

**PREPARACIÓN PSICOFISIOLÓGICA DE LA EMBARAZADA VERSUS
VITALIDAD DE SU RECIÉN NACIDO IPS. SAN LUIS SINCELEJO, 2004**

**LADIS MADRID CUELLO
ANGELA MAZO MEDINA
LENIS ROBLES RIVERO
ANA RODRÍGUEZ JARABA**

**UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
SINCELEJO
2004**

**PREPARACIÓN PSICOFISIOLÓGICA DE LA EMBARAZADA VERSUS
VITALIDAD DE SU RECIÉN NACIDO IPS. SAN LUIS SINCELEJO, 2004**

**LADIS MADRID CUELLO
ANGELA MAZO MEDINA
LENIS ROBLES RIVERO
ANA RODRÍGUEZ JARABA**

Trabajo de grado como requisito parcial para optar el título de enfermera

**Director
Enfermera Carmen Cecilia Alviz de Puente
Especialista en Gerencia de la Educación**

**UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
SINCELEJO
2004**

**“ÚNICAMENTE LOS AUTORES SON RESPONSABLES DE LAS IDEAS
EXPUESTAS EN EL SIGUIENTE TRABAJO”**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Sincelejo, ____ de _____ del 2005

Si adquieres ciencia y prudencia, al andar por los caminos de la vida, no se te enredarán tus pasos, y al correr hacia el éxito no tropezarás.

(Proverbios 4, 12)

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Dios que es nuestra guía en la vida.

Nuestros padres, hermanos y amigos por el apoyo brindado.

Carmen Cecilia Alviz de Puente; Directora del trabajo grado y docente del programa de enfermería Universidad de Sucre.

Justo Rafael Fuentes Cuello; Ingeniero Agrícola, Asesor de Sistema.

A Edgar Madrid, licenciado en Matemáticas, Asesor de Estadísticas

La Universidad de Sucre, por el apoyo y colaboración en nuestra formación.

La IPS San Luis, por permitir realizar nuestra investigación en su sede.

Las personas que de alguna forma colaboraron en la realización del trabajo.

CONTENIDO

pág.

0. INTRODUCCIÓN.....	14
1. OBJETIVOS.....	16
1.1 OBJETIVO GENERAL	16
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
2. ESTADO DEL ARTE.....	17
2.1 ANTECEDENTES.....	17
2.2 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL.....	20
2.3 MARCO LEGAL	30
3. METODOLOGÍA	33
3.1 TIPO Y ÁREA DE ESTUDIO	33
3.2 UNIVERSO Y MUESTRA.....	33
3.3 FORMA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES	34
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
3.5 PROCEDIMIENTOS	36
3.6 TABULACIÓN Y ANÁLISIS	37
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	39
4.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	39

4.2	FACTORES DE RIESGO	41
4.3	DATOS OBSTÉTRICOS	42
4.4	INFLUENCIA DE LOS FACTORES EMOCIONALES, CULTURALES Y SOCIALES EN EL TRABAJO DE PARTO	43
4.5	SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO	45
4.6	TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO	46
4.7	REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS - MOTIVO DE REMISIÓN AL II NIVEL	47
4.8	VALORACIÓN DE LA VITALIDAD DEL RECIÉN NACIDO A TRAVÉS DEL MÉTODO APGAR.....	48
4.9	VALORACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL A TRAVÉS DEL MÉTODO CAPURRO A	49
5.	CONCLUSIONES	50
6.	RECOMENDACIONES	51
	BIBLIOGRAFÍA.....	52
	ANEXOS	54

LISTA DE TABLAS

	pág.
TABLA 1: Datos sociodemográficos de las gestantes asistentes al control prenatal de la IPS San Luis, 2004.....	40
TABLA 2: Duración del primer periodo del trabajo de parto.....	45
TABLA 3: Duración del segundo periodo del trabajo de parto.	46
TABLA 4: Vitalidad del recién nacido según método APGAR al minuto y a los cinco minutos de vida.....	49

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Encuesta dirigida al equipo de salud para realizar la evaluación de las mujeres que se encuentran en trabajo de parto y parto en la IPS San Luis, Sincelejo.

ANEXO B. Revisión de historias clínicas de las embarazadas de la IPS San Luís que son remitidas al Hospital Regional de Sincelejo de II nivel, por requerir intervención quirúrgica para cesárea.

ANEXO C. Curso psicoprofiláctico dirigido a las embarazadas asistentes al control prenatal de la IPS San Luis.

RESUMEN

El estudio sobre preparación psicofisiológica de la embarazada versus vitalidad del su recién nacido IPS San Luis, Sincelejo, 2004, fue realizado teniendo en cuenta la poca o nula preparación psicofisiológica de la embarazada, para afrontar o participar durante su trabajo de parto y parto, comprometiendo así la vitalidad de su recién nacido, todo lo anterior se pudo apreciar durante el desarrollo de la practica clínica por sala de trabajo de parto y parto en esta institución.

Para el siguiente estudio se utilizó el método de tipo descriptivo e interventivo, la muestra la conformaron 10 mujeres en edades comprendidas entre 16 y 26 años que reunieran condiciones específicas como: Habitantes de Sincelejo, asistentes al control prenatal de la IPS San Luis, primigestantes, pertenecientes al estrato I y II, edad gestacional entre 26 y 28 semanas.

Para obtener la información se utilizó un cuestionario tomando los datos de las historias clínicas del paciente, con previo consentimiento de estas. Los resultados fueron procesados manualmente. El análisis de los resultados arrojó que el 83% tuvo un adecuado comportamiento y manejo de respiración, el 100% tuvieron embarazos a término; de las cesareadas el 50% su motivo de remisión fue por sufrimiento fetal agudo, oligohidramnios y ruptura prematura de membranas.

Así mismo, la preparación de la embarazada de manera psicofisiológica para el trabajo de parto con la participación activa en este proceso favorece la vitalidad del recién nacido, valorado por medio del método APGAR.

La valoración de la edad gestacional de recién nacido se hizo por medio del método Capurro A.

PALABRAS CLAVES:

- Edad gestacional.
- Comportamiento de la embarazada.
- Vitalidad del recién nacido.
- Valoración del APGAR

ABSTRACT

The study has more than enough psychological preparation of the pregnant one versus vitality of the its recently born IPS San Luis, Sincelejo, 2004, it was carried out keeping in mind the little or null psychological preparation of the pregnant one, to confront or to participate during its childbirth work and childbirth, committing this way the vitality of ifs recently born one, all the above – Mentioned you could appreciate during the development of the practices it clinic for room of childbirth work and childbirth in this institution.

For the following study it was used the method of descriptive type and interventivo, the sample 10 women they conformed it in ages understood among 16 and 26 years that gathered – conditions you specify as: inhabitants of Sincelejo, assistants to the prenatal control of the IPS San Luis, primigestantes, be tumi and it, age gestational between 26 and 28 weeks.

To obtain the information a questionnaire it was used patient's clinical histories, with previous concentimiento of these. The results were processed manually. The analysis of the results threw that 83% had an appropriate behavior and breathing handling, 100% embarrassed to terms; of the cesareadas 50% their remission reason was for sharp fetal suffering, oligohidramnios and premature rupture of membranes

Likewise, the preparation of the pregnant ones in way psicofisiologica for the childbirth work with the active participation this process favors the vitality of the recently born one, valued by means of the method APGAR.

The valuation of the age of the age gestational of recently born was made by means of the method CAPURRO A.

This study gives base to confirm that the preparation psychophysiology to the pregnant one is fundamental pillar for the behavior of the gestante in the childbirth work and in consequence in the vitality of the recently born one.

Key Words: Age gestational, behavior the pregnant, vitality of the recently born one, Valued the APGAR

0. INTRODUCCIÓN

La meta de los cuidados de la maternidad es un embarazo sano con un resultado seguro desde el punto de vista físico y satisfactorio desde lo emocional tanto para la madre como para su futuro hijo. Sin embargo, muchas de las adaptaciones maternas resultan poco familiares para las mujeres embarazadas y sus familias, de ahí que la educación para el parto, en el sentido de ayudar a las embarazadas y sus familiares en la toma de decisiones informadas sobre el embarazo, el parto y la crianza, ofrece una oportunidad única a las enfermeras y a otros miembros del equipo de salud que propicie el bienestar de la mujer, de su hijo por nacer y del resto de la familia.

Actualmente la falta de educación para afrontar el trabajo de parto y parto en Colombia y particularmente en nuestro medio se ha convertido en una barrera para vivenciar este periodo, viéndolo como algo indeseable y muy doloroso influyendo esto negativamente en el trabajo de parto quitándole la magia que envuelve el privilegio de procrear y en ocasiones comprometiendo la vitalidad y adaptación extrauterina del recién nacido.

Durante la realización de la practica clínica por el área de trabajo de parto y parto de la asignatura de enfermería materno infantil, el grupo investigador aprecia un numero significativo de embarazadas que llegan a la IPS San Luis de Sincelejo a parir a su hijo sin recibir suficiente preparación sobre el proceso fisiológico y cambios propios de este estado, reflejándose lo anterior negativamente en la participación activa de la parturienta en la evolución del trabajo de parto y en la consiguiente deficiente vitalidad y adaptación del recién nacido a la vida extrauterina; de allí la importancia de que la mujer reciba orientación a cerca de este proceso natural; debido a esto, se pretende hacer énfasis en el desarrollo del

programa psicoprofiláctico donde se busca no solo preparar a la mujer para el trabajo de parto, con la finalidad que este sea más tolerable, sino también evaluar la vitalidad del recién nacido para confirmar así los beneficios de la educación brindada.

Este estudio da base para confirmar que la preparación psicofisiológica a la embarazada es pilar fundamental para el comportamiento de la gestante en el trabajo de parto y como consecuencia en la vitalidad del recién nacido.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los efectos o influencia que tiene la preparación psicofisiológica de la mujer embarazada en el momento del trabajo de parto y parto, en la vitalidad de su recién nacido, asistente al control prenatal de la IPS San Luis Sincelejo, 2004.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar datos obstétricos y factores de riesgo con el fin de valorar el desarrollo del embarazo.
- Evaluar la influencia de los factores emocional, cultural y social en el trabajo de parto de la embarazada.
- Realizar el programa psicofisiológico a la embarazada.
- Valorar la eficacia de los ejercicios físicos y respiratorios durante el trabajo de parto.
- Valorar la vitalidad del recién nacido a través de los métodos del APGAR.
- Valorar la edad gestacional del neonato a través del método de Capurro A y examen físico general.

