BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA

Tesis profesional

"Fisioterapia en el parto: Reporte de caso desde el Modelo de Parto Humanizado"

Para obtener el título de:
Licenciada en Fisioterapia

Presenta:
Aide Sarahi Hernández Delgado

Director:
MEC. Nelly Serafina Cedeño Sucre

Codirector:
MEC. Leticia Tlapalcoyoa Leónides

Revisor:
MKFD. Jaime Rebollo Vázquez

Febrero, 2020

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA

Tesis profesional

"Fisioterapia en el parto: Reporte de caso desde el Modelo de Parto Humanizado"

Para obtener el título de:
Licenciada en Fisioterapia

Presenta:
Aide Sarahi Hernández Delgado

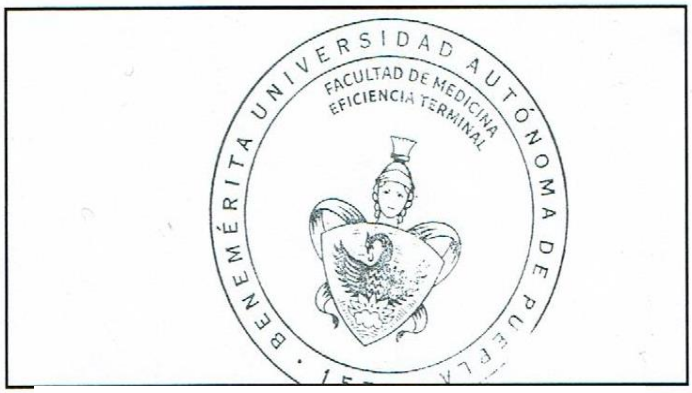
Director:
MEC. Nelly Serafina Cedeño Sucre

Codirector:
MEC. Leticia Tlapalcoyoa Leónides

Revisor:
MKFD. Jaime Rebollo Vázquez

Febrero, 2020

HOJA DE SELLOS



Eficiencia Terminal FACMED BUAP

Coordinación de Fisioterapia BUAP

Coordinación de Enseñanza e Investigación
ISSSTE Puebla

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA.
FACULTAD DE MEDICINA.
COORDINACIÓN DE TITULACIÓN EN PREGRADO
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA
FORMATO "A" DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

No. de Folio de Registro: 001/2020

DATOS DEL SOLICITANTE.
Nombre Completo: Aide Sarahi Hernández Delgado
Matricula: 201212332
Correo electrónico: lft.aidehernandez@outlook.com
Firma: _____

NOMBRE DEL TEMA: "Fisioterapia en el parto: Reporte de un caso desde el modelo de Parto Humanizado"

JUSTIFICACIÓN: La fisioterapia es una profesión de salud centrada en las necesidades de los pacientes y focalizada en el tratamiento de los problemas asociados al movimiento corporal que involucra la musculatura, los huesos y las articulaciones, así como también los sistemas circulatorio, respiratorio y nervioso. Un fisioterapeuta utiliza técnicas específicas centradas en el movimiento para que los pacientes puedan manejar sus propios síntomas como una forma de mantener un estilo de vida sano y saludable. La mujer embarazada puede usar estos métodos como parte de una rutina de ejercicio regular y así conservar un óptimo estado físico. El Parto Humanizado está ligado con la actuación de la Fisioterapia, ya que más que mitigar el dolor, la profilaxis es un conjunto de técnicas, actividades y métodos especializados en brindar atención integral a la mujer durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio. La WCPT considera indispensable la implementación de estrategias de ejercicio a lo largo de la vida, y como expertos en el conocimiento del movimiento corporal humano, los fisioterapeutas son los profesionales encargados de promover, guiar, prescribir y manejar las actividades de ejercicio puesto que su principal herramienta de trabajo es el ejercicio, aplicado tanto para la prevención de patologías como para mejoramiento de las condiciones de vida. La presentación de un caso permite aportar información documentada del manejo de un programa para la preparación al parto desde el modelo de Parto Humanizado como una alternativa de intervención multidisciplinaria. Al describir la información bibliográfica disponible, se ofrece una herramienta de información para el profesional de fisioterapia interesado en trabajar con mujeres gestantes que busquen mejorar la calidad asistencial en el área de obstetricia.

OBJETIVO GENERAL: Describir los beneficios de la inclusión de la Fisioterapia en el parto mediante la gimnasia obstétrica para mantener las condiciones estructurales y fisiológicas normales en el embarazo bajo el modelo de Parto Humanizado.

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo

INSTITUCIÓN EN LA QUE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO: Hospital Regional ISSSTE Puebla.

DIRECTOR EXPERTO:
Nombre: Nelly Serafina Cedeño Sucre
NIP BUAP: 100377699
Especialidad: Fisioterapia
Correo Electrónico: nellyamefi@gmail.com
Teléfono: 2295500 ext. 6071

RECIBIDO 04 FEB 2020

Firma de aceptación: _____

DIRECTOR METODOLÓGICO:
Nombre: Leticia Tlapalcoyoa Leonides
NIP BUAP: 100493744
Especialidad: Fisioterapia
Correo Electrónico: lety.mec13.buap@gmail.com
Teléfono: 2295500 ext. 6071

Firma de aceptación: _____

Fecha Y Firma de Autorización: _____

COORDINADORA DE TITULACION Y E.T
MASS IRMA ORTEGA SANCHEZ

BUAP

Oficio No SIEP / C.I. / 002 /2020

Asunto: Constancia de Registro

M.E.C. NELLY SERAFINA CEDEÑO SUCRE
M.E.C. LETICIA TLAPALCOYOA LEONIDES
AIDE SARAHI HERNÁNDEZ DELGADO

P R E S E N T E S:

El Comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la B.U.A.P., a través de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado hace **C O N S T A R** que el Proyecto de Investigación presentado en autoría Colectiva por:

- **AIDE SARAHI HERNÁNDEZ DELGADO**
- **M.E.C. NELLY SERAFINA CEDEÑO SUCRE**
- **M.E.C. LETICIA TLAPALCOYOA LEONIDES**

Titulado:

"FISIOTERAPIA EN EL PARTO: REPORTE DE CASO DESDE EL MODELO DE PARTO HUMANIZADO"

Ha sido registrado en esta Secretaría con los siguientes datos:

Fecha de registro: 16 de enero de 2020.
Número de Libro: 2
Número de Hoja: 125
Número de Registro: 786
Vigencia: **Inicio 16 de enero** **Termino 03 de julio de 2020**

A T E N T A M E N T E
"PENSAR BIEN, PARA VIVIR MEJOR"
H. PUEBLA DE Z., A 16 DE ENERO DE 2020.

M.C. JOSE LUIS GANDARA RAMIREZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

D.C. JORGE ALEJANDRO CEBADA RUIZ
SECRETARIO DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

c.c.p. archivo
c.c.p. minutario
DC´ETR*etr

Facultad de Medicina
13 Sur 2702, Col. Volcanes,
Puebla, Pue. CP 72410
01(222) 229 55 00
Ext. 6047 y 6048

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA.
FACULTAD DE MEDICINA.
COORDINACIÓN DE EFICIENCIA TERMINAL EN PREGRADO

FORMATO "C" DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA

DATOS DEL SOLICITANTE.

Nombre Completo: Aide Sarahi Hernández Delgado
Matricula: 201212332
Correo Electrónico: lft.aidehernandez@outlook.com
Fecha de Ingreso y Egreso_____

Firma: _____

Folio otorgado por el Comité de Investigación De Posgrado: 786

TÍTULO DE LA TESIS: "Fisioterapia en el parto: Reporte de un caso desde el modelo de Parto Humanizado"

ÁREA DEL ESTUDIO: Fisioterapia

Presentarla la tesis elaborada en computadora, con letra arial, numero 12 a espacio y medio firmada por los directores de la Tesis y coordinación de titulación

Director Experto: Nelly Serafina Cedeño Sucre
NIP BUAP: 100377699

Firma de autorización: _____

Director Metodológico: Leticia Tlapalcoyoa Leonides
NIP BUAP: 100493744

Firma de autorización: _____

Revisor de la Tesis: Jaime Rebollo Vázquez
NIP BUAP: 100317466

Firma de autorización: _____

Visto bueno y se autorizará la impresión de la Tesis

RECIBIDO
14 FEB 2020

MASS IRMA ORTEGA SANCHEZ
COORDINADORA DE TITULACION Y E/T
SELLO DE AUTORIZACIÓN

FIRMA

"El ave canta aunque la rama cruja,
como que sabe lo que son sus alas.

