gestantes, Crowe Vased Von Baeyer registra en los participantes en cursos de educación prenatal formal, una mayor satisfacción con la experiencia del nacimiento, con respecto a las gestantes no participantes.”³⁹

Al respecto Martin (1997), afirma que el conocimiento con respecto al embarazo, ayuda a manejar y hasta gustar de las situaciones que en un principio no se entendían, reduciendo la ansiedad que esta transición produce.

³⁷ El Comercio (2009) Ecuador es segundo en cesáreas *Sociedad 24 mayo*

³⁸ “Cuidado de enfermería durante la gestación y parto de bajo riesgo”. En línea //2008. 17 nov/2008. <[http://](#)> p.42.

³⁹ “Cuidado de enfermería durante la gestación y parto de bajo riesgo”. En línea //2008. 17 nov/2008. <[http://](#)> p.43.

En la primera consulta se debe determinar la edad gestacional, descartar patologías y definir el esquema de atención mediante la evaluación del estado general de la gestante, con una exhaustiva anamnesis, pedido de exámenes y demás requerimientos que puedan ser necesarios.

En la siguiente tabla se visualiza los principales puntos dentro de la atención prenatal con respecto a la historia clínica que debe ser actualizada cada visita:

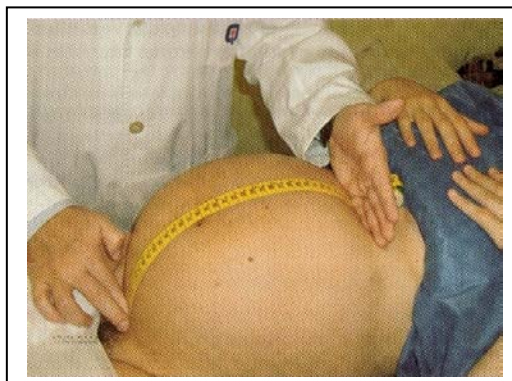
Tabla N° 14
Historia clínica

ANTECEDENTES			
Familiares	Personales		Ginecológicos y Obstétricos
Malformaciones, síndromes genéticos, alteraciones cromosómicas, diabetes, tuberculosis, HTA	Fisiológicos y patológicos, detalle de la enfermedad y tratamientos actuales		Fecha última menstruación, tipo de parto y complicaciones en embarazos previos, métodos anticonceptivos
EXPLORACIÓN FÍSICA			
Toma de parámetros básicos (peso, talla, presión arterial). Auscultación cardiorespiratoria. Exploración de piel, abdominal y columna lumbar (percusión renal bilateral). Inspección mamaria y visualización de vulva, vagina y cérvix. Medición de la altura uterina (ver Gráfico N° 16). Crecimiento fetal (maniobras de Leopold, Gráfico N° 17).			
Pruebas de laboratorio	Grupo sanguíneo, factor Rh, la prueba de Coombs indirecta, hemograma que incluya hematocrito, hemoglobina, fórmula leucocitaria y recuento de plaquetas. Glicemia, test de O'Sullivan (cribado de diabetes gestacional) y cribado serológico de las infecciones por el virus de la rubéola, sífilis, hepatitis B y VIH. Cultivo cervicovaginal (neisseria gonorrhoeae, clamidia y micoplasma). Orina: sedimento, proteinuria y urocultivo.		
Auscultación fetal	En cada control, a partir de la 12 ^a -14 ^a semanas de gestación.		
Movimiento fetal	En cada control, a partir de la 16 ^a -20 ^a semanas de gestación.		
Estática fetal	En cada control, a partir de la 28 ^a semanas de gestación.		
Exploraciones ecográficas	1er trimestre (10-14ss): confirmación de la edad gestacional, detección de signos de aneuploidías. Medir distancia cráneo caudal y diámetro biparietal.	2do trimestre (18-20ss): será en lo posible el diagnóstico prenatal	3er trimestre (32-34ss): controlar el crecimiento fetal, situación placentaria, volumen de líquido amniótico, estática fetal
Signos y síntomas de alarma			
1er trimestre sangrado, dolor pélvico, disuria, leucorrea, cefalea, exageración de síntomas simpáticos, síntomas de depresión.	2do trimestre contracciones uterinas, sangrado, leucorrea, cefalea, disuria, movimientos fetales, síntomas depresivos.	3er trimestre contracciones uterinas aumentadas, sangrado, expulsión de líquido, disminución de movimientos fetales, signos premonitorios de trastornos hipertensivos, edemas, síntomas depresivos, cambios de peso.	

Fuente: Gabbe, S. 2004, Cabero, L. 2007, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008,
Elaborado por: Llusca, K. 2010.

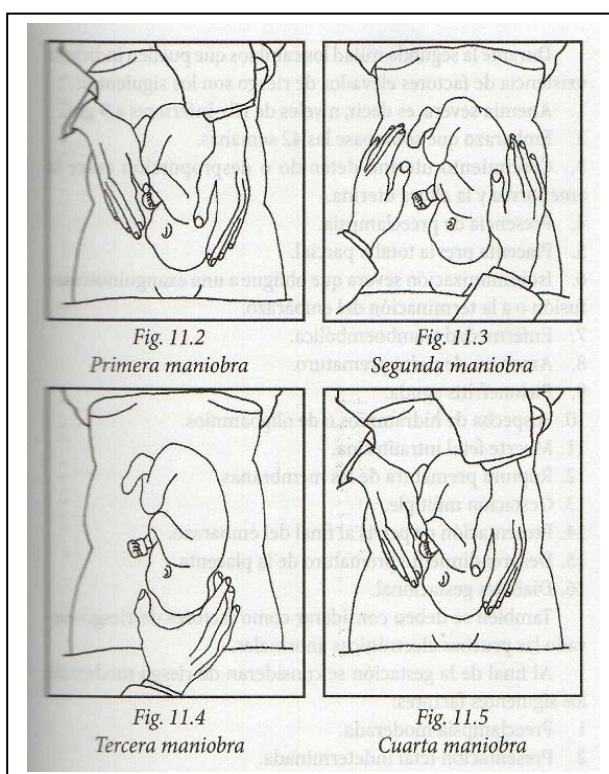
Cabe recordar asimismo que en las últimas consultas se deberán evaluar los riesgos del parto en cuanto al examen del canal del parto, el estudio del volumen fetal total así como el de los segmentos de distocia, realizando la evaluación de la proporción pélvico cefálica, con el objeto de prevenir las distocias y las consecuencias del parto obstruido.⁴⁰

Gráfico N° 16 Altura uterina



Fuente: Cabero, L. 2007.

Gráfico N° 17 Maniobras de Leopold



Fuente: Botero, J. 2008.

⁴⁰ Ministerio de Salud de la Nación. (1997). Propuesta Normativa Perinatal Tomo V Atención Del Puerperio Y Prevención De Las Secuelas Invalidantes Del Posparto. p.13.

1.3. Parto

El parto es el conjunto de fenómenos producidos para la expulsión espontánea del feto y sus anejos ovulares (placenta, líquido amniótico y membranas) a través del canal cervico-vaginal, “como resultado de la preparación función al del útero, de la capacitación bioquímica de los tejidos que componente el canal del parto, y la preparación fetal para la supervivencia extrauterina.”⁴¹

“Los elementos que interviene en este proceso son: el motor del parto (contracciones uterinas), el canal del parto (canal óseo y canal blando) y el objeto del parto (feto y anejos ovulares).”⁴²

Inicia alrededor de la semana 40 de gestación, precedido de un período de aproximadamente 2 semanas, durante el cual el útero va activando progresivamente su función contráctil.

Una vez iniciado tiene una duración de 8 horas en promedio, primíparas 10 a 20 horas, al cabo de las cuales las contracciones uterinas intensas y frecuentes que lo caracterizan producen la dilatación completa del cuello uterino y de las partes blandas del canal de parto, a través de las cuales desciende el feto para ser expulsado al exterior.

Para que se produzca el nacimiento es necesario que el feto venza tres obstáculos:

1. El cuello uterino: cerrado durante el embarazo y que se dilatará durante el trabajo de parto.
2. La pelvis: para atravesar el canal de parto, el feto realiza una serie de movimientos y sufre una serie de modificaciones plásticas que facilitan su paso.
3. El periné: en lo constituirá el expulsivo.⁴³

El nacimiento es un hecho natural o fisiológico y como tal se debe considerar las tres siguientes facetas:

- Biológico: es el proceso fisiológico que utiliza la naturaleza para la reproducción del mamífero humano.
- Psicológico: es indudable la trascendencia emocional y la importancia sentimental que tiene el nacimiento de un hijo.
- Social: generalmente se produce en un ambiente vinculado a otros miembros de la familia, además de ser un hecho significativo en el entorno de la pareja.

⁴¹ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p. 140.

⁴² Cabero, L., Saldivar, D. % Cabrillo, E. op.cit., p. 405.

⁴³ Ibid., p. 405.

Durante la atención del parto normal, es importante tomar en cuenta los siguientes puntos propuestos por el Ministerio de Salud de la Nación de Argentina, con el fin de evitar las secuelas invalidantes en el posparto:

A pesar de que con frecuencia, el desprendimiento de la presentación se produce sin que se lesione el periné, existe este riesgo en numerosas circunstancias

El mismo depende de la elasticidad de los tejidos, de la paridad, de la proporción de los diámetros pélvicos, del tamaño de la presentación, de la actitud que ésta tome durante el desprendimiento y de la velocidad con que este tiempo se efectúe.

Luego de la expulsión del polo cefálico las maniobras efectuadas en algunas ocasiones para ayudar al desprendimiento de los hombros pueden ser origen de lesiones vaginales y vulvares

En la atención final del parto se observará atentamente la existencia de desgarros perineales⁴⁴.

1.3.1. Etapas

El proceso del parto se prepara ya desde la segunda mitad del embarazo, con la formación del segmento uterino inferior, que termina de desplegarse con las contracciones irregulares, de poca intensidad y escasa frecuencia que se producen al final del embarazo. Las mismas que también facilitan la acomodación de la presentación fetal frente al estrecho superior de la pelvis e inician el borramiento o maduración del cuello uterino, mediante reacciones bioquímicas y estructurales que vuelven laxas sus fibras colágenas.

Cada contracción produce un alargamiento de 5-10 cm. del ovoide uterino con una disminución del diámetro horizontal, enderezando la columna vertebral del feto debido al firme empujo de su polo superior contra el fondo del útero, incidiendo en la dilatación cervical.

La bolsa amniótica también actúa en la dilatación del cérvix mediante presión hidrostática sobre el cuello. Con cada contracción se introduce en el orificio cervical interno y fuerza la separación de sus paredes.

Los períodos del parto son tres: labor o dilatación, expulsivo y alumbramiento. Y se añade un cuarto período, denominado posparto inmediato, durante el cual la parturienta requiere vigilancia especial con el fin de detectar precozmente problemas como la hemorragia.

44 Ministerio de Salud de la Nación. (1997). *Propuesta Normativa Perinatal Tomo V. Atención Del Puerperio Y Prevención De Las Secuelas Invalidantes Del Posparto* . p. 14.

1.3.1.1. Labor

Comienza con el inicio de las contracciones uterinas periódicas y regulares percibidas por la madre hasta que haya una dilatación completa del cuello del útero (10 cm) (ver Gráfico N° 19) y un borramiento del 100% en el cuello (ya que el otro extremo aumenta su grosor). Tiene dos fases:

1.3.1.1.1. **Fase Latente**

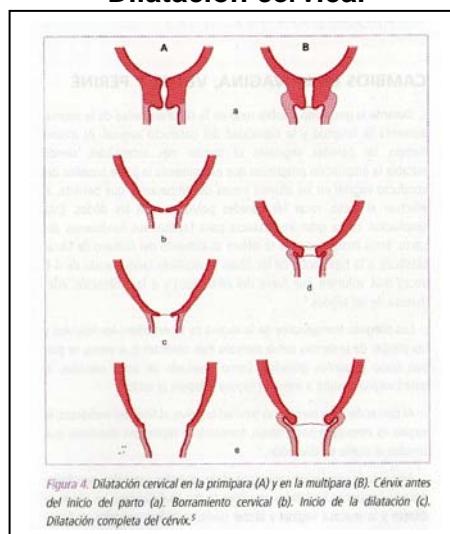
Es el período que se extiende desde el momento que empieza a desaparecer el cuello uterino hasta que la dilatación del cuello alcance 4 cms. Puede prolongarse hasta 24 horas. “El dolor de la contracción se manifiesta en la región supra-púbica, la frecuencia de la contracción es menor de 3 en 10 minutos, con duración menor de 35 segundos, la intensidad es variable y débil.”⁴⁵

1.3.1.1.2. **Fase Activa**

Se presenta desde que la dilatación del cuello esta en 4 cms. hasta que llegue a 10 cms. (ver Gráfico N° 18). Con un aumento de contracciones que duran más de 35 segundos y la presencia del dolor en la región sacra con irradiación al hipogastro.

Durante esta fase es fundamental mantener la vigilancia al menos cada treinta minutos, que incluye la evaluación de la actividad uterina, la detección de la frecuencia cardíaca fetal y la progresión del feto en la pelvis. El instrumento para identificar esta fase es la historia clínica del parto, o partograma, que sirve de guía para el equipo asistencial en la toma de decisiones oportunas y con antelación, con relación a la curva de alerta.⁴⁶

Gráfico N° 18
Dilatación cervical



Fuente: Cabero, L. 2007.

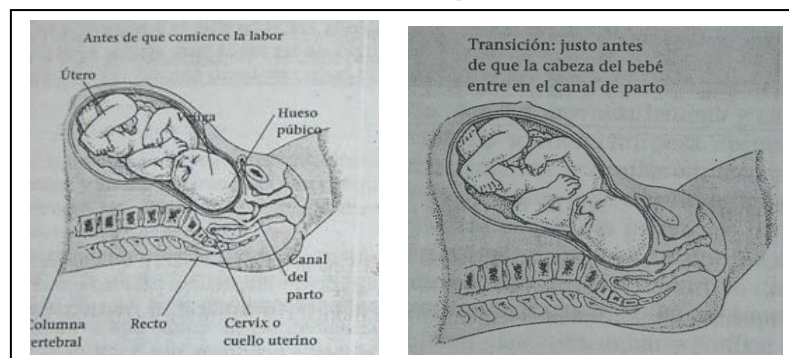
⁴⁵ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.150.

⁴⁶ Ibid., p.151.

Esta fase se subdivide en activa (fase de aceleración), activa avanzada (transicional o fase de inclinación) y fase de desaceleración.

La palabra transición significa un período de cambio. Y durante el parto significa el cambio de acción que el útero realiza, de dilatación del cuello a expulsión del bebé. Empieza generalmente desde los 7-8 cms de dilatación con fuertes y dolorosas contracciones de transición, que duran desde 10 minutos a 1 hora.

Gráfico N° 19
Primera etapa



Fuente: Botero, J. 2008.
Modificado por: Llusca, K. 2010.

La fase de desaceleración va desde los 8-9cm. de dilatación y dura más 3 horas en la nulípara y más de 1 hora en la múltipara. A partir de este momento se producen la mayor cantidad de movimientos cardinales del feto necesarios para atravesar el canal de parto.

Según los criterios de Friedman, en las nulíparas el tiempo de la fase latente tiene una duración media de 8.6 horas mínimo y 20 horas máximo y en las múltiparas un valor promedio de 5.3 horas y 14 horas máximo.

Durante el período de dilatación activa en las nulíparas el progreso es de 3 cms por hora (mínimo 1.2 cms); mientras que en las múltiparas el promedio es de 5.7 cms/hora y rara vez menos de 1.7 cms.

1.3.1.2. Expulsiva

Esta fase comienza con una dilatación de 10cm y borramiento de 100% y termina con la salida del feto (ver Gráfico N° 20).

La función principal de este período es el descenso del feto (sobrepasar el tercio inferior del canal pelviano), para lo cual hay que vencer la resistencia que ofrece el conducto vaginal, los músculos y fascia del suelo de la pelvis, la vulva y el periné, y que facilita la rotación interna para que el occipucio se ubique debajo del pubis. El útero

trabaja en la expulsión por sí mismo cada vez que se da una contracción, mientras que la madre debe ayudar con sus músculos abdominales.

Durante el desprendimiento cefálico, “es muy importante controlar la salida súbita de la cabeza regulando el pujo por parte de la mujer y realizando la maniobra de protección perineal”⁴⁷.

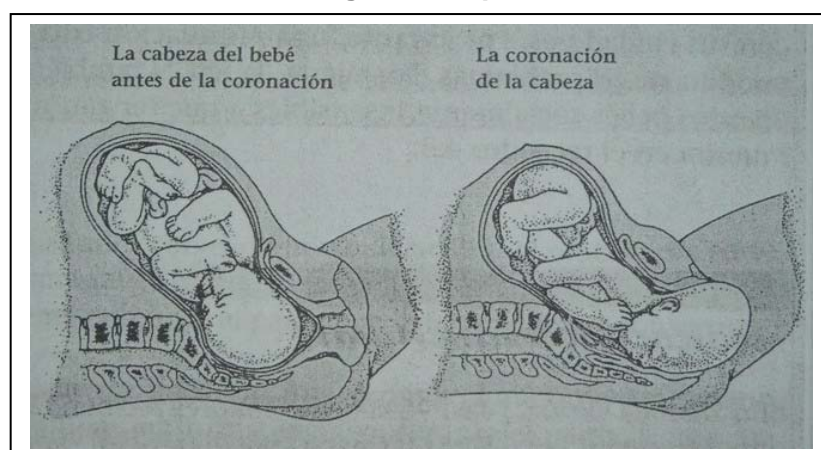
Después de la restitución, se debe aplicar la primera maniobra en la atención neonatal (maniobra de Fox),

consiste en la aspiración exhaustiva de sus secreciones nasales y nasofaríngeas para evitar la aspiración hacia la vía aérea cuando realice la primera aspiración, momento que es crítico pues aquí se evita en gran medida la broncoaspiración con secreciones, sobretodo si éstas se acompañan de meconio.⁴⁸

Cuando se procede a facilitar la salida del hombro posterior, se debe proteger con la mano la distensión del periné para evitar su desgarro, “además de inducir en la mujer el control del pujo realizando respiraciones lentas y profundas o jadeantes y cortas, evitando el grito y la pérdida de control.”⁴⁹

Se debe permitir que el feto permanezca unido a la madre durante 40-50 segundos para que ocurra transferencia de sangre desde la placenta hacia la circulación fetal que está expandiendo el lecho vascular pulmonar. Cuando el cordón deje de pulsar se procede a cortarlo a 2.5 cm del borde cutáneo y se liga. A partir de este momento, entregue el bebé a la madre para que permita el primer contacto externo entre ambos y se inicien los lazos afectivos de la maternidad.⁵⁰

Gráfico N° 20
Segunda etapa



Fuente: Botero, J. 2008.
Modificado por: Llusca, K. 2010.

⁴⁷ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.151.

⁴⁸ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.151.

⁴⁹ Ibid., p.152.

⁵⁰ Ibid., p.152.

Se recomienda que la gestante primípara empuje un máximo de dos horas sin anestesia regional (o tres horas con peridural), y que las multíparas pujen un máximo de una hora sin peridural (o dos horas con peridural).

En la nulípara, el feto avanzará entre 1.5 y 3 cms por hora, ya que su conducto obstétrico no ha sido distendido anteriormente, mientras que en la multíparas oscila entre los 2.1 y 5 cms. por hora.

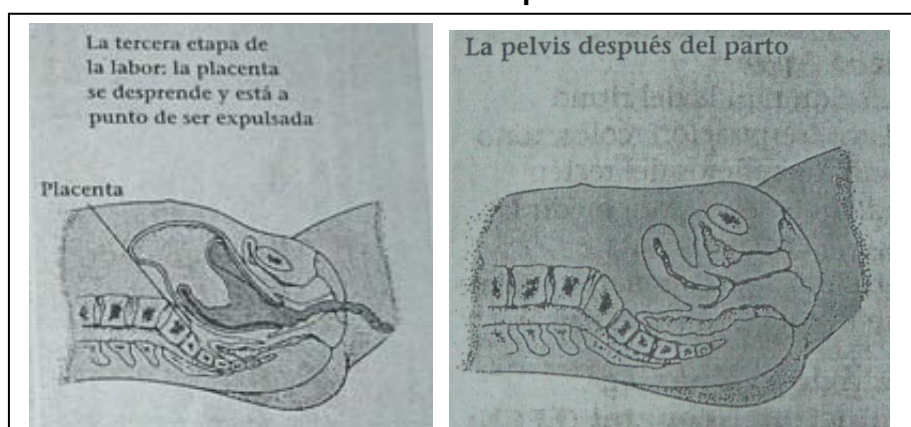
1.3.1.3. Alumbramiento

Es la salida de la placenta luego de 5-10 minutos después del nacimiento del feto, proceso que es espontáneo y debe suceder hasta 45 minutos luego del parto.

Por el nacimiento del bebé, el útero reduce su volumen, al igual que el área de inserción placentaria y mediante los siguientes signos se desprende la placenta, “en ese momento la contracción del útero de tipo tetania comprime los vasos miometriales y los colapsa, ejerciendo el principal componente de la hemostasia en el posparto (...) se activa la trombina y las plaquetas.”⁵¹

- Alargamiento de la porción visible del cordón umbilical.
- Breve derrame de sangre por la vagina, que se produce cuando la placenta se ha separado de la pared uterina.
- Cambio en la forma del fondo uterino de discoide a esférico, con elevación de la altura del fondo, ya que el útero se desplaza a la cavidad abdominal.

Gráfico N° 21
Tercera etapa



Fuente: Botero, J. 2008.
Modificado por: Llusca, K. 2010.

⁵¹ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.152.

1.3.1.4. Posalumbramiento

Se debe controlar a la parturienta durante las dos a cuatro horas siguientes al nacimiento para la prevención y diagnóstico de complicaciones, al comprobar que el útero permanece bien contraído (masaje transversal uterino), que no se ha producido retención urinaria, que no hay sangrado de la episiotomía o de la cavidad y que las constantes maternas se mantengan normales.

1.3.2. Mecanismo

El mecanismo de parto o movimientos cardinales, se basa en los cambios de posición que el feto realiza para adaptarse a la forma y dimensiones del canal de parto. Estos movimientos pasivos, se encuentran determinados por la fuerza de los músculos abdominales maternos y la actividad contráctil del útero.

“En definitiva se trata de atravesar los tres estrechos de la pelvis (superior, medio e inferior), oponiendo los menores diámetros y usando los mayores de cada uno de estos estrechos.”⁵²

Desde la acomodación de la cabeza al estrecho superior hasta la expulsión del feto, los movimientos de éste son progresivos, a veces de forma simultánea y no siempre siguen la misma secuencia.

1.3.2.1. Acomodación de la Cabeza al Estrecho Superior

El diámetro más grande de la presentación debe encajarse en el diámetro oblicuo o transversal del estrecho superior de la pelvis.

La posición en que la cabeza se introduce en la pelvis depende de la forma del plano de entrada.(...) En la mayoría de los casos el diámetro escogido es el transversal, aunque también puede ser el diámetro oblicuo izquierdo. Así el diámetro mayor de la presentación se acomoda a uno de los diámetros mayores del estrecho superior.”⁵³

Antes del comienzo del parto existe una flexión parcial de la cabeza como consecuencia del tono muscular. Cuando el parto se inicia y con el fin de reducir los diámetros del polo cefálico el feto realiza una flexión de cabeza, pasando de fronto – occipital (12 cm) a suboccipito-bregmático (9,5 cm). “Esto ocurre por un mecanismo de palanca, consecuencia pasiva de la resistencia que ofrece la pelvis al descenso de la presentación impulsada por las contracciones uterinas. La columna vertebral del feto es el punto de apoyo de dicha palanca.”⁵⁴

⁵² Cabero, L., Saldivar, D. & Cabrillo, E. op.cit., p. 412.

⁵³ Ibid., p. 413.

⁵⁴ Ibid., p. 413.

En la nulípara, la acomodación de la cabeza ocurre alrededor de la semana 36 de gestación al producirse un aumento progresivo de la actividad contráctil. En la múltipara, el encajamiento es más tarde o durante el trabajo de parto. Mediante la exploración vaginal se reconocerá la acomodación cuando se palpa el punto guía de la presentación en el I plano de Hodge (cabeza insinuada en la pelvis) y más tarde con el punto guía de la presentación en el II plano (cabeza fija).

1.3.2.2. Descenso de la Cabeza a la Excavación de la Pelvis

A pesar de que las dimensiones son amplias entre el estrecho superior y el medio, el feto debe realizar algunas adaptaciones en sinclitismo o asinclitismo.

“Sinclitismo es el término utilizado para indicar que la sutura sagital, cuando se produce la presentación en el canal de parto, se encuentra a la misma distancia de la sínfisis del pubis que del promotorio.”⁵⁵ Y así la cabeza bajaría recto dentro de la excavación, penetrando en la pelvis el diámetro biparietal del feto, que tiene una magnitud de 9.5 cm.

Se produce un asinclitismo posterior (oblicua de Litzmann o presentación de parietal posterior), cuando se introduce primero el parietal posterior, por lo tanto la sutura sagital se encuentra más cerca del pubis que del promotorio. De esta manera, el diámetro de la parte presentada disminuye a 8.5 cm, permitiendo una mejor acomodación de la cabeza del feto en las dimensiones de la pelvis.

La cabeza fetal está encajada cuando su plano mayor (suboccipito-bregmático, que incluye el diámetro del mismo nombre y al biparietal) ha franqueado el plano de entrada de la pelvis o estrecho superior. Desde el punto de vista clínico, la presentación fetal está encajada cuando el punto guía se encuentra a nivel del plano de las espinas ilíacas (III plano de Hodge).⁵⁶

Para la valoración del descenso de la presentación se emplean los planos de Hodge.

- Primer plano: corresponde con el estrecho superior de la pelvis.
- Segundo plano: pasa por el borde inferior de la sínfisis.
- Tercer plano: pasa por las espinas ciáticas.
- Cuarto plano: pasa por el vértice del coxis.

⁵⁵ Cabero, L., Saldivar, D. & Cabrillo, E. op.cit., p. 414.

⁵⁶ Ibid., p. 415.

1.3.2.3. Acomodación de la Cabeza al Estrecho Inferior

Esta acomodación supone adaptar la sutura sagital al diámetro anteroposterior del estrecho inferior, al mismo tiempo que el diámetro biparietal pasa entre las espinas ciáticas. “Este hecho se logra mediante una rotación interna de 45° a 90° en función del diámetro de la pelvis utilizando en el descenso, oblicuo o transversal respectivamente.”⁵⁷ Éste movimiento pasivo se debe a la forma de la pelvis y a la tonicidad de los músculos del diafragma pélvico (elevadores del ano y cóccigeo), que configuran una hamaca en sentido antero posterior, que obliga a que el occipucio del feto se oriente a la sínfisis del pubis (es menos común que se oriente al sacro).

En la mujer múltipara, la pérdida de tonicidad del plano muscular “puede explicar el hecho de que la rotación interna ocurra casi con el desprendimiento, o que incluso la cabeza no rote y se desprenda en una posición oblicua.”⁵⁸

1.3.2.4. Desprendimiento Cefálico

La cabeza (profundamente flexionada) alcanza el suelo de la pelvis con el occipucio debajo de la sínfisis del pubis y con la sutura sagital coincidiendo con el diámetro anteroposterior del estrecho inferior.

“La extensión ocurre mediante un movimiento de palanca en que el occipucio permanece fijo bajo la sínfisis del pubis, y aparecen progresivamente por el orificio vulvar el sincipucio, bregma, frente, nariz, boca y mentón”⁵⁹. Las fuerzas responsables de este movimiento son, desde arriba, las contracciones uterinas y la acción de la musculatura abdominal que impulsan al feto hacia el exterior; y desde abajo la ejercida por los músculos del suelo pélvico.

La expulsión de la cabeza finaliza cuando la barbilla ha pasado el periné, la cabeza cae y se desprende el occipucio de la sínfisis púbica.

El encajamiento y descenso de los hombros ha ocurrido simultáneamente con el descenso y desprendimiento del polo cefálico, orientando el diámetro biacromial con el diámetro transversal de la pelvis.

⁵⁷ Ibid., p. 415.

⁵⁸ Ibid., p. 415.

⁵⁹ Cabero, L., Saldivar, D. & Cabrillo, E. op.cit., p.416.

1.3.2.5. Mecanismo del Parto de los Hombros y de las Nalgas

Cuando se acomoda el diámetro biacromial de los hombros con el diámetro antero-posterior del estrecho inferior, se produce una rotación de restitución, ya que la cabeza rota externamente, girando al inverso de la rotación anterior, y situándose en la misma posición que tenía al entrar en la pelvis, retomando la posición anatómicamente correcta en relación con el torso fetal.. Éste movimiento pasivo, “resulta de la liberación de las fuerzas ejercidas sobre la cabeza fetal por los huesos y musculatura de la pelvis materna, y mediada por el tono basal de la musculatura fetal.”⁶⁰

El hombro anterior se colocará debajo del arco púbico al moverse hacia adelante. El periné se distiende de nuevo para dar paso al hombro posterior, y el resto del niño se expulsa sin dificultad.

1.3.3. Tipos de Presentación del Feto

1.3.3.1. Parto de Nalgas o Pelviana

“Se denomina presentación de nalgas cuando el feto está en situación longitudinal con las nalgas o extremidades inferiores presentándose en la pelvis materna y en el canal del parto.”⁶¹

Su incidencia es alrededor de 7% a las 32 semanas, 25% antes de las 28 semanas y 30% a las 24 semanas. “La mayoría de los fetos rotan espontáneamente y al término la incidencia es de solamente 6%.”⁶²

Tabla N° 15
Parto de nalgas

FRANCA DE NALGAS	COMPLETA DE NALGAS	INCOMPLETA DE NALGAS
Miembros inferiores flexionados por las caderas y rodillas extendidas	Actitud fetal normal, pero nalgas y pies se presentan simultáneamente	Se presenta uno o ambos pies o una rodilla

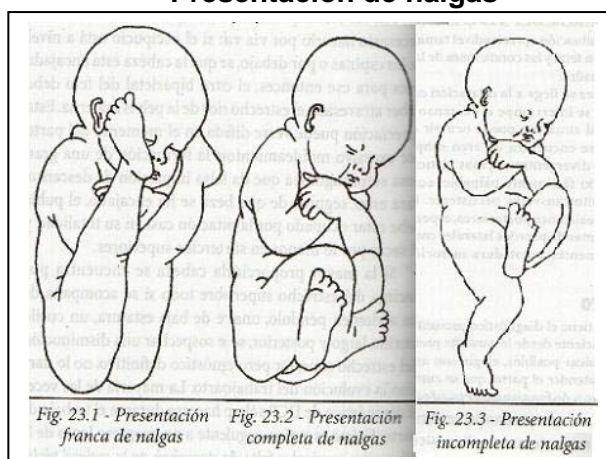
Fuente: Cabero, L. 2007, Moore, K. 2003 & Gabbe, S. 2004,
Elaborado por: Llusca, K. 2010.

⁶⁰ Gabbe, S., Niebyl, J. & Simpson, J. (2004). *Obstetricia* . p.366.

⁶¹ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p. 312.

⁶² Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p. 312.

Gráfico N° 22
Presentación de nalgas



Fuente: Botero, J. 2008.

Modificado por: Llusca, K. 2010.

Tabla N° 16
Factores predisponentes del Parto de Nalgas

Implantación de placenta en uno de los cuernos del útero	
Antecedentes Ginecobstétricos y Personales	Nuliparidad y multiparidad (relajación uterina). Antecedente de parto de nalgas. Pelvis estrecha Anomalías uterinas
Hábitos y Conductas	Drogas anticonvulsivantes
Complicaciones Obstétricas y Otros	Embarazo múltiple, hidramnios, prematuridad, RCIU, presentación fetal anormal, hidrocefalia, piernas fetales extendidas, placenta previa, disminución o aumento del líquido amniótico, cordón umbilical corto, muerte fetal, trastorno neuromuscular fetal.

Fuente: Cabero, L. 2007, Gabbe, S. 2004, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008,
Elaborado por: Llusca, K. 2010.

1.3.3.2. Presentaciones Cefálicas No Occipitales

“La presentación de cara se caracteriza por una situación longitudinal con extensión completa de la cabeza sobre el cuello, colocándose el occipucio contra la espalda”⁶³, la cara es la que se presenta en la pelvis, y en cambio, el mentón es el punto guía.

La incidencia de este tipo de presentación “es poco frecuente, aproximadamente 0.2 al 0.5%; 1 por cada 200 a 300 partos.”⁶⁴ “La mortalidad perinatal observada, corregida para las malformaciones no viables y prematuridad extrema, oscila entre el 0.6% y el 5%, situándose la media entre el 2% y el 3%.”⁶⁵

⁶³ Gabbe, S., Niebyl, J. & Simpson, J. op.cit., p. 476.

⁶⁴ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p. 320.

⁶⁵ Gabbe, S., Niebyl, J. & Simpson, J. op. cit., p.476.

Una presentación de frente ocupa un eje longitudinal, con una actitud parcialmente deflexionada de la cabeza, entre la flexión completa y la extensión completa. (...) La incidencia publicada de esta presentación varía ampliamente, de uno entre 670 a uno entre 3433, situándose la media en uno cada 1500 partos. (...) La mortalidad perinatal corregida para las anomalías letales y los recién nacidos de muy bajo peso, oscila entre el 1% y el 8%.⁶⁶

La situación transversa se produce cuando la columna fetal se encuentra en ángulo recto con el eje longitudinal de la madre. Resultando una presentación de mano o de hombro.