2. ESTADO DEL ARTE

2.1 ANTECEDENTES

Se han realizado diversas investigaciones en donde se han reportado buenos resultados con el método de psicoprofilaxis obstétrica; así es el caso de Perú que en 1.961, Lima, Rodríguez J. realizó un estudio en el Hospital Sergio Bernales de Collique y llegó a la conclusión que los pacientes que recibían preparación psicofísica eliminaban sus angustias y temores que causaban molestias durante el parto. En 1.968 en Lima en el Hospital San Juan de Dios, Lucio Castro Medina realizó estudios sobre preparación psicoprofiláctica y su influencia en el trabajo de parto obteniendo excelentes resultados en cuanto a su aplicación. Y una investigación más actual fue la realizada por Castañeda en 1.992 que afirma que el método psicoprofiláctico influye notablemente en un mejor control emocional además en el acortamiento de la duración del trabajo de parto.

En Venezuela se han realizado durante los últimos 16 años estudios sobre investigación pre y postnatal por la doctora Beatriz Manrique, esta investigación surge de la rica experiencia obtenida por la autora y su equipo en el Ministerio del Estado para el desarrollo de la inteligencia, con la creación del proyecto familia a nivel nacional y se basa en un proceso de enseñanza-aprendizaje que se inicia desde la concepción¹.

El trabajo se realizó con cuatro grupos de tratamiento: 2 experimentales y 2 controles y se empleó el análisis varianza (Anova). La población estudiada: madres venezolanas, primigestas, embarazos saludables, edades entre 18 y 26

¹ www.prenatal.net. Investigación sobre estimulación prenatal y postnatal.

años, asistentes voluntariamente al centro asistencial antes de las 24 semanas de embarazo.

La investigación se llevó a cabo durante tres fases experimentales:

1. Programa educativo prenatal: Incluía clases de relajación, ejercicios corporales y de relajación y técnicas de estimulación.
2. Programa educativo neonatal, ejercicios postparto, lactancia, análisis de reflejos.
3. Programa educativo al año y mediciones hasta los 6 años.

Se obtuvo que, desde el mismo momento del nacimiento, los bebés experimentales eran más alertas, reconocían la música que escucharon mientras que estaban en el útero.

Las madres pertenecientes al grupo experimental manifestaron conductas más adecuadas durante las contracciones y el parto. Así mismo las madres que recibieron este programa educativo manifestaron una mayor autoestima y seguridad para afrontar el momento del parto.

Por otra parte, Gabriel Fabián Federico, musicoterapeuta, egresado de la carrera de Musicoterapia en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador, es el creador del método Mamisounds® que incluye los programas de estimulación prenatal con música, estimulación adecuada para recién nacidos hasta un año y medio, estimulación precoz para recién nacidos de riesgo, estimulación temprana para bebés con necesidades especiales hasta los 3 años y rehabilitación pediátrica de niños con alteraciones neurológicas².

² Embarazo, bebés y estimulación prenatal. HTM.

Se dedicó en los últimos años a la investigación de la aplicación de la musicoterapia en el desarrollo prenatal, y a la estimulación precoz y temprana de niños con necesidades especiales.

En el año 1995 comenzó a realizar talleres de estimulación prenatal con actividades musicales para embarazadas. Ha realizado investigaciones sobre los efectos que tiene la música en el embarazo, en el desarrollo psíquico prenatal, sobre la audición fetal, el desarrollo embriológico y la obstetricia.

Un estudio efectuado por Sosa, Kennell y Klaus sugiere que pueden existir beneficios perinatales considerables cuando hay preparación constante durante el embarazo. El grupo control sin preparación para el trabajo de parto mostró una frecuencia más elevada ($p < 0.001$) de problemas perinatales subsecuentes (como por ejemplo intervención cesárea y presencia de meconio). Fue necesario admitir a 103 madres en el grupo control y a 33 en el experimental para tener 20 casos en cada grupo sin complicaciones. Además, en la muestra final el tiempo transcurrido desde la admisión hasta el nacimiento en primigrávidas fue menor en el grupo experimental, (8.8 horas, en comparación con 19.3 horas, $p < 0.001$).

En otro estudio efectuado por Gaciano y col., las mujeres indicaron que los medicamentos durante el trabajo de parto eran menos importantes que la presencia de un compañero³.

A nivel de Colombia, no se encontraron investigaciones que den cuenta que la vitalidad del recién nacido se relacione con el comportamiento de la mujer durante el trabajo de parto.

³ REEDER, SHARON y otros. Enfermería materno-infantil. Interamericana Mc Graw-Hill. p. 342. México 1995.

2.2 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

El embarazo es un proceso natural donde casi todas las mujeres en su etapa de la vida experimentan este ciclo biológico para preservar la especie humana, pero, a pesar de que es un proceso fisiológico, existen muchos mitos y creencias que causan cierto temor a muchas mujeres que se encuentran en este estado natural.

El embarazo se constituye entonces en un factor de desarrollo y de florecimiento, tanto físico como psíquico y espiritual de la mujer. Sobre todo el parto, transforma físicamente a la mujer al ser actora del acontecer biológico más importante en la perpetuación de la especie. El psiquismo de la mujer es profundamente transformado y adquiere la perfección necesaria para desarrollar adecuadamente la augusta función de la maternidad.

Existen en la actualidad diversos programas de preparación para el embarazo y parto y todos conducen a combatir el temor al parto y a ofrecer ayuda a la madre y al feto a obtener un mejor estado de salud como situación desagradable, como molestia, como problema, por una vivencia de la gestación que signifique construcción, milagro de vida y ese milagro de vida sea sentido por la gestante como algo agradable. La madre debe aprender a sentir la vida de su hijo dentro de su vientre y sin recelos ni perjuicios, detectar su morfología desplazando sus manos a través del abdomen. Muchas veces, cuando ellas perciben al bebé moverse, experimentan diversas sensaciones de equilibrio, satisfacción y paz, se convierte por lo tanto en un dialogo profundo que modifica la conducta psicológica de la mujer experimentándose en su ser un poderoso cambio en su estado de ánimo, asumiendo plenamente lo que se denomina concienciación.

La mente de la embarazada es esencialmente lábil y abierta a toda clase de sugerencias. La embarazada vive su día del parto desde mucho antes que este

llegue, lo que en cantidad de veces la atemoriza, tensando su organismo y haciéndose protagonista de nueve largos meses de espera inquieta.

Será muy valioso enseñar a la gestante a tener una visualización del trabajo de parto para que se lidere este proceso ya que el parto es un proceso normal y fisiológico, y es la mujer la que debe liderar este proceso con buenos conocimientos puede llegar más tranquila al proceso del parto y que la expulsión sea más rápida y con menos complicaciones y esté lista para brindar cuidados al recién nacido y su hijo tenga una mejor vitalidad al momento del nacimiento.

A continuación se mencionan los métodos de preparación psicofisiológica para el parto y los beneficios para el recién nacido.

El Método Nacimiento Natural ideado por el doctor Grantly Dick-Read (1959), médico inglés, fue un iniciador del movimiento de preparación para el nacimiento después de observar a muchas mujeres en trabajo de parto y ayudarlas en el parto, desarrolló una teoría de preparación para el nacimiento, llamó a su método nacimiento natural, porque consideraba que el proceso de trabajo de parto y el parto era originalmente un proceso natural. Creía que el dolor experimentado durante esa época era de origen mental, y señaló que “en teoría la naturaleza no consideró que el parto fuera doloroso”. La mayoría de las mujeres experimentaban dolor a causa del miedo inducido desde el punto de vista cultural que se relacionan con el nacimiento. Por lo tanto, su método de preparación se orienta sobre el síndrome de miedo, tensión y dolor.

El temor origina tensión muscular y psíquica, la tensión aumenta el umbral de percepción del dolor haciendo que los estímulos no dolorígenos se hagan más evidentes. Dick-Read interpreta estos fenómenos con la siguiente explicación neurológica: “Si no existiera temor la corteza cerebral no actuaría, quedaría inhibida, todo se desarrollaría desde las regiones neurológicas inferiores hasta el

nivel hipotalámico, sin mayor interferencia de la corteza. Cuando hay temor y tensión hay influencia de la corteza cerebral en el discurrir de los fenómenos talámicos-diencefálicos y por ende, en la producción de oxitocina”, que se torna desordenada repercutiendo negativamente en las características de la contracción uterina y dentro de ellas, en el triple gradiente descendente, con contracciones simultáneas del fondo, del cuerpo y del cuello, aumentándose el dolor verdadero, retardándose la dilatación y prolongando el parto.

En síntesis, el método de Dick-Read trata de invertir el círculo vicioso Temor-Tensión-Dolor. Estando la mujer en trabajo de parto completamente relajada, tranquila y sin temor, evita que la corteza interfiera en el normal funcionamiento del diencefalo. La producción de oxitocina se cumple en términos normales, actuando por tanto en forma adecuada en la musculatura lisa del útero.

Dick-Read creía que el miedo al nacimiento podía eliminarse mediante educación. En sus clases se enseñaba a las mujeres lo que debían esperar del trabajo de parto y el parto, y a comprender el proceso. También era importante lograr relajación. Parte del tiempo de clases se dedica al componente educacional, y la otra parte a demostración y práctica de ejercicios.

Otro método es el planteado por Bradley, conocido a menudo como parto natural dirigido por el compañero o esposo, básicamente es el método de Read con la introducción importante del compañero o la persona de apoyo, quien dirige a la mujer durante todo el embarazo como preparación para el trabajo de parto y parto.

Este método es comparado con los instintos naturales de los animales. Después de observar que los animales no sufren dolor durante el proceso del nacimiento, sugiere que las mujeres pueden adaptar estas conductas del nacimiento para aliviar su sufrimiento.

La finalidad de Bradley es ayudar a la mujer a lograr un embarazo, un trabajo de parto y un parto sin medicaciones⁴.