Erguido bajo el golpe en la porfía,
me siento superior a la victoria.
Tengo fe en mí; la adversidad podría,
quitarme el triunfo, pero no la gloria."

Párrafo de la poesía "A Gloria"
de Salvador Díaz Mirón.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres.

A Dios doy gracias por ser mis padres, por sus regaños y consejos.
Por el bien que me enseñaron y de mi ser siempre cuidar.
Por ser padres bondadosos, llenos de paz y sabiduría.
Porque aman la verdad, la justicia y rectitud en demasía.
Por ser mis padres amados y enseñarme la caridad.
Me enseñaron a luchar aspirando siempre a lo más alto y a mis sueños no renunciar.
Por sus celestiales valores, por guiarme de la mano en senderos llenos de flores.

A mis hermanas.

Por ser las ramas que me sostienen, a quienes respeto y quiero.
Por comprenderme en las buenas y malas,
como sólo una hermana podría hacerlo.
Por estar siempre a mi lado apoyándome como amigas
porque a pesar de las peleas,
somos hermanas y siempre estaremos las unas para la otra.

A mis sobrinos.

Por ser el reflejo de las dos mujeres que quiero,
Por su amor y grandes muestras de cariño,
por ser mi constante motivación y fuente de aliento.
Porque a pesar de ser pequeños,
me enseñan las grandezas de la vida.

A mi novio.

Porque eres la promesa que Dios tenia destinada para mi
Gracias por caminar a mi lado durante estos años,
por hacerme vivir, por apoyarme y aconsejarme.
Por tu paciencia y comprensión, por brindarme armas para continuar
Por la seguridad, respeto y el amor tan puro que me brindas
Bendigo todo lo que tú me haces sentir.
Y recuerda, en la calle codo a codo,
somos mucho más que dos.

A mis maestras.

A la maestra Nelly y Lety
Por brindarme las herramientas necesarias para la culminación de ésta tesis.
Por encaminarme y ofrecerme sabios consejos
que estoy segura me ayudarán en mi futura vida profesional.

A mis demás maestros.

Que me ayudaron a forjarme por el camino en la universidad,
por su tiempo y dedicación que brindaban en cada aula.

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES 4
   1.1 ANTECEDENTES GENERALES 4
      1.1.1 FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA 6
      1.1.2 HUMANIZACIÓN DEL PARTO A NIVEL INTERNACIONAL 9
      1.1.3 MARCO NORMATIVO. 11
   1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS 14
      1.2.1 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO. 15
      1.2.2 LA FISIOTERAPIA EN EL PARTO. 18
2. JUSTIFICACIÓN 25
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 27
4. OBJETIVOS 29
   4.1 OBJETIVO GENERAL 29
   4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 29
5. MATERALES Y MÉTODOS 30
   5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO 30
   5.2 UBICACIÓN ESPACIO - TEMPORAL. 30
   5.3 MUESTREO 30
   5.4 POBLACIÓN 30
   5.5 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN 30
   5.6 METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 30
   5.7 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS 30
6. LOGÍSTICA 31
   6.1 RECURSOS HUMANOS 31
   6.2 RECURSOS MATERIALES 31
   6.3 RECURSOS FINANCIEROS 31
7. BIOÉTICA 32
8. REPORTE DE CASO 33
   8.1 ANAMNESIS 33
      8.1.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN. 33

8.1.2 ANTECEDENTES FAMILIARES. 33
8.1.3 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS. 33
8.1.4 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. 34
8.1.5 ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS. 34
8.1.6 CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL. 34
8.1.7 INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS 35
8.1.8 SEMIOLOGÍA DEL DOLOR 36
8.1.9 TERAPÉUTICA PRESCRITA POR EL MÉDICO. 36
8.2 EXAMINACIÓN 37
INSPECCIÓN GENERAL. 37
8.2.1 EVALUACIÓN POSTURAL 38
8.2.2 CUESTIONARIOS DE INTERPRETACIÓN Y COMPRENSIÓN DEL DOLOR. 41
8.3 DIAGNÓSTICO MÉDICO 42
8.4 DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO 42
8.5 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN 42
8.5.1 OBJETIVO GENERAL 42
8.5.2 OBJETIVOS DE LA PACIENTE 42
8.5.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 42
8.6 TRATAMIENTO 43
9. RESULTADOS 52
10. DISCUSIÓN 61
11. CONCLUSIÓN 64
12. REFERENCIAS 66
13. ANEXOS 70
13.1 ANEXO 1 (CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES) 70
13.2 ANEXO 2 (CONSENTIMIENTO INFORMADO) 71
13.3 ANEXO 3 (FORMATO DE ADSCRIPCIÓN DEL ISSSTE) 72
13.4 ANEXO 4 (PLAN DE TRATAMIENTO EN CASA) 73
13.5 ANEXO 5. (CUESTIONARIO DE EGRESO) 79

1. ANTECEDENTES

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

Es posible que la atención al parto sea tan antigua como la existencia del hombre en la tierra. Hablar de obstetricia conlleva citar la evolución de la humanidad considerando también el dolor como un hecho implícito en este proceso. Se asume que el parto en épocas remotas ocurría en forma solitaria, provocando en la mujer aferrarse a su sobrevivencia y la de su hijo sobreponiendo el dolor sin gritar para evitar ser descubierta. Otros datos del año 40.000 a.C., mencionan que el parto era atendido únicamente por el marido; sin embargo, ya en el año 6000 a.C., se empieza a considerar la ayuda al nacimiento como un "arte" por lo cual, las mujeres que contaban con mayor experiencia eran requeridas con más frecuencia durante el trabajo de parto. Ése fue el inicio de unos de los oficios más antiguos de la humanidad, el de comadrona, partera o, en griego, "obstetrix" (palabra de la que deriva obstetricia y obstetra). (Sedano, et al., 2014; Aguirre, 2012)

La primera descripción de un parto normal fue hecha por Hipócrates (460-377 a.C.) en su libro *Naturaleza del Niño.* Consideraba que el parto comenzaba cuando el feto tenía hambre, rompía la bolsa de las aguas con movimientos de sus manos y pies. A lo largo de la historia otros grandes médicos como Galeno, Mauriceau o Schroeder, también expusieron diferentes teorías de por qué comenzaba el parto tratando de explicar la razón del dolor de la madre al parir. (Sedano, et al., 2014; Mascaró, Porcar, 1997)

En cuanto a la asistencia al parto, pocos fueron los cambios que ocurrieron a lo largo de los siglos. Las comadronas seguían siendo las únicas especialistas que sabían atender correctamente a las mujeres en el alumbramiento, enseñando sus conocimientos y experiencias de generación en generación. Mientras tanto los médicos consideraban que la sangre, heridas o partos no eran trabajos dignos de sus conocimientos; además la mujer en general estaba considerada como ser inferior y en el caso de las comadronas, por sus conocimientos en hierbas, eran sospechosas habituales de brujería. (Sedano, et al., 2014; Secretaría de Salud, 2015)

Fue en el siglo XVIII cuando los primeros médicos se interesaron por la obstetricia comenzando a asistir y estudiar el parto como una ciencia. Adjunto a esto, desarrollaron instrumentos como el fórceps e indujeron la posición horizontal de la parturienta. Estos avances, adicional a los nuevos conocimientos de la anestesia y la asepsia en el siglo XIX, promovieron a la disminución del riesgo de muerte materno-infantil en el parto. Durante el siglo XX el control de la natalidad, el seguimiento médico, el registro tocográfico y técnicas quirúrgicas como la cesárea influyeron para la disminución de la morbilidad y mortalidad en el embarazo. Sin embargo, al mismo tiempo que se produjeron dichos avances, el momento del parto ha sufrido un proceso de deshumanización en el que la madre y al igual que su familia han sido privadas de su derecho de intimidad y decisión. Fue en esa época cuando médicos como Lamaze, Bradley y Leboyer promovieron métodos que favorecían el desarrollo natural del parto centrándose en la mujer y el bebé, evitando fármacos e intervenciones médicas innecesarias. (Aguirre, 2012; Secretaría de Salud, 2015; Lugones, Ramírez, 2012)