La frecuencia “oscila entre 1 por cada 200 y 1 por cada 400 partos. (...) La explicación de fondo para que ocurra una situación transversa es la diferencia que hay entre el ovoide fetal y el uterino.”⁶⁷

Tabla N° 17
Etiología de la Presentación Cefálica no Occipital

Multiparidad	90%
Placenta previa	7.7 – 16.5%
Estrechez del orificio de entrada de la pelvis	2.7 – 20%
Embarazo múltiple	7.5 – 10%
Prematurez	%
Feto muerto	%
Hidramnios	%
Malformaciones uterinas	%
Malformaciones y tumores de la pelvis	%

Fuente: Cabero, L. 2007, Gabbe, S. 2004, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008,
Elaborado por: Llusca, K. 2010.

1.3.4. Intervenciones

1.3.2.1. Episiotomía

También denominada colpoperineotomía es en la actualidad la operación obstétrica (intervención) que se realiza con más frecuencia. Pretende facilitar la expulsión del feto ampliando el canal blando del parto en el expulsivo mediante una incisión quirúrgica realizada en periné y vagina.

Se la realiza en determinadas indicaciones maternas y fetales (distocia de hombros, cuerpo perineal muy corto) y como coadyuvante de la obstetricia operatoria (fórceps, vacuum).

⁶⁶ Ibid., p.479.

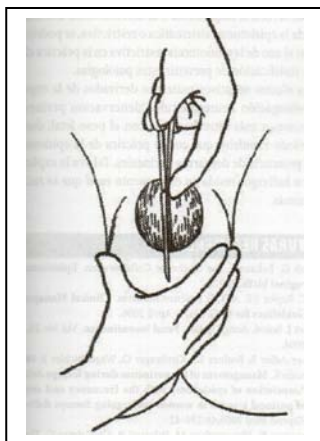
⁶⁷ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p. 323.

Sin embargo la realización sistemática de la episiotomía es hoy un tema de controversia, al no haberse comprobado clínicamente sus potenciales efectos beneficiosos para la madre (prevención de desgarros complicados, incontinencia urinaria de esfuerzo, relajación del piso pélvico).⁶⁸

El momento adecuado debe ser cuando la presentación es observada en un diámetro de 3 a 4 cm durante la contracción uterina, cuando la cabeza se apoya en el introito y no se eleva en la pausa contráctil; ya que si se realiza de forma muy precoz, el sangrado puede ser considerable y de ser posteriormente la elongación, estiramiento y lesión músculo – nerviosa del suelo perineal ya se habrá producido, y no se habrá logrado uno de los objetivos del procedimiento.

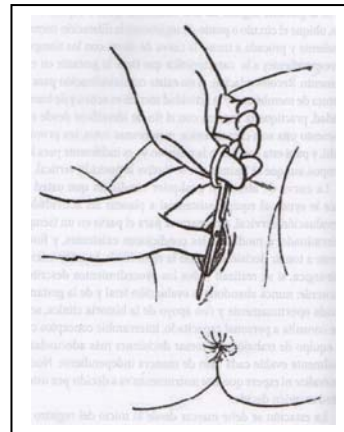
Aunque vale recalcar que “la mayoría de los partos podrían ser atendidos sin episiotomía produciéndose algunos desgarros peri uretrales”⁶⁹ o laceraciones en los labios menores de la vulva que “se asocian con una menor morbilidad y no siempre requieren ser corregidos.”⁷⁰

Gráfico N° 23
Episiotomía medial



Fuente: Botero, J. 2008.

Gráfico N° 24
Episiotomía medio lateral



Fuente: Botero, J. 2008.

Si la incisión en la episiotomía mediolateral es muy superficial, no liberará tensión de los elevadores, siendo un punto débil para la extensión de una laceración no controlada, ya que durante la salida súbita de la cabeza fetal o la salida del segundo hombro, los tejidos pueden romperse por el vértice de la incisión (punto de máximo estiramiento). “Por esto se describe que la episiotomía es un factor que favorece mayores desgarros con compromiso del esfínter anal y del recto.”⁷¹

⁶⁸ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op. Cit., p. 161.

⁶⁹ Cabero, L., Saldívar, D. & Cabrillo, E. op.cit., p.450.

⁷⁰ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p. 330.

⁷¹ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.152.

Es importante tener en cuenta que las posibles secuelas de estos desgarros aún si son bien reparados varían entre un 25 – 57% e incluyen el dolor perineal crónico, dispareunia, incontinencia urinaria, la aparición de fístulas recto vaginales y la incontinencia fecal.⁷²

A continuación se presenta un cuadro comparativo de los dos tipos de episiotomía que se practican con más frecuencia. Mientras la una se realiza en la línea media, la otra se inicia en ésta pero se dirige lateralmente hacia abajo y afuera en dirección al isquion.

Tabla N° 18
Tipos de episiotomías

	E. MEDIA	E. MEDIOLATERAL
Fibras musculares	No se seccionan	Si se seccionan
Reparación	Fácil	Difícil
Pérdida sanguínea	Menor	Mayor
Dolor	Poco	30% de los casos
Prolongación a esfínter anal	Puede	Muy raro
Cicatrización	Escasa dificultad	Mala
Dispareunia	Menor frecuencia	Mayor frecuencia
Resultado anatómico y estético	Mejor	

Fuente: Cabero, L. 2007, Gabbe, S. 2004, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008,
Elaborado por: Llusca, K. 2010.

La incidencia de laceraciones (ver Tabla N° 19) de tercer y cuarto grado varían entre un 0,6 – 9% y se han incrementado en los últimos 100 años, paralelo a la practica del nacimiento en forma horizontal en los hospitales y por consiguiente como se ha mencionado anteriormente, al uso rutinario de la episiotomía.

Tabla N° 19
Grados de laceraciones

GRADO DE LACERACIÓN		DESCRIPCIÓN
Primer grado		Laceración superficial de la mucosa vaginal o del cuerpo perineal. No requiere sutura.
Segundo grado		Laceración superficial de la mucosa vaginal y/o de la piel perineal y tejido celular profundo. Requiere sutura.
Tercer grado	Incompleto	Laceración de segundo grado con laceración de cápsula y parte (pero no todo) del músculo del esfínter anal.
	Completo	De 2º con laceración completa del músculo del esfínter anal.
Cuarto grado		Laceración de tercer grado completa con laceración de la mucosa rectal.

Fuente: Cabero, L. 2007, Gabbe, S. 2004, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008,
Elaborado por: Llusca, K. 2010.

⁷² Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p. 330.

1.3.2.2. Cesárea

Es la intervención quirúrgica que extrae al feto a través de incisiones en la pared abdominal (ver Tabla N° 20 Laparotomía) y de la pared uterina (ver Tabla N° 21 Histerotomía).

La paciente debe colocarse en decúbito supino y lateralizada de 10 a 15° para evitar la hipotensión materna por el síndrome de la vena cava inferior.

“Se ha demostrado que la anestesia regional es más segura y resulta en menos morbilidad para la madre y el feto, A menos que exista una contraindicación.”⁷³ Lo que debe ser valorado por el anestesiólogo.

“La elección del tipo de incisión viene determinada por diversos factores, como la urgencia de la intervención, la técnica quirúrgica prevista, las características físicas de la paciente, la presencia de cicatrices abdominales previas y las preferencias del cirujano.”⁷⁴

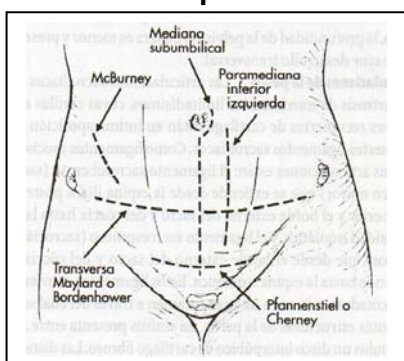
**Tabla N° 20
Laparotomía**

	BENEFICIOS	DESVENTAJAS
INC. VERTICAL O MEDIANA	Entrada más rápida Menos sangrado Mayor exposición de la pelvis y del abdomen	Resultado estético Adherencias previas
TRANSVERSA O DE PTANNENSTIEL	Excelente resultado cosmético Menor dolor Deambulacion temprana Baja incidencia de dehiscencia de herida y de hernia incisional	Limita la inspección de abdomen superior Requiere mayor disección (> hemorragia y > hematoma)
DE COHEN	Menor posibilidad de lesión vascular	

Fuente: Cabero, L. 2007, Gabbe, S. 2004, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008,
Elaborado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 25

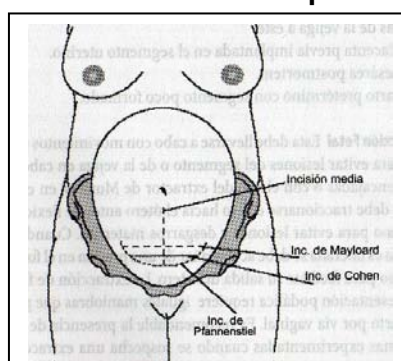
Incisiones en la pared abdominal



Fuente: Botero, J. 2008.

Gráfico N° 26

Incisiones en la piel



Fuente: Botero, J. 2008.

⁷³ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p. 337.

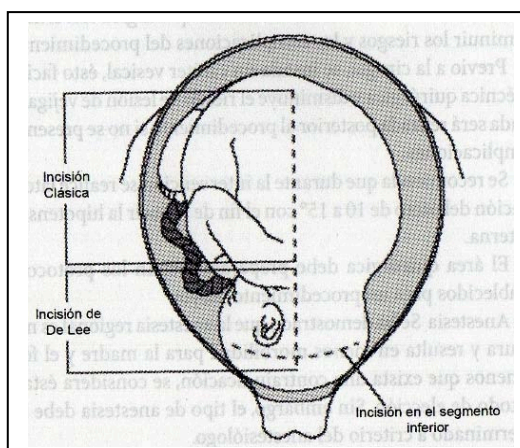
⁷⁴ Cabero, L., Saldivar, D. & Cabrillo, E. op.cit., p.1153.

Tabla N° 21
Histerectomía

	BENEFICIOS	DESVENTAJAS
CORPORAL O CLÁSICA (segmento superior)	Miomas uterinos o grande várices en el segmento Feto en situación transversa Adherencia en el segmento inferior Inserción placentaria baja	Mayor sangrado Mayor riesgo de extensión hacia la vejiga Mayor índice de ruptura uterina en embarazos posteriores
SEGMENTARIA TRANSNVERSAL O TRANSVERSA DE KERR (segmento inferior)	Menor riesgo de ruptura en embarazos posteriores Fácil de realizar y suturar Mejor cicatrización uterina Menor pérdida sanguínea y adherencias posteriores	Difícil de ampliar si resulta pequeña

Fuente: Cabero, L. 2007, Gabbe, S. 2004, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008,
Elaborado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 27
Incisión uterina



Fuente: Botero, J. 2008.

1.3.4.2.1. Indicaciones de la Cesárea

Las indicaciones para la cesárea se pueden agrupar en: maternas, fetales y mixtas, dependiendo de quién se beneficie. Existen también indicaciones absolutas que no plantean problema alguno en la toma de decisiones por ser necesarias, y las de justificación, debido a las cuales se da la alta tasa de cesáreas a nivel estadístico (ver Tabla N° 22).

La cesárea se ha clasificado como electiva (planeada, no trabajo de parto) o urgente. Cuando la cesárea es electiva se recomienda que el tiempo óptimo para llevarla a cabo sea después de las 36 semanas de gestación. Cerca del 0.5 a 1% de los casos requieren cesárea de emergencia, ésta debe realizarse tan pronto sea posible. El tiempo aceptado es en los primeros 30 minutos de tomada la decisión.⁷⁵

⁷⁵ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.336.

Tabla N° 22
Indicaciones para la cesárea

ABSOLUTAS	Desproporción céfalo pélvica Sufrimiento fetal agudo Placenta previa central, o marginal o parcial en función de la hemorragia Gestación múltiple Obstrucción mecánica del canal de parto (mioma, fractura pelvis) Prolapso del cordón umbilical o cordón procúbito Envejecimiento placentario prematuro Desprendimiento placentario		
	Relativas o discutibles	Desproporción pelvifetal relativa o presentación fetal desfavorable (de nalgas) Cesárea anterior Fiebre intraparto Gestaciones con esterilidad previa	
DE JUSTIFICACIÓN	Evitables	Distocia no comprobada o yatrógena	
		Factores interdependientes	Edad elevada Estatura baja Macrosomía fetal Parto lento o prolongado
		Factores maternos	Intolerancia al dolor Programación del parto Temor a la discapacidad
		Factores profesionales	Temor a demandas por mala práctica. Conflicto de horarios

Fuente: Cabero, L. 2007, Gabbe, S. 2004, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008,
Elaborado por: Llusca, K. 2010.

1.3.4.2.2. *Complicaciones de la Cesárea*

Las siguientes son complicaciones dentro del proceso quirúrgico:

Tabla N° 23
Complicaciones de la cesárea

INTRAOPERATORIAS	POSTOPERATORIAS	
Desgarros uterinos	Infección	Uterina
Lesión vesical		De la herida (2-16%)
Lesión uretral		Urinaria
Lesión intestinal	Hemorragia	
Atonía uterina	Secuela gastrointestinal	
Placenta ácreta	Enfermedad trombótica	
	Tromboflebitis pélvica séptica	

Fuente: Cabero, L. 2007, Gabbe, S. 2004, Moore, K. 2003 & Botero, J. 2008,
Elaborado por: Llusca, K. 2010.

Otras complicaciones asociadas a la cirugía y que involucran al neonato son: trauma al nacer, laceración fetal (hasta 2%), prematuridad iatrogénica, taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de dificultad respiratoria especialmente en pacientes en quienes no hay trabajo de parto o la cesárea es urgente.⁷⁶

⁷⁶ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.339.

1.4. Puerperio

El período posparto o puerperio se define como el tiempo que transcurre desde el nacimiento y expulsión de la placenta hasta la 6ta. - 12va. semana después del parto, aunque algunos autores sugieren extenderlo hasta el regreso de la menstruación.

Durante esta etapa, el organismo femenino regresa a su estado pregestacional, con cambios desde anatómicos hasta psicológicos y sociales en todas las modificaciones gravídicas con excepción de las glándulas mamarias, que alcanzan gran desarrollo y actividad.

1.4.1. Etapas del Puerperio

Generalmente se divide al puerperio en tres etapas, en este caso se ha optado por aumentar una cuarta debido al período de lactancia.

Tabla N° 24
Etapas del puerperio

PUERPERIO	TIEMPO	ACCIÓN
P. Inmediato	Las primeras 24 horas luego del parto.	Actúan los mecanismos hemostáticos para controlar el sangrado uterino.
P. Mediato	Desde el 2do día hasta el 10mo.	Máxima involución de los órganos genitales, mayor derrame loquial e instalación de la secreción láctea.
P. Alejado	Desde el 11vo. al 42do. día	Retorno de la ovulación.
P. Tardío	Entre los 42 y 364 días	Se asocia con el amamantamiento.

Elaborado por: Llusca, K. 2010.

1.4.2. Cambios durante el Puerperio

El organismo materno debe regresar a su estado pregravídico, presentándose de esta manera las siguientes modificaciones a nivel fisiológico, hormonal y psicológico.

1.4.2.1. Anatómicos Fisiológicos

1.4.2.1.1. *Sistema Reproductor y Sexual*

- **Útero**

Después de la expulsión del feto, el útero pesa entre 1200 – 1500 g y tiene 25 a 32 cm que se reducen a 7 – 8 cm, y al eliminar la placenta, líquido amniótico y membranas, su peso es de aproximadamente 1000 g.

Tabla N° 25
Cambios en útero y fondo uterino

Útero			
Embarazo	P. Inmediato	P. Mediato	P. Alejado
Peso: 1000 g. Largo: 14 cm. Ancho: 12 cm. Grosor: 10 cm.		Peso: 500 g. Largo: cm. Ancho: cm. Grosor: 5 cm.	Peso: 100 – 60 g.
Fondo uterino			
	A nivel del ombligo (12 a 15 cm de la sínfisis pubiana).	A mitad de distancia entre el ombligo y el borde superior del pubis.	El útero desaparece a la palpación y se hace intrapelviano.

Elaborado por: Llusca, K. 2010.

Para controlar el sangrado que se presenta luego del desprendimiento de la placenta, la fibra uterina se contrae y ocluye los vasos sanguíneos, provocándose el siguiente fenómeno, como mecanismo hemostático del organismo:

El globo de seguridad de Pinard (...) su formación y permanencia se comprueban por medio de la palpación, al percibir al útero a nivel o un poco por debajo del ombligo, con límites bien definidos y una consistencia firme y elástica (que corresponde a la retracción unida a la tonicidad muscular), que cambia periódicamente hasta ponerse leñosa cuando sobrevienen las contracciones.⁷⁷

Se debe recalcar que, la oxitocina liberada en respuesta a la succión del bebé, también provoca contracción uterina (entuetos), que en las mujeres multíparas son mayores que en las primíparas.

El útero suele ocupar durante el puerperio la línea media (raramente está desviado) y conserva una forma globulosa, aplastada de delante atrás, hasta el 8º día. A partir de entonces se vuelve piriforme al reconstituirse el cuello y la región ístmica.

La consistencia es firme y elástica, y al ser excitado responde con una contracción. La palpación debe ser indolora.⁷⁸

El endometrio se cicatriza entre los siguientes 25 días y su recuperación toma de 40 – 45 días. Durante los cuales y debido a la mudanza de su tejido desprende loquios por descarga vaginal, aproximadamente 800 a 1000 g en los primeros 5 días y 500 g en los siguientes 10 días, que se clasifican en:

⁷⁷ Ministerio de Salud de la Nación. (1997). Propuesta Normativa Perinatal Tomo V Atención Del Puerperio Y Prevención De Las Secuelas Invalidantes Del Posparto. p.11.

⁷⁸ Ministerio de Salud de la Nación. Op.cit., p.10.

Tabla N° 26

Evolución loquial

LOQUIOS	TIEMPO	CONTENIDO
Rojos o rubra	En los primeros 2 a 3 días	Decidua necrótica, sangre, tejido de granulación y restos de membranas.
Serosos o flava	Del 4º al 6º u 8º día.	Suero, glóbulos rojos y blancos.
Blancos o alba	Durante las 2 semanas siguientes	Decidua, leucocitos, células epiteliales, suero bacterias y moco.

Elaborado por: Llusca, K. 2010.

• **Cérvix**

El primer día, el cuello uterino se encuentra dilatado, lacerado, flácido y congestivo. Y para el tercer día, su longitud es casi normal y ha recuperado su consistencia por desaparición del edema. Su cierre es gradual, al 7mo. día su dilatación es de 1 cm, y su orificio interno se cierra hacia el 12vo. día, mientras que el orificio externo se estrecha más lentamente. Histológicamente, a los 4 meses, el cuello, ha regresado a su estado pregravídico.

• **Vagina y genitales externos**

La vagina se encuentra distendida y con las paredes lisas. Para el final de la tercera semana, las paredes recuperan su rugosidad (pliegues) y la rotura definitiva del anillo himenal es visible en la primípara, éste se cicatriza en forma fibrótica (carúnculas himeneales mirtiformes). La vagina sufre en su mucosa un proceso de atrofia transitoria, que dura más en la mujer que da de lactar. Y en el puerperio tardío su receptividad es mayor debido a la baja tasa de estrógenos. Su tamaño pregestacional será recuperado en la 6ª-8ª semana posparto.

Los genitales externos presentan edema y la vulva escoriaciones en la cara interna de los grandes y pequeños labios.

• **Periné**

El introito está rojo y tumefacto, especialmente alrededor de la episiotomía o laceraciones; se encuentra adolorido por el estiramiento y sus músculos estarán distendidos y flácidos, permitiendo que la vulva quede entreabierta en forma de anillo o

de un triángulo de base inferior (se observa, a veces, la parte inferior de la vagina y hasta el cuello uterino).

1.4.2.1.2. Sistema Urinario

La pared vesical se encuentra tumefacta e hiperémica debido al traumatismo que el nacimiento provoca en la uretra y vejiga. Existe también un vaciamiento incompleto e incontinencia urinaria (por hipotonía del esfínter vesical) que se presenta en el 50% de las parturientas, que, aunque duren pocos días predisponen a infecciones urinarias.

La diuresis espontánea ocurre habitualmente al tercer día para reducir el aumento de volumen plasmático ganado en el embarazo. La elevada filtración glomerular controlará, al principio, este aumento de flujo urinario y para la 8ª semana posparto todo estará ya en sus niveles pregestacionales normales.

Los uréteres y la pelvis renal regresan a sus tamaños al cabo de seis semanas tras el parto.

1.4.2.1.3. Sistema Digestivo

El aumento de presión en las venas rectales debido al esfuerzo de pujar durante el parto, hace que se produzcan hemorroides, que junto con la lentificación de la motilidad intestinal y las posibles laceraciones del esfínter rectal, dificultan la evacuación intestinal.

1.4.2.1.4. Sistema Cardiovascular

Los escalofríos y sacudidas pueden originarse debido a la pérdida de calor (por la expulsión de feto y placenta) y de líquido amniótico, que junto con la pérdida de sangre, disminuyen el contenido plasmático en 1000 ml. Para la 3ª semana posparto el volumen sanguíneo posee 4 a 5 litros menos, lo que produce un ligero aumento en el valor hematocrito.

Después del primer minuto posparto el gasto cardíaco se eleva un 40 a 50%, pero hacia la 2ª a 3ª semana posparto debe retornar a sus valores pregestacionales.

“En el posparto inmediato la concentración de fibrógeno y el recuento de plaquetas disminuyen pero luego se presenta una elevación rápida entre el día 3 y 5 del puerperio.”⁷⁹

1.4.2.1.5. Sistema Musculoesquelético

⁷⁹ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.174.

La debilidad muscular abdominal posparto (con o sin diástasis de rectos) hace imposible el soporte adecuado para el tronco (principalmente zona lumbar) y la carencia de protección ligamentosa (por influencia hormonal) ponen a la espalda en riesgo de lesión.

1.4.2.1.6. Metabólicos

5.1.1.1.1.3. De La Glucosa

“En el puerperio inmediato los niveles de glucemia pre y posprandial tienden a disminuir. Este fenómeno es más marcado a partir del segundo y tercer día, por lo tanto los requerimientos de insulina caen”⁸⁰ y se debe reajustar la dosis en mujeres con diabetes.

5.1.1.1.1.4. De Los Lípidos

En el segundo día de puerperio los ácidos grasos libres retornan a niveles previos al embarazo, pero la disminución del colesterol y de los triglicéridos no se produce hasta pasada la 7ª semana.

1.4.2.1.7. Hormonales

Las hormonas son importantes dentro de la ejecución de los cambios para regresar al estado pregravídico y para mantener las necesidades del puerperio como la lactancia.

Tabla N° 27
Tiempo de presentación hormonal

HORMONA	DÍAS POSPARTO
Progesterona	3 - 10
Estrógenos	3 - 4
Gonadotropina y lactogeno placentario	8 - 10
Tiroide y cortisol	6 - 8
Tiroxina y triyodotironina	20 - 28

Elaborado por: Llusca, K. 2010.

A partir de la acción hormonal se encuentra un endometrio proliferativo estrogénico y, con menos frecuencia, uno de tipo luteal o progesterónico. Esta nueva proliferación de la mucosa uterina se debe al despertar, aún parcial, de la función ovárica. Estas transformaciones ocurren tanto en la mujer que lacta como en la que no lo hace.

1.4.2.1.8. Psicológicos

⁸⁰ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.174.

Durante el posparto, los cambios endocrinos junto con la adaptación psicológica de la madre a los requerimientos del recién nacido, se asocian con un periodo de estrés.

La madre debe asumir su rol sin haber tenido un aprendizaje especial para esto, (...) gran parte de la preocupación del entorno se centra en el niño, a pesar de que la mujer está muy necesitada de afecto, halagos y apoyo. No es infrecuente que a ella la invada una sensación de vacío interno y pena sin motivo, que el recién nacido no ayuda a mitigar, ya que pasa gran parte del día durmiendo.⁸¹

Las reacciones psicológicas experimentadas tras el parto, se las denomina tristeza o melancolía de la maternidad o del posparto, cuadro que se presenta en el 40-50% al 60-70% de las parturientas. “La verdadera depresión se da en un 8% a un 20%, y la psicosis puerperal franca en un 0.14% a un 0.26%.”⁸²

La tristeza de la maternidad, “baby blues” o disforia del posparto se manifiesta por un cuadro autolimitado de llanto, intranquilidad, ansiedad, júbilo, irritabilidad, decaimiento, fatiga, cefalea, desánimo, insomnio, labilidad emocional, despersonalización y sentimientos negativos hacia sus hijos. No todas las puérperas experimentan todos los síntomas.

Este estado es transitorio, puede aparecer cualquier día dentro de la primera semana después del parto y rara vez dura más allá de la segunda semana.

En lo que se refiere a las correlaciones con factores sociales, económicos, obstétricos o de personalidad, existen varias teorías, pero lo que se ha documentado son los “niveles de triptófano más bajos de los esperados asociados con los síntomas depresivos del período posparto inmediato, lo cual hace pensar en el papel de los neurotransmisores en los cambios de humor del puerperio.”⁸³

No requiere de tratamiento médico alguno, pero sí la previa explicación por parte del personal de salud que atiende a la pareja, para lograr de esta manera una actitud comprensiva y mejor adaptación por parte de la familia y personas que estén alrededor de la parturienta, ya que los conflictos de pareja suelen incrementarse en este período debido a que “la mujer espera de su pareja que le brinde mucho apoyo. Sin embargo, este también está sometido a una gran tensión para adaptarse a los cambios.”⁸⁴

1.4.3. Lactancia

⁸¹ Muñoz, H., Kaempffer, A., Castro, R. y Valenzuela, S. op.cit., p.128.

⁸² Gabbe, S., Niebyl, J. & Simpson, J. op. cit., p.716.

⁸³ Gabbe, S., Niebyl, J. & Simpson, J. op. cit., p.716.

⁸⁴ Muñoz, H., Kaempffer, A., Castro, R. y Valenzuela, S. op.cit., p.128.

La lactancia materna es la culminación del proceso biológico de la procreación, como forma de alimentación que luego del nacimiento prolonga la triada “Embarazada – Placenta – Feto” en “Madre – Leche Humana – Niño”.

Una variedad de factores socioculturales, demográficos, educacionales y psicosociales tales como: la decisión de volver al trabajo y la consecuente separación del binomio, la falta de apoyo familiar y de apoyo adecuado profesional, el bombardeo de los fabricantes de sucedáneos de la leche materna, entre otros; han contribuido a la disminución de la lactancia materna, viéndose también alterada la función de las mamas debido a la connotación sexual y la actitud de la sociedad frente a ellas, así como el considerar malos ejemplos de mujeres modernas, independientes y profesionales, a las que deciden permanecer en casa para amamantar y cuidar de sus hijos.

Gráfico N° 28

The Fashionable Mamma (La mamá a la moda)



Fuente: Stillerman, E. 2008.

En la 54ª Asamblea Mundial de la Salud (2001), la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda la leche materna como alimento exclusivo hasta los 6 meses y en forma complementaria hasta mínimo los dos años.

En el Ecuador, los datos no cumplen con tales requerimientos, el Ministerio de Salud Pública señala:

La lactancia materna es una practica generalizada en el 96.7% de todos los recién nacidos. Este importante factor de protección de muerte neonatal tiene algunas limitaciones en su práctica debido a múltiples factores sociales, de género e institucionales: apenas el 26.4% de recién nacidos recibió amamantamiento en la primera hora y solo el 41% de madres recibió consejería sobre lactancia materna, antes de iniciarla.⁸⁵

Además, a nivel nacional, Endemain reporta que sólo el 48.7% de las mujeres alimentan a sus niños con lactancia materna exclusiva hasta el tercer mes de vida, alcanzando al 63.2% en el área rural y solo al 32.7% en el área urbana.

1.4.3.1. Anatomía y Desarrollo de la Mama

La forma y tamaño de las mamas varía de acuerdo a la etapa del desarrollo, el estado fisiológico y el fenotipo. Características que poco intervienen en el éxito funcional de éstas.

“La mama madura pesa unos 200 g en el estado no gestante; unos 500 g durante la gestación y de 600 g a 800 g durante la lactancia.”⁸⁶

La existencia de tejido glandular y pezones determinarán el factor anatómico para el éxito de la lactancia.

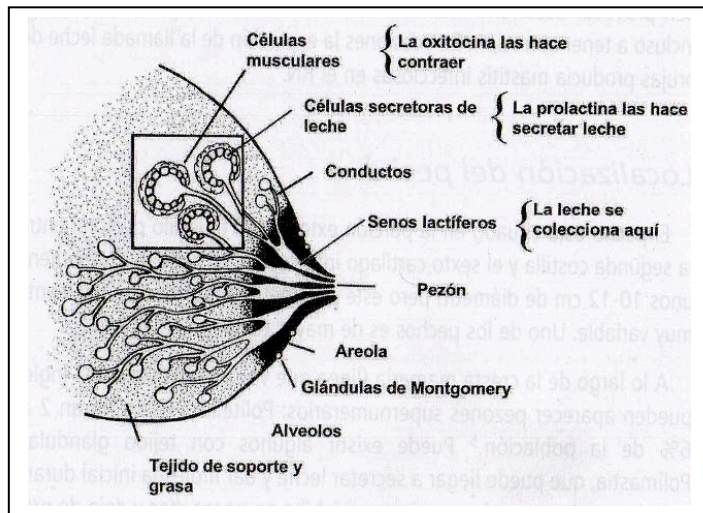
La areola es el área circular pigmentada y el pezón, la elevación cónica en el centro de ésta. Los múltiples y pequeños pliegues de la areola que se agrandan durante el embarazo y la lactancia se denominan tubérculos de Montgomery, contiene varias aperturas de sebo y glándulas sudoríparas que secretan sustancias lubricantes y antiinfecciosas para proteger y evitar la formación de grietas con cada toma.

A la punta del pezón llegan de 15 a 20 conductos de leche, que después de 5 a 10mm se ensanchan para formar los senos galactóforos, que se conectan a través de los conductos galactóforos con el lóbulo, que a su vez se divide en 10 a 100 alvéolos (ver Gárfico N° 29).

La areola y el pezón contienen tejido muscular liso, colágeno y tejido elástico, que al ser estimulados por la lengua, músculos faciales y boca del bebé al succionar, se contraen y empujan a los senos galactóforos para que se vacíen en la orofaringe del bebé.

⁸⁵ MSP. (2008). Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal . p.22.
⁸⁶ Gabbe, S., Niebyl, J. & Simpson, J. op. cit., p.108.

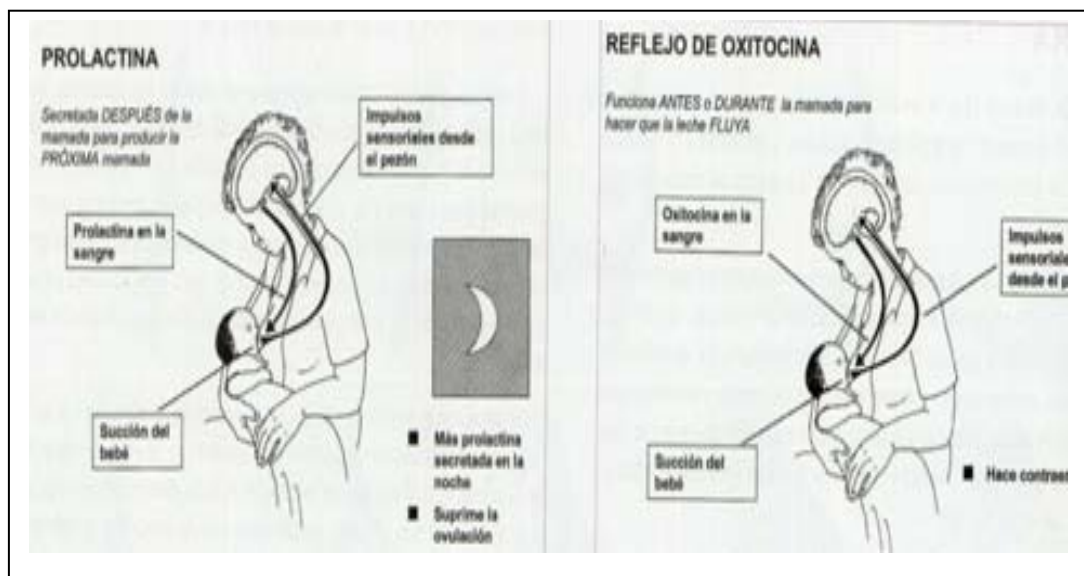
Gráfico N° 29
Anatomía Glándula Mamaria



Fuente: Cabero, L. 2007.

Mientras que la prolactina estimula la producción de leche en cada célula alveolar, la oxitocina incita la contracción de las células mioepiteliales que rodean a cada saco alveolar (ver Gárfico N° 30).

Gráfico N° 30
Acción hormonal



Fuente: Cabero, L. 2007.

Tabla N° 28

Etapas en el desarrollo mamario

ETAPA		CARACTERÍSTICA	TIEMPO
Embriogénesis		Se identifica una yema mamaria en forma de semiesfera.	Comienza en el feto de 18 a 19 semanas
Mamogénesis	Pubertad	El estrógeno y la hormona de crecimiento, estimulan la proliferación de conductos en el cajoncillo mamario.	Antes y después de la menarquía
	Embarazo	La progesterona continúa el desarrollo alveolar y la maduración del epitelio.	Desde la mitad inicial del embarazo
Lactogénesis	Estadio 1	La mama ya es madura para secretar leche, pero sus tejidos se encuentran inhibidos por los altos niveles de progesterona.	Desde la segunda mitad del embarazo
	Estadio 2	La mama capta más oxígeno y glucosa debido al aumento de flujo sanguíneo.	Desde el parto de la placenta
	Estadio 3 (lactancia)	Período indefinido que depende de la producción continuada de leche y de la transferencia de ésta al niño.	Desde cuatro a seis días posparto.
	Estadio 4 (involución)	Cese de la lactancia debido a una proteína segregada por la leche, cuyo aumento de concentración en ausencia de drenaje, disminuye la producción.	Desde que la extracción de leche es irregular.