El método psicoprofiláctico (de Lamaze) significa “prevención mental”, y el doctor Fernando Lamaze, obstetra francés, fue la primera persona que lanzó este método de preparación para el nacimiento en el mundo occidental⁵. Se originó en realidad en Rusia, y se basa en la investigación de Pavlov de los reflejos condicionales. Pavlov encontró que los centros corticales podían reaccionar solo a un grupo de señales a la vez, y que aceptan solo la señal más potente; las señales más débiles se inhiben. La investigación de Pavlov demostró también que la representación de un estímulo puede crear una reacción cuando se sustituye el estímulo real sigue ocurriendo la reacción condicionada.

Los dos componentes de las clases de Lamaze abarcan educación y capacitación. Se enseña a las parejas sobre el nacimiento y se les capacita para que efectúen ejercicios específicos. Se enseña a las mujeres a sustituir las reacciones condicionales desfavorables por otras que sean favorables, en vez de inquietarse y perder el control durante el trabajo de parto, la mujer aprende a reaccionar a las contracciones con relajación condicionada de los músculos no afectados y un patrón respiratorio aprendido. Se enseña a la mujer a familiarizarse con la sensación de contracción y relajación de grupos musculares voluntarios de todo el cuerpo. A continuación aprende a contraer un grupo muscular específico y a relajar el resto del cuerpo. Este proceso consistente en aislar la acción de un grupo de músculos voluntarios del resto del cuerpo se llama disociación neuromuscular, y es básico para el método de psicoprofilaxia de la preparación para el nacimiento.

⁴ REEDER, SHARON y otros. Enfermería materno infantil. Interamericana Mc Graw-Hill. p 351. México 1995.

⁵ Ibid. p 343, 347, 348, 349.

El uso de la relajación como destreza para afrontar el trabajo de parto constituye la base de todas las técnicas de educación en este campo.

Muchas autoridades consideran que la capacidad de liberar tensión en periodos en que esta aumenta es la destreza más importante que se enseña y comprende en las clases de educación para el parto. Constituye el fundamento de las demás destrezas, incluyendo las técnicas de respiración y expulsión.

Para aprender a relajarse es necesario estar consciente del estado de los músculos, ya sea que se encuentren tensos o relajados, para que la mente ejerza control consciente en dicho estado. Es necesario practicar en forma constante y repetida las técnicas de relajación para mantener una respuesta condicionada de esta naturaleza. La técnica de relajación no solo ayuda durante el parto sino que es una destreza de utilidad para toda la vida, ya que permite reducir las tensiones cotidianas.

Se referencia también, el método psicosexual de Sheila Kitzinger se basa en los sistemas de entrenamiento Dick-Read y psicoprofiláctico. Su principal contribución procede de la teoría psicoanalítica y de la antropología social como una experiencia personal, el parto suele envolver sentimientos apenas entrevistos sobre nosotras mismas, que se han desarrollado a lo largo de los años formativos de la infancia, actitudes y fantasías sobre nuestros cuerpos, nociones sobre el tamaño y posición relativa de los diferentes órganos y orificios, y conceptos de limpieza, contaminación, belleza y fealdad.

Una embarazada también necesita descubrir hasta qué punto el parto es una situación social, y no solo una experiencia emocional y fisiológica privada. Se enseña a aprender a respirar y relajarse correctamente durante el parto, y que los ejercicios deben incluir diferentes tipos de respiración para las distintas fases del

parto, con la relajación se consigue que los músculos se relajen a voluntad y es vital para el parto⁶.

Se relacionan otras técnicas, como la hipnosis que no es tan común como los otros métodos de preparación que se han descrito. No incluye ejercicios activos, y no siempre se enseña en una situación de grupo. Tiene semejanzas con los otros métodos porque reduce el miedo al nacimiento al señalar a la mujer lo que debe esperar, producir la relajación y reducir o eliminar el dolor. Esta técnica se conoce como método hipnorreflexógeno, y fue descrito por primera vez en el hemisferio occidental por Santiago Roing – García (1961). El método es una combinación de hipnosis y reflejos condicionados. Durante las sesiones de hipnotismo se emplea hipnosis para modificar las percepciones existentes de la mujer en trabajo de parto y parto, con objeto de modificar el miedo y la ansiedad y de que perciba las contracciones como una sensación indolora. Además; con la hipnosis y la sugestión poshipnotica se produce un grado de excitabilidad baja de la corteza. Otra técnica es el yoga, es un sistema que no es específico para el parto, pero se ha utilizado por muchas mujeres, incluyen relajación, concentración y combinación de respiración abdominal y pectoral.

El método Wright se basa en la psicoprofilaxis pero emplea menos respiración activa que el método Lamaze. Los “niveles” respiratorios se hacen más complejos a medida que progresa el trabajo de parto. Este método también se llama nuevo parto.

“Influencia de la estimulación fetal en respuesta de adaptación a los recién nacidos a la vida intrauterina”, esta anotación lleva a comentar que numerosos estudios han destacado la importancia de la relación madre-hijo, como un factor primordial que influye en el desarrollo humano, las experiencias se han centrado sobre el valor de una madre como estímulo positivo, y sus conclusiones se orientan a

⁶ KITZINGER, Sheila. Embarazo y parto. Editorial Presencia. 1a ed., p. 162, 164. Bogotá 1989.

considerarle un valor primordial a la presencia materna como apoyo para un desarrollo infantil normal.

La unidad de preparación para la maternidad lleva a cabo la enseñanza de la estimulación fetal a los padres de familia vinculados de manera directa dentro de su autocuidado y el de su futuro hijo.

La estimulación se ha convertido en una acción preventiva donde participa la comunidad dirigiéndose al grupo familiar en beneficio del desarrollo integral del niño desde el punto de vista mental, social y emocional. No se trata de presentar el mayor número de estímulos al feto, sino en un tratamiento con bases técnicas, científicas, teniendo en cuenta las pautas del desarrollo embrionario.

Thomas Verny (1982), en su libro “Vida secreta de un niño no nacido”, menciona que el fuerte vínculo intrauterino es una protección fundamental del niño en contra de los peligros del mundo exterior y en parte, este vínculo también determina el futuro de la relación entre madre – hijo. Esto ocurre a través de tres canales de comunicación. El primero fisiológico, que es el único de los tres que es un sentido inevitable. El segundo canal de comunicación el cual se ha observado que los bebés aun no nacidos patean cuando están asustados o ansiosos y el tercer canal Verny lo llamó “comunicación simpatética”, contiene todos los elementos de los dos primeros pero es más amplio y profundo. El amor es un buen ejemplo.

En cuanto a la comunicación con el bebé, esta se debe iniciar estando la madre tranquila, relajada. Al estar las madres tranquilas deben tratar de sentir al bebé y comunicarse con él. Desde el primer trimestre de gestación el bebé siente, a los 4 meses es muy activo, nada, patea y a veces hace volantines, aunque las mamás no se dan cuenta de esto. A los 6 meses distingue los sonidos, la voz de los padres, los ruidos fuertes y le encanta la música suave.

Otra actividad que les permite a las madres comunicarse con su hijo es por medio del tacto, lo que el bebé siente cuando la madre se acaricia el vientre, por el sonido, lo que oye cuando se le habla o se le coloca música; por la luz, lo que cuando se expone el vientre a la luz. Esta comunicación desarrolla el vínculo afectivo.

Actualmente, los investigadores están de acuerdo de que el oído es el primer órgano que se desarrolla a nivel embrionario a funcionar activamente desde el cuarto mes. Las afectaciones que tiene el cuerpo del niño sobre si mismo y sobre los otros son fundamentales para comprender los efectos que tiene la música, la comunicación, el juego y las actividades creativas sobre la sensibilidad y el afecto.

Los ritmos del corazón de la madre y las del medio intrauterino en términos sencillos producen la música.

El efecto Mozart para estimular a los bebés se produce debido a los ritmos, melodías y frecuencias altas de su música, siendo sonidos altamente armónicos que metafóricamente actúan como un relato o un cuento de hadas, estimulando el neo-córtex, como el sistema límbico, permitiendo de esta forma que la persona que escucha la música en este sentido desemboca en el campo de la “acción”; porque las emociones no son sentimientos, sino que son “impulsos” o “programas instantáneos” para enfrentarnos a la vida. Entonces, se puede plantear que la música no sólo activa las redes neurológicas, sino que incide también en la concentración, la atención y la memoria, fundamentales para el proceso de aprendizaje.

La idea de la estimulación intrauterina no es nueva, desde hace siglos las madres le han susurrado y cantado canciones de cuna a su abdomen embarazado.

En el feto la formación del sistema nervioso a la cuarta semana de gestación y al quinto mes ya contienen el número de células nerviosas que constituyen este sistema.

Lo más importante para el bienestar de un bebé es que se sienta rodeado del amor que le proporcionan sus padres. El niño necesita que le hablen, lo acaricien, le sonrían y sobre todo que lo quieran, y si esto se hace desde que el niño se encuentra en el vientre materno éste logrará tener el mejor desarrollo orgánico y funcional de su sistema nervioso y de sus órganos de contacto.

El bebé desde que está en el vientre de la madre tiene la capacidad de sentir, ver, oír y hasta tiene preferencias del sentido del gusto. Todo lo que hacen los padres durante el embarazo para comunicarse y comenzar a estrechar lazos afectivos con el bebé, tiene una repercusión positiva para él. Estas madres deben relajarse física y emocionalmente además de cuidar su nutrición, sus actividades y asistir al control médico.

Las actividades que estimulan al bebé en el útero y que la embarazada puede hacer regularmente y de forma intencional son:

- Ejercicios físicos que estimulan al bebé a través del movimiento de la madre.
- Cantar, bailar y escuchar música.
- Sobarse el vientre con la intención de acariciar al bebé y comunicarse con él.
- Dejar que el agua caiga sobre el abdomen cuando se baña.
- Permitir que el papá acaricie el vientre de la mamá y que le hable en voz alta.
- Relajarse, imaginar al bebé y comunicarse con él durante el ejercicio del vientre.