Así se llega al concepto de Parto Humanizado, entendido como un modo de atender el proceso de nacimiento en el cual se privilegia la voluntad de la mujer que va a dar a luz respetando sus tiempos fisiológicos personales; esto mediante una preparación integral, teórica, física y psico-afectiva que se brinda durante la gestación. Se trata de generar un espacio familiar donde madre e hijo sean los protagonistas del proceso llevándolo de la manera más natural posible. Otros términos utilizados para nombrar este concepto son "nacimiento humanizado", "parto respetado", "nacimiento digno" y "parto psicoprofiláctico" (Aguirre, 2012; Secretaría de Salud, 2015, Borges, et al., 2018)

En México, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI) y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC), iniciaron un proceso en 2007 para facilitar la atención humanizada de las mujeres en el parto con un enfoque intercultural y humanizado, basado en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), evidencia científica, derechos humanos y el marco normativo nacional, respondiendo a las necesidades de las mujeres del país indígenas y no indígena y las expectativas del personal de salud y parteras tradicionales. (Secretaría de Salud, 2015)

1.1.1 FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

Estudiosos de la Antropología Social observaron que, hasta finales del siglo XIX, el interés del profesional de Obstetricia giraba solo alrededor del parto como proceso fisiológico. (Aguirre, 2012) Las principales bases para la creación de lo que actualmente conocemos como psicoprofilaxis fueron tomadas de las Escuelas Tradicionales:

1. Escuela Inglesa: Grantly Dick Read
2. Escuela Soviética: Platonov, Velvovsky, Nicolaiev
3. Escuela Francesa: Fernand Lamaze
4. Escuela Ecléctica: Frederick Leboyer, Gavensky y otros.

1. Escuela Inglesa: Grantly Dick Read. "Parto sin temor."

Grantly Dick Read, publicó en 1933 sus observaciones sobre el parto natural que después denominó *Parto sin Temor*; para Read y su escuela el temor es el punto de partida de todos los problemas que rodean al parto. Menciona que el temor origina tensión muscular y psíquica, la tensión produce disminución del umbral de percepción del dolor haciendo que los estímulos no dolorosos se identifiquen álgicos y que los estímulos dolorosos se hagan más evidentes. De esta manera el dolor provoca temor y consecuentemente tensión, cerrándose así una espiral o círculo vicioso, con intensidad dolorosa cada vez mayor. Esto lo describió como el síndrome Temor – Tensión - Dolor. Para la escuela inglesa los reflejos condicionados impuestos culturalmente en la mujer como el miedo al dolor, morir en el parto, tener un niño con malformaciones y los relatos de experiencias terribles sobre éste, influyen negativamente en el curso fisiológico del parto.

En síntesis, el método Read trata de invertir el círculo vicioso mediante cuatro elementos: Educación, Respiración, Relajación y Gimnasia. (Aguirre, 2012; Dávila, Quiñonez, 2013)

2. Escuela Soviética: Platonov, Velvovsky, Nicolaiev.

La escuela Soviética generó el método *Parto sin dolor* el cual se basa en los principios de la fisiología de Pavlov y en la teoría de los Reflejos Condicionados. En 1947, Velvovsky y Nicolaiev, tomando en cuenta las bases del método descrito, emplearon por primera vez una técnica de atención al parto a la que denominaron *Método psicoterapéutico de analgesia en el parto* comprendido por los siguientes puntos:

1. Educación a la gestante sobre los reflejos condicionados.
2. Ejecución de la técnica de preparación al parto.
3. Organización de los servicios y preparación del personal.
4. Evaluación de resultados.

Este método supone la existencia de un reflejo condicionado como "fenómeno de masas" que a través del tiempo se asoció con el dolor al parto. En consecuencia, la comprensión de esta técnica permite transformar ese reflejo condicionado desagradable en otro de reacción positiva. (Aguirre, 2012; Dávila, Quiñones, 2013)

La técnica de preparación al parto está constituida por la respiración y la gimnasia. La primera es una copia del ritmo fisiológico siendo más profunda cuando las contracciones son menos intensas. A la gimnasia le asignaron un alto valor porque aseguraban que influía positivamente sobre el sistema nervioso, adicionalmente emplearon masajes sobre zonas específicas del cuerpo como las crestas ilíacas y la región lumbosacra. (Aguirre, 2012; Secretaría de Salud, 2015)

3. Escuela Francesa: Fernand Lamaze.

En 1952 Lamaze publicó la obra titulada *Parto sin dolor por el Método Psicoprofiláctico*. Después de estudiar las teorías de Read, Velvovsky, Nicolaiev y Platanov concluyó que ambas escuelas coincidían que mediante la educación se podía eliminar el temor y así disminuir el dolor en el parto. (Aguirre, 2012; Dávila, Quiñones, 2013)

Bases del método psicoprofiláctico de Lamaze son las siguientes:

- Crear un foco cortical potente, capaz de inhibir los estímulos originados en la contracción uterina. (tomado de la escuela Soviética)
- Incluir la compañía del esposo o un familiar durante la preparación para el parto y el alumbramiento.
- Enseñar ejercicios de respiración y relajación, estableciendo la respiración jadeante para aliviar el periodo expulsivo.

4. **Escuela Ecléctica: Frederick Leboyer, Ricardo Gavensky, otros.**

Como su nombre lo dice, eligieron de cada escuela lo mejor para conformar el *Parto sin dolor- Parto sin violencia*. Este modelo además de generar fomentar la atención a la mujer propone incluir condiciones para un buen nacimiento enfocadas en el recién nacido. (Aguirre, 2012)

Los elementos prácticos que integran el método de la Escuela Ecléctica:

- Método ruso: Creación de reflejos condicionados positivos.
- Método inglés: Eliminación del círculo temor - tensión – dolor.
- Escuela francesa: Utilización de la respiración jadeante.

El "Parto sin dolor- Parto sin violencia" se rige bajo cuatro puntos:

1. Preparación adecuada de la mujer, para el parto.
2. Generación de condiciones ambientales adecuadas para el parto que incluya luz indirecta, fondo musical suave, lenguaje a media voz, evitar ruidos innecesarios del instrumental y ambiente tibio para reducir el temor de la madre y mejorar las condiciones adecuadas para el recién nacido.
3. Inmersión del niño en agua tibia antes de cortar el cordón umbilical.
4. Favorecer el encuentro padre, madre e hijo.

1.1.2 HUMANIZACIÓN DEL PARTO A NIVEL INTERNACIONAL

En el Congreso Europeo de Medicina Perinatal celebrado en 1985, se analizó, de forma muy especial, los aspectos de humanización del parto, tomando como punto de partida que *"toda mujer tiene, independientemente de su cultura, un gran compromiso emocional con su gestación y parto siendo un evento psicosomático por excelencia, que involucra el cuerpo y la mente de la madre."* (Fernández, Nieves, 2006)

En 1998, Garzón afirma que la humanización comprende aspectos culturales, históricos y espirituales del hombre, para lo que es necesario establecer relaciones terapéuticas adecuadas por parte de los profesionales de la salud. Conjuntamente, los humanistas de todas las corrientes filosóficas proclaman la dignidad del hombre, su libertad y la igualdad de derechos, aspectos que deben tenerse en cuenta para la labor asistencial. De ello deriva del concepto de "humanización de la atención de salud" en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en noviembre del 2000, en Fortaleza, Brasil. (Secretaría de Salud, 2015; Delgado, Naranjo, 2015)