Fuente: Schanler, R. 2001, Cabero, L. 2007, Gabbe, S. 2004 & Botero, J. 2008, Modificado por: Llusca, K. 2010.

1.4.3.2. Fisiología

La capacidad de lactar es característica todos los mamíferos, pero cada especie posee distintos patrones de succión.

En la especie humana la clave del éxito de la lactancia esta en el establecer una buena transferencia de leche, el asegurar una producción adecuada y el instaurar pautas y frecuencia de amamantamiento correctas. Para ello se requiere de un “sistema de almacenamiento, conductos de salida, un apéndice que se pueda aprehender, un mecanismo de eyección y un mecanismo de retención.”⁸⁷

Se puede considerar a la prolactina como la hormona galactopoyética única más importante, y a la oxitocina como la principal hormona galactocinética.

⁸⁷ Lawrence, R. (1996). La Lactancia Materna: una guía para la profesión médica . p.222.

“La prolactina induce la síntesis de mRNA para la producción de enzimas y proteínas de la leche mediante su unión a los receptores de membrana de las células epiteliales de la mama.”⁸⁸

En un principio, la oxitocina, distribuye regionalmente el aumento de gasto cardíaco materno (10%-20% en cada toma), mediante una acción autónoma, parasimpática. Dado que la leche se produce durante el amamantamiento, el aumento de flujo sanguíneo que dirige a las glándulas mamarias (20% a 40%) y al tracto gastrointestinal e hígado, con la finalidad de mejorar la absorción de los sustratos necesarios para la lactogénesis.

La estimulación del pezón y las condiciones ambientales favorables, aumentan los niveles de oxitocina, de esta manera, el llanto, sonidos u olores relacionados al amamantamiento estimulan la neurohipófisis que libera oxitocina, haciendo que las células mioepiteliales que rodean al alveolo se contraigan y se expulse la leche de las mamas (reflejo de bajada de la leche o de eyección).

Se debe mencionar que “el cerebro puede estimular o inhibir el hipotálamo e incrementar o disminuir la producción del factor inhibidor de la prolactina (dopamina) y, también, la liberación de la oxitocina de la hipófisis posterior.”⁸⁹

La leche cambia su composición en respuesta a la etapa en la que se encuentra el lactante, la hora del día, el momento dentro de la toma y el nivel nutricional de la madre. Generalmente la grasa láctea aparece en la última parte de la toma, y durante las tomas de la mañana y de media tarde se produce un aumento adicional de grasa.

En la Tabla N° 29 se describe los tipos de leche humana:

Tabla N° 29
Tipos de leche humana

LECHE	ETAPA	COMPOSICIÓN
Calostro	Mama prenatal	Anticuerpos, cloro, potasio, proteínas, minerales séricos y vitaminas liposolubles, inmunoglobulinas.
De transición	2do. - 3er. día posparto	Más grasa y lactosa (aumento del valor calórico total).
Madura	2 semanas posparto	Reduce su contenido graso al final del primer año, y complementa a la nutrición adicional que recibe el niño.

Fuente: Schanler, R. 2001, Cabero, L. 2007, Gabbe, S. 2004 & Botero, J. 2008,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

⁸⁸ Gabbe, S., Niebyl, J. & Simpson, J. op. cit., p.111.

⁸⁹ Gabbe, S., Niebyl, J. & Simpson, J. op. cit., p.112.

1.4.3.3. Ventajas de la Lactancia Materna

El medio hormonal que permite la procreación y las hormonas del amamantamiento, facilitan el ajuste de la madre a su papel, generan y conservan la energía mediante la absorción de alimentos y recuperación de micronutrientes necesarios (ver Tabla N° 30).

“También ha demostrado ser la mejor estrategia para asegurar la salud infantil y materna y contribuir al desarrollo armónico de la sociedad produciendo beneficios en salud, nutricionales, inmunológicos, comportamentales, psicológicos, sociales, económicos y ambientales.”⁹⁰

Tabla N° 30
Ventajas de la lactancia materna

BEBÉ	MADRE	FAMILIA
Ofrece los nutrientes necesarios durante los primeros seis meses (a la temperatura y cantidades ideales)	Rápida involución del útero con menos pérdida de sangre posparto.	Ahorro en implementos para lactancia artificial (leche, biberones, gas, ollas).
Protege contra diarreas, infecciones respiratorias y de oído	Retrasa la ovulación, aumentando el intervalo entre embarazos sucesivos.	Ahorro en gastos médicos (menor incidencia de enfermedades)
Favorece el desarrollo intelectual, psicomotor, emocional y social	Mejora la mineralización ósea en el posparto.	Ahorro en métodos anticonceptivos y suministros de higiene para la menstruación.
Mejora la autoestima y apoya el desarrollo de una persona más segura e independiente	Reduce las fracturas raquídeas y de cadera y el riesgo de osteoporosis en el posmenopausia.	Ahorro de tiempo (no se necesita preparar la leche materna).
Disminuye la incidencia y severidad de la meningitis bacteriana, bacteremia, enterocolitis necrotizante, infecciones del tracto urinario.	Reduce el riesgo de cáncer de ovario y de mama.	Mejor atención de los niños por mayor espaciamiento entre los embarazos.
Menor incidencia de muerte súbita, diabetes tipo I y II, obesidad en la adolescencia, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, asma, hipercolesterolemia, alergias, linfoma y leucemia.	Menor ganancia o retención de peso posparto (1kg a 3kg). Lo que reduce la aparición de obesidad, diabetes tipo II e hipertensión.	

Fuente: Schanler, R. 2001, Cabero, L. 2007, Gabbe, S. 2004 & Botero, J. 2008,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

Los beneficios para la comunidad y la familia se ven reflejados en los países desarrollados en la disminución de los costos anuales en salud aproximadamente en 3.6 mil millones de dólares; disminución de las ausencias laborales; aumento en los ingresos económicos y de mayor tiempo de dedicación a la familia, además de beneficios ambientales como menos producción de basura (disminución de empaques de los sucedáneos de la leche); no se consumen recursos naturales no renovables y aumenta la producción y suministro de los sucedáneos.⁹¹

⁹⁰ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.175.

⁹¹ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.175.

1.4.3.4. Contraindicaciones de la Lactancia Materna

Dentro de la promoción de la lactancia materna, que todo el personal de salud que se encuentre en contacto con los involucrados debe impartir, conviene añadir las contraindicaciones de la misma, de esta manera sobre las base individuales de una mujer a otra, se aplica el análisis de lo que representaría una razón riesgo:beneficio.

El cuadro a continuación muestra las condiciones que al ser evaluadas en cada binomio, determinarán la duración de la inhibición de la lactancia.

Tabla N° 31
Indicaciones de inhibición de la lactancia

MÉDICAS	VIH, Hepatitis C, Tuberculosis activa, citomegalivirus (prematuridad) Consumo de drogas y alcohol Niño con galactosemia Pacientes en tratamiento por cáncer de mama Mamoplastia de reducción con autotrasposición del pezón Indicaciones del servicio de Neonatología Herpes simple en mamas, varicela-zoster, sarampión, enfermedad de Lyme (sin previa inmunización del lactante) Muerte fetal
SOCIALES	Expreso deseo de la madre

Fuente: Schanler, R. 2001, Cabero, L. 2007, Gabbe, S. 2004 & Botero, J. 2008,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

1.4.3.5. Posiciones del Bebé y la Madre para el Amamantamiento

Como se mencionó anteriormente, la transferencia de la leche es un paso clave en el éxito de la lactancia. En primera instancia se debe posicionar cómoda y correctamente al binomio, para así, lograr un buen acercamiento, mediante la estimulación táctil en la mejilla y del ángulo correcto de la boca del bebé, para que éste la abra a manera de bostezo y se logre introducir el pezón y la areola.

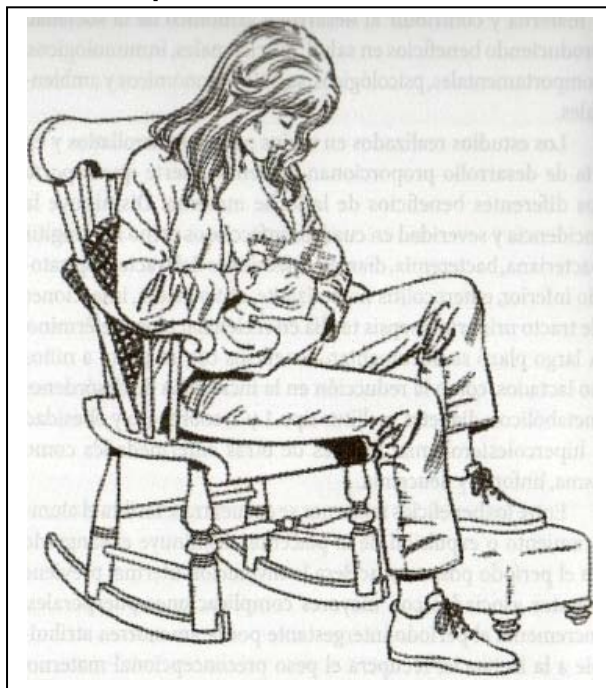
Se describen únicamente tres posiciones por ser las más comunes y la rotación entre ellas mejorarán el drenaje de los diferentes lóbulos.

1.4.3.5.1. Acunado (tórax contra tórax)

Posición en la cual el niño y la madre se encuentran tórax contra tórax, La oreja, el hombro y la cadera del niño están en línea. Su cabeza se encuentra en el pliegue del brazo materno y su cuerpo está sujeto desde su nalga por la mano materna y soportado en almohadas.

La espalda de la madre debe estar recta y apoyada en el respaldo de la silla o cama, sin inclinarse hacia delante ni hacia atrás. Los brazos apoyados sobre almohadas al igual que los pies en el piso o sobre un reposa pies.

Gráfico N° 31
Posición para el amamantamiento



Fuente: Botero, J. 2008.

Esta posición posee una variación denominada acunado cruzado, en la que el bebé está acostado en la dirección opuesta y la madre soporta su cabeza con la mano.

Es buena cuando se está aprendiendo a amamantar o en el caso de niños con succión débil (prematuros, con síndrome de Down, con labio leporino), ya que permite ayudar al bebé a ponerse el pezón en la boca al controlar con facilidad su cabeza.

1.4.3.5.2. En Decubito Lateral

Esta posición es óptima para amamantar en las noches, ambos de costado, vientre con vientre, con la cabeza del bebé a la altura del seno y el hombro apoyado.

Gráfico N° 32
Amamantamiento en decúbito lateral



Fuente: Stillerman. E. 2008.

1.4.3.5.3. Balón De Rugby (Cesárea)

Posición en la que el bebé se toma con el brazo del mismo lado del pecho ofrecido, y las piernas hacia la espalda de la madre, apoyadas en el respaldo del asiento o sobre almohadas. Se sostiene al bebé como una pelota de fútbol americano colocada a lo largo de su antebrazo, con el cuerpo sobre el brazo y la cara mirando el seno.

Esta es una posición muy útil si la madre tiene los senos agrandados o los pezones doloridos y si se tapan los conductos de la leche con frecuencia, ya que vacía los conductos que están en la parte inferior de los senos. También es muy efectiva para amamantar a mellizos y compagina con la cesárea porque el bebé no está sobre el estómago.

Gráfico N° 33
Posición “Balón de Rugby” para amamantar



Fuente: Stillerman. E. 2008.

Dentro de los signos de una posición correcta (ver Gráfico N° 34) podemos mencionar:

- Labio inferior doblado hacia fuera, la barbilla contra el pecho materno, presionándolo todo el tiempo.
- Labio superior evertido, con la nariz apoyada ligeramente sobre el pecho. Se divisa una pequeña parte de la areola por encima de la boca.
- Lengua del bebé debajo del pezón y movimiento rítmico de mandíbula.
- Mejillas del bebé redondeadas.
- Períodos de succión, separados por pausas, y deglución audible.
- El pecho se ve redondeado mientras mama el bebé.
- No sensación dolorosa por parte de la madre.
- El bebé suelta el pecho espontáneamente.

Gráfico N° 34

Posición correcta

Posición incorrecta



Fuente: Botero, J. 2008.

CAPITULO II

6. RECIÉN NACIDO

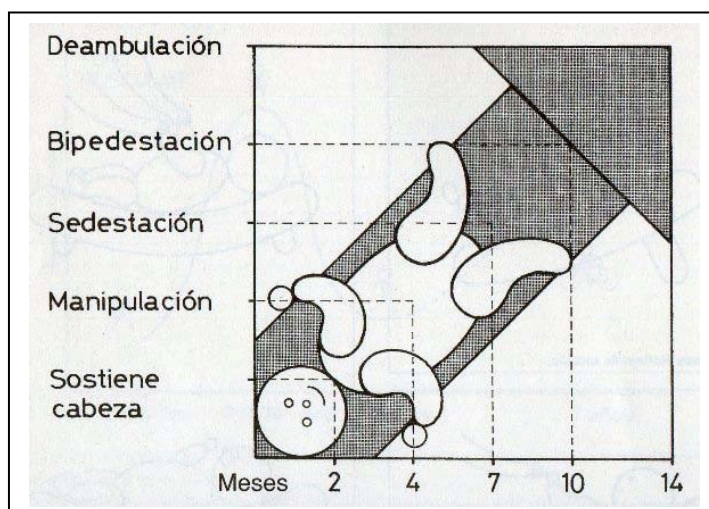
2.1. Desarrollo Psicomotriz

El desarrollo psicomotor se refiere a los cambios en la habilidad del niño para controlar sus movimientos corporales desde sus primeros movimientos (rígidos, incoordinados y excesivos) hasta el control de movimientos más complejos, rítmicos, suaves y eficaces de flexión, extensión, locomoción etc. (ver Gráfico N° 35).

Por lo tanto la interacción de los factores genéticos y ambientales con la estimulación precoz multisensorial y psicológica determinarán el autoconocimiento del bebé mediante la maduración orgánica y funcional de su sistema nervioso, donde el movimiento vivenciado fue la base del aprendizaje y conocimiento.

“Las investigaciones llevadas a cabo en psicología genética subrayan el importante papel que desempeña la actividad motriz del recién nacido y del niño en el desarrollo de las funciones cognitivas”⁹²

Gráfico N° 35
Desarrollo motor (céfalo caudal)



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

⁹² Rigal, R. (2006). Educación motriz y educación psicomotriz en preescolar y primaria p. 21

2.1.1. Etapas del Desarrollo Psicomotor

Tabla N° 32

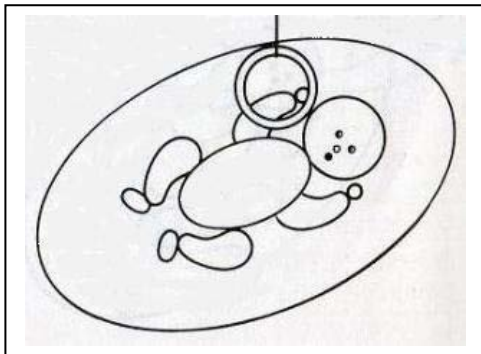
Primer mes

MOTRIZ	ADAPTATIVA	SOCIAL	LENGUAJE
<p>Realiza movimientos reflejos involuntarios en brazos, piernas y manos.</p> <p>Mantiene las manos empuñadas o levemente abiertas.</p> <p>Aprieta objeto colocado en la palma de la mano y lo deja ir fácilmente (reflejo de prensión).</p> <p>No tiene control de cabeza (se balancea).</p> <p>En prono, rota su cabeza hacia un lado.</p> <p>Alinea su cabeza con el tronco momentáneamente.</p>	<p>Se mantiene despierto más o menos una hora de cada diez.</p> <p>Mirada vaga e indirecta.</p> <p>Sigue un objeto dentro del campo visual de 90°.</p> <p>Deja de llorar cuando se le toma en brazos.</p> <p>Espera ser alimentado a intervalos regulares.</p>	<p>Manifiesta agrado y desagrado.</p> <p>Las actividades cotidianas se presentan en desorganizado horario.</p> <p>Fija los ojos en la madre cuando le sonríe.</p>	<p>Llora para manifestar sus necesidades.</p> <p>Produce sonidos guturales.</p> <p>Responde a la voz y al sonido (parpadea, acelera o lentifica la respiración).</p>

Fuente: Alvarez, F. 2004, Brites de Vila, G. 2004, Marcelli, B. 2007 & Rigal, R. 2006, Modificado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 36

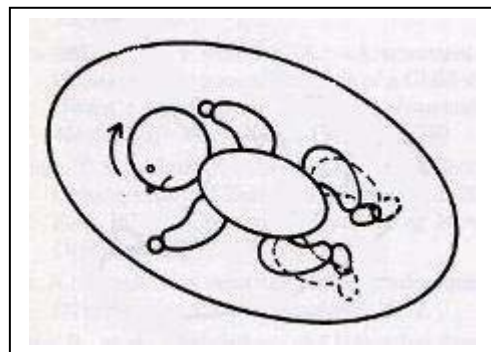
Sigue objetos con la mirada



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

Gráfico N° 37

Intento de enderezar la cabeza hacia la línea media



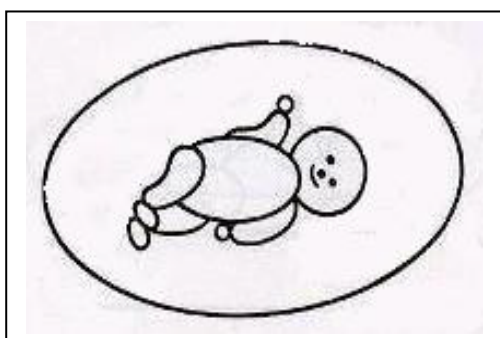
Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

Tabla N° 33
Segundo mes

MOTRIZ	ADAPTATIVA	SOCIAL	LENGUAJE
Se sobresalta ante sonidos fuertes (reflejo de moro). Mueve brazos y piernas suavemente. En prono, sostiene su cabeza momentáneamente unos 45° desde la horizontal. En supino, mueve su cabeza a los costados. Dirige sus brazos hacia los objetos.	Mira detenidamente lo que le rodea. Gira sus ojos en busca de la luz. Reacciona con movimientos corporales generalizados y trata de agarrar objetos llamativos. Asocia conductas con personas. Visualmente prefiere las personas a los objetos.	Puede calmarse chupando sus manos. Se inmoviliza al hablarle. Sonríe (responde con mímica). Estimulación oral y táctil. Se mantiene despierto por mayor tiempo. Disfruta del baño. Persigue visualmente las personas u objetos.	Vocalización es variadas. Los sonidos guturales semejan arrullos. Emite sonidos parecidos a las vocales. Se interesa por los sonidos y busca su fuente.

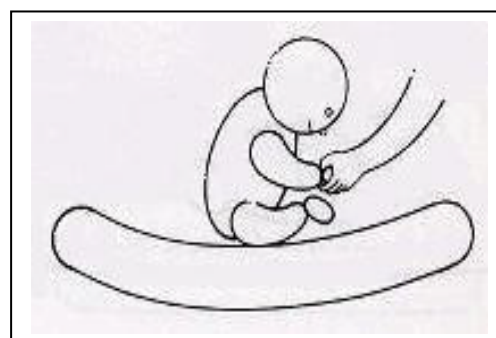
Fuente: Alvarez, F. 2004, Brites de Vila, G. 2004, Marcelli, B. 2007 & Rigal, R. 2006,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 38
Decúbito supino



Fuente: Villa Elizaga, I. 1992.

Gráfico N° 39
Sentado



Fuente: Villa Elizaga, I. 1992.

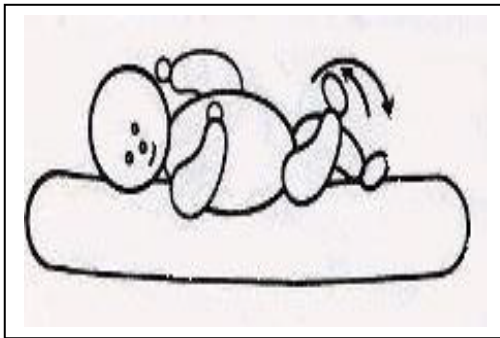
Tabla N° 34

Tercer mes

MOTRIZ	ADAPTATIVA	SOCIAL	LENGUAJE
<p>En supino, mantiene la cabeza en línea media. Realiza movimientos simultáneos simétricos.</p> <p>En prono, mantiene la cabeza levantada durante 10 segundos. Se sienta halándolo de las manos. Mantiene las manos en extensión (se mira y juega con ellas). Sostiene los objetos con presión involuntaria.</p>	<p>Fija su atención en forma continua. Se concentra en láminas o juguetes a corta o larga distancia. Pasa la mirada de un objeto a otro. Contempla y juega en forma simple con los objetos que tiene en su mano. Mira los objetos colgantes. Se aburre con sonidos o imágenes repetitivas. Se mira sus pies y manos. Deja de succionar para escuchar. Mira y succiona al mismo tiempo. Responde a estímulos en fórmula generalizada.</p>	<p>Sonríe espontáneamente. Disminuye el llanto. Las expresiones corporales y vocales aumentan. Reconoce a la madre visualmente. Vuelve la cabeza hacia sonidos, voces o cantos conocidos. El estímulo social se hace más importante.</p>	<p>Lloriquea, gorgorea, grita y ríe. Llora menos. Escucha voces. Distingue sonidos del lenguaje.</p>

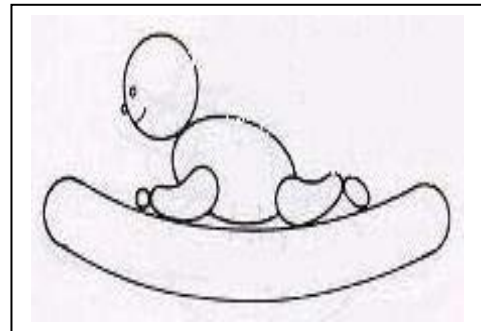
Fuente: Alvarez, F. 2004, Brites de Vila, G. 2004, Marcelli, B. 2007 & Rigal, R. 2006,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 40
Decúbito supino



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

Gráfico N° 41
Decúbito prono



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

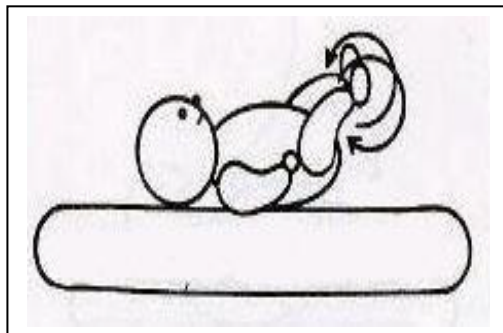
Tabla N° 35

Cuarto mes

MOTRIZ	ADAPTATIVA	SOCIAL	LENGUAJE
<p>En supino, mantiene la cabeza en línea media.</p> <p>Acostado y sentado, gira la cabeza en todos los sentidos.</p> <p>En prono, levanta la cabeza a 90° de la superficie.</p> <p>Se mantiene sentado con apoyo durante unos minutos con la cabeza erguida y la espalda recta.</p> <p>Toma los objetos con las dos manos al mismo tiempo.</p> <p>Chupa sus manos y los objetos.</p>	<p>Ve en color.</p> <p>Le llama la atención los objetos y sus detalles.</p> <p>Sigue un objeto suspendido.</p> <p>Busca la fuente de sonido.</p> <p>Lleva los objetos a la boca para explorarlos.</p> <p>Agarra un objeto colgante y lo acerca a él.</p> <p>Se queda mirando al lugar de donde caen los objetos.</p>	<p>Vocaliza sus estados de ánimo.</p> <p>Se ríe y protesta cuando se le interrumpe el juego.</p> <p>Se interesa por su imagen reflejada en el espejo, y sonríe cuando se mira.</p> <p>Goza cuando lo alzan y lo demuestra.</p> <p>Manotea el agua cuando lo bañan.</p> <p>Conoce a su madre.</p> <p>Vuelve la cabeza hacia la persona que lo llama.</p>	<p>Empieza a balbucear y vocaliza los sonidos con sílabas.</p> <p>Al hablarle reacciona con sonrisas y balbuceos.</p> <p>Vocaliza sus estados placenteros con gritos, gorjeos y risas.</p> <p>Ríe a carcajadas.</p> <p>Imita variedad de tonos.</p> <p>Sonríe y vocaliza ante su imagen en el espejo.</p>

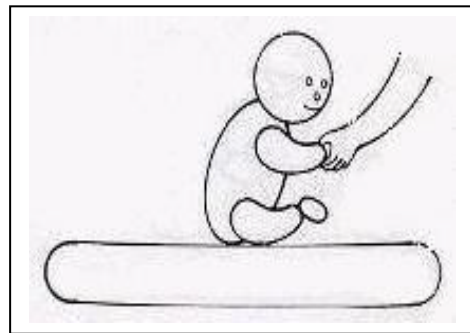
Fuente: Alvarez, F. 2004, Brites de Vila, G. 2004, Marcelli, B. 2007 & Rigal, R. 2006,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 42
Decúbito supino



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

Gráfico N° 43
Sentado



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

Tabla N° 36

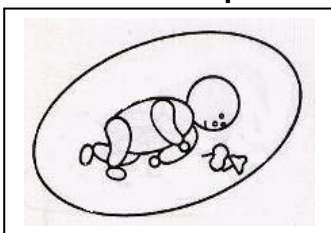
Quinto mes

MOTRIZ	ADAPTATIVA	SOCIAL	LENGUAJE
<p>En prono, levanta la cabeza y el pecho apoyado sobre los antebrazos. Patalea. Lleva los pies a la boca. Gira de prono a supino. Sujeto por las axilas flexiona y extiende sus piernas como tratando de saltar con movimientos alternos. Se sienta con apoyo con la espalda recta. Cuando se le toma las manos y se le incita a sentarse tiende a empujar el cuerpo hacia arriba doblando las piernas. Toma los objetos con cualquiera de sus manos. Tiende la mano hacia el objeto que se le ofrece. Agarra un objeto colgado con precisión.</p>	<p>Mira a su alrededor explorando el ambiente cuando la situación es nueva. Se ayuda con la vista para explorar los objetos. Toca, toma, mueve y prueba los objetos con la boca. Se inclina hacia adelante para mirar donde caen los objetos. Discrimina a sus padres de las personas extrañas. Toma una cosa y mira otra, bota la primera para coger la segunda. Trata de mantener los cambios interesantes que él pueda producir en su ambiente, repitiéndolas sin cesar.</p>	<p>Demuestra miedo, disgusto, rabia. Discrimina su imagen y la de su madre en el espejo. Sonríe a las caras y voces de las personas. Distingue a los conocidos de los no. Estira los brazos para que lo alcen. Deja de llorar cuando se le habla. Protesta cuando se le arrebatara un objeto. Puede empezar a tomar la taza.</p>	<p>Balbucea intencionalmente para llamar la atención. Observa con interés la boca de la persona hablante e imita los sonidos que escucha. Responde más claramente a los sonidos humanos. Busca al locutor.</p>

Fuente: Alvarez, F. 2004, Brites de Vila, G. 2004, Marcelli, B. 2007 & Rigal, R. 2006,
 Modificado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 44

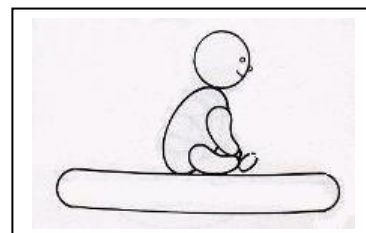
Decúbito supino



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

Gráfico N° 45

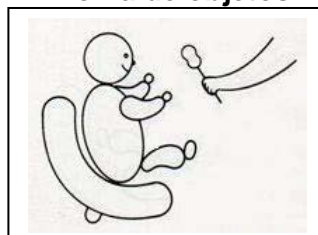
Sentado



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

Gráfico N° 46

Toma de objetos



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

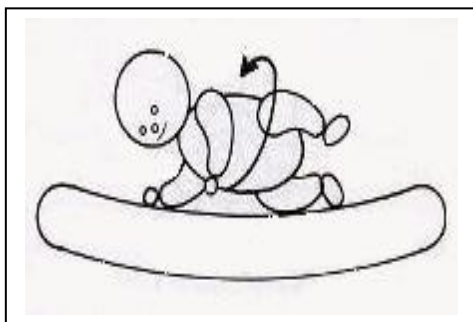
Tabla N° 37

Sexto mes

MOTRIZ	ADAPTATIVA	SOCIAL	LENGUAJE
<p>Mueve libremente su cabeza. Se sienta con un mínimo de apoyo y mantiene el equilibrio, pudiendo inclinarse hacia adelante hacia el lado. Puede avanzar hacia adelante y hacia atrás, arrastrando el cuerpo. Intenta ponerse en posición cuadrúpeda. Agarra el biberón solo. Coge sus pies con las manos. Golpea o frota los objetos contra una superficie.</p>	<p>Alcanza con rapidez y precisión algo que busca. Goza mirando los objetos al revés y creando cambios de perspectiva. Cambia los objetos de una mano a otra. Toma uno luego coge el segundo, y después mira el tercero.</p>	<p>Responde a su nombre. Diferencia su imagen en el espejo. Sonríe con los niños y trata de acariciarlos, aunque no los conozca. Grita a los padres cuando necesita ayuda. Prefiere jugar con otros. Muestra interés por comer con los dedos. Tiene gustos definidos.</p>	<p>Intercala las vocales con: f, v, s, sh, m, y n. Todas las vocalizaciones son aún diferentes del lenguaje maduro, pero controla mejor los sonidos. Vocaliza el placer y el disgusto.</p>

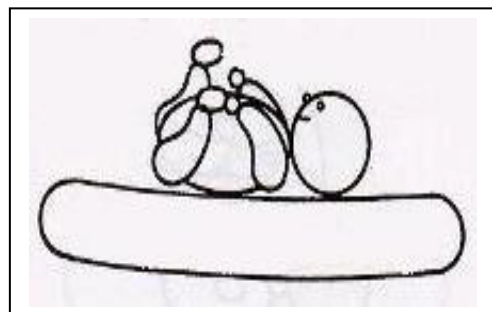
Fuente: Alvarez, F. 2004, Brites de Vila, G. 2004, Marcelli, B. 2007 & Rigal, R. 2006,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 47
De prono a supino



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

Gráfico N° 48
Decúbito supino



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

Tabla N° 38

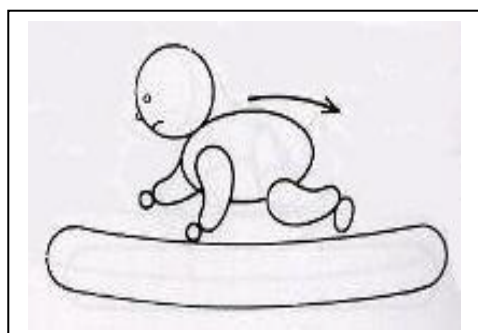
Séptimo mes

MOTRIZ	ADAPTATIVA	SOCIAL	LENGUAJE
<p>Se sostiene en posición cuadrúpeda balanceando el cuerpo atrás y adelante.</p> <p>Coopera cuando lo ayudan a pararse manteniendo los miembros inferiores extendidos.</p> <p>Sujeto por las axilas, para equilibrar el peso, da pasos en el mismo lugar y mira sus pies.</p> <p>Se mantiene sentado sin ningún apoyo.</p> <p>Toma dos objetos simultáneamente, uno en cada mano.</p> <p>Coge un cuento entre los dedos y el pulgar.</p>	<p>Distingue los objetos que están lejos y cerca de él.</p> <p>Juega vigorosamente con juguetes que hacen ruido.</p> <p>Busca por un momento el juguete que desaparece.</p> <p>Imita acciones.</p> <p>Asocia la foto de un niño consigo mismo.</p> <p>Comienza a aprender las consecuencias de ciertas acciones, mostrando interés en ellas.</p> <p>Pasa los objetos de una mano a otra.</p> <p>Se interesa por los detalles y fija su atención.</p>	<p>Palpotea ante su imagen en el espejo.</p> <p>Explora su cuerpo y el de otros con manos y boca.</p> <p>Comienza a mostrar miedo hacia los extraños.</p> <p>Se interesa por participar en una interacción social.</p> <p>Se resiste a realizar algo que no desea.</p> <p>Distingue una voz con tono amistoso y juguetón de otra hostil, malhumorada y enojada.</p> <p>Mete los dedos en la comida e intenta alimentarse.</p> <p>Manipula una cuchara y una taza para jugar.</p>	<p>Pronuncia sílabas bien definidas: ma-da-di.</p> <p>Emite varios sonidos antes de respirar nuevamente.</p> <p>Trata de imitar sonidos.</p> <p>Escucha sus vocalizaciones y las de los demás.</p>

Fuente: Alvarez, F. 2004, Brites de Vila, G. 2004, Marcelli, B. 2007 & Rigal, R. 2006, Modificado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 49

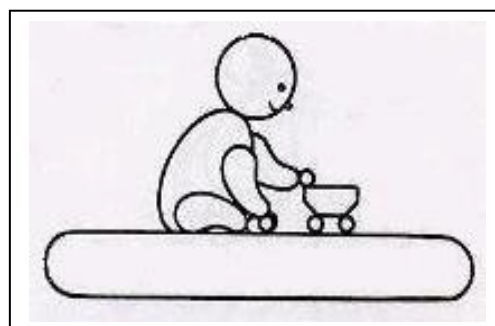
Decúbito prono



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

Gráfico N° 50

Sentado



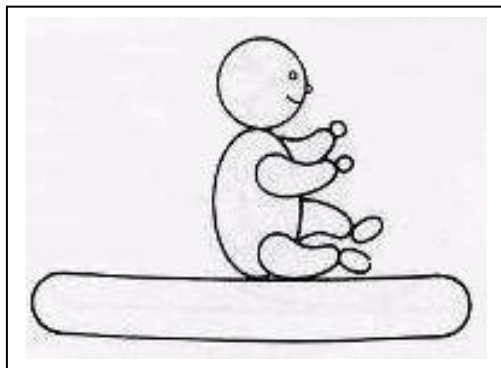
Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

Tabla N° 39
Octavo mes

MOTRIZ	ADAPTATIVA	SOCIAL	LENGUAJE
<p>Comienza a gatear solo hacia adelante y hacia atrás. Se toma de un mueble para pararse pero requiere ayuda para sentarse. Usa el pulgar y el índice como piezas. Levanta un cordel del suelo. Alcanza los objetos con los dedos. Se mantiene sentado más de 10 minutos.</p>	<p>Reacciona rápido. Examina los objetos en sus tres dimensiones reales. Busca el objeto si vio donde fue escondido. Posee un modelo mental para el rostro humano. Puede intentar tomar y retener tres objetos iguales al mismo tiempo. Resuelve pequeños problemas, como hacer sonar una campana a propósito.</p>	<p>Sonríe, palmorea e incluso trata de besar su propia imagen en el espejo. Se siente profundamente apegado a su madre. Teme a los extraños. Grita para llamar la atención o pedir ayuda. Empuja fuera las cosas que no desea.</p>	<p>Grita por el placer de oírse. Emite los más variados sonidos y entonaciones. Comienza a imitar movimientos de la boca o quijada. Responde ante estímulos familiares como: a su nombre o al teléfono.</p>

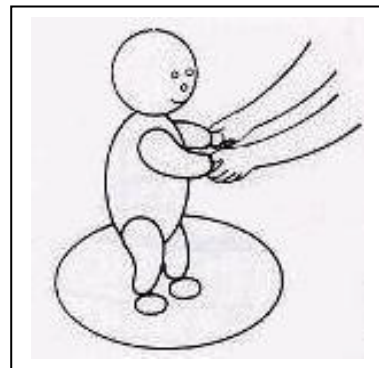
Fuente: Alvarez, F. 2004, Brites de Vila, G. 2004, Marcelli, B. 2007 & Rigal, R. 2006,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 51
Sentado sin apoyo



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

Gráfico N° 52
Bipedestación con ayuda



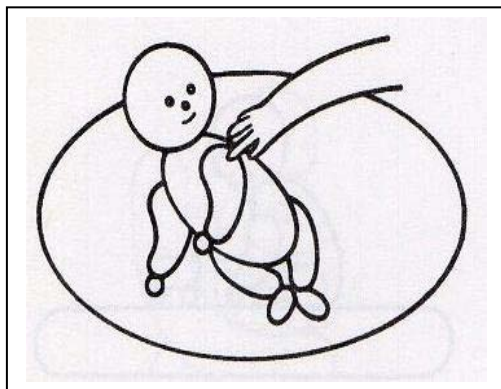
Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

Tabla N° 40
Noveno mes

MOTRIZ	ADAPTATIVA	SOCIAL	LENGUAJE
<p>Gatea, puede darse vuelta. Sube escaleras gateando. Camina de lado, apoyándose en los muebles y se suelta solo para caer nuevamente. Se sienta en una silla. Se sienta solo durante todo el tiempo que desee. Repta sobre su vientre. Agarra los cordones de los zapatos con el pulgar y el índice. Golpea dos objetos, uno contra otro en la línea media de su cuerpo. Apunta con el dedo índice.</p>	<p>Teme a la altura. Reconoce la dimensión de los objetos. Alcanza un objeto pequeño con el pulgar y el índice, y los objetos más grandes con ambas manos. Destapa el juguete que vio esconder bajo una manta. Puede recordar un juego del día anterior. Anticipa la recompensa a una acción exitosa. Imita la mano al hacer "adiós".</p>	<p>Percibe a la madre como una persona aparte. Se da cuenta con anticipación cuando va a ser alimentado. Repite una acción si lo aplauden. Busca llamar la atención de las personas que lo rodean. Puede disputar con otro niño un juguete que le pertenece. Puede ser más sensible y llorar si ellos lo hacen. Muestra interés en los juegos de los demás. Come galletas solo.</p>	<p>Imita la tos, un silbido y algún juego con la lengua. Pronuncia secuencias de sílabas en forma repetida. Escucha las conversaciones. Puede comprender y responder a una o dos palabras. Dice no con la cabeza.</p>

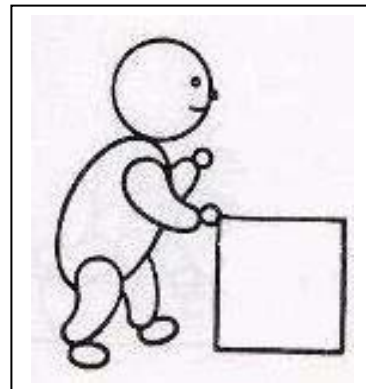
Fuente: Alvarez, F. 2004, Brites de Vila, G. 2004, Marcelli, B. 2007 & Rigal, R. 2006,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 53
Sentado



Fuente: Villa Elizaga, I. 1992.