Debido a las investigaciones sobre el potencial y las habilidades del feto son recientes, se desconoce aún cuanta estimulación es necesaria y benéfica y cuándo se podría estar sobre estimulando al feto. Es quizá la embarazada quien decide cuanto y como estimular a su bebé de forma adecuada, estar pendiente de

la respuesta de actividad de parte del feto ante las diferentes formas de estimularlo, con la única diferencia de que ahora sabe que la estimulación tiene su propósito (desarrollar al máximo el potencial de su bebé al nacer). Al conocer sobre los beneficios de la estimulación intrauterina, la futura madre lo hará con gusto y confianza. Si se ofrecen los elementos, los espacios, las herramientas, la gestante descubre que no está esperando un hijo, sino que su hijo ya existe, que está allí con ella compartiendo todos sus procesos, está dentro de un microcosmos lleno de estímulos sonoros, de movimiento que le permiten al feto desarrollarse y que van a redundar en un enriquecimiento personal tanto a la madre como al niño. Las madres de hoy pueden cambiar su perspectiva de lo que es el embarazo, que no sea para ella una enfermedad y lo cambie por una simbología que le permita a la mujer la vivencia de un nacimiento real.

En cuanto a la valoración de la vitalidad del recién nacido, es preciso que este sea sometido a un breve examen físico, inmediatamente después del nacimiento. El objetivo de este examen es verificar su recuperación posparto, apreciar en forma aproximada su edad gestacional, buscar signos de enfermedad como quejidos, palidez, distensión abdominal, cianosis, apneas, malformaciones externas⁷.

Todas estas observaciones se realizan en pocos minutos para permitir al neonato una buena adaptación a la vida extrauterina y simultáneamente clasificarlo como de alto ó de bajo riesgo.

La valoración de la vitalidad del neonato se efectúa con el Método APGAR en forma universal. Este da una evaluación objetiva del estado del recién nacido en un tiempo determinado después del nacimiento, usualmente se toma al minuto y a los cinco minutos, teniendo en cuenta 5 criterios específicos: Latidos cardiacos, esfuerzo espiratorio, tono muscular, reflejo de irritabilidad y color.

Su interpretación es la siguiente:

7 a 10 puntos: Buen estado.

4 a 6 puntos: Regular estado. Se debe aplicar oxígeno que no exceda de 4 litros/ minuto.

0 a 3 puntos: Estado grave, hay que hacer reanimación.

La valoración de la madurez (edad gestacional) del neonato se realiza con la prueba de Dubowitz modificada por el doctor Harold Capurro, tiene la ventaja de evaluar cinco criterios morfológicos con una aproximación muy cercana a la edad gestacional.

Los signos a valorar son: incurvación del pabellón auricular, características de la piel, nódulo mamario, formación del pezón y pliegues plantares, asignándole un puntaje a cada característica, al final se suman las cinco calificaciones obtenidas y al resultado se le agrega la constante 204 dando la edad gestacional en días. Para averiguar la edad gestacional en semanas se divide por siete. Este tiene una desviación estándar de 9.2 días

2.3 MARCO LEGAL

La Constitución Política de Colombia de 1991, Artículo 43 contempla que la mujer durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.

⁷ CORREA, José Alberto y otros. Fundamentos de Pediatría Generalidades y Neonatología. Tomo I. Segunda Edición. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín.

La Ley 100 de 1993 (diciembre 23) Sistema de Seguridad Social Integral en su artículo 166 atención materno infantil: El plan obligatorio de salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención a las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

Igualmente en la política nacional de salud sexual y reproductiva de febrero de 2003 se encuentra consignada la promoción de la maternidad segura mediante estrategias de información, educación y comunicación, esta plantea acciones para reforzar captación temprana y la adherencia al control prenatal de la madre y su familia, así como las medidas de autocuidado que deben desarrollarse para el beneficio de la madre y el hijo. Con el fin de llevar a cabo lo anterior, esta política propone, adelantar acciones para que las mujeres y hombres en edad fértil conozcan sus deberes y derechos en cuanto a los servicios de consulta preconcepcional, control prenatal, parto, puerperio y atención a menores de un año.

La resolución 00412 de febrero 25 del 2000 referente a la Norma Técnica Detección temprana de las alteraciones del embarazo, establece en su justificación que el 95% de las muertes maternas son evitables y referencia dentro de su definición lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y el hijo y en las acciones de control y seguimiento de el control prenatal incluye remisión a curso de preparación para el parto.

La Circular Externa No. 18 de febrero de 2004 del Ministerio de la Protección Social en las metas incluye la implementación de la Política de salud Sexual y Reproductiva y en sus líneas de intervención esta la maternidad segura que

incluye el desarrollo de estrategias de información, educación y movilización social a la gestante y su vinculación al programa de control prenatal.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y ÁREA DE ESTUDIO

El trabajo de investigación se enmarcó en un estudio de tipo descriptivo e interventivo donde se desarrolló un programa psicoprofilactico dirigido a las embarazadas asistentes al control prenatal de la IPS San Luis de la ciudad de Sincelejo, dicho programa incluyo aspectos de educación con un componente de preparación física, psicológica y mental, cuyos resultados se valoraron mediante el comportamiento de la mujer durante el trabajo de parto y parto, y la respuesta de la vitalidad y adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

El área de estudio fue la IPS San Luis la cual esta ubicada en la zona noroccidental de la ciudad de Sincelejo. Esta presta sus servicios a la comunidad en vacunación, control prenatal, control de crecimiento y desarrollo, maternidad, odontología y citología.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo fueron las embarazadas de la ciudad de Sincelejo, la población la conformaron las embarazadas asistentes al control prenatal en la IPS San Luis de la ciudad de Sincelejo y la muestra fueron 10 mujeres embarazadas entre las edades de 16 a 26 años asistentes al control prenatal de la IPS San Luis.

Para efectos de selección el grupo investigador estimó escoger 10 embarazadas por conveniencia y según recomendación de los programas de psicoprofilaxis, principalmente el de Lamaze que soporta teóricamente este estudio, además, que

estas mujeres cumplieran con los siguientes criterios: Habitantes de la ciudad de Sincelejo, primigestantes, embarazos de bajo riesgo, pertenecientes al nivel socioeconómico dentro de los estratos I y II, edad gestacional entre 26 y 28 semanas y que fueran embarazos simples.

3.3 FORMA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Las principales variables del estudio fueron conceptualizadas de la siguiente manera:

Clasificación sociodemográfica: Incluye datos como edad, estado civil, nivel de escolaridad, estrato, ingreso mensual, ocupación de la gestante, y que pueden intervenir durante el embarazo de la mujer.

Datos obstétricos: Información objetiva y subjetiva que la mujer da acerca de sus antecedentes personales y que pueden influir positiva o negativamente en el desarrollo del embarazo actual, tales como número de gravidez, fecha de la última menstruación, anticoncepción, presión arterial, resultados de exámenes, hemograma, serología, hemoclasificación, parcial de orina, glicemia, altura uterina, iniciación de las contracciones, expulsión del tapón mucoso, ruptura de membranas.

Factores de riesgo: Hechos o circunstancias que pueden poner en peligro la calidad de vida de un individuo o grupo de personas, tales como: edad de la menarquia, edad de inicio de vida sexual, drogas, antecedentes personales y familiares, peso, talla, flujos, edema, cefalea, dolor abdominal, y varices.

Vitalidad del recién nacido: Características que demuestran una buena adaptación del recién nacido al mundo exterior, valorando a través del método

APGAR con sus cinco signos que son: latidos cardiacos, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y coloración, y se complementa con el método de Capurro A y examen físico general.

Trabajo de parto: Proceso fisiológico mediante el cual el organismo se prepara para la expulsión del feto y/o los productos de la concepción, interviniendo de esta manera diferentes factores hormonales.

Método psicoprofiláctico o Lamaze: Un método de preparación para el parto desarrollado por el obstetra francés Fernand Lamaze, que se basa en la técnica psicoprofiláctica rusa del entrenamiento de la mente y el cuerpo con el propósito de modificar la percepción del dolor durante el trabajo de parto y el alumbramiento. El método de Lamaze, del parto preparado incluye clases para ambos padres en los cuales aprenden sobre el proceso del parto y el mecanismo del trabajo de parto, se les enseña que deben esperar y qué se espera de ellos durante el nacimiento de su hijo y se les entrena en ejercicios especiales que desarrollan el control neuromuscular, promueven el acondicionamiento físico y eliminan o reducen la necesidad de drogas e instrumentos durante el parto. Los que defienden el método de Lamaze no aseguran una ausencia completa del dolor durante el trabajo de parto y el alumbramiento y en todos los casos se considera que el método enriquece la vida de los padres de muchas maneras y les proporcionará una forma de compartir la experiencia del nacimiento.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento de recolección de la información fue el cuestionario, este incluyó aspectos relacionados con datos sociodemográficos, factores de riesgo, valoración de edad gestacional y periodos del trabajo de parto, valoración del recién nacido según

método APGAR y Capurro A. Para las embarazadas que fueron remitidas al II nivel, se indago motivo de remisión, valoración ginecoobstétrica y resumen de reporte quirúrgico.

El instrumento constó de 88 preguntas semi-estructuradas, el cual fue socializado al personal que labora en la sala de trabajo de parto de la IPS San Luis con el fin de que estos pudieran obtener la información de la manera más clara y precisa posible en el momento de trabajo de parto y parto y en la valoración del recién nacido, y en el caso de las embarazadas que fueron remitidas al II nivel para realizarles cesárea se diseño un instrumento para revisión de historia clínica en el Hospital Regional de Sincelejo, con el previo consentimiento de las participantes, en este instrumentos se recopilaron los datos concernientes a motivo de remisión , valoración ginecoobstétrica y resumen de reporte quirúrgico, así como la valoración al recién nacido mediante capurro A y método APGAR.

3.5 PROCEDIMIENTOS

El proceso que se siguió para la recolección de los datos estuvo centrado en los siguientes aspectos: Se pidió a la Empresa Social del Estado San Francisco de Asís, por medio de una carta, en la cual se explicitó el objetivo del estudio, la autorización para realizar la investigación en la IPS San Luis.

Para la selección de las gestantes, se propiciaron encuentros de sensibilización y motivación a las embarazadas que acudieron al control prenatal de la IPS. Se quiso involucrar a la pareja de la embarazada pero no fue posible, alegando causas principalmente laborales que le impedían participar en el estudio.

Una vez seleccionada la muestra se desarrolló el curso de preparación el que incluyó un componente teórico que abordó la temática de la anatomía y fisiología

del embarazo, puericultura del embarazo, proceso del parto y puerperio, puericultura del recién nacido; y un componente práctico con ejercicios físicos, respiratorios y de relajación. El curso fue ejecutado 2 veces, se realizaron 8 sesiones en cada uno, con una duración de 2 horas por semana, utilizando el espacio físico de la IPS. La sesión de relajación se acompañó con la música de Mozart.