En 1996, OMS, publica la guía práctica *Ayuda al Parto Normal* donde conceptualiza el parto normal y su humanización, citando a la enfermera obstetra como personal de importancia para la atención de éste pues es un personal sanitario que puede contribuir a la humanización de esta ayuda. Se presentan, además, las llamadas "Prácticas recomendadas por la OMS para la humanización del parto" donde se planteó permitir que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado, fomentar el acompañamiento continuo, libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y alumbramiento, permitir ingesta de líquidos y alimentos, evitar la realización de monitoreo fetal electrónico, episiotomía, rasurado y enema de forma rutinaria, restringir el uso de oxitocina, analgesia o anestesia así como limitar la tasa de cesáreas al 10-15 %. Estas prácticas son inherentes a todos los miembros del equipo de salud en la atención al trabajo de parto. (Biurrun, Goberna, 2013; Leboyer, 1976; Organización Mundial de la Salud, 2015)

Los diez principios para el cuidado del embarazo y parto que emitió la OMS en 2001 son:

1. Ser no medicalizado, proveyendo el mínimo de intervenciones que sean necesarias.

2. Reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún superiores.
3. Basarse en las evidencias científicas.
4. Regionalizarse y desarrollar un sistema eficiente de referencias de centros de atención primaria a niveles de cuidado secundario y terciario.
5. Incluir la participación multidisciplinaria de profesionales de la salud tales como parteras, especialistas en obstetricia, neonatología, enfermería, educación del parto y de la maternidad, y en ciencias sociales.
6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños/as y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Centrarse en las familias y dirigirse hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo/a como de su pareja.
8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Específicamente en América Latina surgieron organizaciones de la sociedad civil como la *Red por la Humanización del Parto y Nacimiento* (ReHuNa), la *Coalición para mejorar los servicios de maternidad* (CIMS) y la *Red Latinoamericana y del Caribe para la humanización del parto y el nacimiento* (RELACAHUPAN) que proveen información sobre el parto humanizado y promueven su realización. (Secretaría de Salud, 2015)

1.1.3 MARCO NORMATIVO.

En cuanto a los derechos de la mujer, existe un vasto marco jurídico internacional que da sustento a la protección contra la violencia relacionada con la salud reproductiva. En el ámbito internacional, la violencia contra las mujeres es reconocida como una forma de discriminación, que les impide el goce de derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los hombres. En específico, la *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CEDAW por sus siglas en inglés) de 1979, establece la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del acceso a servicios de atención médica, de manera que se garantice el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto. En esta línea de ideas, las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer por su condición de género en el ámbito de la salud reproductiva constituyen formas de violencia y discriminación contra la mujer. (Organización de las Naciones Unidas, 1979; Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015)

De acuerdo con el artículo 1º de la "Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer" de 1994, se entiende como violencia contra la mujer: "*cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado*". Dicha Convención impone a los Estados la tarea de erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, y establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada. (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2013; Instituto Nacional de Salud Pública, 2013)

En el caso particular de nuestro país, el Estado Mexicano hace tangible los compromisos asumidos al ratificar la CEDAW para eliminar la desigualdad, exclusión y discriminación a la mujer, recalcando los derechos en la atención del embarazo, parto y puerperio parte también del reconocimiento de los derechos de los/las pacientes, reconocidos en México en la Carta de Derechos de los Pacientes: (Secretaría de Salud, 2002)

- **Recibir atención médica adecuada.** El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.
- **Recibir trato digno y respetuoso.** El paciente tiene derecho a que el médico y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente.
- **Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.**
- **Decidir libremente sobre su atención.** El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o de tratamiento ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.
- **Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.** El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte someterse con fines de diagnóstico o de tratamiento, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.
- **Ser tratado con confidencialidad.** El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.
- **Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.** El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda

opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

- **Recibir atención médica en caso de urgencia.** Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.
- **Contar con un expediente clínico** (con información veraz, clara, precisa, legible y completa) y a obtener por escrito un resumen clínico para el fin requerido.
- **Ser atendido cuando se inconforme con la atención médica recibida.**

Por otro lado, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se deriva la Ley General de Salud, la cual reconoce la importancia de explicitar el trato de calidad, respetuoso y digno con estricto respeto a los derechos humanos. De las Leyes Generales se derivan las Normas Oficiales, también de carácter obligatorio, tal es el caso de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, (NOM 007) *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.* Esta busca disminuir los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las mujeres y sus hijos poniendo énfasis en la realización de actividades preventivas de riesgos durante el embarazo, así como la racionalización de ciertas prácticas que se llevan a cabo de forma rutinaria y que aumentan los riesgos o que son innecesarias. Asimismo, se plantea la necesidad de fortalecer la calidad y calidez de los servicios de atención médica durante el embarazo, el parto y el puerperio. (Diario Oficial de la Federación, 2016; Secretaría de Salud, 2015)

1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Las mujeres embarazadas sufren cambios morfofuncionales importantes. Sin considerarse una enfermedad, claro es que la gestación hace de la mujer un ser vulnerable a padecer determinadas alteraciones, trastornos o enfermedades exclusivas del estado. Todo embarazo, por más sano que parezca, constituye en sí mismo un riesgo, por algo la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), contempla al embarazo como una condición de salud. (Fernández, Nieves, 2006; Mata, et al., 2010)

Diversos estudios demuestran la relación que existe entre la disminución del riesgo a padecer complicaciones asociadas al embarazo y la actividad física. Concretamente ha sido demostrado el papel que desempeña el ejercicio físico en la prevención de la diabetes gestacional y la ganancia excesiva de peso maternal, la estabilización del humor de la madre, disminución del riesgo de padecer venas varicosas, riesgo de trombosis venosas, reducción de los niveles de disnea y la menor aparición de episodios de lumbalgia. (Fernández, 2006; Kisner, Colby, 2010)

Pese que la evidencia científica y diversas organizaciones como el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2017) describen los beneficios del ejercicio físico en el embarazo, siempre que la gestante este sana y no surjan complicaciones en el transcurso del mismo, muchas mujeres desconocen esta información y lo más desconcertante aún, es que un gran número de ginecólogos y obstetras no recomiendan la realización de ejercicio y cuando lo recomiendan, prescriben entrenamientos más conservadores que los establecidos por el ACOG. (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017; Fernandez, Nieves, 2006; Mata, et al., 2010; Pinzon, 2014)

En conjunto con la actividad física debe trabajarse la preparación psíquica, pues para logar resultados satisfactorios se debe englobar como un todo a la mujer para proporcionar confianza en sí misma, reduciendo la tensión nerviosa que le provoca el desconocimiento sobre su estado y el parto.(Fernández, Nieves, 2006)

Durante el trabajo de parto, el temor genera tensión muscular que causa endurecimiento del cérvix lo que deriva en más contracciones y mayor tiempo para lograr su dilatación. Las contracciones resultan dolorosas y esto intensifica el temor, lo que dificulta el proceso del parto estableciendo así un círculo vicioso descrito anteriormente por Red en 1933 a lo que nombró "síndrome temor, tensión, dolor". (Dávila, Quiñones, 2013; Fernández, Nieves, 2006)

Read, Nicolaiev y Lamaze (2012), coinciden que para lograr un correcto rendimiento en el parto es importante la actitud positiva y participativa de la mujer. Mientras más se concentre en la respiración, el control de los músculos implicados y el desarrollo del alumbramiento, disminuirán los estímulos dolorosos de la dilatación. De aquí parte la importancia de brindar a la mujer conocimientos sobre el embarazo y el parto. Aun cuando por otras razones el parto resulte distócico, la conducta adecuada de la mujer ayudará a que sea menos traumático. (Aguirre, 2012; Fernández, Nieves, 2006)

1.2.1 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO.

Desde el momento de la fecundación y a lo largo de la gestación, la fisiología de mujer desarrolla una serie de cambios tanto hormonales, sistema nervioso, útero y en general en todo el organismo que servirán para que el embarazo tenga éxito, el embrión se desarrolle y el parto se produzca en el momento y condiciones adecuadas. (Delgado, Naranjo, 2015)

Las hormonas del embarazo y las adaptaciones biomecánicas generan profundos cambios en los sistemas cardiovascular y respiratorio que son relevantes en el quehacer del fisioterapeuta.

Respuesta cardiovascular.

- El volumen sanguíneo de la madre aumenta un 30%.
- Elevación del corazón como consecuencia del crecimiento del útero.
- El consumo de oxígeno es mayor cuando mayor sea el incremento de la carga, ya que a la exigencia materna basal se le une la demanda de más oxígeno por parte del útero gravídico.