Gráfico N° 54
Bipedestación con apoyo



Fuente: Villa Elizaga, I. 1992.

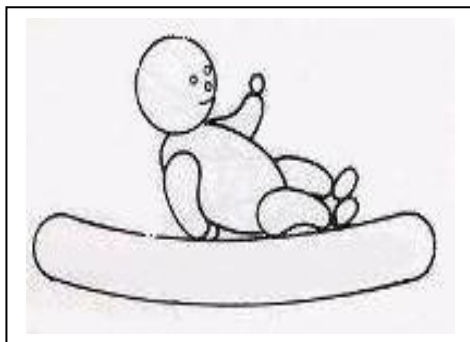
Tabla N° 41
Décimo mes

MOTRIZ	ADAPTATIVA	SOCIAL	LENGUAJE
Gatea con habilidad. Se para con poco apoyo. Camina si lo toman con ambas manos. Estando de pie se sienta. Puede llevar dos objetos pequeños en una mano. Tira de un objeto amarrado a un cordel. Puede diferenciar el uso de sus manos. Inserta objetos dentro de un recipiente.	Sabe lo que está cerca y lejos de él. Individualiza los objetos e investiga sus propiedades, los lanza, los muerde, los mira, los hace sonar. Apunta, toca y rebusca con el dedo índice. Imita cada vez más conductas, intenta jabonarse, da de comer a otros. Empieza a mostrar preferencia por un lado del cuerpo. Prueba nuevas formas de lograr un objetivo. Empareja los bloques de juego. Alcanza los juguetes hacia atrás sin mirar. Comprende una prohibición.	Demuestra los estados de ánimo (tristeza, alegría, enojo) y muestra preferencias. Identifica las partes del cuerpo. Imita gestos y expresiones. Empieza a identificar los sexos. Percibe la aprobación y desaprobación de sus actos. Llora si otro niño recibe más atención que otro. Coopera cuando lo visten. Le da miedo ejercitar nuevas acciones.	Practica palabras con sus respectivos gestos (adiós, no). Repite palabras incesantemente. Escucha con interés las palabras familiares. Entiende y obedece palabras sencillas (dame y toma).

Fuente: Alvarez, F. 2004, Brites de Vila, G. 2004, Marcelli, B. 2007 & Rigal, R. 2006,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 55

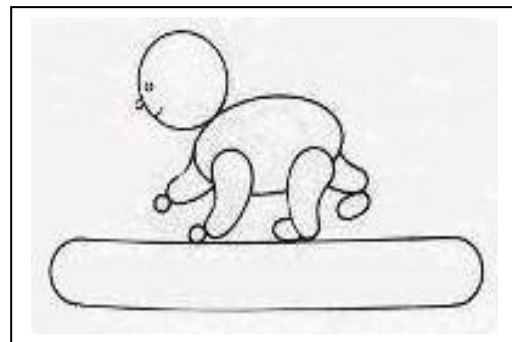
Decúbito supino



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

Gráfico N° 56

Marcha de oso



Fuente: Villa Elízaga. 1992.

Tabla N° 42
Onceavo mes

MOTRIZ	ADAPTATIVA	SOCIAL	LENGUAJE
Se para solo y tambalea. Puede ponerse de pie sin apoyo. Sube escaleras gateando. Camina tomado de una o dos manos. Sentado puede inclinar y recuperar la posición. Agarra los lápices para hacer rayas. Se quita las medias.	Explora la relación entre el continente y el contenido. Levanta la tapa de una caja. Hace garabatos en un papel. Puede usar ambas manos simultáneamente en actividades diferentes. Experimenta con los objetos para conseguir un fin. Coloca argollas en un palo y las saca de él. Mira con interés las ilustraciones de los libros.	Busca la imagen de los objetos en el espejo. Aumenta su dependencia hacia la madre. Obedece órdenes. Busca recompensa. No le gusta que le obliguen a aprender. Comprende el significado de no. Se siente culpable cuando hace algo indebido y lo demuestra. Imita movimientos. Juega en forma paralela con otros niños pero no con ellos. Trata de sobrepasar los límites impuestos.	Imita las lecciones, los ritmos y las expresiones faciales con más certeza. Repite una sílaba durante un largo tiempo (da, da, da). Comienza a diferenciar las palabras. Su habla se compone de varios sonidos. Reconoce las palabras como símbolos del objeto (avión y señala al cielo).

Fuente: Alvarez, F. 2004, Brites de Vila, G. 2004, Marcelli, B. 2007 & Rigal, R. 2006,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 57

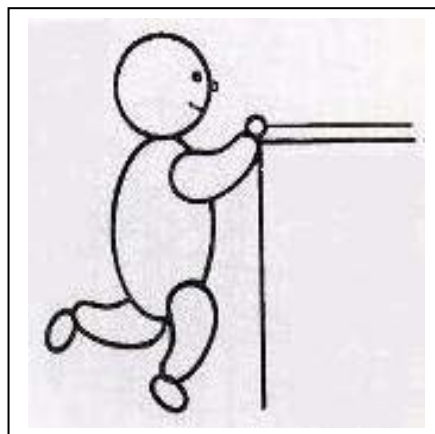
Busca el objeto escondido



Fuente: Villa Elizaga, I. 1992.

Gráfico N° 58

De rodillas a bipedestación



Fuente: Villa Elizaga, I. 1992.

Tabla N° 43

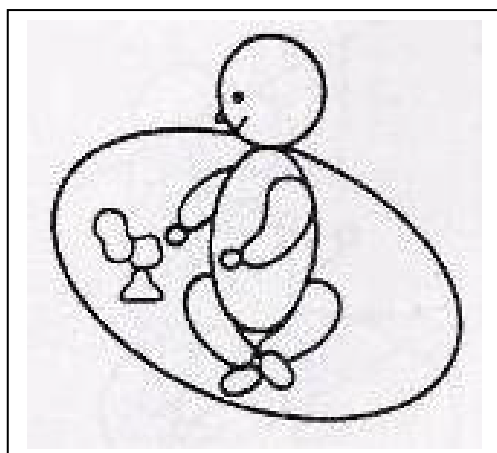
Doceavo mes

MOTRIZ	ADAPTATIVA	SOCIAL	LENGUAJE
<p>Asume la posición de cunclillas. Apoya las manos en el suelo y se para. Algunos inician la marcha. Para sentarse, dobla las piernas y lo hace. Quita las tapas de los frascos. Prefiere una mano a otra. Utiliza el índice para indicar. Puede empujar los objetos.</p>	<p>Alcanza con precisión un objeto aunque deje de mirarlo. Encuentra los objetos escondidos y los busca en más de un lugar. Se percibe así mismo como diferente al resto de las cosas. Mediante la experimentación aprende nuevas formas de resolver problemas. Construye una torre con dos o tres cubos por imitación. Se vuelve al oír su propio nombre.</p>	<p>Expresa diferentes emociones y las reconoce en otras personas. Teme a personas y lugares extraños. Desarrolla el sentido del humor. Demuestra afecto a personas y objetos. Entrega un juguete si se lo piden. Insiste en comer solo. Cooperera cuando lo visten.</p>	<p>Produce sonidos más parecidos al lenguaje de los padres. Practica las palabras que sabe (mamá, papá).</p>

Fuente: Álvarez, F. 2004, Brites de Vila, G. 2004, Marcelli, B. 2007 & Rigal, R. 2006,
Modificado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 59

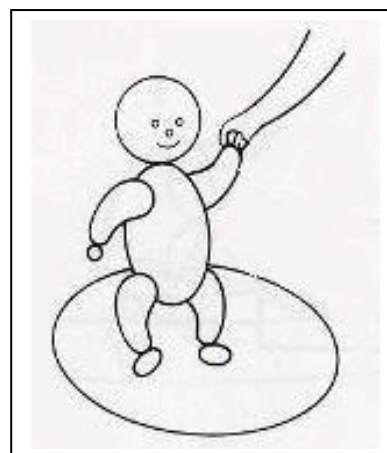
Sentado



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

Gráfico N° 60

De pie



Fuente: Villa Elízaga, I. 1992.

CAPITULO III

7. EL NÚCLEO FAMILIAR

El rol desempeñado por la familia en el desarrollo de la sociedad a través de la historia ha sido fundamental en gran medida debido a que dicha institución es la responsable de crear los patrones culturales que rigen el comportamiento del individuo dentro de un entorno social. Por ende, la familia no debe ser vista únicamente como el primer ambiente afectivo del ser humano, dado que el contexto familiar reproduce a pequeña escala los elementos básicos de la convivencia en sociedad.

Un breve análisis de la evolución de la familia nos permite observar cómo se desenvuelven las relaciones entre sus miembros y cómo éstos se adaptan a las condiciones ambientales, políticas, económicas y sociales. Así por ejemplo, las primeras sociedades nómadas, basadas estrictamente en la familia nuclear, derivaron con el tiempo en familias ampliadas, cuya interacción se desarrolló en varios grados de afinidad política o sanguínea. Este grado de interrelación entre familia y comunidad en la sociedad moderna es pieza fundamental para la implementación de políticas sociales por parte de los gobiernos con la finalidad de resguardar y fortalecer los vínculos familiares.

Al respecto en Latinoamérica se han dado políticas que han dado pie a un mayor involucramiento del padre en la crianza de los hijos. Así por ejemplo, la licencia de paternidad después del parto que varía en el número de días está ya en vigencia en Argentina, Chile, Paraguay, Colombia y Venezuela.

En nuestro país, el Congreso aprobó la licencia de paternidad remunerada, mediante la cual, “los servidores públicos y trabajadores privados con relación de dependencia y que estén afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), se beneficiarán de 10 días por el nacimiento de su hijo/a través de parto normal”⁹³ y 15 días si fuere cesárea.

⁹³ El Comercio, (2009). Los papás ya podrán acudir al parto. p.22.

Estas medidas van acorde con la constitución, cuando estipula que, “El Estado (...) impulsará la corresponsabilidad y reciprocidad de hombres y mujeres en el trabajo doméstico y en las obligaciones familiares”.⁹⁴ Y el art. 69 que dice, “Se promoverá la maternidad y paternidad responsables; la madre y el padre estarán obligados al cuidado, crianza, educación, alimentación, desarrollo integral y protección de los derechos de sus hijas e hijos”.⁹⁵ Por lo tanto, es derecho del recién nacido gozar de la presencia de ambos padres desde su nacimiento sin repercusión o discriminación alguna hacia sus progenitores en el mundo laboral.

3.1. Contexto Sociocultural en las Etapas Reproductivas

3.1.1. En el Embarazo

Aún cuando el embarazo es un proceso biológico y natural dentro de la sociedad, el ser humano se ha encargado de tecnificarlo mediante el uso de monitores, ecografías y ultrasonidos. Por lo que, especialmente en estratos sociales altos, el entorno presiona a la pareja a obtener todo estudio disponible que cerciore una y otra vez la normalidad del proceso reproductivo.

De esta manera se ha dejando de lado el estado psicológico de la familia, principalmente el de la mujer, ya que como el embarazo es “una gran lupa, que agranda y expone en mayores proporciones aquello que se estaba viendo al iniciarse el mismo”⁹⁶, su desarrollo se verá influenciado por toda esa carga tecnológica sin una verdadera asimilación de sus propias emociones, sin reflexión alguna al momento de lidiar con los cambios, sin realmente vivir el embarazo.

Pasos importantes al reformular su identidad y al desarrollar habilidades que le permitan cumplir con todos y cada uno de sus roles, ya sea como madre, como esposa y/o como trabajadora dentro de una sociedad.

Vale recalcar que las diferencias entre un embarazo deseado y otro que no fue planeado, tanto desde el punto de vista de la mujer como el de su pareja, repercuten en el proceso de desarrollo tanto físico como psicológico del nuevo ser y tensionan las relaciones dentro de la familia, y a su vez de éstos en su comunidad.

Canaval lo confirma: “De acuerdo con la teoría de las transiciones, el proceso de tener un hijo(a), y los cambios en la vida de la mujer, están determinados por una serie de factores internos y externos que repercuten en el manejo de la transición”⁹⁷ (Ver Tabla

⁹⁴ Constitución de la República del Ecuador 2008. p. 152.

⁹⁵ Constitución de la República del Ecuador 2008. p. 45.

⁹⁶ Cabero, L., Saldivar, D. & Cabrillo, E. op.cit., p.335.

⁹⁷ Canaval, G., Jaramillo, C., Rosero, D., & Valencia, M. op.cit., p.10.

Nº 44), así por ejemplo, los recursos internos de la familia, su estrato socioeconómico y el apoyo de redes sociales y médicas son de gran influencia en éste período.

Tabla N° 44
Indicadores de transición saludable en el embarazo

INDICADORES DE PROCESO	Interacción entre la pareja, la familia y el servicio de salud Afrontamiento y confianza Comprender las limitaciones de estar en el embarazo y la importancia de la nutrición Normalización de los síntomas físicos
INDICADORES DE RESULTADOS	Satisfacción, bienestar Desarrollan la identidad como futuras madres
SENTIDO DE EMPODERAMIENTO	Autonomía Toma de decisiones

Fuente: Canaval, G. 2007.

Sobre “Las relaciones interpersonales también hacen parte de estos indicadores de transición saludable, siendo las relaciones con la familia nuclear las más significativas; las mujeres calificaron el apoyo del esposo como algo fundamental”⁹⁸

3.1.1.1. Puntos y Momentos Críticos

Durante el embarazo existen períodos que generan inestabilidad y crisis, debido a la variabilidad de sentimientos que reflejan el estado psico-emocional de la mujer gestante, influyendo en la relación con su pareja, con su familia y con la sociedad.

Tabla N° 45
Momentos críticos durante el embarazo

La noticia del embarazo	Produce tensión, sorpresa, alegría y conflicto.
El hijo/a imaginario	El que pretende satisfacer, resolver y hacer todo lo que el adulto no pudo a nivel psicológico
Pasa de ser hija a madre / hijo a padre	Dependerá de la relación que cada uno tenga con su progenitor

Fuente: Cabero, L., Saldivar, D. & Cabrillo, E. 2007.

3.1.1.2. Entorno Social

Ortigosa expone la influencia del entorno social al afirmar lo siguiente:

El embarazo tiene múltiples implicaciones sobre la vida de la mujer, su desarrollo y participación dentro de la comunidad. Los síntomas físicos juegan un papel importantísimo en la dinámica social, ya que imprimen una influencia singular sobre la

⁹⁸ Canaval, G., Jaramillo, C., Rosero, D., & Valencia, M. op.cit., p.

autopercepción y en la posibilidad de sentirse aceptada por el grupo al que pertenece.⁹⁹

Como se trató anteriormente, el primer grupo será su familia (esposo e hijos/as), el siguiente su familia extensa (padres, suegros, hermanos/as, cuñados/as, abuelos/as), y el último su entorno social, que en parte “representa el grado de implicación social en la sociedad que tiene cada uno de los miembros de la pareja y los dos juntos”¹⁰⁰; y el involucramiento del personal de salud, amigos, vecinos, colegas de trabajo y demás personas que influyan directa o indirectamente en la vida del nuevo ser.

Además se ha demostrado que los cuadros depresivos que se presentan en el embarazo están fuertemente ligados a variables psicosociales (actitud negativa hacia su embarazo, relación de pareja insatisfactoria, antecedente personal de depresión, actitud negativa de la pareja hacia el embarazo, no planificación del embarazo).

Es por eso que la relación embarazada – personal de salud, debe fundamentarse en el respeto y confianza mutuos. En la responsabilidad que cada parte tiene dentro del proceso, es decir, la gestante debe proporcionar información verdadera para que el agente de salud determine el estado actual y proyecte los venideros. A su vez, el personal debe ofrecer la confianza y seguridad necesarias para que la embarazada se sienta libre de transmitir su historia y sepa que harán todo lo que este a su alcance para garantizar su seguridad y la de su bebé.

3.1.2. En el Parto

La reducción de la mortalidad materna es el *5to Objetivo del Milenio*, razón por la cual es necesario conocer sus causas para, de esta manera, identificar las deficiencias del sistema de salud en la realidad de cada país. Con esta finalidad, la OMS propone una nueva clasificación de causas de muerte materna, que se divide en tres categorías: muertes maternas directas (incluye suicidio en el embarazo, psicosis posparto, depresión posparto), muertes maternas indirectas y, “complicaciones imprevistas” durante el manejo del parto, que permite seguir las tendencias de iatrogenia en cesáreas.

Gran parte de la mortalidad materna se encuentra asociada al nivel de desarrollo social y económico, a la falta de equidad en la accesibilidad a los servicios de salud, así como al abuso de tecnología médica en el parto; tal y como lo afirma Freitas (2005) al relacionar éste último con las altas tasas de cesárea y el perfil de las desigualdades

⁹⁹ Ortigosa, E. (2003) *Fisioterapia perinatal* . p.16.

¹⁰⁰ Cabero, L., Saldivar, D. & Cabrillo, E. op.cit., p.336.

sociales. Este autor comenta además lo paradójico de “que las mujeres con bajo nivel socioeconómico, y por lo tanto con un mayor riesgo de complicaciones en el parto tienen menos probabilidades de cesárea que aquellas con bajo riesgo obstétrico y de ingresos más altos”¹⁰¹, lo que se interpreta como discriminación en el servicio por no pagar por la cirugía.

Similares datos nos ofrece Ronsmans (2007) sobre las diferencias socioeconómicas en las tasas de cesárea en países en desarrollo, que ocasionan consecuencias nocivas a mujeres, recién nacidos y sistemas sanitarios, ya “que van de una necesidad insatisfecha en los pobres a una necesidad cubierta en exceso en los ricos”¹⁰².

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) acepta que este tipo de nacimiento se ubique sólo entre el cinco y el 15 por ciento (...) Si el porcentaje es por debajo del cinco por ciento indica inaccesibilidad a la operación. Una tasa mayor del 15 por ciento representa un abuso del procedimiento¹⁰³.

Estudios como el siguiente demuestran cifras alarmantes en los años 80s:

en los EE.UU., se estimó que se había realizado aproximadamente 475.000 cesáreas innecesarias, que tuvieron como consecuencia entre 25 a 100 muertes maternas evitables, aproximadamente 25.000 infecciones maternas graves y 1.1 millones de días de estancia hospitalaria adicionales con un coste cercano al billón de dólares.¹⁰⁴

Y aún así, las tasas de cesárea, en la última década, se han incrementado en casi el doble del nivel recomendado., en países de altos ingresos, como Australia, Francia, Alemania, Italia, Norte América y el Reino Unido. Y también en los hospitales privados de países de bajos ingresos como Brasil, China y la India.

En el caso de América Latina, un estudio publicado en el British Medical Journal (1999) calculó:

que si se usa como medida la cifra de 15%, cada año en los países de América Latina y el Caribe son realizadas más de 850 mil cesáreas innecesarias. Si se toma como base un cálculo conservador de que una cesárea cuesta 500 dólares más comparada con un parto vaginal, los países de la región están derrochando 425 millones de dólares anualmente.¹⁰⁵

Entre los datos actuales y más específicos, podemos mencionar:

¹⁰¹ Las desigualdades sociales en las tasas de cesárea en primíparas, el sur de Brasil, *Rev. Saúde Pública*, 39 (5),
¹⁰² Ronsmans, C, Holtz, S & Stanton, C. (2007). Diferencias socioeconómicas en las tasas de cesárea en países en desarrollo: un análisis retrospectivo. *The Lancet*, 5(1), p.20
¹⁰³ El Comercio (2006) *Las cesáreas se convirtieron en un negocio muy rentable*. p. 23.
¹⁰⁴ Cabero, L., Saldivar, D. % Cabrillo, E. op.cit., p.1161
¹⁰⁵ Lee, S. (2004). Operación cesárea: estudio de causas y tendencias en un hospital de segundo nivel. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42(3). p.200.

“En Cataluña, en el 2000 hubo una tasa del 20.4% en los centros públicos, y del 32.8% en los privados.”¹⁰⁶

Lee (2004), menciona el incremento en el porcentaje de cesáreas en un hospital de segundo nivel en México, que “pasó de 30.7 en el quinquenio de 1993 a 1997 a 34.8 de 1998 a 2002”¹⁰⁷

Durante el período del 2000 al 2006 en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidí¹⁰⁸, (Bolivia), se registró que el 25% de los 48.928 partos fueron por cesárea.

“La incidencia de cesárea en la Clínica Bolivariana en Medellín Colombia en el 2006 fue del 30%, y en algunos centros asistenciales de la ciudad es alrededor del 50%.”¹⁰⁹

Muchos de estos procesos quirúrgicos se los realiza sin claro respaldo médico; careciendo de una adecuada valoración riesgo/beneficio. Precisamente al respecto, Aparicio y Balaguer (2008) determinan que, en su estudio de 120 hospitales latinoamericanos, la cesárea reduce el riesgo de mortalidad fetal y morbi-mortalidad neonatal únicamente en partos con presentación podálica; ya que si bien puede reducir en algo el peligro de muerte fetal en partos con presentación cefálica lo que más se produce, por el contrario, es un incremento de riesgo de morbi-mortalidad materna como neonatal.

La mortalidad materna tras cesárea es seis veces mayor con relación al parto vaginal y en casos de cesárea electiva, existe un 2.84 más probabilidades de muerte materna que el parto vaginal.

Dentro de la morbimortalidad fetal al realizarse una cesárea se encuentran como sobresalientes el riesgo de que el niño (especialmente prematuros) padezca de distrés respiratorio, y un riesgo del 1.9% de que sufra un corte accidental con el bisturí durante la práctica de la histerotomía.

Ortigosa (2003), destaca además, sobre la acción de los anestésicos en el desarrollo futuro del nuevo ser, en su vida extrauterina, al obligar a una participación pasiva durante el trabajo de parto y respuesta ausente del feto para salir del útero en el momento del nacimiento.

¹⁰⁶ Cabero, L., Saldivar, D. & Cabrillo, E. op.cit., p.1153.

¹⁰⁷ Lee, S. op. cit., p.202.

¹⁰⁸ Terán, R., Gutierrez, V & Lazo, L. (2007). Mortalidad Materna en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidí 2000 a 2006. *Revista Gaceta médica Boliviana*, 30(2), p.28.

¹⁰⁹ Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. op.cit., p.336.

Por otro lado, en el estudio llevado a cabo por Sufang y colaboradores (2007), se determinó que el alto porcentaje de cesáreas entre 1993 y 2002 se dio principalmente “por razones no médicas, como el miedo del dolor del parto, las preocupaciones sobre el tiempo o fecha de nacimiento (...) y la creencia de que la entrega por cesárea garantiza la protección del cerebro del bebé,”¹¹⁰ a estas se añade el hecho de que en estos casos el médico no se adjudica la responsabilidad sobre cualquier problema ocasionado por la cirugía, ya que por ser una cesárea a demanda, teóricamente, la mujer y el feto asumen los riesgos.

En el 2007, la OMS publicó un estudio que determinó que en el Ecuador se practica un 40% de cesáreas, siendo el segundo país entre ocho de América. El estudio se realizó en 18 hospitales del país, con una muestra de 12 484 mujeres en estado de gestación. “De esa cifra 5 047 mujeres dieron a luz por cesárea electiva (cuando se observa una complicación en el feto), urgencia sin trabajo de parto (cuando no hubo dilatación) e intraparto, en el momento mismo del procedimiento”.¹¹¹

Las estadísticas revelan un promedio del 60% de cesáreas en centros privados, mientras que en los públicos como la Maternidad Isidro Ayora, con capacidad para más de 100 camas, “en 2008 se atendieron 7890 partos normales y 3732 cesáreas. Al igual que en el Hospital Enrique Garcés, en donde hubo un 35% de cesáreas.”¹¹² En la maternidad Enrique C. Sotomayor, se presentó entre los años 2003-2004 un índice de cesárea del 40%¹¹³ y en el Hospital del Seguro Social, el 48% de los partos se produce por cesárea.

Cifras parecidas han sido compartidas por la *Asociación Alumbrando, comunidad por el arte del bien nacer*, al afirmar que “los partos por cesárea superan el 30% en hospitales públicos y un 60 y 70%, en las clínicas privadas.”¹¹⁴

Alberto Narváez, presidente del Colegio Médico de Pichincha, manifiesta que en el Ecuador, entre otras medidas que se deberían implementar, está un sistema de vigilancia de las cesáreas, a cargo del Ministerio de Salud y del Consejo Nacional de Salud. Así se debiera formular un protocolo clínico con guías especializadas que definan con claridad las razones por las cuales se debe efectuar una cesárea. (...) El cirujano ginecólogo Jaime Mosquera, de la Clínica Mosquera, sugiere que la mujer dé a

¹¹⁰ Sufang, G., Padmas, S., Fengmin, Z., Brown, J. & Stones, R. (2007). Entorno de parto y tasas de cesárea en China *Bull World Health Organ*, 85 (10), Ginebra. p.

¹¹¹ El Comercio (2009) *Ecuador es segundo en cesáreas*. p. 25.

¹¹² *Ibid.*, p. 25.

¹¹³ Salazar, D & Vélez, N. (2008). Incidencia y principales causas de cesárea en pacientes atendidas en la maternidad “Enrique C. Sotomayor”, período comprendido entre julio 2005 a septiembre 2005. *Revista “Medicina”*, 14(3), p.213

¹¹⁴ El Comercio (2009) *Las madres piden dar a luz sin necesidad de cesáreas*. p. 19.

luz en parto vaginal tres años después del primer proceso, cuando el útero ya cicatrizó. En esta clínica se atiende un 40% de cesáreas. De ellas, un 20% es porque la madre esperó varias horas en otras clínicas y el otro 20%, por riesgos en el embarazo (...) Rolando Montesinos, jefe del servicio de obstetricia del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, explica que no es una regla que las mujeres que dieron a luz por cesárea lo hagan siempre así. Pero hay el riesgo de que se produzca una ruptura uterina (se abra la cicatriz del parto anterior), por el esfuerzo físico.¹¹⁵

Mota (2006) complementa con el componente emocional cuando afirma que “el parto por cesárea tiende a ser el tipo de parto más frustrante, (...) a ser vivido como una especie de vacío, como una quiebra brusca de continuidad entre el periodo que precede y el que viene después del nacimiento.”¹¹⁶

Dolto (2005), añade, cuando el parto es vivido como un fracaso, como un maltrato para la madre, el recién nacido se inscribe en esa atmósfera dolorosa de la que se cree responsable, ya que nadie le ha dicho lo contrario.¹¹⁷

En relación a ello, en uno de sus últimos reportes, la WHO afirma que el 80%¹¹⁸ de muertes maternas, se producen por las siguientes cuatro causas: hemorragia severa (principalmente en el posparto), infecciones (también en el posparto), desordenes hipertensivos en el embarazo (eclampsia) y obstrucción del parto. Cifra que se reafirma con los siguientes datos:

En el hospital materno infantil Germán Urquidi de Bolivia, el 20%¹¹⁹ del total de muertes maternas, se produjeron en el puerperio. Torres y colaboradores (2005), aportan con un dato mucho más inquietante, en Medellín se obtuvo que el 78.8% de las muertes ocurrieron en el período posparto.

Si se sabe que el apoyo durante el parto reduce el porcentaje de cesáreas, y que las visitas posparto remiten más pronto los posibles casos de muerte tanto materna como neonatal, el presente trabajo pretende incidir en ambas áreas y así ser parte, como personal de salud, en el cumplimiento de los objetivos del milenio.

¹¹⁵ El Comercio (2009) Ecuador es segundo en cesáreas. p. 25.

¹¹⁶ Mota, M., Petters, V., De Oliveira, Z., Da Silva, J. y Regis, M. (2006) Encuentro de padres, bebés y profesionales de salud: oportunidad para la mujer y la familia para narrar lo vivido durante el proceso de nacimiento. p.5.

¹¹⁷ Dolto, C. (2005). Haptonomía pre y postnatal, por una ética de la seguridad afectiva. p. 18.

¹¹⁸ World Health Organization (2008). Maternal mortality Fact sheet Genova

¹¹⁹ Terán, R., Gutierrez, V & Lazo, L. (2007). Mortalidad Materna en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidi 2000 a 2006. Revista Gaceta médica Boliviana, 30(2), p.29.

3.1.2.1. Antecedentes

El parto es un evento fisiológico normal, "... está adaptado evolutivamente en nuestra especie lo que ha permitido su sobrevivencia especialmente en los ambientes más adversos como lo fue la prehistoria y la etapa precientífica de la humanidad."¹²⁰

Lo que sí se ha mantenido a lo largo de la historia es el apoyo emocional hacia la madre. Ya sea desde un enfoque mágico y supersticioso o del conocimiento científico actual (ver Gráfico N° 61).

Gráfico N° 61
Escena del parto europeo



Fuente: Landázuri, C. 2004.

¹²⁰ Muñoz, H., Kaempffer, A., Castro, R. y Valenzuela, S. (2001). Humanización del Proceso Reproductivo Mujer-Niño-Familia . p.84

En la evolución de las sociedades, la función de la mujer que presta ayuda en el parto se reconoce como de especialización y social, denominándolas primitivamente comadronas, parteras hasta llegar al concepto más moderno de la profesional matrona, cuando se otorga una formación formal a través de Universidades o Escuelas.¹²¹

Las practicas de atención/acompañamiento al parto se han visto influenciadas por este reconocimiento médico, como se dio en el modelo estadounidense al minimizar el papel de la matrona por considerar el parto como un fenómeno patológico, o cómo el perfeccionamiento científico técnico de la obstetricia en el sistema europeo que integró a la matrona, con su fortaleza en la esencia de su profesión que es "el estar con mujer" como apoyo emocional.