La aplicación del instrumento fue ejecutada por auxiliares del servicio de maternidad de la IPS y cuatro estudiantes de enfermería de la universidad de Sucre, quienes se capacitaron en el manejo del instrumento y demás conocimientos necesarios para la aplicación del mismo.

Antes de ser aplicada la encuesta a la muestra, el grupo de investigadores realizó una prueba en la IPS Las Américas, donde se escogieron 5 mujeres en trabajo de parto. Esta prueba permitió la corrección pertinente de aspectos relacionados con el instrumento.

La información fue recogida desde el mes de mayo hasta el mes de septiembre fecha en que las mujeres tuvieron su hijo.

3.6 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Este plan estuvo centrado en la descripción de variables basado en los objetivos del estudio. Los datos se procesaron manualmente.

Para la presentación de la información se utilizó descripciones en forma de texto y tablas cruzadas.

Se realizó un procesamiento de forma computarizada usando el programa Epi info. 2002, pero este arrojó que la muestra era insuficiente para obtener una tabulación sistemática, motivo por el cual se prefiere el procesamiento manual debido a que por especificaciones y recomendaciones bibliográficas estos cursos de preparación psicofisiológica no deben tener más de 10 participantes.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Las gestantes que participaron en el estudio presentaron las siguientes características sociodemográficas:

Las edades oscilan entre 16 y 26 años, predominando la de 18 años con un 40% (4). La edad es un dato importante para el pronóstico y definición de riesgo, ya que se considera la edad “adecuada” para el proceso reproductivo entre los 18 y 35 años, y que las edades por debajo ó por encima de este rango se considera un factor de riesgo. Vale la pena anotar que el 20% (2) tuvo una edad de 16 años siendo edad considerada dentro de la adolescencia y asociada con los resultados desfavorables del embarazo.

Las embarazadas son amas de casa, el nivel de escolaridad más alto que corresponde al 50% (5) es la secundaria incompleta seguida de primaria completa e incompleta cada una con un 20% (2); el 60% (6) pertenecen a estrato I y el 50% (5) son madres solteras y el 50% (5) viven en unión libre. El ingreso mensual familiar de la muestra se corresponde con medio salario mínimo legal vigente (ver tabla 1).

De manera general, los factores sociales que se consideran como indicador de embarazo de alto riesgo en la población estudiada se encuentra el económico con el bajo ingreso, la edad menor de 18 años, el estado civil de madre soltera con sistemas de apoyo limitados y el bajo nivel de escolaridad, indicadores que concuerdan con lo referenciado en las bibliografías que tratan acerca del cuidado

de la mujer y que pueden poner a esta bajo peligro durante el nacimiento y crianza de su hijo.

El estado civil se considera un dato importante para la evaluación psicosocial debido a que una característica de la vida moderna es la proporción cada vez mayor de madres solteras, muchas de ellas separadas que pueden carecer de apoyo familiar y socioeconómico y, por tanto, están expuestas a mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal y materna.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las gestantes asistentes al control prenatal de la IPS San Luis Sincelejo, 2004.

Edades N°		Estado civil		Ocupación	Estrato		Escolaridad			
		S	U. L	Ama de casa	I	II	P.I	P.C	S.I	S.C
16	2	1	1	2	1	1	1	0	1	0
18	4	1	3	4	3	1	1	2	1	0
21	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1
22	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0
23	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0
26	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0
Total	10	5	5	10	6	4	2	2	5	1

P.I: Primaria incompleta; P.C: Primaria completa; S.I: Secundaria incompleta; S.C: Secundaria completa.

4.2 FACTORES DE RIESGO

En antecedentes personales, las embarazadas tuvieron su menarquia a la edad de 13 años en un 50% (5) e inicio de vida sexual activa a los 16 años, correspondiente a un 40% (4), seguido de los 14 años con un 20% (2). A pesar de que la gestación ha sido considerada como un evento fisiológico, algunas veces puede convertirse en un proceso de alto riesgo y causar la muerte de la madre o el feto o aumentar la incidencia de daños en ambos.

Al indagar sobre la aparición de enfermedades infectocontagiosas durante el embarazo, exposición a toxinas, presencia de enfermedades urinarias, toxoplasmosis, ingesta de alcohol, de sustancias psicoactivas, tabaquismo, varices e infecciones de transmisión sexual, se encontró que toda la muestra carecía de estos factores de riesgo.

En la presencia de flujos vaginales, el 80% (8) respondió que sí tuvieron y recibieron tratamiento médico; referente a la presencia de edemas, se halló que el 40% (4) lo presentaron a nivel maleolar grado I al final de la gestación, el 20% (2) presentaron cefalea, el 30% (3) tuvieron epigastralgia. El 100% se hizo aplicar toxoide tetánico.

Estos datos fueron referidos por las embarazadas durante el control prenatal, y aunque hubo presencia de flujo vaginal, cefalea y epigastralgia fueron manejados a través de la asistencia médica y de enfermería durante el control prenatal reduciendo al mínimo el peligro materno inherente a la gestación y producir así un óptimo resultado fetal.

En antecedentes familiares, se indagó la presencia de hipertensión arterial crónica y se encontró que en un 10% (1) la padece el abuelo materno, un 30% (3) la abuela y en un 10% (1) la tía. Referente a la diabetes se encontró que un 20% (2)

la padece un tío paterno y un 10% (1) la sufre una prima. Respecto a antecedentes de pre-eclampsia y eclampsia, lo negaron. En la gestación múltiple se encontró que un 10% (1) una abuela materna.

Al comparar el peso con la talla para la valoración nutricional se halló que el 50% (5) es adecuada y el 50% (5) inadecuada; el peso insuficiente y la talla baja están asociados con malos resultados perinatales. El peso de la madre es un indicador de nutrición materna y está relacionado con el déficit de peso de los recién nacidos, en que el 20% (2) presentó un peso de 2650 gramos y un 10% (1), 2700 gramos y 2800 gramos. Debe recordarse que el incremento de peso durante la gestación es de 9 a 11 kilogramos aproximadamente.

4.3 DATOS OBSTÉTRICOS

Referente a la edad gestacional, se hallaron entre las 38 y 41 semanas considerados todos embarazos a término; de los cuales, el 60% (6) tuvieron su hijo por parto vaginal y el 40% (4) a través de cesárea por estar asociadas a causas no controlables como oligohidramnios, ruptura prematura de membranas y sufrimiento fetal agudo, según datos obtenidos de las remisiones de las gestantes al II nivel.

El total de las embarazadas se realizó ecografía obstétrica. Así mismo, todas las presentaciones fetales fueron cefálicas, situación longitudinal y posición izquierda.

Las fechas y edades gestacionales fueron calculadas con el dato de la fecha de última menstruación utilizando la regla de Nagele.

4.4 INFLUENCIA DE LOS FACTORES EMOCIONALES, CULTURALES Y SOCIALES EN EL TRABAJO DE PARTO

Con relación al primer período del trabajo de parto, el 60% (6) de las embarazadas fue valorada en este aspecto, el 40% (4) no presentó actividad uterina, por tanto, se toma como el 100% de esta valoración a las mujeres que sí presentaron trabajo de parto. De estas, el 66.4% (4) se mantuvo deambulando y el 33.3% (2) adoptó la posición decúbito lateral izquierdo.

Los cambios frecuentes de posición alivian la fatiga, aumentan la comodidad y mejoran la circulación. La posición vertical (caminando, sentada, de rodillas ó en cuclillas) ofrecen numerosas ventajas. La gravedad puede contribuir al descenso de la presentación. Las contracciones uterinas en general son más vigorosas y eficientes en cuanto a sus efectos de dilatación y borramiento del cervix, lo que tiene como resultado un parto menos prolongado. La posición lateral también es efectiva para ayudar al parto con los mismos beneficios que tiene la posición vertical.

Haciendo referencia al comportamiento, el 100% (6) fue colaborador. Todas mantuvieron un manejo adecuado de la respiración y no necesitaron solicitud de medicamentos y fueron colaboradoras al realizarse exámenes como hemograma y VDRL.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Beatriz Manrique en Venezuela, en donde la población de estudio fueron primigestantes, con embarazos saludables, con edades entre los 18 y 26 años cuyas conductas fueron más adecuadas durante las contracciones y el parto que las que no participaron en el estudio, y manifestaron además, una mayor autoestima y seguridad para afrontar el momento del parto. También un estudio realizado en Perú por Castañeda en donde concluye que las mujeres que recibieron la

preparación a través del método psicoprofiláctico tuvieron un mejor control emocional y acortamiento en la duración del trabajo de parto.

Gaciano y colaboradores, en otro estudio afirmaron que en las madres del grupo experimental las conductas fueron más adecuadas durante las contracciones y el parto y una mayor autoestima y seguridad para afrontar el momento del parto.

Para las mujeres del presente estudio, el tiempo de duración del primer período del trabajo de parto osciló entre 8 y 10 horas, de 11 a 13 horas y entre 14 a 16 horas con un 33.3% (2) para cada intervalo (ver tabla 2).

El tiempo promedio total referenciado por la bibliografía durante el primer periodo para nulíparas es de 10 a 16 horas y se resalta en este estudio la disminución del tiempo de duración entre 3 y 6 horas, favoreciendo así la vitalidad de su recién nacido.

Investigaciones revelan que el método psicoprofiláctico influye notablemente en un mayor control emocional, además en el acortamiento del trabajo de parto.

En lo concerniente a la actividad uterina, se encontró que un 50% (3) tuvo 3 contracciones en 10 minutos con duración de 50 segundos cada una y con buena intensidad al final del periodo. El 33.3% (2) tuvo contracciones con 40 segundos de duración y el 16.6% (1) tuvo duración de 45 segundos, todas las mujeres fueron colaboradoras.