- Lo anterior condiciona a una mayor necesidad de oxígeno periférico y una adaptación del sistema cardiovascular que tiene como consecuencia un aumento del gasto cardiaco.
- El gasto cardiaco que es producto de la frecuencia cardiaca y el volumen sistólico aumenta hasta un 40% alcanzando el pico alrededor de la semana 20-30 de gestación.
- La posición decúbito supino, por compresión del útero sobre la vena cava, puede reducir el retorno venoso de la sangre al corazón y con ello disminuir el volumen sistólico, apareciendo un cuadro de hipotensión y mareo (síndrome del decúbito supino).

Respuesta respiratoria.

- El útero agrandado desplaza el diafragma hacia arriba reduciendo la altura de las cavidades pleurales en hasta 4 cm lo que dificulta las funciones respiratorias.
- La función pulmonar no está disminuida en reposos ya que existe una expansión lateral concomitante de la parrilla costal y un mayor volumen del flujo de oxígeno.
- El mayor flujo de oxigeno da como resultado un aumento de la ventilación en reposo (50% aproximadamente).

De las primeras dos modificaciones fisiológicas descritas, el fisioterapeuta debe considerar el aumento del gasto cardiaco y de la ventilación minuto, así como el desplazamiento del diafragma que provoca una respiración superficial para que, respecto a ello se planteen los objetivos de la implementación de ejercicio en la embarazada. (Walker, De Cortés, 2013)

Respuesta biomecánica.

- El crecimiento del útero desvía el centro de gravedad hacia delante, cambiando la alineación de los huesos, músculos, estructuras de soporte y el modo en que el cuerpo y la mente procesan la postura normal y los movimientos.
- Mayor lordosis lumbar.
- Aumento de cifosis y de curvatura cervical.
- Tensión de los músculos posteriores del tronco.

- Acortamiento de los flexores de la columna y músculos pectorales.
- Sobrestiramiento y debilidad de glúteos, abdominales y músculos de la parte superior de la espalda.
- Los ligamentos, especialmente de la pelvis, comienzan a distenderse y volverse más flexibles. Las articulaciones más afectadas son la sacroilíaca y sínfisis púbica. El tejido vaginal y perineal también se ven afectados.

Las modificaciones biomecánicas en el embarazo se asocian a la aparición del dolor lumbopélvico debido a la hiperlaxitud generalizada y el aumento de la lordosis lumbar, además, las modificaciones de la postura corporal repercuten en los movimientos estáticos y dinámicos cotidianos.(Espinosa, et al., 2013)

A partir del ejercicio fisioterapéutico se pueden disminuir las modificaciones anatómicas y estructurales producidas en el embarazo, lo cual mejorará el pronóstico durante el postparto. (Walker, De Cortés, 2013)

1.2.2 LA FISIOTERAPIA EN EL PARTO.

La Confederación Mundial de la Fisioterapia (WCPT por sus siglas en inglés) definió en 1999 la fisioterapia como "*una profesión autónoma que presta servicios (valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación) realizados por o bajo la dirección y supervisión del fisioterapeuta a las personas y comunidades, para preservar, mantener y desarrollar al máximo el movimiento y las habilidades funcionales y, por tanto, el nivel de salud durante toda la vida."* (Martínez, et al., 2001)

Por su parte el Colegio Nacional de Fisioterapia y Terapia Física de México, especifica que "la fisioterapia ofrece servicios a individuos y poblaciones para desarrollar, mantener y restaurar el máximo movimiento y la capacidad funcional durante todo el ciclo de vida, incluyendo la prestación de servicios en circunstancias donde el movimiento y la función están amenazados por el envejecimiento, lesión, dolor, enfermedades, trastornos, condiciones o factores ambientales para maximizar la calidad de vida, identificando y tratando las alteraciones del movimiento dentro de los ámbitos de promoción, prevención, tratamiento y/o intervención, habilitación y rehabilitación. (Colegio Nacional de Fisioterapia y Terapia Física, 2018)

El fisioterapeuta es un profesional sanitario asentado bajo la reforma del artículo 79 de la Ley General de Salud 2017 donde se declara igualdad con otros profesionales de la salud y bajo sus competencias, puede desarrollar funciones en cualquier nivel de atención. (Diario Oficial de la Federación, 2017; Fernández, Félez, 2015)

Dentro de las funciones principales de la fisioterapia se enlista:

- Promover, prevenir, curar y recuperar la salud del paciente aplicando los métodos y técnicas de la fisioterapia.
- Hacer una evaluación personalizada, emitir un diagnóstico y diseñar unos objetivos y un plan terapéutico para que el sujeto recupere su movilidad, independencia y forma física.
- Enseñar cómo evitar lesionarse al realizar un trabajo o practicar un deporte.

- Dar las instrucciones a seguir en el domicilio para continuar con el proceso de recuperación.

Las actividades del Primer nivel de Atención marcadas por la Secretaría de Salud están enfocadas a preservar y mejorar la calidad de salud individual y colectiva de la población. (Fernández, Félez, 2015) En cuanto a la atención de la mujer embarazada a través de programas de promoción como lo es el modelo de Parto Humanizado, el fisioterapeuta puede desarrollar:

1. Asistencia y educación sanitaria.
2. Promoción de la salud.
3. Prevención de enfermedades.
4. Curación, rehabilitación y reinserción social.
5. Fomentar la formación e investigación.
6. Administración interna

El fundamento básico de la labor asistencial del fisioterapeuta en la atención primaria es colaborar en el manejo de los problemas de salud buscando el bienestar físico y el apoyo emocional, quedando así definida la actuación del fisioterapeuta en el parto quien busca la mejora de la calidad de vida y por tanto de salud. Mediante la integración del fisioterapeuta en el compuesto interdisciplinario de la salud se pueden dar a conocer diferentes beneficios asistenciales en el proceso del parto. (Nereu, et al., 2013; Martín, 2012)

El parto se caracteriza por las adaptaciones fisiológicas de la madre en relación a la posición del bebé en las diferentes etapas: dilatación, expulsión y alumbramiento. Dentro de estas fases el fisioterapeuta colabora aplicando diferentes procedimientos con el fin de proporcionar confort y el alivio del dolor a la madre, utilizando diversas técnicas. A su vez contribuye a evitar el sobresfuerzo y el cansancio extremo de la madre mediante técnicas de relajación y respiración. De la misma manera puede asistir como un integrante que ayude y oriente a la mujer a confiar en su cuerpo. (Walker, 2013; Martín, 2012)

El movimiento corporal humano se interpreta como la capacidad mecánica, neurológica y fisiológica que permite la funcionalidad física durante todas las etapas de la vida brindando

bienestar biopsicosocial. El objeto de estudio de la Fisioterapia es el movimiento humano, siendo la principal herramienta de tratamiento el ejercicio físico en todas las fases de la vida. Diversos estudios han demostrado beneficios en las embarazadas que realizan actividad física, tal así que el American Collage of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomienda su práctica para evitar riesgos a la salud materno-fetal. (Prieto, Naranjo, 2005; Walker, De Cortés, 2013; Inchusta, 2017)

Diferentes publicaciones científicas citadas e incluso la ACOG revelan datos en común acerca de los beneficios que la madre adquiere al realizar ejercicio físico, los más comunes son:

- Previene el dolor de espalda baja
- Mejora de las capacidades metabólicas y cardiopulmonares, así como un menor riesgo de padecer diabetes gestacional.
- Favorece los procesos del parto.
- Mantiene el estado de condición física de la madre, disminuyendo la fatiga en las actividades de la vida diaria.
- Controla el aumento de peso corporal de la madre.
- Mejora la salud emocional y psicológica durante el embarazo.