- Ecuador

Como datos más sobresalientes, se exponen en forma cronológica los siguientes:

Siglo XVI: 1565 Las esclavas negras y las indias son las primeras parteras. Los partos se atienden en los domicilios.

Siglo XVIII: 1736 "El Hospital de la Misericordia cuenta con un servicio de maternidad desde cuando vinieron los académicos franceses y trajeron con ellos a dos médicos, Drs. Jussieu y Seniergues. Se aplica el fórceps en obstetricia"¹²²

1794: Halles en Quito solicita permiso para enseñar obstetricia a las matronas.

Siglo XIX: 1838 El Presidente Rocafuerte trae a Mme. Antonia Catarina Desalle de Gallimée , partera parisina, para dirigir la nueva Escuela de Obstetricia (fundada en 1835).

1872: Amelia Sion, partera del Hospital de Maternidad de París, dirige la Escuela de Obstetricia y Casa de Maternidad en la quinta Yavirac junto al hospicio, al pie del Panecillo. Inaugurada por Gabriel García Moreno.

1891: "Juana Miranda gana el concurso de oposición convocado por la Universidad Central para llenar la cátedra de obstetricia práctica en el Colegio de Maternidad."¹²³

1893: La consulta externa recibe a 118 mujeres.

1894: La consulta externa recibe a 820 mujeres.

¹²¹ Muñoz, H., Kaempffer, A., Castro, R. y Valenzuela, S. op.cit., p.84.

¹²² Landázuri, C. & Grijalva, A. (2004). Juana Miranda . p. 212.

¹²³ Ibid. p. 223.

1899: Eloy Alfaro inaugura la Casa de Maternidad o Asilo Vallejo-Rodríguez. Ubicada en la Imbabura N°12., que perteneció a Juliana Vallejo.

La Escuela de Obstetricia de la Universidad Central estimó que para mediados del siglo XIX en los cantones Quito, Latacunga, Ambato y Esmeraldas, por cada cien partos, sólo sobrevivían 44 niños. Y Alfredo Jijón Melo, señala que una de cada tres mujeres que parían desarrollaba infección puerperal, lo cual ocasionaba la alta tasa de mortalidad materna. Otras causas de muerte eran las hemorragias posparto y los alumbramientos difíciles o distócicos.

Siglo XX: La estadística que se registra del primer trimestre de funcionamiento de la Maternidad, se da en 1901, haciendo alusión de nacimientos y defunciones en la ciudad de Quito. Además, en el primer año han ingresado a consulta interna 110 mujeres y 740 a consulta externa.

1904: el informe que presenta a principios de año, el Director de la Casa de Maternidad, Ricardo Ortiz, proporciona las siguientes cifras:

En cuanto á la estadística de la mortalidad por la infección puerperal, daré pues á conocer á Ud. la que se ha seguido cuidadosamente en la Maternidad, desde su fundación hasta el 31 de Diciembre de 1903. En el espacio de cuatro años dos meses se han verificado 461 partos y ha habido 73 enfermas de infección puerperal, de las cuales han fallecido 7.¹²⁴

El siguiente informe, a finales de año, presenta datos anuales, así en 1903 se registran 183 enfermas, 20 infecciones puerperales, de las cuales 3 mueren y en 1904, 185 enfermas, 15 infecciones puerperales con 1 defunción.

Se infiere que, aproximadamente en 646 atenciones en 5 años y 2 meses se dio un 15.5% de infecciones puerperales atribuidas en su mayoría al trabajo informal y falta de asepsia y antisepsia de las parteras.

1909: Isidro Ayora desempeñar el cargo de profesor de obstetricia y director de la Maternidad.

1931: "Se crea una casa cuna para hospedar a los hijos pequeños de las parturientas que se están recuperando del nuevo parto. Se habían empezado a acoger desde el año anterior."¹²⁵

1951: Se inaugura la nueva Maternidad "Isidro Ayora", en la Av. Gran Colombia.

¹²⁴ Landázuri, C. & Grijalva, A. (2004). Juana Miranda . p. 298.

¹²⁵ Ibid., p. 243.

Latinoamérica y nuestro país han recibido varias influencias en la atención y manejo del parto. Se ha desplazado a la matrona, principalmente del área urbana, y la organización de los servicios de salud, en su mayoría privados, obedece a una visión patológica de la maternidad, al inducir tanto medicamentos como prácticas quirúrgicas y por ende, la práctica rutinaria de éstos, hacen que el personal sanitario pierda la personalización y el apoyo emocional en la atención.

Casi 100 años después, ENDEMAIN nos presenta las siguientes estimaciones en mortalidad materna y las evoluciones del uso de servicios de salud materna:

Tabla N° 46
Estimaciones de la tasa de mortalidad materna y la razón de mortalidad materna en los 10 años anteriores a la encuesta, y comparación con las estimaciones para el período 1988-1994.

Encuesta y período	Número de muertes maternas (No ponderado)	Tasa de mortalidad materna (por 1000 mujeres)	Tasa general de fecundidad (por 1000 mujeres)	Razón ¹ de mortalidad materna		
				Muertes maternas (por 100.000 nac. vivos)	95% Intervalo de confianza	
					Bajo	Alto
ENDEMAIN-2004 1994 – 2004	28	0.128	119	107	67	147
ENDEMAIN-1994 1988 – 1994	49	0.188	118	159	114	204

¹ La razón de mortalidad materna se calcula dividiendo la tasa de mortalidad materna entre la tasa general de fecundidad y multiplicando el cociente por 100.000.

Fuente: ENDEMAIN 1994 y 2004

Tabla N° 47
Evolución del uso de servicios de salud materna.
Mujeres de 15 a 49 años de edad

Servicio de salud materna	Encuestas ENDEMAIN		
	1994	1999	2004
Control prenatal			
Al menos un control	74.7	80.6	84.2
Primer control al primer trimestre	56.7	60.7	64.6
Con 5 o más controles	47.5	52.8	57.4
Atención del parto en un establecimiento de salud	63.5	69.2	74.2
Partos por cesárea	17.1	19.9	25.8
Control postparto			
Al menos un control	33.3	36.0	36.2
Primer control en los primeros 40 días	22.7	24.7	24.9
Citología vaginal*			
Alguna vez	49.8	59.5	64.3
En los últimos 2 años	36.8	41.5	40.7

*Mujeres con experiencia sexual.

Fuente: ENDEMAIN 1994 y 2004

3.1.2.2. Pluriculturalidad

Dado que la reproducción, la maternidad y el parto constituyen fenómenos bio-culturales donde se reflejan valores, sentimientos y creencias, es de suma importancia que en un país como el nuestro que, por su diversidad geográfica, ha desarrollado diferentes culturas, se conozca, respete y se integren sus costumbres dentro del sistema convencional de salud, conociendo la percepción que tiene el indígena respecto de su propia salud (ver Gráfico N° 62, 63).

De esta manera: “La OMS recomienda articular los diferentes sistemas médicos tradicionales con el sistema oficial de salud a fin de reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad en poblaciones pobres y marginadas.”¹²⁶

A lo que dado el escenario intercultural ecuatoriano debe sumarse que,

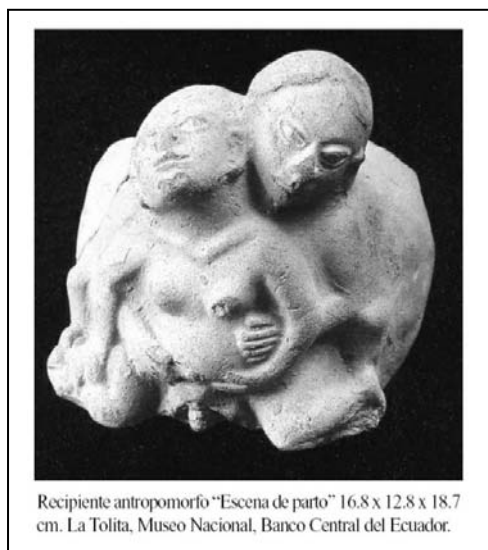
“Para las poblaciones indígenas andinas la salud no sólo implica el bienestar físico sino el bienestar del alma. La enfermedad está relacionada con la voluntad divina, involucra no sólo a una persona sino a la comunidad, al medio ambiente y a cualquier otro agente exterior.”¹²⁷

¹²⁶ Medina, A. & Mayca, J. (2009). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Construyendo nuestra interculturalidad*, 4(5), p.14.

¹²⁷ Buitrón, M. De Luca, E., De Marco, D., Paolo, G. (2002) *La sabiduría y arte de las parteras*. p. 33.

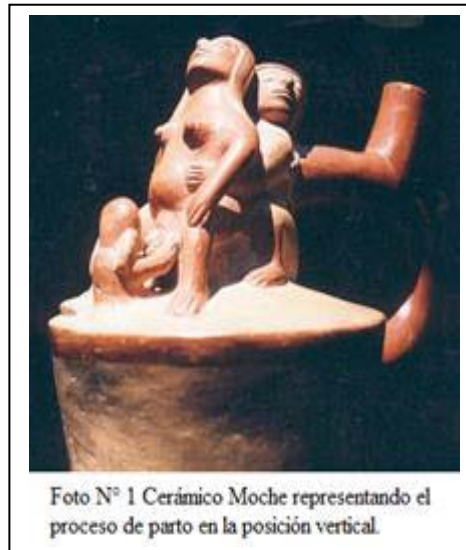
De esta manera, el parto trasciende su función biológica y se convierte en un fenómeno social y expresión cultural, relacionado con dioses, premoniciones, posiciones solares, muerte, etc.

Gráfico N° 62
Escena del parto “La Tolita”



Fuente: Landázuri, C. 2004.

Gráfico N° 63
Parto vertical “Moche”



Fuente: Medina, A. 2009.

“La reivindicación de la medicina tradicional se inició en 1998, con la creación de la Dirección Nacional de Salud Indígena y el reconocimiento constitucional de este tipo de prácticas tradicionales.”¹²⁸

En el 2005, la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, con apoyo del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) y Family Care International (FCI), elaboró e implementó una propuesta piloto de la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP) de los servicios de salud.

Experiencia que desde el año 2006 al 2008, fue ampliada a cuatro provincias de la Sierra central (Bolívar, Cañar, Cotopaxi y Chimborazo).

Otro gran ejemplo de esta simbiosis es el Jambi Huasi (Casa de Salud) de Otavalo. En este lugar se cuenta con una red de transferencia entre los dos tipos de atención (formal y ancestral), aun cuando se puede exclusivamente escoger solo uno.

¹²⁸ El Comercio (2004) La medicina tradicional y la occidental se complementan. p. D7.

De la misma manera, en abril del 2008, el Hospital San Luis de Otavalo, inaugura la sala de parto vertical, después de que, entre otros puntos, el 59% de usuarias manifestaran su incomodidad con la posición ginecológica durante el parto.

Así también en Riobamba, el Hospital Andino Alternativo Chimborazo, integra la medicina occidental, alternativa y andina. Donde el área de Obstetricia ha sido implementada con servicios para que la mujer decida con quien quiere ser atendida, su acompañante y la posición en la que dará a luz.

3.1.2.3. Atención Del Parto Culturalmente Adecuado

3.1.2.3.1. El Personal de Salud y el Trato Hacia la Usuaría y sus Familiares

Si sabemos que la atención institucional del parto reduce riesgos tanto para la madre, como para el recién nacido, es importante que el personal de salud humanice su trabajo al atender integralmente a la familia, sin excluirlos por creencias, practicas rituales y demás diferencias dentro de una comunidad.

De esta manera, se reducirían las cifras presentadas anteriormente por EDEMAIN, ese 25% que alude “mal concepto del establecimiento de salud”, ese 43% de partos atendidos por familiares y ese 7.3% de partos atendidos por la misma parturienta.

Por ejemplo, el gobierno holandés

consciente de los costos de salud, apoya la atención del parto domiciliario por matronas porque las investigaciones demuestran consistentemente que disminuyen los costos y los resultados son iguales o mejores a los partos atendidos por médicos.¹²⁹

Asímismo, Dolto (2005) acota lo siguiente con respecto al tiempo que debe dedicarse,

si los equipos de facultativos que asisten a las madres en sus partos contaran con el tiempo necesario como para no dejar salir nunca a una mujer de la maternidad sin haber vuelto a hablar con ella de lo que vivieron juntos, dirigiéndose también al recién nacido, estaríamos ciertamente sorprendidos de los efectos profilácticos de tal medida.¹³⁰

3.1.2.3.2. El Acompañamiento Durante la Atención del Parto

Odent (1990) se refiere al humano como mamífero, ya que para el momento del parto, lo único que busca es intimidad, por lo que las mujeres suelen alejarse de la comunidad y parir en el lugar más alejado. Fenómeno que si bien se mantiene en culturas

¹²⁹ Muñoz, H., Kaempffer, A., Castro, R. y Valenzuela, S. op.cit., p.75.

¹³⁰ Dolto, C. op.cit., p. 74.

indígenas, principalmente, se ve alterado en las ciudades por la intrusión del hombre médico en la atención del parto en primera instancia y luego por los hospitales y su tecnología. Por ende, “la participación del padre en el nacimiento coincide con la concentración de los nacimientos en los hospitales... va también a la par de la reducción de la familia a la dimensión de la pareja, de la familia nuclear.”¹³¹

Según el nuevo discurso cultural de la paternidad atender a los hijos es un elemento importante en la realización masculina, que comienza con el apoyo emocional a la mujer en el parto y con los primeros cuidados del recién nacido. De hecho, para la mayoría de las mujeres autóctonas el acompañamiento de su pareja en el trabajo del parto es importante, no considerando necesaria la presencia de otra persona.¹³²

Dentro de las percepciones de lo bueno de dar a luz en casa (ENDEMAIN), sobresale un 43.9% que expresa “Confianza en el ambiente, en los familiares y en la partera.” La siguiente razón, con un 23.5% es el “Buen trato de familiares y de la partera”, donde las entrevistadas se refieren a sus esposos, como quienes las cuidan, bañan, cocinan, etc. Con ello es evidente que,

El parto tiene un fondo emocional muy importante, sobre todo por la soledad situacional experimentada por la madre, especialmente en el caso de las mujeres cuyo embarazo concluye en instituciones públicas. Ahí la mujer se encuentra separada de su entorno, de su familia, en una sala de expulsión. Parir consiste en sacar de sí la vida que ha crecido en ella, perder una parte de ella misma que ha permanecido consigo, desde el anhelo mismo del embarazo hasta su materialización.¹³³

Marti (1997), se refiere a las emociones de la mujer, afirmando que

juegan un papel muy importante durante el proceso del parto, ya que en gran medida son las que controlan la liberación de hormonas. De esta manera si la mujer se encuentra tensa o asustada, su cuerpo trabajará para solucionarlo al hacer menos efectivas las contracciones del útero y por ende el parto demorará.¹³⁴

Los estudios de metaanálisis realizados por el grupo de gestación y parto de Chochrane, confirman lo mencionado anteriormente,

las mujeres que tuvieron familiares o personal de soporte entrenado durante el parto, tuvieron un trabajo de parto más corto y con menos intervenciones de analgesia o anestesia durante este, con una menor incidencia de instrumentación del parto. Los recién nacidos tuvieron menor probabilidad de tener apgar menor de 7 a los 5 minutos. En grupos de mujeres que tuvieron apoyo del personal entrenado en donde no se

¹³¹ Odent, M. (1990). *El bebé es un mamífero*. p. 22.

¹³² Luque, M. & Olivares, M. (2005). Diferencias culturales en la percepción de la vivencia del parto. *Index enfermería*, 14(48-49),

¹³³ Ortigosa, E. (2003) *Fisioterapia perinatal*. p.21.

¹³⁴ Martin, M. (1997). *Pregnancy and Childbirth*. p.14.

permitía el acompañamiento de familiares o amigos, la presencia del personal también redujo la probabilidad de parto por cesárea, con una experiencia más positiva frente al nacimiento.¹³⁵

Las evidencias científicas señalan que la presencia del acompañante contribuye a la mejoría de los indicadores de salud y al bienestar de la madre y del recién nacido. La presencia del acompañante aumenta la satisfacción de la mujer y reduce significativamente el porcentaje de cesáreas, la duración del trabajo de parto, la utilización de analgesia/anestesia y de oxitocina y el tiempo de hospitalización de los recién nacidos; auxilia a la mujer en el sentido de controlar y reducir la sensación de dolor, favoreciendo su participación durante el trabajo de parto, lo que aumenta su autoestima en relación al hecho de dar a luz, además de fortalecer los lazos afectivos y familiares; favorece el aumento del número de partos normales y, consecuentemente, disminuye el número de complicaciones de parto e infecciones, de psicosis puerperales y dificultad en la lactancia.¹³⁶

El estudio llevado a cabo en el Hospital de Maternidad en Campinas (Brasil) por Brüggemann y colaboradores (2007), manifiesta reconocimiento, por parte de los profesionales de la salud, hacia el apoyo que ejerce el acompañante, ya que genera sentimientos positivos, la parturienta se encuentra más complacida, segura y tranquila. Por otro lado y contrario a lo que se cree, el acompañante no causó problema alguno y motivó a que el personal de salud sea más humano y tenga menos actitudes de rutina.

Se debe recalcar que “este tipo de apoyo permanente es la ayuda a los padres a tener la mejor experiencia posible del parto y a estar listos para cuidar y acercarse emocionalmente al bebé.”¹³⁷ Así, los compañeros de las parturientas, “se sintieron realizados en vivenciar este momento, ayudando a la mujer, estando próximo a su hijo, participando activamente, cortando el cordón umbilical, interactuando con el bebé y acompañando el examen pediátrico.”¹³⁸

Freitas (2005), afirma que las entidades gubernamentales brasileñas han invertido también en acciones de humanización al parto, estimulando el apoyo continuo durante el parto por profesionales de la salud o laicos.

Otro punto importante del acompañamiento es la ayuda que se presta a la parturienta con los diferentes tipos de respiración durante el trabajo de parto, que si bien

¹³⁵“Cuidado de enfermería durante la gestación y parto de bajo riesgo”. En línea //2008. 17 nov/2008. <<http://>> p.68.

¹³⁶ Mota, M., Petters, V., De Oliveira, Z., Da Silva, J. y Regis, M. op.cit., p.7.

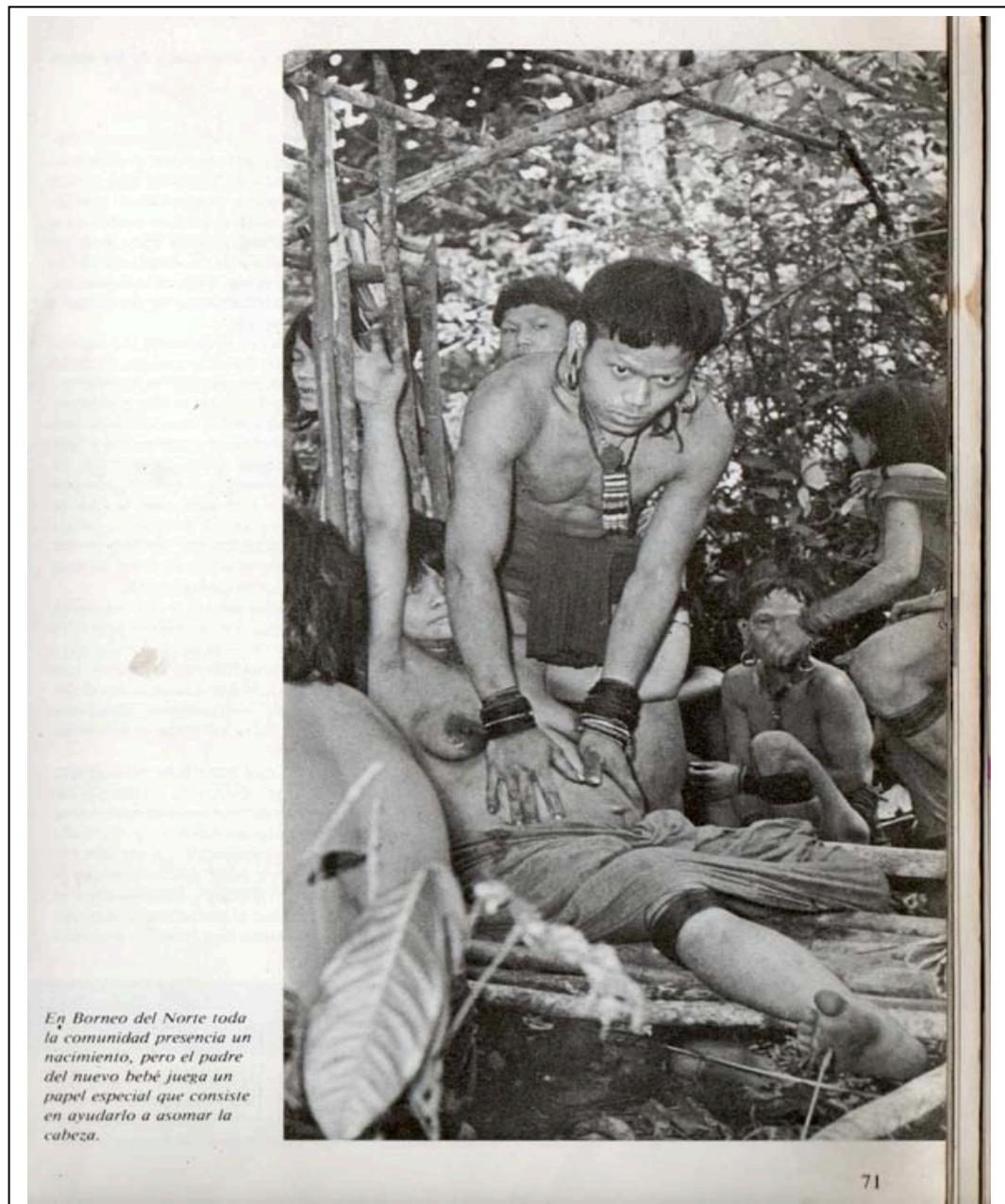
¹³⁷ Montalvo, G. (1999). *Introducción a la pediatría y puericultura* . p. 188

¹³⁸ Mota, M., Petters, V., De Oliveira, Z., Da Silva, J. y Regis, M. op.cit., p.7.

es cierto, lo puede realizar el personal de la sala, la mujer reacciona de mejor manera y los lleva a cabo eficientemente si es una persona que la guía es conocida por ella.

En el gráfico a continuación se aprecia el apoyo no solo del padre sino también de la comunidad durante el parto.

Gráfico N° 64
Padre activo durante el parto



Fuente: Landázuri, C. 2004.

3.1.2.3.3. Posición del Parto

Desde 1985, la Organización Mundial de la Salud, ya hace referencia sobre el caminar durante la dilatación de la vagina y el permitir a la parturienta que elija la postura que deseen para dar a luz. Y en 1996, WHO fundamenta con las siguientes evidencias científicas las ventajas del parto vertical:

- Las fuerzas de gravedad favorecen el descenso y encaje fetal, ya que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina. (Mendez Bauer, 1976);
- El aumento de los diámetros del canal de parto: 2cm. antero posterior y 1cm en sentido transversal (Borrel, 1957) y moldeamiento de la articulación coxo femoral (Russell, 1969);
- “Menor presión intravaginal, lo que disminuye la resistencia al pasaje del móvil fetal por la relación directa entre la relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxo femoral.”¹³⁹
- Más oxígeno disponible para el feto por la no compresión de la vena cava (Giraldo, 1992);
- Un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período dilatante (Arbues, 1982), como en el expulsivo (Gallo, 1992); (Caldeyro Barcia, 1987); (Sabatino, 1992); facilitando la transición feto-neonatal;

“Hoy en día se sabe que casi todos los pueblos originarios, según representaciones en estatuillas y cerámicas, y hasta la edad media, utilizaron para el parto la posición vertical, sea en cuclillas o de pie, considerando que es la posición normal”¹⁴⁰

Gráfico N° 65
Grabado mexicano del parto



Fuente: Landázuri, C. 2004.

Gráfico N° 66
Parto en Perú (Awajun y Wampis)



Fuente: Medina, A. 2009.

¹³⁹ Ministerio de Salud Pública (2008). Guía Técnica para la atención del Parto Culturalmente Adecuado . p. 34.

¹⁴⁰ Medina, A. & Mayca, J. (2009). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Construyendo nuestra interculturalidad, 4(5), p.3.

Otro resultado obtenido por ENDEMAIN, se refiere a la práctica de costumbres y tradiciones (15.1%), siendo una de ellas el escoger la posición de parto.

Como lo menciona Luque (2005), aun cuando existe reconocimiento de la influencia positiva

“que tiene sobre la evolución del parto la libertad de movimientos, en España el periodo de dilatación y el expulsivo suelen hacerse en la cama por motivos de comodidad para los profesionales sanitarios. Hecho que se contrapone y crea contradicciones entre las concepciones socio-culturales y las ventajas ofrecidas por el sistema sanitario al disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal respecto a sus países de origen, de las cientos de migrantes que en las últimas dos décadas dicho país ha recibido.”¹⁴¹

Por ejemplo, en Perú el índice de mortalidad materna se ha disminuido, de 628 muertes en el 2004 a 513 en el 2007¹⁴². Lo que el Ministerio atribuye, entre otras cosas a la implementación del parto vertical.

“La posición que la mujer adopta durante el proceso del parto es vertical, afianzándose en una madera transversal, en posición de cuclillas, y siempre cuenta con el apoyo familiar; mientras que el esposo estará a su lado dándole la seguridad emocional.”¹⁴³

El parto se efectuaba en cuclillas y se tomaba al poste central que tenía la casucha. El niño que nacía se recibía en un cuero de oveja tendido en el suelo. (...) Terminado el parto la madre se metía con el niño al agua y se bañaban, después de los ocho días volvía a la casa donde se celebraba el acontecimiento.¹⁴⁴

Para el gineco-obstetra Francisco López, el concepto de parto humanizado

encierra respeto a los tiempos de la mamá y del hijo, a la idea que la mujer se mueve a su gusto en la labor de parto hasta elegir la posición más cómoda. (...) Defiende la postura vertical y la “desmedicalización del parto”, como indica el médico francés Michel Odent. La voz del obstetra indicando: ‘señora puje’ pudiera traer secuelas a nivel psicológico y afectar la seguridad en la toma de decisiones.¹⁴⁵

¹⁴¹ Luque, M. & Olivares, M. (2005). Diferencias culturales en la percepción de la vivencia del parto. *Index enfermería*, 14(48-49), 8.

¹⁴² Nureña, C. (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), p.374.

¹⁴³ Medina, A. & Mayca, J. (2009). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Construyendo nuestra interculturalidad*, 4(5), p.5.

¹⁴⁴ Muñoz, H., Kaempffer, A., Castro, R. y Valenzuela, S. op.cit., p.81.

¹⁴⁵ El Comercio (2007). *El tipo de parto deja huellas en los bebés*. p. 23.

La psicóloga Alarcón, cree que la forma en que se nace te marcará de por vida. “Lo que le cuesta dar a luz es procesado y convertido en afecto. Si el bebé siente agresión pensará que así es el mundo exterior”¹⁴⁶

3.1.2.3.4. Apego

Los pediatras Marshall Klaus y Jhon Kennell (1976) fueron los primeros en describir el apego que se produce entre los padres y el recién nacido, y pusieron énfasis en la importancia de los primeros días. Llamaron "período sensible post-parto", a las primeras 2 horas de vida, momento perfecto para encauzar todo el entusiasmo generado durante el embarazo. Tanto de la madre al dar de lactar inmediatamente después de nacida la criatura, y del padre al cargar y examinar a su crío. Favoreciendo así el establecimiento del vínculo familiar mediante el apego temprano y el inicio de la lactancia.

Gráfico N° 67
Bonding



Fuente: Riordan J. 2010.

Michel Odent, también describe un “período primal” desde la concepción hasta el primer año de vida; durante el cual el ser humano aprendería a desarrollar la capacidad de amar a sí mismo como a los demás.

Ambos períodos tienen un sustrato biológico claramente documentado, con un activo flujo de hormonas entre madre e hijo -ocitocina, prolactina, catecolaminas- por lo cual es importante interferir lo menos posible sobre la fisiología del parto y el período del post-parto inmediato; lo mismo cabe señalar en relación al uso de diversos agentes

¹⁴⁶ El Comercio (2007). El tipo de parto deja huellas en los bebés. p. 23.

farmacológicos que pueden alterar el período sensible (ocitocina artificial, preparados anestésicos y analgésicos).¹⁴⁷

Por otro lado, en investigaciones realizadas por el Doctor Brazelton y su equipo, se determina que este apego no es inmediato en todas las mujeres, por lo que algunas prefieren recobrar su propia energía antes de recibir al nuevo bebé. Por ende, el personal de salud es el llamado a presentar a los nuevos padres todas las opciones y facilitar la que ellos escojan.

Las ocasiones en las cuales el estado del bebé exige que sea llevado velozmente a la unidad de cuidados intensivos, y en las cuales no ha habido la oportunidad de que los padres le den inmediatamente la bienvenida a su bebé, han demostrado que el proceso de apego es un proceso prolongado y no un instante único y mágico. La oportunidad de apegarse en el momento mismo del nacimiento puede compararse al acto de enamorarse: permanecer enamorado toma mucho más tiempo y exige mayor esfuerzo. Cuando el primer saludo debe ser postergado, los padres siguen teniendo la oportunidad de apegarse completamente a su bebé.¹⁴⁸

Las experiencias de la madre durante el parto son intensamente emocionales debido a la gran cantidad de neuropéptidos y otros neurotransmisores.

El recién nacido se encuentra “inundado” por las emociones de la madre. A los 3 – 5 minutos del nacimiento comienza un estado de alerta que dura de 40 a 60 minutos, genéticamente dispuesto para la interacción. Luego cae en “letargo” por aproximadamente 12 horas.

Para finalizar, vale recalcar que una de las razones por las cuales el 14.5% de las entrevistadas (ENDEMAIN) alegan no gustar de las prácticas del hospital, esta relacionada con la separación de la madre y el bebé.

3.1.2.3.5. Entrega De La Placenta

Buitrón (2002) nos expone al mundo indígena cuando asevera que, “en todos sus ámbitos, es un sistema de equilibrio basado en el respeto a la tierra y a la naturaleza, los indígenas se consideran parte de ellas y no sus dueños, la tierra es a la vez, espacio y tiempo.”¹⁴⁹ por lo que es de suma importancia el retorno de la placenta a la madre tierra, debido a la personificación que la cosmovisión andina le otorga, en algunas

¹⁴⁷ Muñoz, H., Kaempffer, A., Castro, R. y Valenzuela, S. op.cit., p. 5.

¹⁴⁸ Montalvo, G. op.cit., p. 188.

¹⁴⁹ Buitrón, M. De Luca, E., De Marco, D., Paolo, G. (2002) La sabiduría y arte de las parteras Edizione a cura di p. 31.

comunidades se la entierra incluso con ropa y ofrendas a los espíritus ancestrales maternos.

Por ejemplo, en la cultura chilena Mapuche, la placenta es enterrada “en la huerta o en el predio destinado a las siembras, esta práctica está ligada al concepto de fecundidad. También a través del examen de la placenta podían vaticinar el futuro de la madre o el niño.”¹⁵⁰ De igual forma en la amazonía peruana, la placenta debe que ser enterrada (ver Gráfico N°66), pero aquí lo realizan

bajo la cama de la madre, a una profundidad de aproximadamente 60cm, lo que brinda una tranquilidad emocional a la madre, al cumplir con el ritual que evitará enfermedades, peligros de brujería y actitudes futuras de desarraigo y desamor de sus hijos, creando un vínculo con la comunidad, y, cuando el niño(a) sea grande, se casará con una mujer o varón de su comunidad y no se alejara, manteniendo la unidad familiar

151

Gráfico N° 68
Manejo de la placenta en Perú (Awajun y Wampis)



Fuente: Medina, A. 2009.

3.1.3. En el Puerperio

Existen muchas diferencia alrededor mundial en la manera cómo el postparto es tratado. Por ejemplo, en los países asiáticos, la mujer se queda más tiempo en el hospital y se promueve el pasar tiempo juntos. Además la familia extensa forma parte importante dentro de este período, especialmente la abuela, quien se muda por un tiempo, a casa de la nueva familia para cuidar de ellos.

Otro ejemplo pueden ser las sociedades europeas como Suiza, Noruega, Suecia, Finlandia en donde las políticas de salud permiten que los padres se queden en casa sin

¹⁵⁰ Muñoz, H., Kaempffer, A., Castro, R. y Valenzuela, S. op.cit., p.81.

¹⁵¹ Medina, A. & Mayca, J. (2009). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Construyendo nuestra interculturalidad*, 4(5), p.11.

poner en peligro su estabilidad laboral. De la misma manera, Holanda cuenta con la asistencia del cuidado materno en casa o “kraamverzorgende”, donde las matronas holandesas son piezas fundamentales dentro del sistema de atención materna, son parte del sistema primario de atención y tienen la autoridad para decidir quiénes continúan en atención primaria con parto en domicilio, y quienes deben ser vistos por especialistas.