Se pone de manifiesto entonces que la importancia del método psicoprofiláctico radica en que prepara Psicológicamente a la futura madre, evitando así que llegue a una inestabilidad psíquica motivada por la tensión, la ansiedad y la falta de entendimiento ó conocimiento de las distintas fases del parto. El dolor del parto normal puede ser disminuido si se logra que la gestante llegue sin temor ni

inquietudes al proceso del parto, para lo cual no se requiere medicamento algo que limita la participación activa de la madre. Sugiere esto, que entonces son la superstición, la civilización y la cultura las que han influido en las mujeres en el sentido de introducir en sus mentes tensiones y angustias injustificables respecto al parto y es por ello, que el método psicoprofiláctico se basa en la información veraz a la mujer para que conozca el proceso del parto junto con el ejercicio físico y de relajación.

Tabla 2. Duración del primer periodo del trabajo de parto.

Duración (horas)	Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%
8 a 10	2	33.3	0	0
11 a 13	2	33.3	0	0
14 a 16	2	33.3	0	0
Total	6	99.9	0	0

4.5 SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO

Con relación a la duración del segundo periodo del trabajo de parto, o sea, el expulsivo se obtuvo que el 33.3 % (2) demoró 45 minutos, el 16.6% (1) 20 minutos, el 50% (3) restante entre 50 a 60 minutos, siendo la salida del producto espontánea y realizaron tres pujos efectivos, observándose en todas su colaboración al momento de realizarlos, con un manejo adecuado de la respiración y sin necesidad de medicación (ver tabla 3).

La duración promedio normal referida de este periodo es de 57 minutos en las primigestantes. Cabe destacar, que la mujer que recibe preparación para el nacimiento siente que puede controlar la situación y esto se debe a que son

capaces de participar activamente, pues esta siente alivio al darse cuenta que el parto está cerca y que puede pujar más efectivamente en este momento. Entonces, es por ello que se debe instruir a la mujer en que pujar al tiempo de la expiración y hacer inspiraciones entre los esfuerzos de pujo ayudan a mantener niveles adecuados de oxígeno en la madre y el feto.

Tabla 3. Duración del segundo periodo del trabajo de parto.

Duración (Minutos)	Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%
20	1	16.6	0	0
45	2	33.3	0	0
50	1	16.6	0	0
55	1	16.6	0	0
60	1	16.6	0	0
Total	6	99.9	0	0

4.6 TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO

Durante este periodo, el comportamiento del 100% de las mujeres fue adecuado y la duración del tiempo de alumbramiento predominante fue de 3 minutos y de 10 minutos con un 33.3% cada una.

La bibliografía revisada referencia que el tiempo normal de alumbramiento es de 5 a 15 minutos y ninguna tuvo complicación en este periodo.

4.7 REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS - MOTIVO DE REMISIÓN AL II NIVEL

Haciendo referencia al motivo de remisión de las cuatro embarazadas; se obtuvo que estas no presentaron actividad uterina, el 50% (2) fueron remitidas con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo por monitoreo fetal cuya frecuencia cardíaca fetal fue de 140 latidos por minuto considerada esta dentro de parámetros normales, donde la edad gestacional para ambos fue de 40.2 semanas por FUM, un 25% (1) de las embarazadas tuvo como diagnóstico y motivo de remisión embarazos de 40.5 semanas por ecografía sin actividad uterina y oligohidramnios moderado con índice de 11 mm.

El 25% (1) restante fue remitido por presentar ruptura prematura de membranas de tres días y oligohidramnios leves con índice de 15 mm, teniendo una edad gestacional de 41 semanas.

En la valoración ginecológica realizada al ser remitidas al II Nivel se confirmó su diagnóstico inicial y se tomó como conducta la intervención quirúrgica (cesárea); cirugía que tuvo como hallazgo lo siguiente: útero grávido con feto único vivo para el 100%; en un 50% (2) se obtuvo que el líquido amniótico se encontraba en cantidad normal, incluida en este resultado la valoración a la embarazada que tuvo como diagnóstico inicial oligohidramnios moderado.

En el 50% (2) restante se encontró que el líquido amniótico estaba en regular cantidad. A pesar de lo anterior no se presentó ninguna complicación con la embarazada y con los recién nacidos que obtuvieron puntajes adecuados en su valoración APGAR.

4.8 VALORACIÓN DE LA VITALIDAD DEL RECIÉN NACIDO A TRAVÉS DEL MÉTODO APGAR

La tabla 4, referencia que el APGAR obtenido al minuto de vida en el 100% de los nacidos por parto vaginal fue de 9/10 puntos y 8/10 en los nacidos por cesárea; el de los 5 minutos fue de 10/10 para ambos, aunque la diferencia en puntuación al minuto de vida entre los nacidos por parto vaginal y los nacidos por cesárea no fue notoria y atendiendo a las razones consignadas en las historias clínicas, hace suponer respetuosamente que en algunos casos la indicación de cesárea debió ser mejor soportada

De lo anterior se precisa que el resultado de la puntuación APGAR de los partos se debe al buen manejo de la respiración y del pujo acortando de esta manera el trabajo de parto (pujos efectivos), disminuyendo los riesgos de taquipnea transitoria del recién nacido, hipoglicemia neonatal, hipotermia, sepsis neonatal, ductos arteriosos persistente, enterocolitis necrotisante, hipocalcemia.

Así mismo, se encuentra que el parto vaginal disminuye los riesgos de las siguientes entidades: taquipnea transitoria del recién nacido, hipoglicemia neonatal, hipotermia, sepsis neonatal, ductos arteriosos persistentes, enterocolitis necrosantes, hipocalcemia, además, los mecanismos anteriores desaparecen cuando se realiza una cesárea electiva y la adaptación neonatal es abrupta, sin preparación biológica.

Hasta el momento no se ha encontrado una investigación que relacione la puntuación APGAR con el comportamiento durante el trabajo de parto.

TABLA 4. Vitalidad del Recién Nacido según método APGAR al minuto y a los cinco minutos de vida.

VITALIDAD DEL RECIÉN NACIDO	NACIDOS POR PARTO VAGINAL	NACIDOS POR CESÁREA
APGAR AL MINUTO	9/10 puntos	8/10 puntos
APGAR A LOS 5 MIN	10/10 puntos	10/10 puntos

4.9 VALORACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL A TRAVÉS DEL MÉTODO CAPURRO A

En cuanto a la edad gestacional del neonato, se obtuvo que el 50% (5) tuvo 39.8 semanas, el 20% (2) tenía 40.5 semanas y 42 semanas y 37.2 semanas con un 10% cada una.

Como se puede evidenciar todos los recién nacidos fueron a término, lo cual permite que tenga una mejor adaptación al medio extrauterino.

Al examen físico se encontró que el 100% (10) de los recién nacidos no presentó alteraciones físicas observables, ni malformaciones grotescas que pudieron comprometer su adaptación extrauterina de manera satisfactoria.

En cuanto al peso se pudo detectar que el 50% (5) tuvo pesos inadecuados entre 2650 y 2800 gramos, teniendo en cuenta que el peso promedio del recién nacido a término es de 3200 gramos; el déficit de peso de los neonatos se ve influenciado por la condición socioeconómica de la embarazada; además de la necesidad de nutrientes para el crecimiento y maduración del feto que incrementa las demandas energéticas de proteínas y demás nutrientes.

5. CONCLUSIONES

Los factores sociodemográficos de las embarazadas indicaron que la edad, la escolaridad y el estado civil son indicadores negativos para el bienestar de la madre y del niño.

Dentro de los factores de riesgo obstétricos se destaca como determinante negativo el estado nutricional materno que repercutió en el déficit de peso de su hijo.

Los embarazos de las mujeres al momento del parto eran a término.

La respiración, el comportamiento y pujos durante el trabajo de parto de la embarazada fue activa, efectiva y colaboradora y afrontaron con mayor autoestima y seguridad ese periodo.

La vitalidad del recién nacido valorada a través de la puntuación APGAR fue de buenas condiciones facilitando la adaptación extrauterina.

El método Capurro A utilizado para valorar la edad gestacional del neonato se correspondió con la edad del embarazo, es decir, todos los recién nacidos fueron a término.

La preparación psicofisiológica recibida por las gestantes favoreció la adaptación extrauterina de su hijo reflejada en su vitalidad.

6. RECOMENDACIONES

A la ESE San Francisco de Asís para que promocionen y ejecuten el programa de preparación psicofisiológica a la embarazada en las diferentes IPS de I Nivel.

A las IPS de I Nivel para que motiven a la embarazada y a su pareja a que se preparen para afrontar el proceso del parto como un acontecimiento natural y familiar.

A la Universidad de Sucre que a través del programa modelo de atención materno infantil siga desarrollando el programa psicoprofiláctico en la comunidad.

A todos los miembros del equipo de salud para que promuevan durante el control prenatal el parto vaginal como un acontecimiento fisiológico y natural y favorecedor de la adaptación extrauterina del recién nacido.

Realizar otro estudio en donde se incluyan las IPS que ofrecen control prenatal para contar con un mayor número de gestantes participantes y lograr la relación estadística.

BIBLIOGRAFÍA

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991. Artículo 43.

CORREA, José Alberto y otros. Fundamentos de Pediatría Generalidades y Neonatología. Tomo I. Segunda Edición. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín. Colombia.1999.PG.370.

Embarazo, bebés y estimulación prenatal. HTM.

GRANADA, Maria Victoria y VÁSQUEZ, Martha Lucia. La mujer y el proceso reproductivo. Primera edición. Organización Panamericana de la Salud. 1990.pg 154,196,197,202.

JIMÉNEZ, Carlos Alberto. El efecto Mozart. Noviembre 2.003.

KITZINGER, Sheila. Embarazo y parto. Editorial Presencia. 1a ed., p 162, 164. Bogotá 1989.

Ley 100 de 1993. Artículo 166. Diciembre 23.

LONDOÑO, Fernando. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Colombia. Febrero de 2.003.

LOZANO TERUEL, José Antonio. El efecto Mozart.

MINISTERIO DE SALUD. I.C.B.F. FAMI. Familia, Mujer e Infancia, agenda de la madre comunitaria para orientar el desarrollo de las sesiones educativas con los

usuarios del proyecto hogares comunitarios de Bienestar FAMI. Santafé de Bogotá. Mayo 1.995.

MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Resolución No. 00412 de febrero 25 del 2.000. normas técnicas, guías de atención. Tomo F.

OSPINA MARÍN, Gladis. Influencia de la estimulación fetal en respuesta de adaptación de los recién nacidos a la vida extrauterina. Tema de enfermería No. 10. 2.000.