Los beneficios para el feto también han sido motivo de estudio en los últimos años. En general, se ha observado que el producto tolera bien el ejercicio materno. En cuanto al peso del neonato, el ejercicio intenso (4-7 días/semana) en gestantes de entre 25 y 35 semanas puede ocasionar bebés con menor peso que aquellos cuyas madres han realizado ejercicio moderado o de madres sedentarias que no realizan ejercicio. Esta diferencia está motivada principalmente por una menor masa grasa en los bebés de madres deportistas (-5%). Mujeres embarazadas que realizan ejercicio tan sólo tres veces por semana a una intensidad moderada, tienen bebés más grandes que las sedentarias (3,682 frente a 3,364 kg), lo que tal vez se deba a un mayor volumen placentario que hace que el flujo sanguíneo y la nutrición del feto sean mejores. Además, se ha observado que en mujeres con buena condición física y que siguen manteniendo su actividad durante el embarazo, el desarrollo psicomotor del feto es superior con mejor maduración nerviosa. (Inchusta, 2017)

En cuanto a la evidencia que sustenta los beneficios del ejercicio en el embarazo, estudios experimentales realizados en los que se aplica una metodología similar a lo que busca el Modelo de Parto Humanizado, se encuentran los realizados por Sapién en el 2007 quien realizó un estudio observacional con 17 mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación de entre 25 y 30 años, aplicando rutinas de ejercicios de fisioterapia obstétrica, técnicas de relajación corporal y mental, ejercicios de respiración así como realizaran un simulador del parto en donde se resolvían todas las dudas que las mujeres pudieran tener para acoplarse con el ambiente hospitalario donde nacería su hijo. Como resultados se obtuvieron: adecuada disposición para el trabajo de parto, disminución del temor, correcto manejo del dolor y respuesta satisfactoria al concluir el parto, medido con la escala de Likert. (Sapiens, Córdova, 2007)

Vidal en el 2012, realizó un estudio descriptivo en el que se incluyeron a 113 embarazadas entre la semana 29 y 35 de gestación para valorar los conocimientos previos a la psicoprofilaxis sometida y los alcanzados después de las sesiones, también se evaluaron la seguridad en el parto y la satisfacción después de este de acuerdo con la preparación recibida. Como resultados se obtuvo que al final del curso 98 participantes afirmaron estar capacitadas para realizar los ejercicios y el conocimiento previo influyó a una buena labor de parto pues el 96.4% de las mujeres recordaron los ejercicios en el momento del parto. Solo dos de estas los olvidaron. En cuanto a la satisfacción después del parto 109 mujeres refirieron sentirse seguras en la labor y muy satisfechas con los resultados. (Vidal, Reyes, 2012)

Se recomienda comenzar la preparación física para el parto en el segundo trimestre debido a que suele ser cuando empieza a crecer el abdomen y las articulaciones están más flexibles, la mujer toma conciencia de su estado y comienza a ver más próximo el momento del parto siendo una etapa óptima para brindar información acerca de su salud y su futuro hijo. En esos momentos el cuerpo necesita tonificación y preparación física para prevenir complicaciones mientras se prepara para el tercer trimestre y el alumbramiento. Aquellas mujeres que realizan ejercicio durante el embarazo disfrutan de partos más cortos, con menos intervenciones y una recuperación mejor y más rápida. (Espinosa, et al., 2013; Walker, De Cortés, 2013, Martínez, et al., 2001)

Actualmente, la Educación Terapéutica es una alternativa de tratamiento de índole pedagógica que permite al paciente adquirir los recursos necesarios para gestionar óptimamente su vida con una enfermedad o situación de salud como es el caso del embarazo y el temor al parto. Este tipo de proceso está diseñado para pacientes que presenten dolencias o enfermedades crónicas, pero Walker (2013) menciona que este tipo de tratamiento también puede aplicarse perfectamente a los casos de dolor lumbopélvico en el embarazo. Éste es un modelo estructurado sobre bases científicas de neurociencia clínica aplicada y de una perspectiva de tratamiento cognitivo-conductual. La metodología educativa que se utiliza es bidireccional, donde es fundamental la comprobación del aprendizaje percibido y el planteamiento en común de uno o varios objetivos a lograr. Hay tres procesos importantes en la integración conceptual del modelo de educación terapéutica que son: *a)* reestructuración cognitiva, *b)* implementación de estrategias de afrontamiento y *c)* propiciar una adecuada reorganización cortical adaptativa. (Walker, De Cortés, 2013; Fernández, Nieves, 2006)

La *restructuración cognitiva* es un conjunto de procedimientos o estrategias empleadas para modificar creencias y conductas desadaptativas. En el contexto del dolor durante el embarazo y el postparto, los métodos utilizados son:

1. Educación sobre el dolor; es una técnica que hasta el momento se ha comprobado y utilizado en pacientes con dolor crónico. Se basa en la enseñanza de los mecanismos del dolor, incluyendo aspectos de la nocicepción y diferencia del dolor crónico y agudo. Es importante también explicar al paciente algunos factores que pueden estar implicados en la experiencia del dolor y en su posible recuperación o cronificación, como por ejemplo los sociales, emocionales y ambientales. Todos estos aspectos suelen explicarse de una forma sencilla y gráfica con lo que se pretende desconceptualizar el dolor desde la perspectiva real de la condición del paciente.

2. Educación enfocada en cambios de conducta y creencias desadaptativas sobre el dolor y el movimiento; la experiencia y evidencia científica muestran una amplia visión sobre las conductas y creencias que deben modificarse en el embarazo entre ellas:

- Pensar que el movimiento agrava el dolor es una creencia errónea, principalmente cuando nos referimos al dolor crónico. En el agudo es posible que determinados movimientos despierten alguna sensación de este, pero no debe ser motivo para restringir totalmente la actividad. El planteamiento correcto en estos pacientes es graduar la actividad que realicen sin que aumente su dolor.
- Creer que el dolor lumbopélvico pueden afectar al parto o al feto es algo que debe desmentirse, ya que no están respaldada por literatura científica.
- Optar por inactividad o descanso prolongado ya que las bajas laborales no benefician a las mujeres embarazadas con dolor lumbopélvico, porque terminan propiciando que se adopte un estilo de vida poco activo y además un aumento de las conductas de hipervigilancia. La educación ergonómica puede proporcionar alternativas de modificación del entorno laborar sin abandonar el puesto de trabajo. Se ha demostrado que los cambios ergonómicos laborales durante el embarazo pueden producir una disminución del dolor.

Todas las creencias y conductas positivas que el paciente adopte deben reforzarse, y además hay que motivar al paciente a que las mantenga por su propio beneficio.

Implementación de estrategias de afrontamiento. Cuando las conductas y creencias se han modificado positivamente, al paciente le surge la duda de qué puede hacer para que mejore su dolor. Esta situación puede aprovecharse implicando actividades que puedan mantener o mejorar su movilidad como la gimnasia obstétrica en donde se incluyan técnicas de auto estiramiento. La ventaja de estas actividades es que, si se prescriben de forma adecuada, difícilmente aumentarán la fatiga o agravarán el dolor. Si además la paciente presenta algún factor emocional o asociado al dolor, como puede ser el estrés o la ansiedad, lo adecuado sería enseñar técnicas de relajación que le ayuden a controlar este factor. La relajación puede reducir la percepción del dolor agravado por la tensión muscular, desviar la atención de esta y puede generar al paciente una sensación de autogestión del dolor. (Walker, De Cortés, 2013)

Propiciar una adecuada reorganización cortical; se refiere al proceso de reinvertir los cambios plásticos supramedulares inducidos por el dolor crónico y que clínicamente se refiere en alteraciones sensitivas, motoras y cognitivas, mediante intervenciones dirigidas a

modificar el comportamiento, incrementar la formación de capacidades perceptivas y a mejorar las funciones motoras, con el objetivo de provocar cambios plásticos con capacidad de reorganizar neutralmente las estructuras cerebrales alteradas. Uno de los apartados integrados en el modelo de educación terapéutica que puede favorecer el proceso de reorganización cortical es el de exposición gradual de actividades. Con estas técnicas lo que se pretende es que el paciente incremente su tolerancia a la actividad física y que disminuya la kinesiofobia. (Walker, De Cortés, 2013)