Montalvo también nos acerca a prácticas más centradas en el cuidado materno al afirmar que:

En algunas culturas se espera que la madre se quede en cama, envuelta en su edredón hasta un mes después del parto. El bebé la acompaña envuelto a su lado. Durante un mes los familiares vienen a cuidarla, alimentarla y ayudándole con el baño. No se espera que ella haga absolutamente nada, salvo alimentar a su bebé y recuperarse.¹⁵²

Muy por el contrario, en otras sociedades modernas, el marketing ha reemplazado este soporte emocional con regalos materiales, así por ejemplo como lo expone Kelleher (2002), la cultura Americana del parto en los Estados Unidos se centra en equipar a la nueva familia con asientos para el automóvil, carritos, juguetes, etc. sin realmente ver lo desprotegida que ésta queda durante el cuarto trimestre, más aún cuando se contó con una constante asistencia en el parto y parto. Y cuando ya el bebé es una realidad palpable al igual que todas las dudas, emociones y dificultades que en mayor o menor proporción siempre se presentan, no existe un apoyo apropiado hacia la recién nacida familia.

Al mismo tiempo, también se debe lidiar con la presión social que constantemente demanda instantáneo apego, así como rápida recuperación, en lo que “se halla implícito el mensaje de que la madre debería estar preparada para manejar su propia recuperación y apego al bebé.”¹⁵³

ENDEMAIN corrobora lo dicho acerca de la escasa atención en el puerperio, ya que únicamente el 36.2% de mujeres recibió al menos un control postnatal dentro del periodo comprendido entre julio de 1999 a junio del 2004.

3.2. Relación Psicoafectiva de la Triada

Las relaciones interfamiliares dependen tanto de factores materiales como psicológicos y afectivos. Y es responsabilidad de los padres el ofrecer un ambiente sano para el desarrollo infantil.

¹⁵² Montalvo, G. op.cit., p. 187.

¹⁵³ Montalvo, G. op.cit., p. 187.

La tríada es esencial para la construcción de un ser humano, ya que la relación dual entre el niño y su madre es, en definitiva, mucho más pesada de asumir tanto para el uno como para el otro. Cuando son tres estamos ya en simbolismo. El triángulo representa la generación.¹⁵⁴

De esta manera, Gragnon (2009) menciona cuatro factores en la creación del mismo: protección contra el daño, afecto saludable, atención receptiva y lactancia materna. El nivel educativo de la pareja, el apoyo social y la educación impartida por el personal de salud influirán en todos estos factores, he ahí la importancia de la presente disertación.

Se debe entonces tener en cuenta que la asimilación y sobretodo la puesta en práctica de lo aprendido será diferente para cada uno de los padres, por lo tanto el método de enseñanza debe adecuarse a sus contrastes, mientras que la madre requiere mucho más de apoyo emocional, el padre prefiere saber los hechos y resultados de sus acciones. Así lo corrobora Dr. Pruett (2000), al recalcar las diferencias en la manera como cada sexo cría a su prole y cómo ésta necesita de ambos para encontrar equilibrio.

Dolto (2005), hace referencia en cambio a “cuanta más atención reasegurante se da en estos tres meses, más autónomo será el niño más tarde. Pero un niño que no ha sido reasegurado en este momento no será nunca verdaderamente autónomo.”¹⁵⁵

Dentro de la recopilación de datos efectuada por Dr. Kneier¹⁵⁶ sobre la ausencia paterna y su repercusión en la sociedad en USA se encuentra la siguiente referencia:

- 5 veces más probabilidades de cometer suicidio.
- 32 veces más probabilidades de unir de la casa.
- 20 veces más probabilidades de desarrollar un problema de comportamiento.
- 14 veces más probabilidades de cometer una violación.
- 9 veces más probabilidades abandonar los estudios secundarios.
- 10 veces más probabilidades de abusar de sustancias químicas.
- 20 veces más probabilidades de terminar en la cárcel.

Por ende, el personal de salud debe proporcionar una adecuada educación y acompañamiento a los nuevos padres creando confianza y guía para el desarrollo de sus propias habilidades con el fin de cuidar de sí mismos y de su recién nacido.

¹⁵⁴ Dolto, C. op.cit., p. 43.

¹⁵⁵ Dolto, C. op.cit., p. 54.

¹⁵⁶ Kneier, G. (2003). *The importance of fathers* Calgary. En línea 2003. 6 nov/2010. < http://www.drgary.ca/index_site.htm > Traducido por: Llusca, K. 2010.

CAPITULO IV

8. TERAPIAS EN EL POSTPARTO

4.1. Métodos de movimiento

Toda acción en el cuerpo representa un movimiento, ya sea externo o interno, por lo que las Terapias del Movimiento pretenden servirse del ejercicio físico como medio terapéutico, para armonizar las estructuras corporales, como una medida preventiva en un principio, y luego como complemento del trabajo muscular activo. Cabe recalcar que como medio terapéutico, debe ser practicado por un profesional en la materia que supervise su ejecución constantemente.

Las técnicas sugeridas a utilizarse en este periodo por sus beneficios y fácil ejecución son:

4.1.1. Feldenkrais

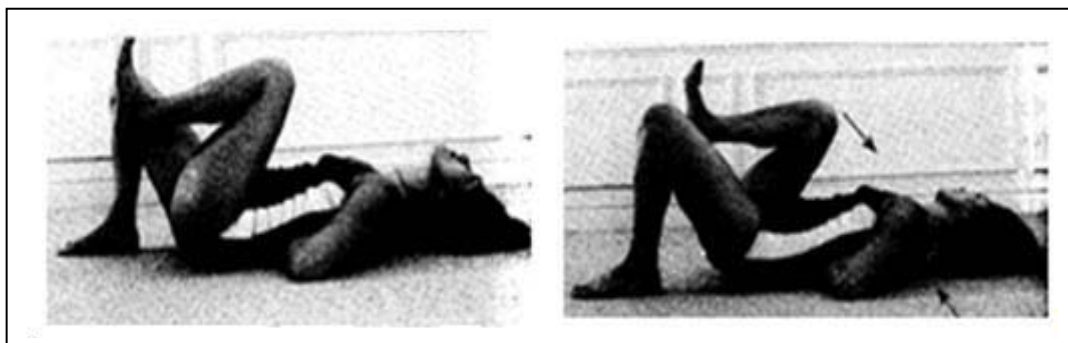
Moshé Feldenkrais nace en Rusia en 1904 y a sus 14 años emigra a Palestina. Se gradúa de ingeniero y obtiene su título de doctor en Física en la Sorbona de París. Luego de una grave lesión en su rodilla y después de visitar varios especialistas sin mayor éxito en su recuperación, decide investigar por su cuenta logrando establecer su método al mezclar varios de sus conocimientos previos en Judo, anatomía, psicología, física y artes marciales.

El método aborda la totalidad del hombre a partir de su interacción con el medio ambiente mediante un mínimo esfuerzo y mayor eficacia al conocer el funcionamiento y tratamiento del movimiento, actuando en el sistema nervioso para regular, mejorar y coordinar los movimientos, la postura, la flexibilidad y la relación espacial.

Así, mediante el aprendizaje de la interrelación que existe entre el sentir, pensar y actuar en cada movimiento es que se desarrolla la “autoconciencia”, ya que es la misma persona quien aprende de su experiencia. Con esta toma de conciencia se realizan movimientos en secuencia que ejercitan en forma concreta la función neuromotora.

La integración funcional se practica en sesiones individuales, en las que sin imposición o dolor alguno, se potencia la movilidad mediante manipulaciones ligeras, precisas y adecuadas a las necesidades de la persona.

Gráfico N° 69
Engrama en triple flexión



Fuente: Rueda, 2009.

4.1.2. Pilates

Joseph H. Pilates, creador del método que en un principio llamó “Contrología”, nace en Alemania en el año de 1880. Durante su niñez sufrió de varias enfermedades como asma, fiebres y raquitismo, que junto con su encarcelamiento en Inglaterra durante la primera guerra mundial (1914) constituyeron experiencias fundamentales para la creación y perfeccionamiento de su método de movimiento.

En 1926, Pilates decide viajar a los Estados Unidos, y junto a su esposa Clara abren un estudio de preparación física. Que en poco tiempo toma remarcada importancia entre sus habitantes.

Lo característico del método PILATES, es la armonía que existe entre cuerpo y mente, con la finalidad de conseguir equilibrio físico y mental para afrontar los retos de cada día. Ganando tono y fuerza muscular en un estado de plenitud y calma.

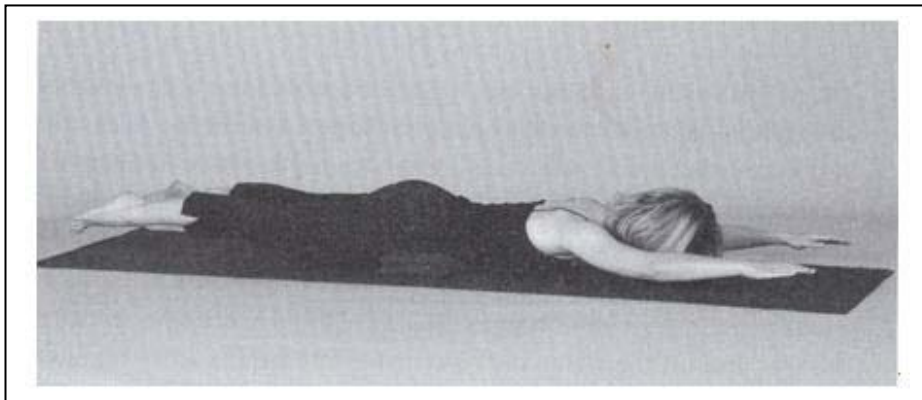
Los principios básicos del Pilates son:

- **Concentración:** tanto en el movimiento actual como en la visualización del siguiente, para que el sistema nervioso elija la combinación de músculos correcta para ejercerlo.
- **Control:** de mente y cuerpo en cualquier movimiento físico. Evitando así lesiones y efectos contraproducentes.

- **Centramiento:** el abdomen, la columna lumbar y las nalgas constituyen la zona denominada "Central Eléctrica". De gran importancia en todos los ejercicios de Pilates.
- **Fluidez:** los ejercicios deben ser ejecutados de una manera suave y uniforme. Respetando el ritmo individual para conseguir continuidad.
- **Precisión:** la coordinación y exactitud de cada uno de los ejercicios determinarán óptimos resultados.
- **Respiración:** la purificación del flujo sanguíneo con una respiración profunda debe coordinarse con la preparación y ejecución del movimiento.

En la actualidad, el método Pilates es famoso por lo simple y efectivo que resulta ser para cualquiera que lo practique.

Gráfico N° 70
Estiramiento de estrella



Fuente: Selby, 2002.

4.1.3. Mézières

Françoise Mézières nació en Francia en el año de 1909, estudió en la Escuela Francesa de Ortopedia y Masaje y para la primavera de 1947 descubrió lo que ella denomina su "observación princeps", en la cual basa su Método.

El método trata de comprender al individuo en su unidad y en su unicidad, tanto solucionando como previniendo lesiones y dolores. Se lo lleva a cabo mediante un trabajo postural que recupera progresivamente la extensibilidad muscular global al reequilibrar las cadenas musculares y articulares.

Para ello, Mézières define los siguientes principios:

- “Todo procede de la rigidez de los músculos posteriores”
La flexibilidad de los músculos espinales es la clave durante la bipedestación mas no su fuerza en sí. Por lo que el trabajo se centra en obtener su elasticidad y tono natural.
- “Solo existe la lordosis. La lordosis es la responsable de la cifosis. Todo es compensación lordótica”
Por lo que la intervención debe darse sobre la lordosis que a su vez modificará la cifosis.
- “Solidaridad del tronco y los miembros. Influencia de la rotación interna de los miembros”
Los miembros se adecuan al tronco, por lo que el hueso poplíteo constituye una tercera concavidad, que de manera inversa a las dos anteriores se ordena en el esquema corporal.
- “Influencia del bloqueo diafragmático”
La multifuncionalidad y las inserciones del músculo diafragmático determinan la importancia del bloqueo respiratorio en la corrección lordótica.
- “Sin cuádriceps no hay sostén”
Al impedir las lordosis y la rotación interna de los miembros se crea una tensión global, fácilmente detectada en el tono cudricipital.
- “Los abdominales”
Músculos que actúan en la zona lumbar sin tener inserción en ella por lo que sufre de una fuerza opuesta ejercida por los músculos lordosantes.
- “Efectos de las posiciones de la cabeza”
Las inclinaciones y rotaciones de la cabeza se irradian a la región torácica, por la tensión de tejidos blandos y el engranaje articular.

Gráfico N° 71 Método Mézières



Fuente: Cittone, 1999.

4.2. Masajes

La piel es el órgano corporal más grande y de mayor sensibilidad receptiva del organismo, ya que distingue, frío, calor, peso, textura, volumen, presión, tamaños, consistencia, aspereza, etc. Dolto (2005), menciona su importancia desde el embarazo mismo, “como primer órgano de los sentidos a disposición del niño *in utero* y como primer órgano de comunicación e intercambios”¹⁵⁴.

Por ello, el acto de tocar y comunicarse mediante el masaje produce efectos bidireccionales ya que siempre implica reciprocidad, en este caso el bebé aumentará de peso, dormirá mejor y se presentará menos irritable; y la persona que lo realiza presentará menos estrés y menos ansiedad.

Se ha confirmado a nivel mundial los beneficios del masaje infantil y podemos mencionar los siguientes:

- Relaja y libera tensiones.
- Fortalece las funciones respiratorias, circulatorias y gastrointestinales.
- Alivia las molestias relacionadas a: la dentición, la congestión de gases, cólicos y tensión emocional.
- Mejora los estadios del sueño (duerme más profundo y por más tiempo).
- Maximiza el desarrollo neurológico.
- Aumenta vínculos afectivos y emocionales.
- Mejora su conocimiento sensorial.

Dentro de los preparativos se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- La receptividad del bebé.
- Un ambiente cálido.
- Comodidad del bebé y de la persona que realizará el masaje.
- Aceite, manta y/o pañal
- Horario.

¹⁵⁴ Dolto, C. op.cit., p. 24.

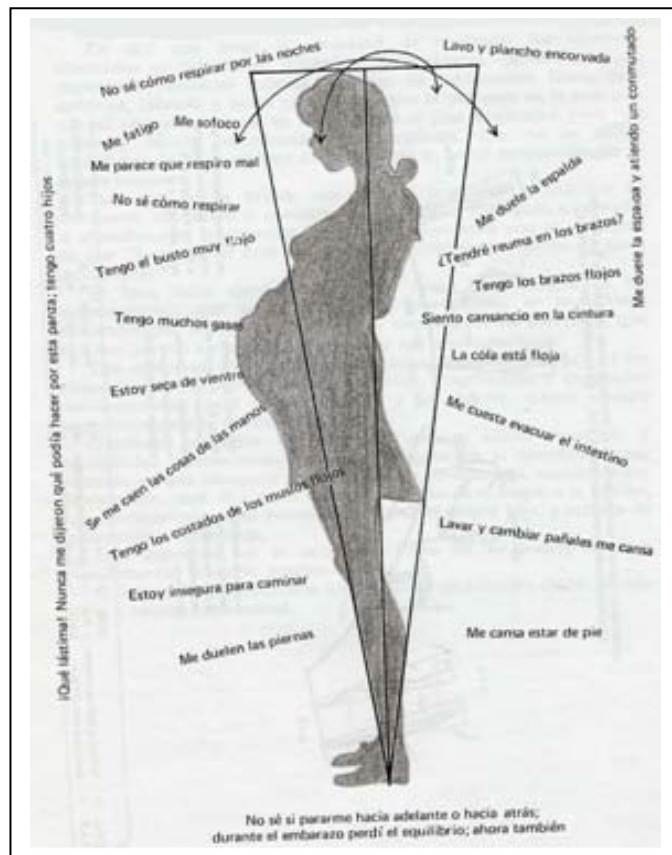
Existen también contraindicaciones antes de practicar un masaje.

- Enfermedad
- No receptividad por parte del bebé o no voluntad por parte del adulto.
- Horarios de sueño.
- Horarios de alimentación.
- Procesos quirúrgicos
- Cicatrización del ombligo

4.3. Reeducción Abdomino-Perineal

Se necesita una reeducación en el período posparto ya que el cuerpo debe regresar a su forma pre gravídica adaptándose a la pérdida brusca de peso y al cambio de su centro de gravedad; corrigiendo adaptaciones posturales y sobretodo preparando al organismo de manera integral para sobrellevar las demandas que esta nueva etapa trae consigo.

Gráfico N° 72
Pérdida del centro de gravedad durante el embarazo



Fuente: Rodríguez, 1996.

La atención y soporte sanitario en el cuarto trimestre son bastante escasos en comparación con los cuidados preparto, tanto por la deficiencia en el sistema de salud al no crear un plan para esta etapa y promocionarlo con anticipación, como por la falta de cultura preventiva en nuestra población.

Así también lo afirma el Ministerio de Salud Argentino:

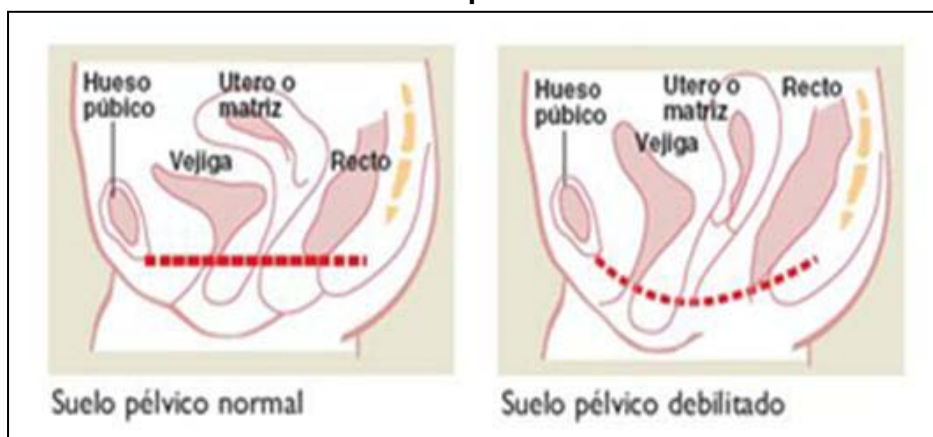
Esto ocurre, porque la madre no es informada adecuadamente sobre la importancia del control puerperal y por otro lado resigna habitualmente su cuidado personal en aras de la atención del recién nacido siendo muy frecuente que no consulte en ningún momento durante el puerperio sino que difiera su atención hasta que la sintomatología así la obligue.¹⁵⁵

De esta manera, a continuación, se sustenta el trabajo a realizarse con la parturienta en:

4.3.1. Parto no Complicado

El traumatismo obstétrico consecuencia del parto es uno de los principales factores de riesgo epidemiológico que predisponen a una mujer a padecer disfunción del suelo pélvico (incontinencia urinaria y/o ano rectal, tracción perineal, episiotomía, desgarros, hipotonía, hipertonía, prolapsos, hematomas vaginales, disfunción sexual, diástasis de los rectos del abdomen, algias).

Gráfico N° 73
El suelo pélvico



Fuente: .

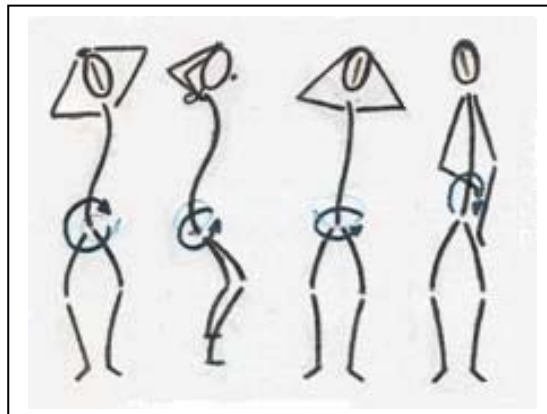
¹⁵⁵ Ministerio de Salud de la Nación. (1997). Propuesta Normativa Perinatal Tomo V Atención Del Puerperio Y Prevención De Las Secuelas Invalidantes Del Posparto p. 3.

4.3.1.1. Relajación del Suelo Pélvico y Movimientos

Antes de empezar con una rutina de ejercicios y debido al parto en sí, se necesita que la mujer tome conciencia y conozca su cuerpo, por lo que la relajación y los movimientos pélvicos (ver Gráfico N° 72) van a ayudar al reconocimiento de las partes afectadas haciendo que el ejercicio sea más activo ya que la persona sabe exactamente la finalidad del mismo. Además cuidará de ligamentos y tendones al restaurar el equilibrio y coordinación de una manera segura y flexible.

De esta manera la parturienta integrará el trabajo realizado con el terapeuta físico en su vida cotidiana durante mucho más tiempo que solo en el posparto.

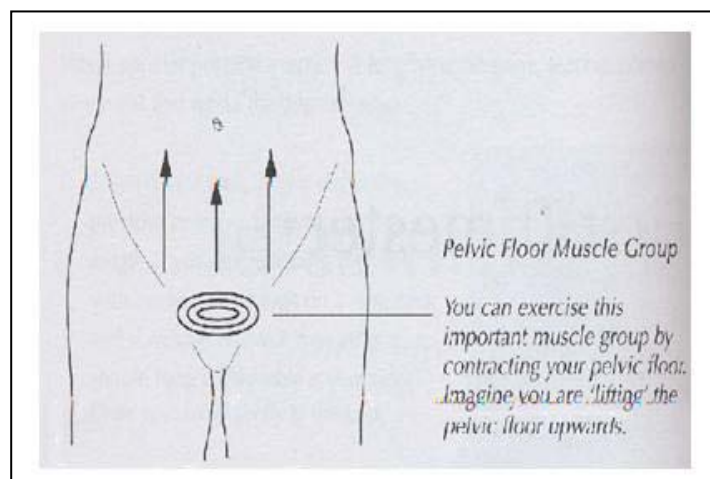
Gráfico N° 74
Movimientos pélvicos



Fuente: Rodriguez, 1996.

Modificado por: Llusca, K. 2011.

Gráfico N° 75
Ejercicios para el suelo pélvico



Fuente: Selby, A. 2002.

4.3.1.2. Fortalecimiento de Faja Abdominal y Musculatura Dorsal

Si bien en un principio el trabajo se enfoca en la musculatura del suelo pélvico, es necesario también tonificar los músculos vecinos que se modificaron también durante el parto, teniendo siempre en cuenta la fisiología del periné y la presión que ejercen éstos durante el ejercicio. Y como en todo trabajo físico, el previo calentamiento y la posterior relajación y estiramiento son necesarios para asegurar la efectividad del ejercicio.

Gráfico N° 76
Ejercicios postparto



Fuente: Whiteford, B. 1996.

4.3.2. Posparto con Cesárea

La cesárea, como todo procedimiento quirúrgico requiere de cuidados especiales antes y después de su realización. Y aun cuando no se practica la episiotomía, sí se producen los mismos cambios en el suelo pelviano principalmente, así también en el útero, y el aparato gastrointestinal, junto con las molestias físicas por la cirugía.

Además el dolor y temor de que la herida se complique impiden a la madre de realizar actividad física alguna por lo que sugiere la presión manual de la herida directa o con un apósito, o la utilización de una pequeña almohada que ofrezca ligera presión sobre la herida.

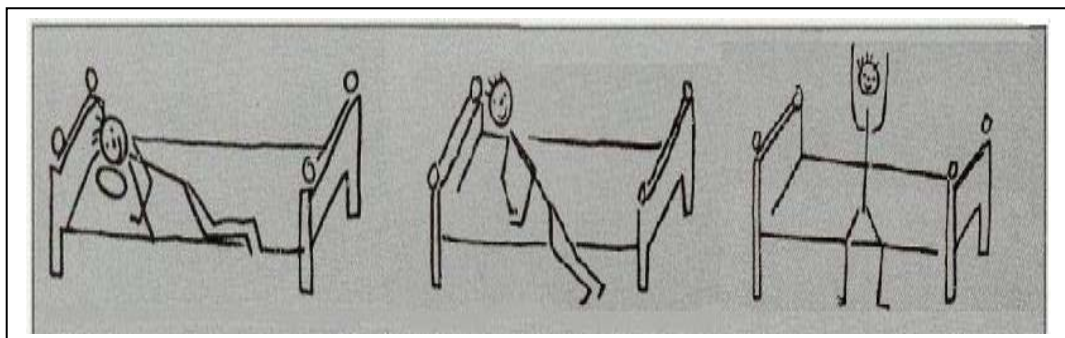
En lo que se refiere a actividad física, la diferencia principal con un parto normal es el tiempo de espera para la realización de cualquier ejercicio abdominal, pues los puntos deben ser removidos y la cicatrización óptima. Esto no debe ser razón para retrasar toda la actividad física, ya que se pueden realizar los ejercicios de Kegel y el trabajo con la musculatura dorsal.

4.4. Ergonomía

La ergonomía es la ciencia que se dedica a adaptar el entorno del ser humano para que sus actividades cotidianas resulten eficaces y eficientes. Aun cuando en el ambiente laboral ha sido más explotada e investigada, la ergonomía que se propone en el período postparto se orienta a la prevención y reincidencia de patologías, ya que esta área se encarga de diseñar el sistema antes de su funcionamiento, en el puerperio tiene como finalidad enseñar a ejecutar las nuevas actividades de la vida diaria alrededor del cuidado del infante y quehaceres en el hogar

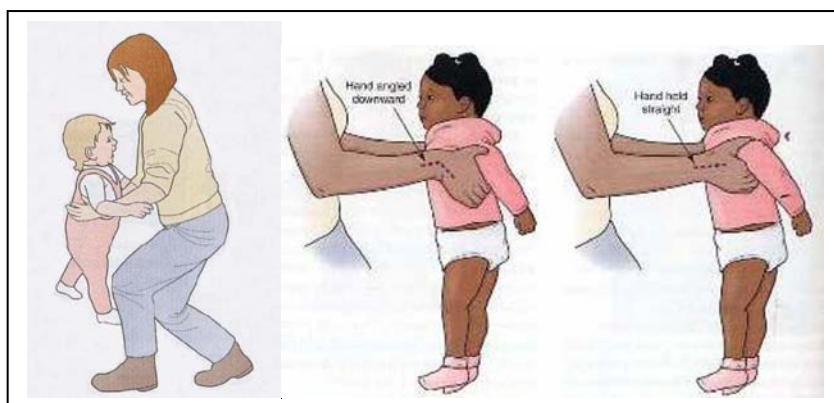
Por lo tanto los beneficios entre otros serán: menos tiempo para completar una tarea con menos estrés y esfuerzo, menor incidencia de lesiones y mayor confort en el hogar al educar a los padres sobre las correctas posturas y manejo del bebé, al mejorar sus instalaciones y al crear una cultura preventiva.

Gráfico N° 77
Cuidado lumbar al levantarse de la cama



Fuente: Grotkasten, S. & Kienzerle, H. 2007.

Gráfico N° 78
Manipulación del bebé



Fuente: Stillerman, E. 2008.

GUÍA PREVENTIVA DE MANEJO FAMILIAR EN EL POSTPARTO

1. INTRODUCCIÓN

Como resultado de la presente investigación bibliográfica y luego de haber sustentado la importancia de la intervención del Terapista Físico durante la etapa posnatal, se presenta la siguiente guía de manejo como pilar de futuras investigaciones y como medio de inserción en las áreas de materno infantil, familiar y gineco-obstetricia.

De esta manera, se encuentra dirigida principalmente al Terapista Físico tanto estudiantes como profesionales. A todo el personal de salud de establecimientos públicos y privados para trabajar en equipo a beneficio de los pacientes. A docentes e investigadores con miras a la elaboración de políticas y leyes que amparen a los involucrados. A psicólogos y trabajadores sociales como ayuda dentro de su labor. Y a futuros padres y sus familiares con fin de educar sobre el soporte que ellos pueden solicitar durante esta etapa de sus vidas.

2. JUSTIFICACION

El Terapista Físico cuenta con una diversidad de conocimientos que le permiten incursionar y por lo tanto especializarse en las áreas de gineco-obstetricia, materno-infantil y familiar; por lo que su intervención dentro del proceso reproductivo es importante dentro del sistema de salud, tanto para los profesionales colegas afines como para el beneficio de la familia y por ende de la sociedad.

La atención de la salud se lleva a cabo de una manera integral por lo tanto el terapeuta al tener las herramientas necesarias, debe cubrir todas las etapas de dicho proceso: prenatal, parto y posparto.

La presente propuesta proporciona una guía de las terapias a practicarse únicamente en el puerperio, ya que en ella el cuidado escasea, tanto por la deficiencia en el sistema de salud al no crear un plan para este periodo y promocionarlo con anticipación, como por la falta de cultura preventiva de nuestra población.

En este contexto se plantea una atención domiciliaria con el fin de atender a la familia en un espacio en el cual se sientan a gusto, libres de preguntar y argumentar cuantas veces sea necesario sin temor al tiempo de atención y/o al poder hegemónico que la unidad de salud representa, usando su propio entorno y muchas de las veces modificándolo a sus nuevas necesidades, en aras de la prevención de patologías o su reincidencia, mediante la transferencia de tecnología y el apoyo psicosocial que caracteriza al Terapeuta Físico.

Por ende, mientras más pronto se logre concienciar sobre la responsabilidad que tienen ambos padres y la familia al traer un nuevo miembro a la sociedad, más natural y fluidamente se llevarán a cabo las actividades de cuidado y prevención en el núcleo familiar; debido a que, al existir comprensión física, emocional y psíquica se establecerá un vínculo afectivo temprano entre los protagonistas garantizando que el niño sea amado y respetado, aceptado como persona, recibiendo los cuidados y estímulos adecuados, y sobre todo disminuyendo así el maltrato infantil y el déficit del desarrollo psicomotor.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

- Proporcionar una guía preventiva de manejo familiar en el postparto.

3.2. Objetivo Específicos

- Describir métodos de movimiento que ayuden en la conciencia corporal de los padres y acompañantes familiares
- Identificar los beneficios del masaje de relajación y estimulación para la aplicabilidad familiar.
- Proponer métodos terapéuticos para la reeducación del suelo pélvico y fortalecimiento de la faja abdominal y musculatura dorsal de la parturienta
- Puntualizar prácticas de higiene postural en las actividades de la vida diaria de la pareja y acompañantes familiares

4. ÍNDICE DE CONTENIDOS

4.1. Métodos de movimiento

4.1.1. Feldenkrais

4.1.2. Pilates

4.1.3. Mézières

4.2. Masajes

4.3. Reeduación Abdomino – Perineal

4.3.1. Parto no complicado

4.3.1.1. Relajación del suelo pélvico

4.3.1.2. Fortalecimiento de la faja abdominal

4.3.2. Posparto con cesárea

4.4. Ergonomía

5. CONTENIDO

5.1. Terapias de Movimiento

Toda acción en el cuerpo representa un movimiento, ya sea externo o interno, por lo que las Terapias del Movimiento pretenden servirse del ejercicio físico como medio terapéutico, para armonizar las estructuras corporales, como una medida preventiva en un principio, y luego como complemento del trabajo muscular activo. Cabe recalcar que como medio terapéutico, debe ser practicado por un profesional en la materia que supervise su ejecución constantemente.

Las técnicas sugeridas a utilizarse en este periodo por sus beneficios y fácil ejecución son:

5.1.1. Feldenkrais

Debido a que el método Feldenkrais se basa en la educación del sentido cinestésico mediante la plasticidad del sistema nervioso, es ideal para practicarlo durante la etapa posnatal ya que se trabajará en el mejoramiento de la función y de la autoimagen de manera integral como una unidad psicocorporal (espíritu y cuerpo).

Se ejecutará la “autoconciencia por el movimiento (ACM)” (ver Gráfico N° 1) con todos los involucrados dentro del hogar y de ser necesario se realizarán las sesiones individuales (Integración Funcional) con el fin de potenciar la movilidad mediante manipulaciones ligeras, precisas y adecuadas a las necesidades de la persona (ver Gráfico N° 2).