REEDER, SHARON y otros. Enfermería materno-infantil. Interamericana Mc Graw-Hill. p 339, 342, 343, 348, 351. México 1995.

REVISTA CARRUSELL. Junio 9 de 2.000. No. 1089.

www. Prenatal. net. Investigación sobre estimulación prenatal y postnatal.G.

ANEXOS

ANEXO A.

Universidad de Sucre
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería

Encuesta dirigida al equipo de salud para realizar la evaluación de las mujeres que se encuentran en trabajo de parto y parto en la I.P.S. San Luis Sincelejo.

Objetivo

Obtener información a cerca de las embarazadas que se encuentran en trabajo de parto y parto de la I.P.S. San Luis Sincelejo.

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y responda con letra clara y legible, con tinta negra, de la forma más exacta posible la información.

No. Encuesta: _____

Fecha: _____

1. Datos personales:

Nombre: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Estrato: _____
 Estado Civil: _____ Procedencia: _____
 Ocupación: _____ Escolaridad: _____
 Ingreso Mensual: _____

2. Factores de riesgos:

2.1. Antecedentes personales

- ♣ Edad de menarquia: _____
- ♣ Edad de inicio de vida sexual: _____
- ♣ Enfermedades infectocontagiosas durante el embarazo: Si: __ No: __
 Cuál: _____ Edad del embarazo _____
- ♣ Exposición de toxina: Si: __ No: __Cuál: _____
- ♣ Enfermedad urinarias: Si: __ No: __Cuál: _____
- ♣ Toxoplasmosis: Si: __ No: __ Medicamentos recibidos Si: __ No: __

Cuál(es): _____ Edad del embarazo _____

- ♣ Tabaquismo: Si:___ No:___ Alcoholismo: Si:___ No:___
- ♣ Sustancias psicoactivas: Si:___ No:___ Cuál: _____
- ♣ Vacunas recibidas: Si:___ No:___ Cuál: _____
- ♣ Flujo vaginal: Si:___ No:___ Tipo: _____
Tratamiento recibido Si:___ No:___ Cuál: _____
- ♣ Presencia de edema: Si:___ No:___ Grado: _____
- ♣ Cefalea: Si:___ No:___
- ♣ Varices: Si:___ No:___
- ♣ Epigastria: Si:___ No:___
- ♣ Infecciones de transmisión sexual: Si:___ No:___ Cuál: _____
Tratamiento recibido Si:___ No:___ Cuál: _____ Edad del embarazo _____
- ♣ Realización de citología: Si:___ No:___ Resultado: _____

2.2. Antecedentes familiares:

- ♣ Hipertensión arterial crónica: Si:___ No:___ Quién(es): _____
- ♣ Diabetes: Si:___ No:___ Quién(es): _____
- ♣ Eclampsia: Si:___ No:___ Quién(es): _____
- ♣ Preeclampsia: Si:___ No:___ Quién(es): _____
- ♣ Gestaciones múltiples: Si:___ No:___ Quién(es): _____

2.3. Valoración nutricional

Talla _____ Peso inicial: _____

Peso actual: _____ Diferencia: _____

Adecuado: Si ___ No ___

3. Datos obstétricos al examen final:

Fum _____ EG: _____ Semanas FPP: _____

Paridad: G ___ P ___ A ___ C ___

Au: _____ cms Ecografía obstétrica: Si:___ No:___

4.2. Segundo periodo del trabajo de parto

- ♣ Hora de llegada a la sala de parto: _____
- ♣ Manejo de la respiración: Adecuada ____ Inadecuada _____
- ♣ Pujos: Efectivos ____ No Efectivos _____
- ♣ Número de pujos realizados: _____
- ♣ Comportamiento: Relajada ____ Angustiada ____ Colaboradora _____
- ♣ Solicitud de medicación: Si: __ No: __Cuál(es): _____
- ♣ Salida del producto: Espontánea: _____ Fórceps: _____
- ♣ Episiotomía: _____ Tipo: _____ Presentación _____
- ♣ Desgarro: _____ Grado: _____ Rafia: Si: ____ No: _____
- ♣ Hora del parto: _____

4.3. Tercer periodo del trabajo de parto:

- ♣ Comportamiento: Adecuado: _____ inadecuado: _____

Tiempo de alumbramiento	Tipo de placenta	Complicaciones	Medidas

5. Valoración del recién nacido:

- ♣ Hora del nacimiento: _____

A. APGAR AL MINUTO Y A LOS 5 MINUTOS:

	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Lento (menor que 100)	Mayor que 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento, irregular	Bueno, llanto
Tono muscular	Flácido	Cierto grado de flexión de extremidades	Movimiento activo
Respuesta a estímulos	Sin respuesta	Llanto débil, muecas	Llanto vigoroso
Coloración	Azul, pálido	Cuerpo rosado, extremidades azulosas	Totalmente rosado

Puntaje total: Al minuto: _____ A los 5 minutos: _____

B. EXAMEN GENERAL:

Si: ____ No: ____

Perímetro cefálico: ____ cms

Perímetro torácico: ____ cms

Peso: _____ grms

Talla: ____ cms

1. Inspección:

- Cabeza: _____
- Cara: _____
- Oído _____
- Fosas nasales: _____
- Boca: _____
- Cuello: _____
- Tórax _____
- Abdomen: _____
- Genitales: _____
- Ano: _____
- Miembros superiores e inferiores: _____
- Reflejos: _____

2. Auscultación:

- Corazón: _____
- Pulmones: _____

3. Palpación: _____

Observaciones: _____

C. MÉTODO CAPURRO A:

Sitios	Características	Puntaje normal	Puntaje obtenido
1. Incurvación del pabellón auricular (forma de la oreja)	Chato, liso, sin incurvación:	0	
	Incurvación escasa del borde:	8	
	Incurvación del borde superior:	16	
	Incurvación total del pabellón:	24	
2. Características de la piel (textura)	Lisa y gelatinosa:	0	
	Fina y lisa:	5	
	Más gruesa. Escasa descamación:	10	
	Gruesa. Descamación abundante:	15	
	Gruesa, fisurada y con descamación:	20	
3. Nódulo mamario (tamaño de la glándula mamaria)	No palpable:	0	
	Palpable, menor de 5mm:	5	
	Palpable, entre 5 y 10mm:	10	
	Palpable, mayor de 10mm:	15	
4. Formación del pezón:	Apenas visible. Sin areola:	0	
	Diámetro menor de 7.5mm:	5	
	Areola visible, lisa, chata:	10	
	Diámetro mayor de 7.5mm:	15	
	Areola punteada. Borde no levantado		
5. Pliegues plantares	Planta lisa, sin pliegues:	0	
	Marcas mal definidas sobre la parte anterior:	5	
	Marcas bien definidas sobre la mitad anterior y surcos en tercio anterior:	10	
	Surcos en la mitad anterior:	15	
	Surcos en más de la mitad de la planta:	20	

Edad en semanas según el Método Capurro A: _____

Observaciones: _____

Nombre del encuestador: _____

ANEXO B.

Universidad de Sucre
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería

Revisión de historia clínica de las embarazadas de la I.P.S. San Luis que son remitidas al Hospital II nivel, E.S.E. Sincelejo, por requerir intervención quirúrgica para cesárea.

Objetivo

Obtener información acerca de las embarazadas que fueron remitidas de la I.P.S. San Luis al Hospital II nivel, E.S.E. Sincelejo, para realizar cesárea.

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y responda con letra clara y legible, con tinta negra, de la forma más exacta posible la información.

No. Encuesta: _____ Fecha: _____

6. Datos personales:

Nombre: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Estrato: _____
 Estado Civil: _____ Procedencia: _____
 Ocupación: _____ Escolaridad: _____
 Ingreso Mensual: _____

7. Factores de riesgos:

2.4. Antecedentes personales

- ♣ Edad de menarquia: _____
- ♣ Edad de inicio de vida sexual: _____
- ♣ Enfermedades infectocontagiosas durante el embarazo: Si: __ No: __
 Cuál: _____ Edad del embarazo _____
- ♣ Exposición de toxina: Si: __ No: __ Cuál: _____
- ♣ Enfermedad urinarias: Si: __ No: __ Cuál: _____
- ♣ Toxoplasmosis: Si: __ No: __ Medicamentos recibidos Si: __ No: __
 Cuál(es): _____ Edad del embarazo _____
- ♣ Tabaquismo: Si: __ No: __ Alcoholismo: Si: __ No: __

- ♣ Sustancias psicoactivas: Si:___ No:___ Cuál:_____
- ♣ Vacunas recibidas: Si:___ No:___ Cuál:_____
- ♣ Flujos vaginales: Si:___ No:___ Tipo:_____
- Tratamiento recibido Si:___ No:___ Cuál:_____
- ♣ Presencia de edema: Si:___ No:___ Grado:_____
- ♣ Cafalea: Si:___ No:___
- ♣ Varices: Si:___ No:___
- ♣ Epigastralgia: Si:___ No:___
- ♣ Infecciones de transmisión sexual: Si:___ No:___ Cuál:_____
- Tratamiento recibido Si:___ No:___ Cuál:_____ Edad del embarazo _____
- ♣ Realización de citología: Si:___ No:___ Resultado:_____

2.5. Antecedentes familiares:

- ♣ Hipertensión arterial crónica: Si:___ No:___ Quién(es):_____
- ♣ Diabetes: Si:___ No:___ Quién(es):_____
- ♣ Eclampsia: Si:___ No:___ Quién(es):_____
- ♣ Preeclampsia: Si:___ No:___ Quién(es):_____
- ♣ Gestaciones múltiples: Si:___ No:___ Quién(es):_____

2.6. Valoración nutricional

Talla _____ Peso inicial:_____

Peso actual:_____ Diferencia:_____ Adecuado: Si___ No___

8. Datos obstétricos al examen final:

Fum _____ EG:_____ Semanas FPP:_____

Paridad: G___ P___ A___ C___

Au: _____ cms Ecografía obstétrica: Si:___ No:___

Movimientos fetales: Si:___ No:___

Presentación:_____ Posición: _____ Situación _____

Estado de las membranas:_____

9. Valoración del trabajo de parto:

Primer periodo del trabajo de parto

- ♣ Hora de admisión: _____
- ♣ Hora de inicio: _____
- ♣ Posición adoptada: _____
- ♣ Comportamiento: Colabora: Si: ___ No: ___
- ♣ Solicitud de medicación: Si: ___ No: ___ Cuál(es): _____
- ♣ Manejo de la respiración: Adecuada ___ Inadecuada _____
- ♣ Exámenes realizados: Si: ___ No: ___ Cuál(es): _____