Entre las técnicas de exposición gradual de actividades en el embarazo se encuentran: las de exposición operativa, las de exposición in *vivo* y el ejercicio terapéutico graduado. Se debe tener en cuenta que el proceso de educación englobado en el proceso de reestructuración cognitiva debe emplearse con anticipación a estas técnicas y posterior unificarse en cuanto a la modulación programada de los movimientos que la paciente realiza en sus actividades de la vida diaria, en el trabajo o en el programa de ejercicio terapéutico prescrito. Es recomendable que el fisioterapeuta realice un análisis previo de los patrones disfuncionales del movimiento. De esta manera, la graduación de actividades no sólo se enfocará a promocionar el movimiento, sino también a que éste sea correcto. La educación terapéutica debe abordarse dentro de un equipo multidisciplinar que involucre al médico, enfermera, fisioterapeuta y psicólogo. De ser posible, debe trabajarse en sesiones conjuntas la fisioterapia y psicología para el afrontamiento del dolor en el parto. (Walker, De Cortés, 2013)

El parto puede ser vivido como una experiencia extraordinaria física y emocional o puede resultar dramática si la mujer se encierra en sí misma, no supera sus miedos, no controla su estrés dejándose llevar por el descontrol. Por otro lado, la preparación física y emocional no garantiza nada si el día del parto el equipo obstétrico quiere rentabilizar la tecnología disponible, acelerar el proceso y limitar la respuesta fisiológica de la mujer. (Fernández, Nieves, 2006; Espinoza, et al., 2013, Walker, De Cortés, 2013)

2. JUSTIFICACIÓN.

La fisioterapia es una profesión de salud centrada en las necesidades de los pacientes y focalizada en el tratamiento de los problemas asociados al movimiento corporal que involucra la musculatura, los huesos y las articulaciones, así como también los sistemas circulatorio, respiratorio y nervioso. Un fisioterapeuta utiliza técnicas específicas centradas en el movimiento para que los pacientes puedan manejar sus propios síntomas como una forma de mantener un estilo de vida sano y saludable. La mujer embarazada puede usar estos métodos como parte de una rutina de ejercicio regular y así conservar un óptimo estado físico. (Morales, et al., 2014)

El Parto Humanizado está ligado con la actuación de la Fisioterapia, ya que más que mitigar el dolor, la profilaxis es un conjunto de técnicas, actividades y métodos especializados en brindar atención integral a la mujer durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio. La WCPT considera indispensable la implementación de estrategias de ejercicio a lo largo de la vida, y como expertos en el conocimiento del movimiento corporal humano, los fisioterapeutas son los profesionales encargados de promover, guiar, prescribir y manejar las actividades de ejercicio puesto que su principal herramienta de trabajo es el ejercicio, aplicado tanto para la prevención de patologías como para mejoramiento de las condiciones de vida. (Aguirre, 2012; Pinzón, 2018)

La presentación de un caso permite aportar información documentada del manejo de un programa para la preparación al parto desde el modelo de Parto Humanizado como una alternativa de intervención multidisciplinaria.

Al describir la información bibliográfica disponible, se ofrece una herramienta de información para el profesional de fisioterapia interesado en trabajar con mujeres gestantes que busquen mejorar la calidad asistencial en el área de obstetricia.

Este trabajo tiene como propósito describir la actuación de la Fisioterapia en el embarazo y alumbramiento desde el Modelo de Parto Humanizado mediante ejercicios de fisioterapia obstétrica personalizados que permitan mantener las funciones fisiológicas normales

durante la gestación de la participante, logrando mejorar la respuesta al parto y generar un impacto a nivel social.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 refiere que México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial (después de China, Brasil y Estados Unidos) en el uso de la práctica de cesáreas sin indicación médica. Las cesáreas representan el 38.5% de los nacimientos en el sector público, con variaciones significativas que van desde 23% en las unidades del IMSS y hasta 67% en los servicios del ISSSTE, porcentajes por encima de la recomendación de la OMS y la NOM-007, donde se establece que no deben rebasar el 15% y 20% respectivamente, para disminuir los riesgos de salud materna y neonatal. (Secretaría de Salud, 2015; González, et al., 2011; Organización Mundial de la Salud; 2015)

De acuerdo a la revisión realizada por González, Vega y Cabrera [37], diferentes autores coinciden que, junto con aspectos puramente clínicos, otras razones de carácter socioeconómicas, culturales, o incluso, relacionadas con la práctica médica, desempeñan un papel sustancial para la explicación de las altas tasas de cesáreas existentes recientemente en varios países. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012; González, et al., 2011)

En México, más del 90% de las mujeres embarazadas que viven en las grandes ciudades son atendidas en hospitales públicos o privados reportando un elevado uso de cesáreas y partos instrumentados los cuales son indicadores del exceso de medicalización de la atención materna. (Borges, et al., 2018)

El equipo de atención en el embarazo y parto son regularmente los médicos generales, obstetras y enfermeras, sin embargo, el fisioterapeuta es un personal competente que debe incluirse en el tratamiento así como en el seguimiento de estos ya que dentro de los 10 principios para el cuidado del embarazo y el parto que emitió la OMS en el 2001, declara la participación multidisciplinaria de los personales de salud para garantizar el bienestar materno-fetal y mediante el ejercicio físico esta puede ser preservada. Igualmente, la Ley General de Salud en México establece la necesidad de implementar estrategias en atención primaria que favorezcan la calidad de vida de la gestante y el parto natural. (Secretaría de Salud, 2015)

La Fisioterapia en el parto es un área poco explorada en México y es necesario generar un programa de preparación adecuado para su seguimiento, por ello surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los beneficios de la inclusión de la Fisioterapia en el parto desde el Modelo de Parto Humanizado del hospital Regional ISSSTE Puebla?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los beneficios de la inclusión de la Fisioterapia en el parto mediante la gimnasia obstétrica para mantener las condiciones estructurales y fisiológicas normales en el embarazo bajo el modelo de Parto Humanizado.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mostrar la disminución del temor al parto a través de la educación terapéutica, la preparación física y el acompañamiento continuo en el embarazo.

- Evidenciar la relación entre la práctica fisioterapéutica y los objetivos del parto humanizado.

5. MATERALES Y MÉTODOS

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de alcance descriptivo de muestra única.

5.2 UBICACIÓN ESPACIO - TEMPORAL.

El presente estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido entre el 15 de septiembre del 2017 al 13 de enero del 2018 en el Hospital ISSSTE de la ciudad de Puebla, México.

5.3 MUESTREO

No aplica.

5.4 POBLACIÓN

Sujeto único, femenino de 33 años, con 22 semanas de gestación.

5.5 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

No aplica.

5.6 METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Formato de historia clínica apegado al Modelo de Intervención en Fisioterapia (MIF); cuestionario introductorio y de egreso elaborado por el Hospital ISSSTE; expediente clínico médico tomado del Hospital Regional ISSSTE Puebla. (Anexos 2 y 4)

5.7 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

No aplica.

6. LOGÍSTICA

6.1 RECURSOS HUMANOS

El personal que participó en la investigación es la investigadora.

6.2 RECURSOS MATERIALES

Hojas de papel, lapicero, computadora, proyector, internet, impresiones, pelotas, tapetes, cámara fotográfica, luz, sillas, teléfono celular.

6.3 RECURSOS FINANCIEROS

El estudio fue financiado con los recursos de la investigadora.

7. BIOÉTICA

Se declara que quien realiza esta investigación no tiene conflictos de interés alguno, no implica una retribución monetaria ni pago alguno y que la paciente participante del estudio no ha recibido ninguna remuneración económica por su participación. Este estudio se apega a la Norma Oficial Mexicana número 12, NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, utilizando información fidedigna que respalda la utilización de ejercicio físico como coadyuvante para la preparación al parto en una paciente embarazada. (Secretaría de Gobernación, 2013).

Además se realiza de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, al estudio de las técnicas que se recomiendan o emplean para la prestación de servicios de salud, a las bases que marca el artículo 14 respecto a la investigación en seres humanos, la importancia de la investigación previa al estudio y fundamentación de la hipótesis que plantea los beneficios de dicha práctica sobre los potenciales efectos adversos; para la realización del estudio la participante firmó el consentimiento informado (ver Anexo 1), el cual fue conformado con base en los artículos 20, 21 y 22 de dicha ley (Gobierno Federal, 2014).

8. REPORTE DE CASO

A continuación, se presenta el caso de la paciente participante, partiendo de la historia clínica médica. Se trata de I. V. V., mujer de 33 años quien en septiembre de 2017 presenta un embarazo de 5 meses de acuerdo con su FUM.