Gráfico N° 1
Autoconciencia por el movimiento

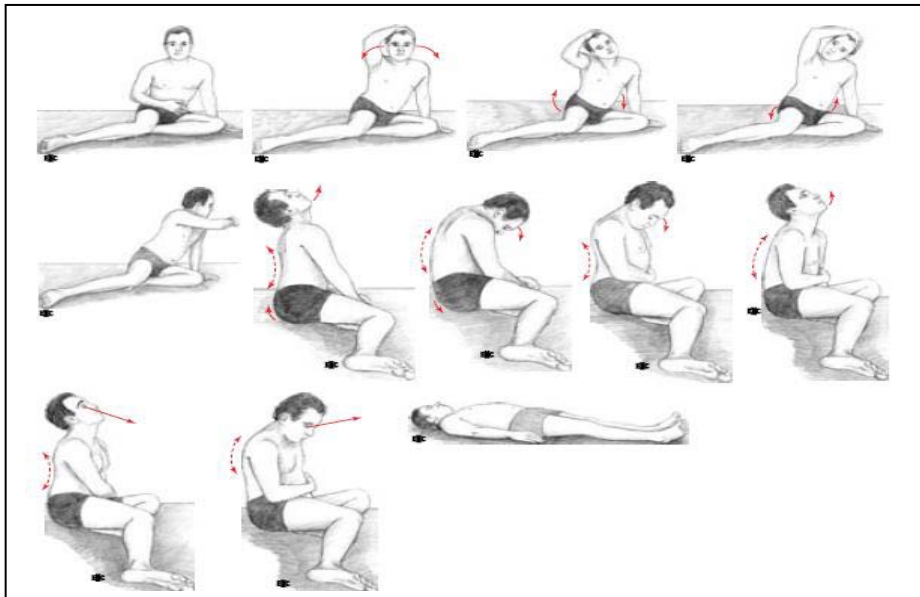
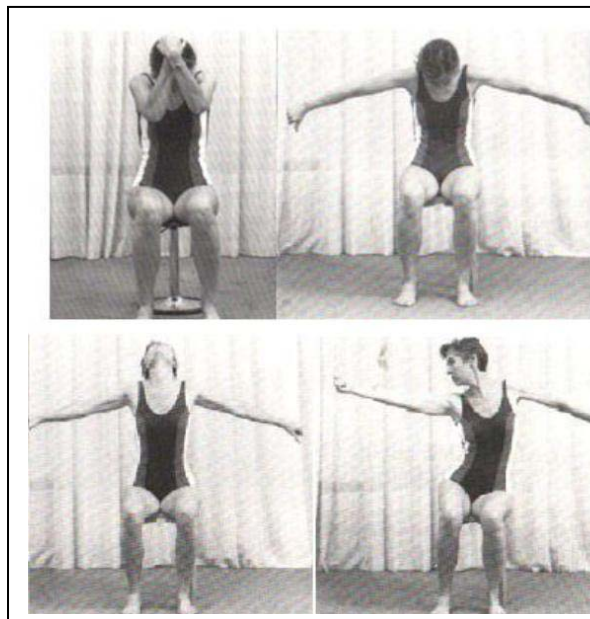


Gráfico N° 2

Movimientos del Método Feldenkrais



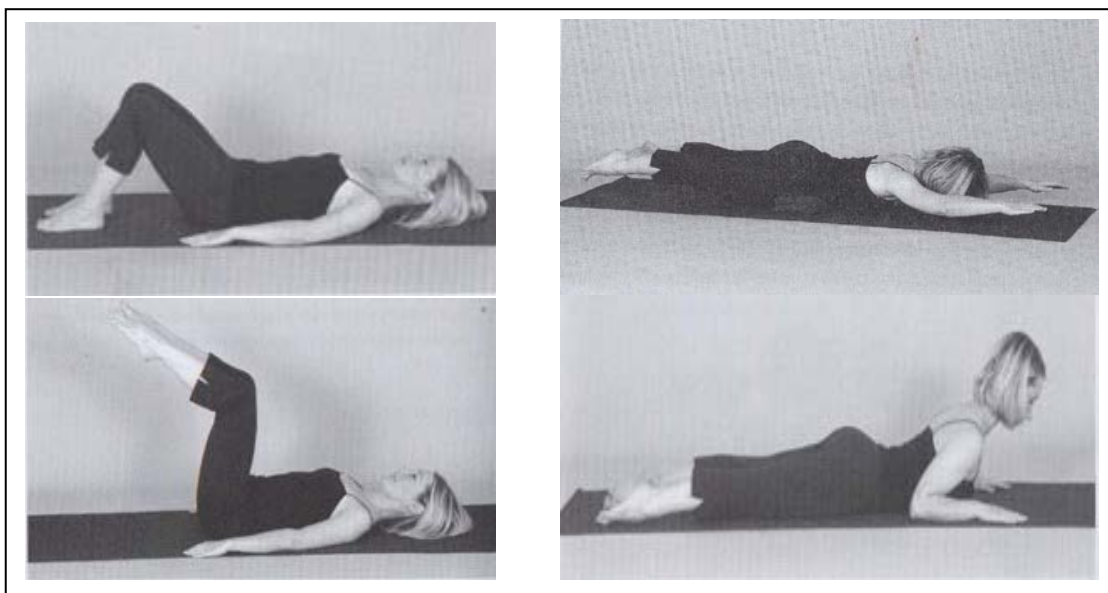
Fuente: Mars-Pryszon, J. 2000.

5.1.2. Pilates

Se sugiere el método Pilates, debido a que durante el puerperio se necesita mejorar los niveles de fuerza, flexibilidad y junto con la ergonomía mejorar la ejecución de las actividades de la vida diaria. Todo con armonía entre cuerpo y mente, a plenitud y con calma.

Para lo cual se trabaja en base a los siguientes principios: concentración en el movimiento actual y en la visualización del siguiente, control de mente y cuerpo, centramiento en el abdomen, la columna lumbar y las nalgas son la zona denominada “Central Eléctrica”, fluidez y precisión de los ejercicios y por último la respiración.

Gráfico N° 3
Ejercicios de Pilates



Fuente: Selby, A. 2002.

5.1.3. Mézières

Dentro de la acción preventiva del método Mézières se encuentra el favorecer la toma de conciencia corporal, el evitar las recaídas y el mantener o restaurar la fisiología. Actividades que van acorde con las necesidades del posparto, ya que a partir del desequilibrio postural que se desarrolla en la mujer durante el embarazo, esta perspectiva logra recuperar progresivamente la extensibilidad muscular global al reequilibrar las cadenas musculares y articulares.

El método Mézières se trabaja a partir de los principios enumerados a continuación:

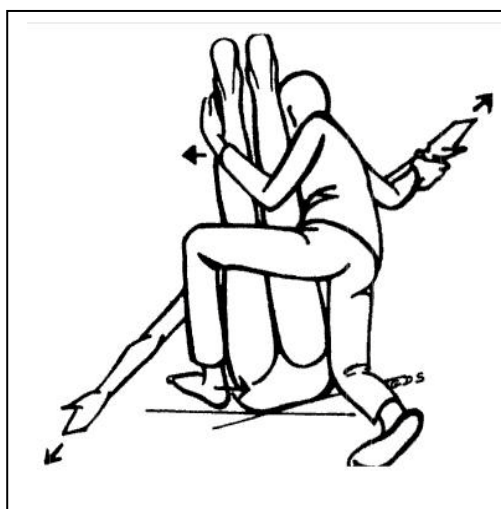
Tabla N° 1
Principios del Método Mézières

PRINCIPIO	DESCRIPCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Todo procede de la rigidez de los músculos posteriores 	<ul style="list-style-type: none"> • El trabajo se centra en obtener la elasticidad y tono natural de los músculos espinales.
<ul style="list-style-type: none"> • Solo existe la lordosis. La lordosis es la responsable de la cifosis. Todo es compensación lordótica 	<ul style="list-style-type: none"> • Por lo que la intervención debe darse sobre la lordosis que a su vez modificará la cifosis.
<ul style="list-style-type: none"> • Solidaridad del tronco y los miembros. Influencia de la rotación interna de los miembros 	<ul style="list-style-type: none"> • El hueso poplíteo constituye una tercera concavidad, ordenándose en el esquema corporal.
<ul style="list-style-type: none"> • Influencia del bloqueo diafragmático 	<ul style="list-style-type: none"> • La multifuncionalidad y las inserciones del músculo diafragmático determinan la importancia del bloqueo respiratorio en la corrección lordótica.
<ul style="list-style-type: none"> • Sin cuádriceps no hay sostén 	<ul style="list-style-type: none"> • Al impedir las lordosis y la rotación interna de los miembros se crea una tensión global, fácilmente detectada en el tono cudricipital.
<ul style="list-style-type: none"> • Los abdominales 	<ul style="list-style-type: none"> • Músculos que actúan en la zona lumbar sin tener inserción en ella por lo que sufre de una fuerza opuesta ejercida por los músculos lordosantes.
<ul style="list-style-type: none"> • Efectos de las posiciones de la cabeza 	<ul style="list-style-type: none"> • Las inclinaciones y rotaciones de la cabeza se irradian a la región torácica, por la tensión de tejidos blandos y el engranaje articular.

Fuente: Cittone, 1999.

Gráfico N° 4

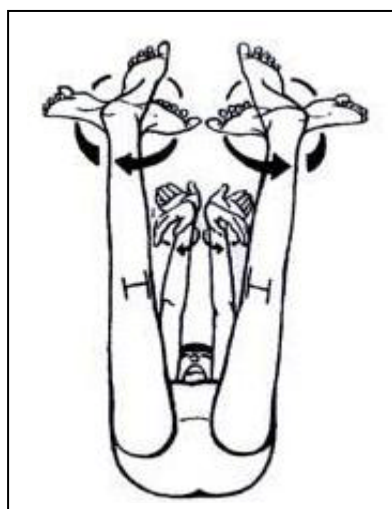
Inversión de la torsión de la pelvis



Fuente: Denys-Struyf, G. (1998).

Gráfico N° 5

Movimientos de tobillos y muñecas



Fuente: Denys-Struyf, G. (1998).

Gráfico N° 6
Método Mézières



5.2. Masaje

El acto de tocar y comunicarse mediante el masaje produce efectos bidireccionales debido a la reciprocidad que este implica, gracias a los miles de receptores sensitivos con los que la piel cuenta y al lazo afectivo y de conexión que se forma entre los implicados.

Este término puede incluir varias técnicas destinadas a diversos pacientes con efectos diferentes en cada uno de ellas. De manera general, el masaje se centra en el dolor, en la actividad muscular y en el ámbito psicoemocional, relacionados con la estimulación o inhibición de diferentes vías nerviosas y endocrinas.

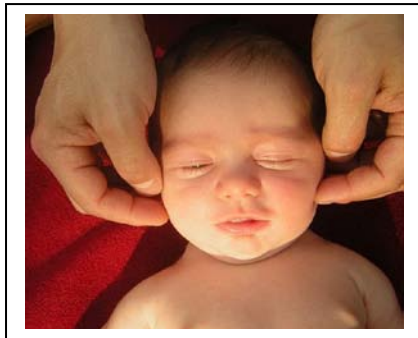
Se debe evaluar a cada paciente teniendo en cuenta los beneficios y contraindicaciones siguientes:

Tabla N° 2
Beneficios y contraindicaciones del masaje

BENEFICIOS	CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Relaja y liberar tensiones. • Fortalece las funciones respiratorias, circulatorias y gastrointestinales. • Alivia las molestias relacionadas a: la dentición, la congestión de gases, y tensión emocional. • Mejora los estadios del sueño (duerme más profundo y por más tiempo). • Maximiza el desarrollo neurológico. • Aumenta vínculos afectivos y emocionales. • Mejora su conocimiento sensorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad. • No receptividad por parte del bebé o no voluntad por parte del adulto. • Horarios de sueño. • Horarios de alimentación. • Procesos quirúrgicos. • Cicatrización de la herida. • Cicatrización del ombligo.

Fuente: Kimber, I. (2005) & Marchelli, B. (2007).
Elaborado por: Llusca, K. 2011.

Gráfico N° 7
Masaje de la cabeza



Fuente: www.bebesypadres.com

Gráfico N° 8
Masaje de pies

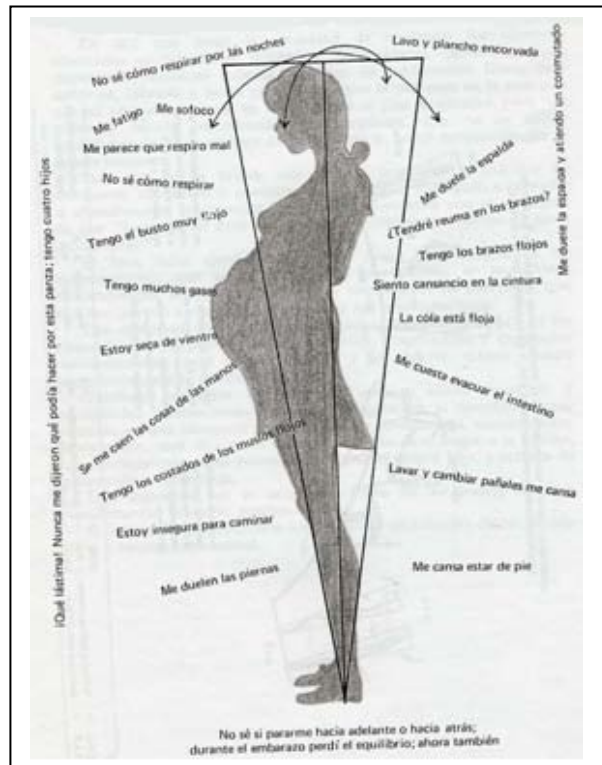


Fuente: www.bebesypadres.com

5.3. Reeduación Abdomino Pélvico

Se necesita una reeducación en el período posparto, ya que el cuerpo debe regresar a su forma pre gravídica adaptándose a la pérdida brusca de peso y al cambio de su centro de gravedad; corrigiendo adaptaciones posturales y sobretodo preparando al organismo de manera integral para sobrellevar las demandas que esta nueva etapa trae consigo.

Gráfico N° 9
Pérdida del centro de gravedad durante el embarazo



Fuente: Rodríguez, 1996.

5.3.1. Parto no complicado

El traumatismo obstétrico consecuencia del parto es uno de los principales factores de riesgo epidemiológico que predisponen a una mujer a padecer disfunción del suelo pélvico (incontinencia urinaria y/o ano rectal, tracción perineal, episiotomía, desgarrros, hipotonía, hipertonia, prolapsos, hematomas vaginales, disfunción sexual, diástasis de los rectos del abdomen, algias) (ver Gráfico N° 10).

Gráfico N° 10

El Suelo pélvico



Fuente: A.D.A.M. 2010.

5.3.1.1. Relajación del Suelo Pélvico y Movimientos

Antes de empezar con una rutina de ejercicios y debido al parto en sí, se necesita que la mujer tome conciencia y conozca su cuerpo, por lo que la relajación y los movimientos pélvicos (Ver Gráfico N° 11 y 12) van a ayudar al reconocimiento de las partes afectadas haciendo que el ejercicio sea más activo ya que la persona sabe exactamente la finalidad del mismo. Además, cuidará de ligamentos y tendones al restaurar el equilibrio y coordinación de una manera segura y flexible.

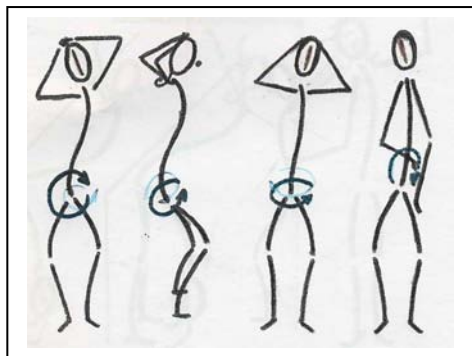
De esta manera la parturienta integrará el trabajo realizado con el terapeuta físico en su vida cotidiana durante mucho más tiempo que solo en el posparto.

El utilizar compresas frías durante las primeras 24 horas, el masajear la zona perineal con xilocaina al 2%, los baños de sumersión por 20 minutos dos o tres veces al día, los ejercicios de Kegel, etc., ayudarán con el dolor y la tumefacción de la zona perineal.

Mientras que la ante y retroversión de la pelvis en sedestación, bipedestación y/o con pelota; los movimientos circulares, los de balanceo y el levantamiento pélvico iniciarán el reconocimiento anatómico por parte de la parturienta.

Gráfico N° 11

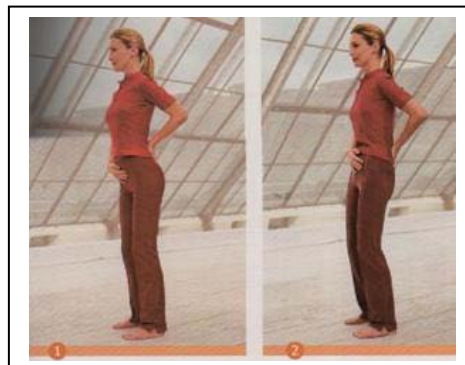
Movimientos pélvicos 1



Fuente: Rodríguez, 1996.
Modificado por: Llusca, K. 2011.

Gráfico N° 12

Movimientos pélvicos 2



Fuente:

5.3.1.2. Fortalecimiento de Faja Abdominal y Musculatura Dorsal

Si bien en un principio el trabajo se enfoca en la musculatura del suelo pélvico, es necesario también tonificar los músculos vecinos que se modificaron también durante el parto, teniendo siempre en cuenta la fisiología del periné y la presión que ejercen éstos durante el ejercicio.

Así por ejemplo, se evaluará la distensión de los abdominales, la existencia de hiperlordosis por el embarazo o cifosis por el peso de las mamas y/o tendinitis por la demanda de uso repetitivo de las manos.

Gráfico N° 13

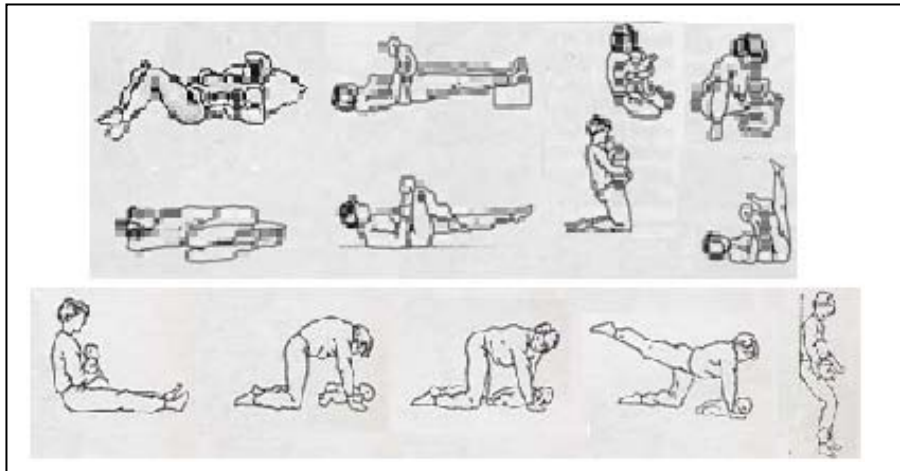
Ejercicios Abdominales



Fuente: Calais-Germain, B. (2006).

Gráfico N° 14

Ejercicios posparto

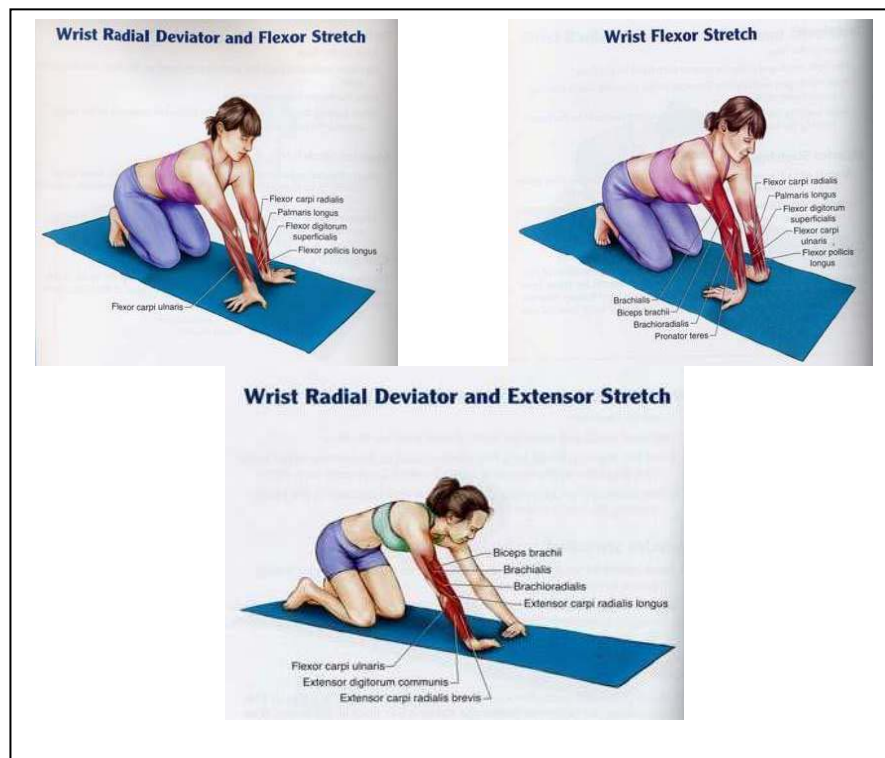


Fuente: Whiteford, B. 1996.

Se debe tomar en cuenta que las articulaciones y tejidos conjuntivos se han estirado y suavizado durante el embarazo, por lo que el ejercicio debe evitar poner en peligro dichas estructuras. Y para finalizar se requiere un periodo de relajación que se lo realizará mediante ejercicios de respiración y estiramiento.

Gráfico N° 15

Estiramientos de muñeca



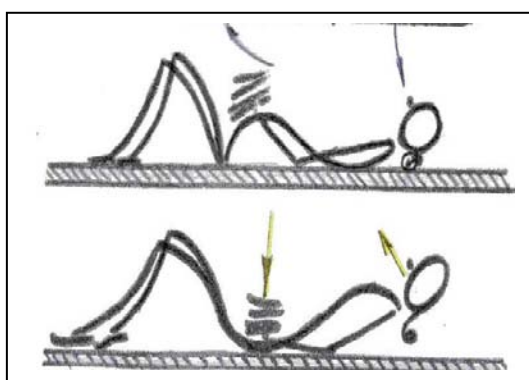
Fuente: Nelson, A & Kokkonen, J. 2007.

5.3.2. Posparto con Cesárea

La cesárea, como todo procedimiento quirúrgico requiere de cuidados especiales antes y después (ver Gráfico N° 17) de su realización. Se recomienda así terapia de respiración (ver Gráfico N° 16) debido a que la incisión atenta con la mecánica respiratoria por cortar los músculos que trabajan en ella. De esta manera logramos una mejor oxigenación, con la cual los tejidos se recuperarán en menor tiempo, también se ayudará en la relajación del cuerpo y se creará bases para una respiración adecuada permanente.

Gráfico N° 16

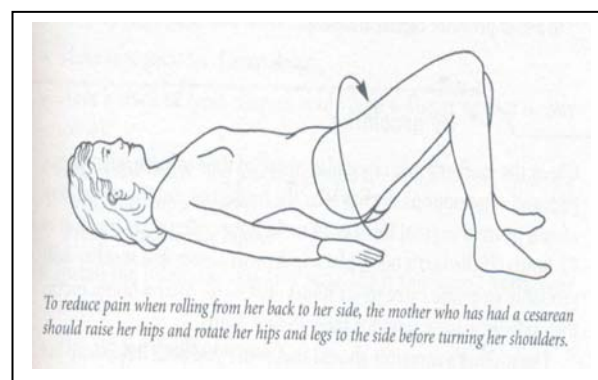
Ejercicios de respiración



Fuente: Rodríguez, 1996.
Modificado por: Llusca, K. 2011.

Gráfico N° 17

Cambio de posición después de una cesárea



Fuente: Simkin, P. 2008.

Además, el dolor y temor de que la herida se complique impiden a la madre realizar actividad física alguna por lo que se sugiere la presión manual de la herida de manera directa o con un apósito o la utilización de una pequeña almohada que ofrezca ligera presión sobre la misma.

Aun cuando en el parto por cesárea no se practica la episiotomía, sí se producen los mismos cambios principalmente en el suelo pélvico, así también en el útero, y el aparato gastrointestinal, junto con las molestias físicas por ser un procedimiento quirúrgico.

En lo que se refiere a la actividad física, la diferencia principal con un parto normal es el tiempo de espera para la realización de cualquier ejercicio abdominal, pues los puntos deben ser removidos y la cicatrización óptima. Esto no debe ser razón para retrasar todo movimiento, sino que se puede realizar los ejercicios de Kegel y el trabajo con la musculatura dorsal.

5.4. Ergonomía

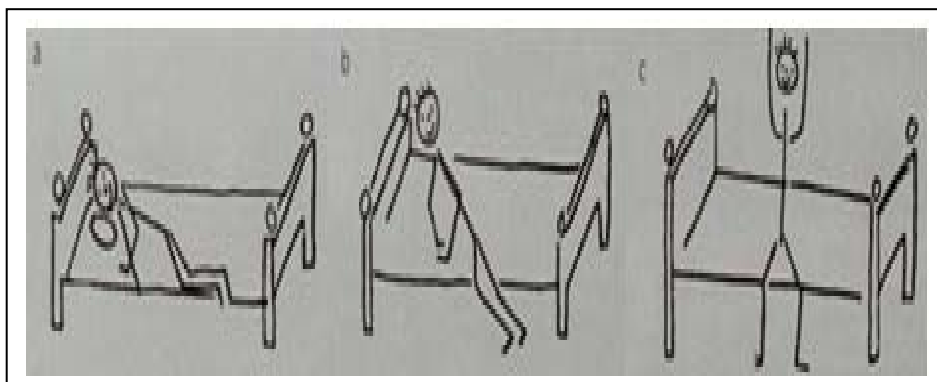
La ergonomía que se propone en el período postparto se orienta a la prevención y reincidencia de patologías alrededor del cuidado del infante y de la ejecución de actividades en el hogar, basándose en el deseo que, principalmente, el padre posee en esta etapa de mejorar la calidad de vida.

Por lo tanto, los beneficios entre otros serán: menos tiempo para completar una tarea con menos estrés y esfuerzo, menor incidencia de lesiones y mayor confort en el hogar al educar a los padres sobre las correctas posturas y manejo del bebé, al mejorar sus instalaciones y al crear una cultura preventiva.

Dentro de las actividades de la vida diaria, se instruirá sobre la manera como se debe levantarse de la cama (ver Gráfico N° 18), como realizar la limpieza en el hogar (ver Gráfico N° 22), como manipular y transportar pesos en general (ver Gráfico N° 19 y 20).

Gráfico N° 18

Cuidado lumbar al levantarse de la cama

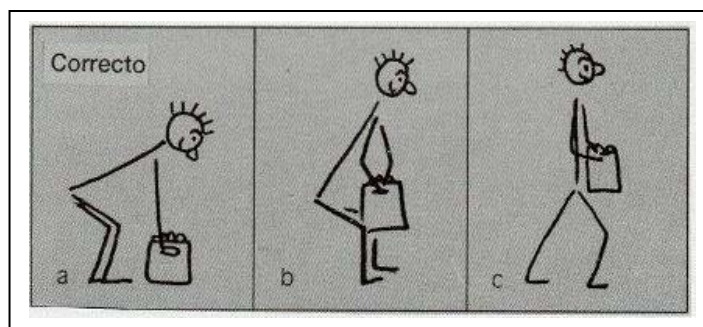


Fuente: Grotkasten, S. & Kienzerle, H. 2007.

Modificado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 19

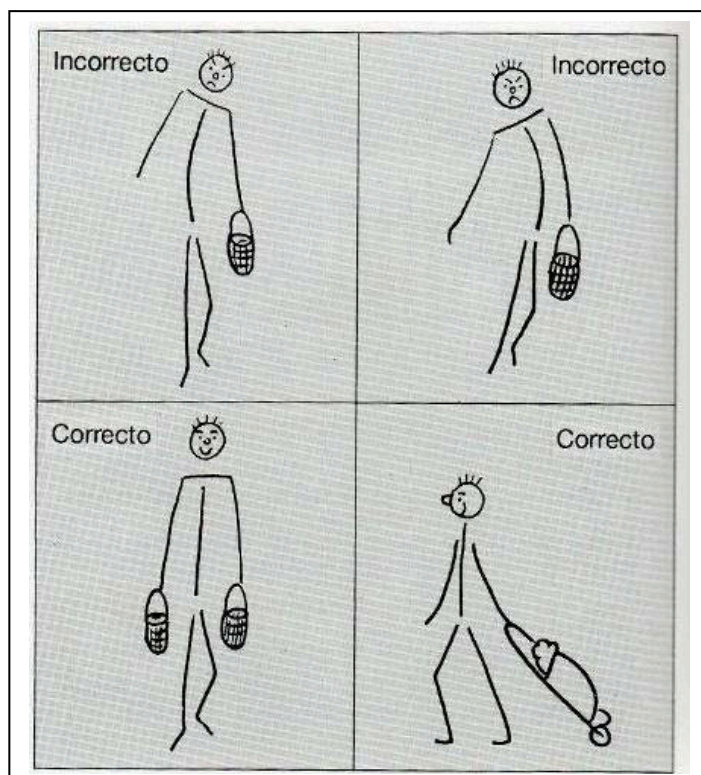
Manipulación de pesos en general



Fuente: Grotkasten, S. & Kienzerle, H. 2007.

Gráfico N° 20

Transporte de pesos en general

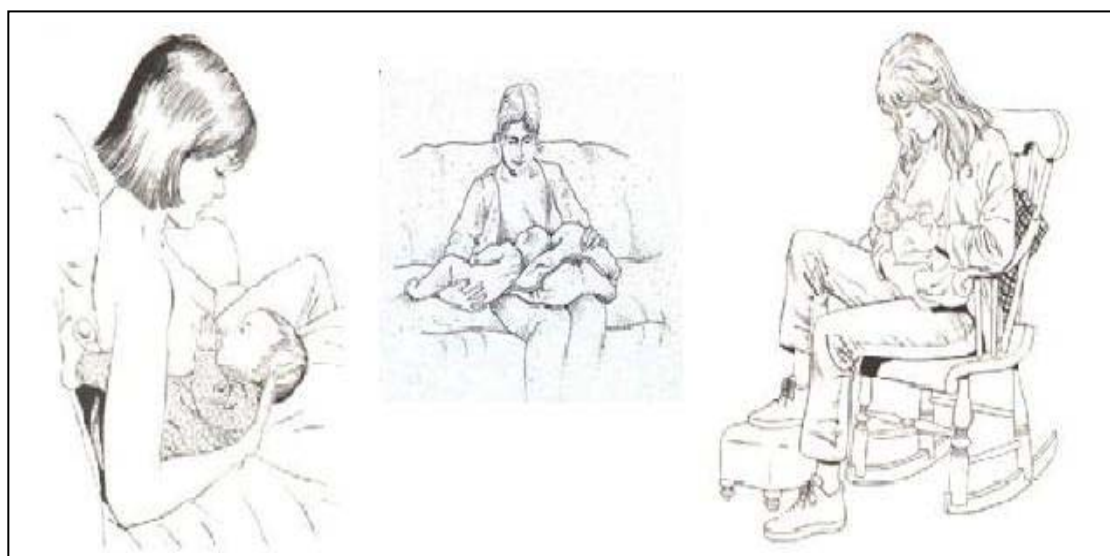


Fuente: Grotkasten, S. & Kienzerle, H. 2007.

En cuanto al cuidado del niño se educará sobre su manipulación (ver Gráficos N° 22, 23), baño, amamantamiento (ver Gráfico N° 21), entre otros.

Gráfico N° 21

Posición para el amamantamiento



Fuente: González, C. 2004, Lim, R. 2001.

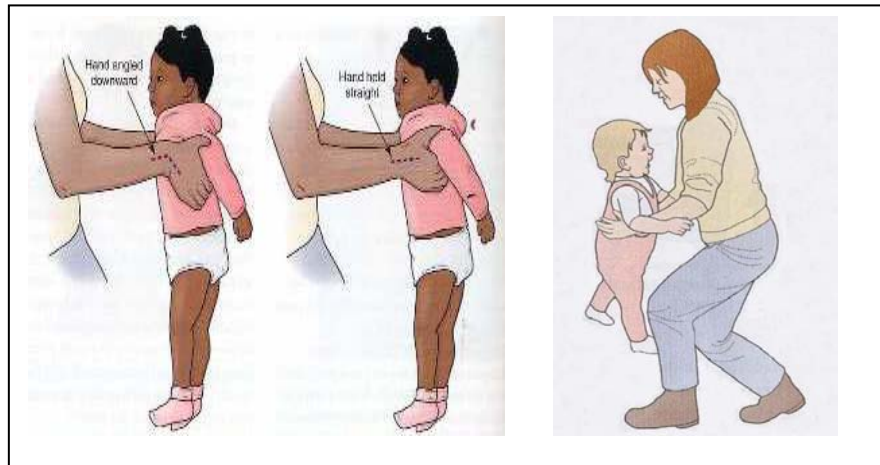
Tabla N° 3
Observación de la toma

SIGNOS DE NORMALIDAD	SIGNOS DE ALERTA
<p>Posición Madre relajada y cómoda Bebé muy junto y bien encarado Cabeza y cuerpo del bebé alineados El mentón toca el pecho <i>Bebé bien sujeto por detrás</i></p>	<p>Hombros tensos, inclinada sobre el bebé Bebé separado de la madre El bebé ha de torcer o doblar el cuello El mentón no toca el pecho <i>Sólo sujeta el hombro o la cabeza</i></p>
<p>Respuestas Busca el pecho si tiene hambre <i>Movimientos de búsqueda</i> Explora el pecho con la lengua Mama tranquila y despierta Se mantiene en el pecho Signos de eyección de la leche</p>	<p>El bebé no responde al pecho <i>No hay reflejo de búsqueda</i> No muestra interés por el pecho Bebé inquieto o lloroso Se le escapa el pecho No se observan signos de eyección (goteo, "apoyo", entuetos)</p>
<p>Vínculo afectivo Abrazo seguro y confiado La madre le mira a la cara La madre le acaricia</p>	<p>Abrazo nervioso o flojo No hay contacto visual entre ambos Apenas le toca, o le sacude y atosiga</p>
<p>Anatomía Pechos blandos después de la toma Pezones salientes, protáctiles Piel de aspecto sano Pecho redondeado durante la toma</p>	<p>Pechos ingurgitados Pezones planos o invertidos Piel irritada o agrietada Pecho estirado</p>
<p>Succión Boca muy abierta Labio inferior doblado hacia fuera La lengua rodea al pecho Mejillas redondeadas Más areola por encima de la boca Succión lenta y profunda, con pausas Se ve u oye como traga</p>	<p>Boca poco abierta, "morrito" Labio inferior doblado hacia adentro No se ve la lengua Mejillas tensas o hundidas Más areola por debajo de la boca Chupadas rápida Se oyen chasquidos</p>
<p>Duración Suelta el pecho espontáneamente</p>	<p>La madre lo saca del pecho</p>

Fuente: González, C. 2004,

Gráfico N° 22

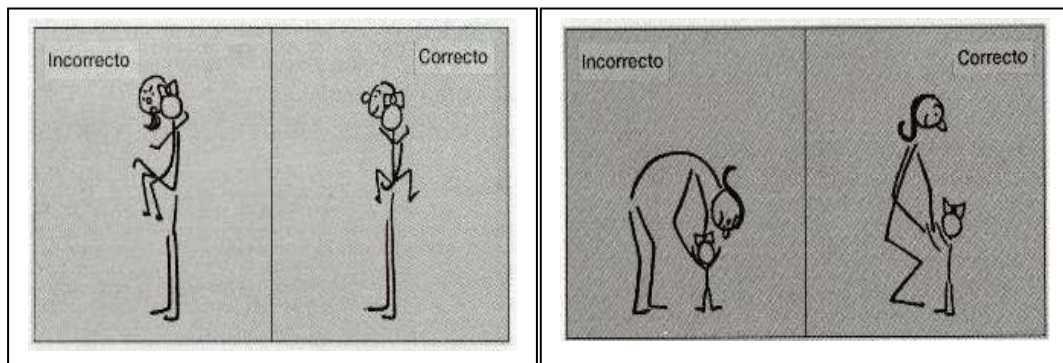
Manipulación del bebé 1



Fuente: Stillerman, E. 2008.