10. Motivo de remisión al Hospital II nivel, E.S.E. Sincelejo:

11. Valoración por ginecoobstetra:

6.1. Impresión diagnóstica: _____

6.2. Conducta a seguir:

- ♣ Intervención quirúrgica Si: ___ No: ___
 - Hora de inicio de la cirugía: _____
 - Hora de salida del producto: _____
 - Complicaciones: Si: ___ No: ___ Cuál: _____

12. Resumen del reporte quirúrgico:

Diagnóstico posquirúrgico: _____

13. Valoración del recién nacido:

♣ Hora del nacimiento: _____

A. APGAR AL MINUTO Y A LOS 5 MINUTOS:

	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Lento (menor que 100)	Mayor que 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento, irregular	Bueno, llanto
Tono muscular	Flácido	Cierto grado de flexión de extremidades	Movimiento activo
Respuesta a estímulos	Sin respuesta	Llanto débil, muecas	Llanto vigoroso
Coloración	Azul, pálido	Cuerpo rosado, extremidades azulosas	Totalmente rosado

Puntaje total: Al minuto: _____ A los 5 minutos: _____

B. EXAMEN GENERAL:

Si: _____ No: _____

Perímetro cefálico: _____ cms

Perímetro torácico: _____ cms

Peso: _____ grms Talla: _____ cms

4. Inspección:

- Cabeza: _____
- Cara: _____
- Oído _____
- Fosas nasales: _____
- Boca: _____
- Cuello: _____
- Tórax _____
- Abdomen: _____
- Genitales: _____
- Ano: _____
- Miembros superiores e inferiores: _____

- Reflejos: _____

5. Auscultación:

- Corazón: _____

- Pulmones: _____

6. Palpación: _____

Observaciones: _____

C. MÉTODO CAPURRO A:

Sitios	Características	Puntaje normal	Puntaje obtenido
1. Incurvación del pabellón auricular (forma de la oreja)	Chato, liso, sin incurvación:	0	
	Incurvación escasa del borde:	8	
	Incurvación del borde superior:	16	
	Incurvación total del pabellón:	24	
2. Características de la piel (textura)	Lisa y gelatinosa:	0	
	Fina y lisa:	5	
	Más gruesa. Escasa descamación:	10	
	Gruesa. Descamación abundante:	15	
3. Nódulo mamario (tamaño de la glándula mamaria)	No palpable:	0	
	Palpable, menor de 5mm:	5	
	Palpable, entre 5 y 10mm:	10	
4. Formación del pezón:	Apenas visible. Sin areola:	0	
	Diámetro menor de 7.5mm:	5	

	Areola visible, lisa, chata:	10	
	Diámetro mayor de 7.5mm:	15	
	Areola punteada. Borde no levantado		
5. Pliegues plantares	Planta lisa, sin pliegues:	0	
	Marcas mal definidas sobre la parte anterior:	5	
	Marcas bien definidas sobre la mitad anterior y surcos en tercio anterior:	10	
	Surcos en la mitad anterior:	15	
	Surcos en más de la mitad de la planta:	20	

Edad en semanas según el Método Capurro A: _____

Observaciones: _____

Nombre del encuestador: _____

ANEXO C**PROGRAMA EDUCATIVO**

TITULO: Curso psicoprofiláctico dirigido a las embarazadas asistentes al control prenatal de la IPS San Luis.

DURACION: 16 semanas.

LUGAR: IPS San Luis.

RESPONSABLES: Grupo investigador.

INTRODUCCION

El embarazo es un proceso natural donde casi todas las mujeres en su etapa de la vida experimentan este ciclo biológico para preservar la especie humana. Pero, a pesar de que es un proceso fisiológico, existen muchos mitos y creencias que causan cierto temor a muchas mujeres que se encuentran en este estado natural.

El presente programa contiene un conjunto de medidas encaminadas para combatir el temor al parto y métodos que ayudan a la madre y al niño a obtener un mejor estado de salud durante la gestación, además una serie de ejercicios que favorecen a la madre para tener un mejor trabajo de parto.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Preparar psíquica y físicamente a la embarazada y su pareja en los procesos, medidas, cuidados y vivencias de la gestación, parto y puerperio en busca de una actitud mental positiva hacia la experiencia del nacimiento, una participación activa y conciente, disminución de la tensión y ansiedad, para que repercuta en un parto tranquilo y un mejor estado de salud del recién nacido dirigido a las gestantes asistentes al control prenatal IPS San LUIS Sincelejo, 2004.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las formas de controlar el dolor en el trabajo de parto.
- Disminuir los temores infundados en la vivencia de la gestación
- Practicar los ejercicios que disminuyen las molestias en la gestación, parto y puerperio.
- Participar en las sesiones de relajación
- Brindar mejores cuidados al recién nacido
- Prepararse física y psicológicamente para el trabajo de parto.
- Proporcionar mejor bienestar al recién nacido

JUSTIFICACIÓN

Un programa de psicoprofilaxis busca la vivencia de la gestación, tratando de cambiar el sentido del embarazo como situación desagradable, como molestia, como problema, por una vivencia de la gestación que significa construcción, milagro de vida, y ese milagro de vida sea sentido por la gestante como algo agradable.

Si se ofrecen los elementos, los espacios, las herramientas, la gestante descubre que no está esperando un hijo, sino que su hijo ya existe, que está allí con ella, compartiendo todos sus procesos, está dentro de un microcosmo lleno de estímulos sonoros, de movimientos que le permiten al feto desarrollarse y que van a redundar en un enriquecimiento personal tanto de la madre como al niño.

Las madres de hoy pueden cambiar sus perspectivas de lo que es el embarazo, que no sea para ella una enfermedad y lo cambie por una simbología que le permita a la mujer la vivencia de un nacimiento real que va a compartir con su compañero. Por eso es fundamental que el compañero asista, esto permite varias cosas importantes, que el padre sienta, que él también participa de ese proceso de vivencia y se ponga un poco en el papel de la madre y así puede entender cuando de pronto ella se siente irritable.

Será más valioso lograr enseñar a la mujer a tener una visualización del trabajo de parto, para que pueda liderar este proceso, ya que el parto es un proceso normal y fisiológico, y es ella la que debe liderarlo, es ella la que debe decir “ya quiero tener el pujo”, y no el médico el que diga “puje señora”. Con buenos conocimientos pueden llegar más tranquilas al proceso de parto, asumir mejor este proceso y que la expulsión sea más rápida y con menos complicaciones, y esté lista para brindar cuidados al recién nacido.

SELECCIÓN DE CONTENIDOS

UNIDAD N° 1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino.

OBJETIVO: Dar a conocer las partes anatómicas y fisiológicas del aparato reproductor femenino y masculino.

DEFINICIÓN: Esta unidad se refiere a todas las partes y funciones del aparato reproductor femenino y masculino.

FECHA:

TIEMPO: 2 horas.

SISTEMA DE EVALUACIÓN:

UNIDAD N° 2 Ovulación y fecundación.

OBJETIVO: Dar a conocer el proceso de ovulación y fecundación.

DEFINICIÓN: Hace referencia al proceso de ovulación y fecundación que da como resultado el embarazo.

FECHA:

TIEMPO: 2 horas.

SISTEMA DE EVALUACIÓN:

UNIDAD N° 3 Cambios anatómicos y fisiológicos durante el primer trimestre del embarazo.

OBJETIVOS: Identificar cada uno de los cambios anatómicos y fisiológicos que se presentan durante el primer trimestre del embarazo.

DEFINICIÓN: Se refiere a cada uno de los cambios anatómicos y fisiológicos producidos en la mujer durante el primer trimestre del embarazo.

FECHA:

TIEMPO: 2 horas.

SISTEMA DE EVALUACIÓN:

UNIDAD N° 4 Cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos que suceden en el segundo y tercer trimestre del embarazo.

OBJETIVO: Enseñar y preparar a las embarazadas acerca de los cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos que suceden en el segundo y tercer trimestre del embarazo.

DEFINICIÓN: Consiste en preparar a la embarazada para afrontar los cambios que se presentan durante el segundo y tercer trimestre del embarazo.

FECHA:

TIEMPO: 2 horas.

SISTEMA DE EVALUACIÓN:

UNIDAD N° 5 El parto, primer, segundo y tercer periodo y ejercicios físicos y respiratorios que se deben realizar en cada periodo.

OBJETIVOS: Informar y preparar a las embarazadas acerca de los cambios que se presentan durante el trabajo de parto y enseñar los ejercicios físicos y respiratorios a realizar en cada periodo.

DEFINICIÓN: Hace referencia a los cambios, síntomas y signos propios de cada periodo del trabajo de parto y parto y los ejercicios a realizar durante cada periodo.

FECHA:

TIEMPO: 2 horas.

SISTEMA DE EVALUACIÓN:

UNIDAD N° 6 Cuidados durante el puerperio.

OBJETIVOS: Dar a conocer los cuidados que se deben tener durante el puerperio.

DEFINICIÓN: Hacer referencia a los cuidados propios del puerperio.

FECHA:

TIEMPO: 2 horas.

SISTEMA DE EVALUACIÓN:

UNIDAD N° 7 Características y cuidados del recién nacido.

OBJETIVO: Identificar las características del recién nacido y los cuidados que se deben tener con este.

DEFINICIÓN: Esta unidad se refiere a las características propias del recién nacido y cada uno de los cuidados que se deben tener con este.

FECHA:

TIEMPO: 2 horas.

SISTEMA DE EVALUACIÓN:

UNIDAD N° 8 Planificación familiar.

OBJETIVOS: Dar a conocer los diferentes métodos de planificación familiar.

DEFINICIÓN: Esta unidad contiene cada uno de los métodos naturales, hormonales y de barrera utilizados en la planificación familiar.

FECHA:

TIEMPO: 2 horas.

SISTEMA DE EVALUACIÓN:

Durante la realización del programa educativo, se realizó una sesión de relajación y estimulación intrauterina luego del desarrollo de cada unidad teórica, con una duración de 40 minutos cada una.