Gráfico N° 23

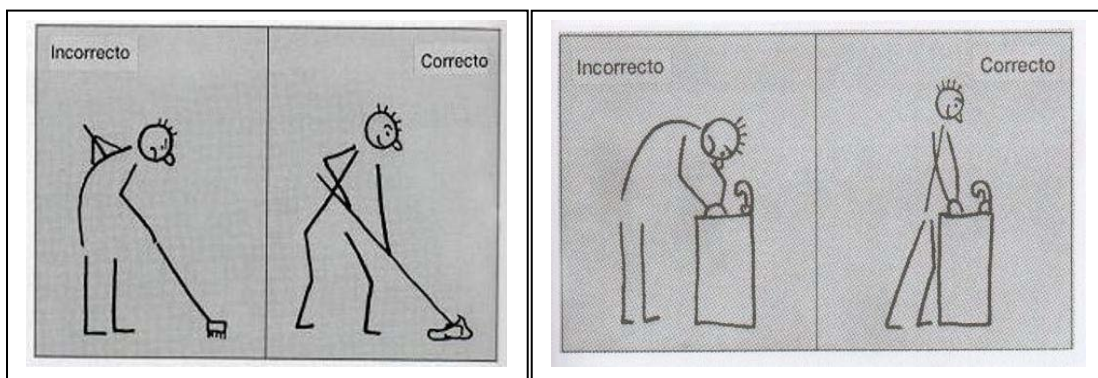
Manipulación del bebé 2



Fuente: Grotkasten, S. & Kienzerle, H. 2007.
Modificado por: Llusca, K. 2010.

Gráfico N° 24

Posiciones durante los quehaceres del hogar



Fuente: Grotkasten, S. & Kienzerle, H. 2007.
Modificado por: Llusca, K. 2010.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Calais-Germain, B. (2006). Le périnée féminin et l'accouchement Désiris: Italia.
- Denys-Struyf, G. (1998). El manual del mezierista Paidotribo.
- Dolto, C. (2005). Haptonomía pre y postnatal, por una ética de la seguridad afectiva Buenos Aires: Creavida.
- Dürer, G. (1995). Preparación para el Parto Barcelona: Ed. Paidotribo.
- Feldenkrais, M. (1981). The elusive obvious USA: Meta Publications.
- Feldenkrais, M. (1984). The master moves USA: Meta Publications.
- Feldenkrais, M. (1990). Awareness through movement New York: HarperOne
- González, C. (2004). Manual práctico de lactancia materna Barcelona: Asociación Catalana de Pro alletament.
- Grosse, D. & Sengler, J. (2001). Reeducación del periné Barcelona: Masson.
- Grotkasten, S. & Kienzerle, H. (2007). Gimnasia para la columna vertebral (Ed. 8ª). Barcelona: Paidotribo.
- Kimber, I. (2005). "Massage for childbirth and pregnancy ". Midwefery Best Practice V.3 Elsevier Churchill Livingstone. 228-231.
- Lang-Reeves, I. & Villinger, T. (2006). Ejercicios Pélvicos España: Edimat.
- Leach, L. & Taylor, K. (2005). "Give dads a chance! Baby massage for fathers". Midwefery Best Practice V.3 Elsevier Churchill Livingstone. 57-58.
- Leboyer, F. (2009). Birth without violence (3ª ed.).USA: Healing arts press.
- Lim, R. (2001). After the baby's birth: a complete guide for postpartum women Berkeley: Celestial Arts.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2011). Maternity & Women's Health Care (10ª ed.).USA: Mosby.

- Marchelli, B. (2007). Masaje para bebés y niños Buenos Aires: Albatros.
- Mars-Pryszon, J. (2000). Guide illustré Application de l'enseignement du Dr. Feldenkrais
Paris: Masson
- Nelson, A & Kokkonen, J. (2007). Stretching Anatomy USA: Human Kinetics.
- Odent, M. (1990). El bebé es un mamífero Madrid: Mandala Ediciones.
- Reinhardt, B. (1997). La escuela de la espalda Barcelona: Paidotribo.
- Selby, A. (2002). Pilates fo Pregnancy London: Thorsons.
- Stephenson, R. & O`Connor, L. (2003). Fisioterapia en Obstetricia y Ginecología (2da. Ed.)
Madrid: McGraw – Hill Interamericana.
- Stillerman, E. (2008). Prenatal Massage: A Textbook of Pregnancy, Labor and Postpartum
Bodywork New York: Mosby Elsevier.
- Volk, E. (2000). “Autoconciencia del movimiento”. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 26-
061-B-10.
- Whiteford, B. & Polden. M. (1996). Ejercicios Postnatales Colombia: Editorial Norma.

CONCLUSIONES

La percepción que ha desarrollado la sociedad acerca del rol de la terapia física en el sector salud ha estado principalmente vinculada al ámbito curativo. Sin embargo, su campo de acción es mucho más amplio, involucrando activamente a cada individuo bajo nociones de salud mucho más integrales.

Precisamente, es a partir de esta idea que la presente disertación expone el gran campo por explotar que el terapeuta tiene en el área preventiva. En este contexto, la apropiación del concepto de salud como calidad de vida, involucra necesariamente a la familia, siendo el posparto un momento ideal para la incorporación de nuevos conocimientos y cambio de hábitos, mediante la guía profesional, neutral y sobretodo humana proporcionada por el terapeuta.

Varios estudios confirman los beneficios de la atención a domicilio, así como lo esencial que la prevención resulta ser para la sociedad. Mientras que se logra atender de manera más personalizada a cada uno dentro del hogar, se reduce también su ausentismo laboral ya sea debido a la enfermedad provocada por la repentina demanda de actividades repetitivas, a la reincidencia de patologías o a las deficiencias en el sector salud.

La bibliografía consultada ha dejado en claro lo poco que conocemos de nuestro cuerpo, especialmente en el ámbito que concierne a nuestra sexualidad, haciendo hincapié en la falta de familiarización del hombre y de la mujer con sus órganos reproductores y función. Este desconocimiento es más generalizado en la etapa posparto por lo que, la reeducación del suelo pélvico resulta óptima tanto para el aprendizaje y reconocimiento, cómo para la prevención de patologías en la edad adulta.

El posparto es un periodo frágil y de gran susceptibilidad para toda la familia, por lo que la necesidad de una relajación es imperativa. Los métodos de movimiento así como los ejercicios planteados conseguirán dicho objetivo debido a que la simplicidad de su práctica hace que su asimilación sea rápida y que su ejecución, en un futuro, no requiera control permanente del terapeuta.

Por lo tanto, esta propuesta pretende atender a la familia en su espacio conocido, por así decirlo, en un espacio en el cual se sientan a gusto, libres de preguntar y argumentar cuantas veces sea necesario sin temor al tiempo de atención y/o al poder que la unidad de salud representa. Usando su propio entorno y muchas de las veces modificándolo a sus nuevas necesidades, en aras de la prevención de patologías o su reincidencia, mediante la transferencia de tecnología y el apoyo psicosocial que caracteriza al personal de salud.

RECOMENDACIONES

Como se ha mencionado anteriormente la Terapia Física tiene muchas áreas de aplicación aún por ser descubiertas, tanto en la prevención e investigación, como en la ginecología, materno-infantil, familiar, entre otras. Por lo que la Facultad de enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador debería ser la primera en la implementación de cátedras de especialización en estos temas y de esta manera se ampliaría en campo laboral con una atención de calidad.

Mediante el uso de esta guía el Terapeuta Físico podrá desempeñarse como parte del enfoque eco biopsicosocial, demostrando sus conocimientos, ganado credibilidad y confianza por parte de sus colegas, equipo de apoyo y pacientes.

Una de las recomendaciones principales y en base al enfoque de la presente disertación se debe guiar al terapeuta para que sea el encargado de promocionar y ejecutar todos sus campos de acción (preventivo, curativo y de seguimiento), tanto del individuo a tratar como de su entorno.

Es importante recomendar que las familias se empoderen de su activo dentro del tratamiento, siendo actores principales y no solo receptores.

Se recomienda al terapeuta que se encuentre en esta área, a trabajar Interdisciplinariamente, ya que es la única manera de abordar integralmente al paciente.

Sería aconsejable que el estado ejerza un continuo control del cumplimiento de las normas ya establecidas en el embarazo, parto y posparto, para de esta manera se valide, se rectifique o se cree nuevas leyes que amparen a todas las etapas del proceso reproductivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Adamany, K. (2005). Post pregnancy pilates. An essential guide for afit body after baby
USA: Avery.
- AIEPI (2004). Manual de capacitación
- AIEPI (2005). Cuadros de Procedimientos AIEPI Neonatal
- Alisent, R., Brotons, C., González, R., Serrat, D., Júdez, J. & Gracia, D. (2001). "Ética de la actividad preventiva en atención primaria". Medicina Clínica, 117(19), 740-750.
- Álvarez, F. (2004). Estimulación temprana (6ª ed.). Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Andrew, C. (2005). "Chiropractic for midwives". Midwefery Best Practice V.3 Elsevier Churchill Livingstone. 224-227.
- Antonello, M. (2002) Fisioterapia Respiratoria Barcelona: Masson.
- Aparicio M. & Balaguer, A. (2008). "El parto por cesárea conlleva un aumento de la morbilidad materna. ¿Compensa el riesgo?". Evidencias Pediátricas, 4(16).
- Arturo, L. (2004). "Metodología de evaluación del desarrollo en niños/as de 2 meses a 5 años". Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, 29(1), 19-27.
- Baessler, K. & Schuessler, B. (2004). "Pregnancy, Childbirth, and pelvic Floor Damage". Pelvic Floor Disorders U.S.A.: Elsevier Churchill Livingstone. 33-42.
- Bailey, P., Szászdi, J. & Glover, L. (2002). "Ostetric complications: does training tradicional birth attendants make a diference?" Revista Panamericana de Salud Pública, 11(1), 15-23.
- Baptista, H., Barrera, R., Rosenfeld, F., Ramírez, A. & Jiménez, R. (2004). "Diferencias en el crecimiento y neurodesarrollo en el lactante menor deficiente de hierro no anémico". Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 61, 9-18.
- Bick, D. (2005). "Posnatal care: meeting the public health challenge". Midwifery and Public Health China: Elsevier Churchill Livingstone.195-223.
- Bly, L. (1999). Baby treatment based on NDT Principles U.S.A. Therapy Skills Builders.
- Boff, L. (2002). El Cuidado esencial Ética de lo Humano Compasión por la Tierra Madrid: Trolta.
- Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. (2008). Texto Integrado de Obstetricia y Ginecología (8ª ed.). Bogotá: QuebecorWorld.

- Boucier, A., McGuiere, E. & Abrams, P. (2004). Pelvic Floor Disorders U.S.A.: Elsevier Churchill Livingstone.
- Brites de Vila, G. & Müller, M. (2004). Manual para la estimulación temprana (6ª ed.). Buenos Aires: Bonum.
- Brito, I. (2002). "Terapias madre-bebé: una vía para la prevención en salud mental". Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 22(81), 111-118.
- Brousseau, T., & Sharieff, G. (2006). "Urgencias en el recién nacido: los primeros 30 días de vida". Clínicas Pediátricas de Norteamérica, 53 69-84.
- Brugha, R & Pritze-Aliassime, S. (2003). "Promoting safe motherhood through the private sector in low -and middle- income countries". Bulletin of the World Health Organization, 81(8), 616-623.
- Bruzzese, M., Molini, M. y Pijuan, M. (2004). Kinesiología en lactancia materna Universidad Abierta Interamericana.
- Buckley, S. (2006). "Mother and baby – a good start". Midwifery Best Practice V.4 Elsevier Churchill Livingstone. 201-205.
- Cabero, L., Saldivar, D. % Cabrillo, E. (2007). Obstetricia y medicina materno- fetal Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Canaval, G., Jaramillo, C., Rosero, D., & Valencia, M. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto Cali. En línea 2008 .4 dic/2008. <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972007000100002&script=sci_arttext>
- Carter, M. & Speizer, I. (2005). "Salvadorian fathers´ attendance at prenatal care, delivery, and postpartum care". Revista Panamericana de la Salud, 18(3), 149-156.
- Colson, E. & Dworkin, P. (1997). "Desarrollo del niño entre 1 y 3 años, crecimiento y desarrollo del lactante". Pediatrics in Review, 18(9), 255-259.
- Cook, R. Dickens, B. & Fathalla, M. (2004). "Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law". Bulletin of the World Health Organization, 82(7), 549.
- Corporación para el Desarrollo de la Producción y el Medio Ambiente Laboral, COIFA (1994). Seguridad-Salud y Condiciones de Trabajo Estocolmo: Abya-Yala.
- Cortés, J. (2002). Seguridad e Higiene del trabajo (3ra. Ed.) México DF: Alfaomega.
- Cortés, R., Buñuel, J. (2007). "Un bajo nivel de ingresos familiar se asocia a mayores índices de morbimortalidad perinatal en un país con un sistema sanitario gratuito". Evid Pediatras. 3: 96.
- Cosner, H. y Malin, S. (2006). Pee Wee Pilates. Essential postpartum exercise for mother and baby USA: Da Capo Lifelong.
- Craig, C. (2004). Abdominales con balón USA: Inner Traditions.

- Cristancho, W. (2003) Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilación pulmonar Bogotá: El Manual Moderno.
- Cuvi, F. & De Alava, B. (1995). La mujer, la familia y la sociedad en el Ecuador Quito: Gráficas Ecuatoriana (IECAIM Instituto Ecuatoriano de Investigación y Capacitación de la Mujer).
- De Ansin, G. (2000). Yoga para el bebé España: Oniro.
- Denys-Struyf, G. (1998). El manual del mezierista Paidotribo.
- Dirección General Académica (2007). Las disertaciones en la PUCE.
- Dolto, C. (2005). Haptonomía pre y postnatal, por una ética de la seguridad afectiva Buenos Aires: Creavida.
- DONA (2002). El Papel de la Doula de Post Parto en la Atención de la Maternidad USA.
- Douglas, A. (2001). The mother of all baby books Toronto: Macmillan Canada.
- Downie, P. (1996). Neurología para fisioterapeutas (4ta ed.). Buenos Aires: Cash. Ed. Panamericana
- Dürer, G. (1995). Preparación para el Parto Barcelona: Ed. Paidotribo.
- El Comercio. (2009). Ecuador es segundo en cesáreas. Redacción Sociedad.
- El Comercio. (2007). El tipo de parto deja huellas en los bebés. Redacción Sociedad.
- El Comercio. (2004). La medicina tradicional y la occidental se complementan. Redacción Ibarra.
- El Comercio. (2006). Las cesáreas se convirtieron en un negocio muy rentable. Redacción Sociedad.
- El Comercio. (2009). Las madres piden dar a luz sin necesidad de cesáreas. Redacción Sociedad.
- El Comercio. (2009). Los papás ya podrán acudir al parto. Redacción Sociedad.
- Elipse, P, Benito, T. & Téllez de la Vega, E. (2007). "La visita domiciliaria al recién nacido y a la puérpera". Jano, 1649, 31-35.
- Endacott, J. (2007). Pilates for pregnancy. Safe and natural exercise for before and after the birth China: Hamlyn.
- Federación de Sanidad CC.OO. Cuidado de enfermaría durante la gestación y parto de bajo riesgo. Canarias: En línea //2008. 17 nov/2008.
<<http://www.portalessa.com.ar/ARCHIVOS2/materno/nuvos/3CUIDADOS%20ENFERMERIA%20GESTACION%20Y%20PARTO%20BAJO%20RIESGO.pdf>>
- Feldenkrais, M. (1981). The elusive obvious USA: Meta Publications.
- Feldenkrais, M. (1984). The master moves USA: Meta Publications.
- Feldenkrais, M. (1990). Awareness through movement New York: HarperOne

- Figueira, P., Correa, H., Malloy-Diniz, L. & Romano-Silva, M. (2009). "Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para la detección en el sistema de salud pública". Revista Saúde Pública, 43(1), 79-84.
- Finger, W. (1997). "Una mejor atención en el posparto salve vidas". Boletín Ecuatoriano de Salud Pública y Desarrollo de las Áreas de Salud, 4, 120-122.
- Fraser, D. & Cooper, M. (2003). Textbook of Midwives (14ª ed.). China: Churchill Livingstone.
- Freitas, P., Drachler, M., Leite, J. & Grassi, P. (2005). "Las desigualdades sociales en las tasas de cesárea en primíparas, el sur de Brasil". Rev. Saúde Pública, 39 (5), 761-767.
- French, S & Sim, J. (2006). Fisioterapia: un enfoque psicosocial Madrid: McGraw-Hill.
- Gabbe, S., Niebyl, J. & Simpson, J. (2004). Obstetricia (Ed. 4ª). Madrid: Marbán.
- Gagnon, A., Bryanton, J. (2009). "Educación posnatal de padres para la optimización de la salud infantil general y las relaciones entre padres e hijos". Biblioteca Cochrane Plus 2009,
- Garabedian, H. (2004). Itsy Bitsy Yoga. Poses to held your baby sleep longer, digest better, and grow stronger USA: Fireside.
- Garabedian, H. (2008). Itsy Bitsy Yoga for Toddlers and Preschoolers USA: Da capo Lifelong.
- Goldman, M. (2000). Joy of Fatherhood. The first twelve months (2ª ed.). USA: Three Rivers Press.
- Gomes, I., Tavares, R., Azevedo, R. Lessa, B., Luis, P. & Duarte, A. (2006). "Prevalência da depressão pós-parto e fatores asociados". Revista Saúde Pública, 40(1), 65-70.
- Gómez, R., Mercado, C., Roldán, P., Roqué, A., Maggia, P, Chapman, E., Melano, M. & Galimberti, D. (2000). "Un parto respetuoso con la madre y con un mínimo de intervenciones. Uso de la curva de alerta". Revista Clínica de Investigación en Ginecología y Obstetricia, 27(4), 117-122.
- Goodson, D. & Bressler, K. (2000). Yoga para el Bebé Barcelona: Ediciones Oniro.
- Gray, L., Miller, L., Philipp, B. & Blass, E. (2002). "La alimentación al pecho es analgésica en los recién nacidos sanos". Pediatrics, 53(4), 196-200.
- Grosse, D. & Sengler, J. (2001). Reeducación del periné Barcelona: Masson.
- Grotkasten, S. & Kienzerle, H. (2007). Gimnasia para la columna vertebral (Ed. 8ª). Barcelona: Paidotribo.
- Gruzatti, I. (1997). Metodología de la investigación científica (1 ed.). Quito: Graficas
- Gutman, L. (2003). La maternidad y el encuentro con la propia sombra Buenos Aires: Del Nuevo Extremo.
- Hall, D. & Hobbins, J. (1999). Fetal Assessment, labor, and Delivery.

- Herbert, J. (2004). "Pelvic Floor Muscle Exercises". Pelvic Floor Disorders U.S.A.: Elsevier Churchill Livingstone. 227-280.
- Hernández, R. Fernández, C & Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación (3 ed.). México: Mc Graw Hill.
- Inkeles, G. & Schencke, I. (1994). Ergonomic Living: how to create a user-friendly home and office New York: Fireside.
- Instantáneas (2008). "Intervenciones para mejorar los servicios de salud materno-infantil y el estado nutricional de las madres y los niños: barreras y opciones". Revista Panameña de Salud Pública, 24(2), 136-138.
- Jill, A. (2003). Salud natural después del parto México: Inner Traditions en Español.
- Kapandji, A. (2002). Fisiología articular (Ed. 5ª). España: Médica Panamericana.
- Kelleher, J. (2002). Nuturing the family. The guide for postpartum doulas USA: Xlibris Corporation.
- Kennedy, G. (2005). "Working with babies". Midwifery Best Practice V.3 Elsevier Churchill Livingstone. 236-240.
- Kimber, I. (2005). "Massage for childbirth and pregnancy". Midwifery Best Practice V.3 Elsevier Churchill Livingstone. 228-231.
- Kneier, G. (2003). The importance of fathers Calgary. En línea 2003. 6 nov/2010. <http://www.drgary.ca/index_site.htm>.
- Landázuri, C. & Grijalva, A. (2004). Juana Miranda Quito: Ediciones Banco Central del Ecuador.
- Lang, I. & Villinger, T. (2006). Ejercicios Pélvicos Madrid: Edimat.
- Lawrence, R. (1996). La Lactancia Materna: una guía para la profesión médica (Ed. 4ª). Madrid: Mosby DogmaLibros.
- Leach, L. & Taylor, K. (2005). "Give dads a chance! Baby massage for fathers". Midwifery Best Practice V.3 Elsevier Churchill Livingstone. 57-58.
- Leboyer, F. (2009). Birth without violence (3ª ed.).USA: Healing arts press.
- Lee, S. (2004). "Operación cesárea: estudio de causas y tendencias en un hospital de segundo nivel". Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 42(3), 199-204.
- Lim, R. (2001). After the baby's birth: a complete guide for postpartum women Berkeley: Celestial Arts.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2011). Maternity & Women's Health Care (10ª ed.).USA: Mosby.
- Lubbock, L & Stephenson, R. (2008). "Utilization of maternal health care services in the department of Matagalpa, Nicaragua". Revista Panameña de Salud Pública, 24(2), 75-84.

- Luque, M. & Olivares, M. (2005). "Diferencias culturales en la percepción de la vivencia del parto". Index enfermería, 14(48-49) 9-13.
- Maldonado-Durán, M. y Lecannelier, F. (2008) El padre en la etapa perinatal Perinatol Reprod Hum.
- Marchant, S. (2003). "Physiology and care in the puerperium". Textbook of Midwives (14^a ed.). China: Churchill Livingstone.625-725.
- Marchelli, B. (2007). Masaje para bebés y niños Buenos Aires: Albatros.
- Marin, A. "Clasificación de la investigación". En línea 2008 .15 dic/2008.
<<http://www.encyclopedia.humanet.com.co/dic/clasifimethodo.htm>>.
- Martin, M. (1997). Pregnancy and Childbirth U.S.A.: Fisher Books.
- Maydana, E., Serral, G. & Boreell, C. (2009). "Desigualdades socioeconómicas y mortalidad infantil en Bolivia". Revista Panamericana de Salud Pública, 25(5), 401-410.
- Mazure, C., Keita, G. & Blehar, M. (2002) Summit on women and depression USA.
- Mazzonetto, L., Ipólito, I. & Meneguette, C. (2005). "Estado Puerperal". Revista de Facultad de Ciências Medicina Sorocaba, 7(1), 5-10.
- McClure, V. (2000). Infant massage USA: A Bantam Trade Paperback.
- Meaux, I. Dávila, R., Parrilla, A. & Áviles, J. (1999). "Obstetras y Pediatras: Experiencia con la Lactancia Materna en sus programas de Residencia". Puerto Rico Health Sciences Journal, 18(4), 353-357.
- Medina, A. & Mayca, J. (2009). "Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis". Construyendo nuestra interculturalidad, 4(5).
- Mendoca, W., Medeiros, A., Almeida, E. Nunes, R., Tavares, K. & Teixeira, A. (2009). "Paternidade: responsabilidade social do homem no papel provedor". Revista Saúde Pública, 43(1), 85-90.
- Ministerio de Salud de la Nación. (1997). Propuesta Normativa Perinatal Tomo V Atención Del Puerperio Y Prevención De Las Secuelas Invalidantes Del Posparto Buenos Aires.
- Ministerio de Salud Pública (2003). Normas de atención a la niñez.
- Ministerio de Salud Pública (2007). Ley de Maternidad Gratuita y Atención a al Infancia.
- Ministerio de Salud Pública (2008). Componente Normativo Materno Neonatal.
- Ministerio de Salud Pública (2008). Mujeres y hombres de sabiduría.
- Ministerio de Salud Pública (2008). Subproceso de Medicina Intercultural del Proceso de Normatización.
- Ministerio de Salud Pública (2008). Alimentación durante el embarazo y lactancia.
- Ministerio de Salud Pública (2008). Guía Técnica para la atención del Parto Culturalmente Adecuado.
- Ministerio de Salud Pública (2008). Lactancia Materna.

- Ministerio de Salud Pública (2008). Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal.
- Montalvo, G. (1999). Introducción a la pediatría y puericultura Quito: Docutech UPS.
- Moore, K. & Dalley, A. (2003). Anatomía con orientación clínica (4ª ed). Madrid: Panamericana.
- Mota, M., Petters, V., De Oliveira, Z., Da Silva, J. y Regis, M. (2006) “Encuentro de padres, bebés y profesionales de salud: oportunidad para la mujer y la familia para narrar lo vivido durante el proceso de nacimiento”. Enfermería Global. 9 España.
- Munroe, M. (2008). El principio de la paternidad. La prioridad, posición y función del varón USA: Whitaker House.
- Muñoz, F. & Englund, J. (2000). “Un paso adelante”. Clínicas Pediátricas de Norteamérica V.2.
- Muñoz, H., Kaempffer, A., Castro, R. y Valenzuela, S. (2001). Humanización del Proceso Reproductivo Mujer-Niño-Familia Universidad de Chile.
- Neiger, H. (1998). Estiramientos Analíticos manuales Madrid: Médica panamericana.
- Nelson, A & Kokkonen, J. (2007). Stretching Anatomy USA: Human Kinetics.
- Novo-Gueimonde, L., Teijelo, A., Sánchez, M., García, R., Tejerizo, A., Leiva, A., Benavente, J., Pérez, J., Corredera, F. & Tejerizo, L. (2000). “Psicosis posparto”. Revista Clínica de Investigación en Ginecología y Obstetricia, 27(10), 386-390.
- Nureña, C. (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical Revista Panamericana de Salud Pública, 26(4), p.368-376.
- Odent, M. (1990). El bebé es un mamífero Madrid: Mandala Ediciones.
- Ordoñez, J., Stupp, P. Monteith, D. et al. ENDEMAIN 2004 (Encuesta demográfica y de salud materno infantil): Informe Final. Quito: CEPAR, 2005.
- ÓLuanaigh, P. (2005). Midwifery and Public Health China: Elsevier Churchill Livingstone.
- OMS (1995). Fichas domiciliarias de salud materna Directrices para su desarrollo, adaptación y evaluación Ginebra.
- OMS (2003). Informe sobre la salud en el mundo Francia.
- OMS (2004). Método Madre canguro: guía practica Ginebra.
- OPS, USAID. (2006). Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional Washington, D.C.
- Orejarena, S. (2004). Trastornos afectivos posparto. MedUNAB. 7(20), 134-139.
- Orozco, E., González, M., Kageyama, I & Hernández, B. (2005). “Participación social en salud: Experiencia del programa de salud materna Arranque parejo en la vida”. Revista de Salud Pública de México, 51(2), 104-113.
- Ortigosa, E. (2003). Fisioterapia perinatal México D.F.: Editores de Textos Mexicanos.

- Parrilla, A. (1999). "Análisis sobre las Funciones de los Proveedores de Cuidado en Lactancia Humana y el Amamantamiento". Puerto Rico Health Sciences Journal, 18(4), 360-361.
- Parrilla, A. & Gorrín, J. (2000). "Aspectos Éticos en la Promoción de la Lactancia Humana y el Amamantamiento". Puerto Rico Health Sciences Journal, 19(2), 145-151.
- Pieq, L. & Pierre, V. (1977). Educación Psicomotriz y Retraso Mental Barcelona: Científico Médico.
- Ramírez, C. (2001). "Evolución del cuidado materno infantil". Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 9(1), 1-4.
- Ramirez, D., Hernández, A., Salinas, A., González, D., Walker, D., Rojo, G. & Hernández, B. (2009). "Early hospital discharge and early puerperal complications". Revista de Salud Pública de México, 51(3), 212-218.
- Regelin, B. (2003). Estiramiento muscular Madrid: Edimat.
- Reinhardt, B. (1997). La escuela de la espalda Barcelona: Paidotribo.
- Rigal, R. (2006). Educación motriz y educación psicomotriz en preescolar y primaria Barcelona: Inde Publicaciones.
- Riordan, J. & Wambach, K. (2010). Breastfeeding and Human Lactation Mississauga: Jones and Bartlett Publishers.
- Rojas, G., Fritsch, R., Solís, J., González, M., Guajardo, V. & Araya, R. (2006). "Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto". Revista Médica de Chile, 134(6), 713-720.
- Ronsmans, C, Holtz, S & Stanton, C. (2007). "Diferencias socioeconómicas en las tasas de cesárea en países en desarrollo: un análisis retrospectivo". The Lancet, 5(1), 16-23.
- Ruiz, E. (2006). Etnomedicina. Un nuevo camino para un vivir integral Quito: UNESCO, OPS, OMS.
- Salazar, D & Vélez, N. (2008). "Incidencia y principales causas de cesárea en pacientes atendidas en la maternidad "Enrique C. Sotomayor", período comprendido entre julio 2005 a septiembre 2005". Revista "Medicina", 14(3), 212-216.
- Schanler, R. (2001). Lactancia Materna. Parte I. Pruebas que apoyan la lactancia materna. Clínicas Pediátricas de Norteamérica,
- Schanler, R. (2001). Lactancia Materna. Parte II. Atención de la lactancia Materna. Clínicas Pediátricas de Norteamérica,
- Seidel, H. (1998). Atención primaria del recién nacido (2da. Ed.) Madrid: Harcourt Brace.
- Selby, A. (2002). Pilates fo Pregnancy London: Thorsons.
- Serra, G. (2005) Fisioterapia en Neurología, Sistema Respiratorio y Aparato Cardiovascular Barcelona: Masson.
- Shaffer, D. (2000). Psicología del desarrollo (5ª ed.). México: International Thomson Editores.

- Sotte, L. (1999). Masaje Chino pediátrico España: Océano Ibis Ediciones S.A.
- Spangler, A. (1995). Amy Spangler's Breastfeeding. A Parent's Guide (6ª ed.). Newly.
- Stephenson, R. & O'Connor, L. (2003). Fisioterapia en Obstetricia y Ginecología (2da. Ed.) Madrid: McGraw – Hill Interamericana.
- Stillerman, E. (2008). Prenatal Massage: A Textbook of Pregnancy, Labor and Postpartum Bodywork New York: Mosby Elsevier.
- Sufang, G., Padmas, S., Fengmin, Z., Brown, J. & Stones, R. (2007). "Entorno de parto y tasas de cesárea en China" Bull World Health Organ, 85 (10), Ginebra.
- Tello, N., Guzmán, D., Salazar, R., Vásquez, D. (2004). "Prevalencia de ascos y antojos alimenticios en la etapa temprana del embarazo en gestantes del HMPSJ". Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, 29(1), 28-41.
- Terán, R., Gutierrez, V & Lazo, L. (2007). "Mortalidad Materna en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidí 2000 a 2006". Revista Gaceta médica Boliviana, 30(2), 27-31.
- Thureen, P. (1999). Assessment and care well born St. Louis: Elsevier Saunders.
- Torres, M. & Salvat, I. (2006). Guía de masoterapia para fisioterapeutas Madrid: Médica Panamericana.
- Torres, Y., Montoya, L., Cuartas, J. & Osorio, J. (2005). "Factores asociados a mortalidad materna – estudio de casos y controles. Medellín 2001-2003". Revista CES MEDICINA, 19(2), 19-45.
- Turnbull, B., Escalante, E. & Klunder, M. (2006). "Papel de las redes sociales en la lactancia materna exclusiva. Una primera exploración". Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 44(2), 97-104.
- Velasco, V., Navarrete, E. & De la Cruz, L. (2008). "El descenso de la mortalidad materna en el IMSS, 2000-2005. ¿Azar o resultado de acciones específicas?". Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 46(2), 211-218.
- Villa Elízaga, I. (1992). Desarrollo y estimulación del niño durante los tres primeros años de su vida Pamplona.
- Volk, E. (2000). "Autoconciencia del movimiento". Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 26-061-B-10.
- Wagner, C. & Purohit, D. (1999). Aspectos Clínicos de la leche y la lactancia maternas. Clínicas de Perinatología.
- West, J. (2005) Fisiología Respiratoria (7ª ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Whiteford, B. & Polden. M. (1996). Ejercicios Postnatales Colombia: Editorial Norma.
- WHO (2009). "Maternal death and near-miss classifications". Bull World Health Organ 87 (10) Ginebra.
- Wickham, S. (2005). Midwifery Best Practice V.3 Elsevier Churchill Livingstone.
- Wickham, S. (2006). Midwifery Best Practice V.4 Elsevier Churchill Livingstone.

- Wiessinger, D., West, D. & Pitman, T. (2010). The Womanly Art of Breastfeeding (8ª ed.). New York: Ballantine Books.
- World Health Organization. (1997). Coverage of maternity care (4ª ed.). Genova.
- World Health Organization. (2004). Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. Genova.
- World Health Organization. (2006). Neonatal and Perinatal Mortality
- Wray, J. (2006). "Postnatal care: is it an afterthought?". Midwifery Best Practice V.4 Elsevier Churchill Livingstone. 176-177.
- Zuluaga, J. (2001). Neurodesarrollo y Estimulación. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

PARA GRADOS ACADÉMICOS DE LICENCIADOS (TERCER NIVEL)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

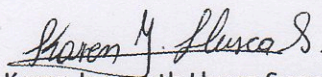
DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **KAREN JEANNETH LLUSCA SUQUILANDA**, C.I. **171398761-6**, autora del trabajo de graduación intitulado: **"Terapia Física Familiar en el Posparto - Guía de Manejo"**, previa a la obtención del grado académico de **LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA** en la Facultad de Enfermería:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 24 de agosto del 2011


Karen Jeanneth Llusca Suquilanda
C.I. 171398761-6