8.1 ANAMNESIS

8.1.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Paciente femenino de 33 años, casada, de ocupación profesora de educación primaria, religión católica, raza mestiza, lateralidad derecha, nacionalidad mexicana, originaria de Puebla, México, con residencia actual en Puebla capital.

8.1.2 ANTECEDENTES FAMILIARES.

Madre padece Diabetes Mellitus tipo II, abuelos maternos fallecidos por DM II.

8.1.3 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Alimentación con calidad regular, cantidad moderada y frecuencia de 4 veces al día, ingesta de 1.5 litros de agua diaria, cuenta con todos los servicios básicos de habitación y hábitos higiénicos, refiere dormir de 7 a 8 horas diarias no siempre con sueño reparador, toxicomanías preguntadas y negadas, inmunizaciones completas de acuerdo con el Esquema Nacional de Vacunación.

En cuanto a las actividades de ocio y práctica de actividad física, niega la realización de éstas y solo menciona la lectura y la escucha de música dentro de estas. En cuanto a las

actividades laborales refiere trabajar en una escuela primaria el estado de Puebla, con jornada de seis horas y en el entorno familiar menciona apoyo de pareja y familia.

8.1.4 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Varicela en la infancia, niega antecedentes quirúrgicos, transfusionales, alérgicos y traumáticos.

8.1.5 ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.

Menarca a los 17 años, ciclos regulares 30 x 6, inicio de vida sexual a los 20 años, 4 parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual negado, método de planificación familiar inyectable mensual por 3 años, detección oportuna de cáncer cérvico uterino negativo a malignidad, detención oportuna de cáncer de mama (autoexploración mamaria mensual) sin hallazgos que comentar, gesta 1, partos 0, abortos 0, cesáreas 0, FUM 1-04-2017, FPP 12-1-18, embarazo de 22 semanas por FUM.

8.1.6 CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL.

Paciente que acude acompañada de su pareja, orientada en tiempo y espacio, el 15 de septiembre del 2017 al servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional ISSSTE Puebla, referida por su médico obstetra tratante. Relata su embarazo hasta el momento, comenzando con sintomatología de embarazo en mayo de 2017 ratifica con prueba inmunológica de embarazo y posteriormente acude a su clínica médico familiar donde le confirman un embarazo de 4 semanas. Desde agosto 2017 refiere ligera fatiga y dolor lumbar asociada al embarazo. Al cumplir 20 semanas de gestación es remitida al hospital de alta especialidad con el obstetra para continuar con control prenatal. En la primera consulta con el especialista, la paciente menciona tener temor al parto vaginal y

pide que su alumbramiento sea por cesárea, el médico menciona que se está ofreciendo un nuevo modelo de atención a determinadas pacientes llamado Parto Humanizado en donde la mujer es la protagonista de su parto, tratada con dignidad y que ella podría ser partícipe. I. V. V. continúa con la negativa al parto vaginal por lo que el médico decide remitirla al servicio de Medicina Física y Rehabilitación para que sea beneficiaria de un programa de preparación para parto.

8.1.7 INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Sistema digestivo

Colitis nerviosa con 5 años de evolución (2012-2017)

Aparato locomotor

Lumbalgia mecánica con 1 mes de evolución.

Sistema respiratorio

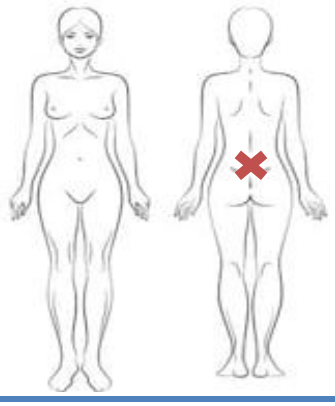
Preguntado y negado.

Aparato urogenital

Preguntado y negado.

Demás aparato y sistemas preguntado y negado.

8.1.8 SEMIOLOGÍA DEL DOLOR

TABLA I. EVALUACIÓN DEL DOLOR	
Inicio del dolor	El dolor comenzó durante el embarazo.
Intensidad	6/10 en escala de EVA al movimiento activo de extensión lumbar.
Localización	
Frecuencia y duración.	Frecuencia 4/7 intermitente, exacerba con actividades mantenidas en sedestación y bipedestación con duraciones de 15 minutos aproximadamente y se de con el reposo.
Tipo de dolor	Opresivo.
Irradiación	Sin irradiación.

Fuente: McGill (2008) modificada.

8.1.9 TERAPÉUTICA PRESCRITA POR EL MÉDICO.

- Ácido fólico 1 tableta cada 24 horas.
- Calcio 1 tableta cada 24 horas.

Control prenatal cada mes con médico obstetra tratante.

8.2 EXAMINACIÓN

INSPECCIÓN GENERAL.

Temperatura 36.4° C, FC 76/min, FR 16/min, TA 110/70 mm de Hg, talla 1.57 cm, peso 67 kg, hasta el momento ha subido 6 kilogramos. Patrón de marcha normal. Tipo de respiración es torácica.

TABLA II. INSPECCIÓN DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO		
Piel		
Coloración	Normal	
Humectación	Adecuada	
Temperatura	Normal	
Textura y grosor	Piel fina, delgada pilosa	
Lesiones:	Sin lesiones presentes	
Pelo		
Color: Negro	Distribución: Adecuada	Cantidad: Abundante
Uñas		
Forma y configuración: Normal	Tiempo de llenado capilar: 3 segundos	

Fuente: Daza Lesmes (2007)

8.2.1 EVALUACIÓN POSTURAL

TABLA III. EVALUACIÓN POSTURAL				
VISTA ANTERIOR				OBSERVACIONES
ALINEACION CORPORAL	**GRADOS**			
	L	**M**	**S**	
Inclinación lateral de la cabeza		X		Derecho
Cabeza rotada				
Asimetría maxilar				
Clavículas asimétricas				
Hombro caído				
Hombro elevado		X		Izquierdo
Cubito valgo	X			Ambos, fisiológico
Cubito varo				
Rotación interna de cadera				
Rotación externa de cadera				
Genu varum				
Genu valgum				
Torsión tibial interna				
Torsión tibial externa				
Hallux valgus				
Dedos en garra				
Dedos en martillo				

Fuente: Formato de acuerdo a Kendall´s (2007)

VISTA POSTERIOR				OBSERVACIONES
ALINEACION CORPORAL	**GRADOS**			
	L	**M**	**S**	
Cabeza inclinada		X		Derecha
Cabeza rotada				
Hombro caído				
Hombro elevado		X		Izquierdo
Espalda plana				
Abducción de escapulas				
Aducción de escapulas		X		
Escapulas aladas				
Curvatura lateral de la columna (escoliosis)		X		Concavidad izquierda
Rotación interna de cadera (tronco)				
Rotación externa de cadera				
Inclinación lateral de la pelvis				
Rotación pélvica				
Cadera abducida				
Cadera aducida				
Pie prono				
Pie supino	X			Predomina en izquierdo
Pie plano				
Pie cavo				

Fuente: Formato de acuerdo a Kendall´s (2007)

VISTA LATERAL				OBSERVACIONES
ALINEACIÓN CORPORAL	GRADOS			
	L	**M**	**S**	
Desplazamiento anterior del cuerpo		X		Propio del embarazo
Desplazamiento posterior del cuerpo				
Cabeza adelantada		X		
Vertebras torácicas: Cifosis				
Vertebras torácicas: Pectus excavatum				
Pecho en tonel				
Pectus carinatum				
Columna: lordosis		X		Cervical y lumbar
Espalda cifótica (columna)				
Espalda plana (columna)				
Inclinación anterior de la pelvis y cadera		X		Propio del embarazo
Inclinación posterior de la pelvis y cadera				
Genu recurvatum		X		
Rodillas flexionadas				

Fuente: Formato de acuerdo a Kendall´s (2007)

8.2.2 CUESTIONARIOS DE INTERPRETACIÓN Y COMPRENSIÓN DEL DOLOR.

TABLA IV. CUESTIONARIO DEL PARADIGMA BIOPSICOSOCIAL DEL DOLOR.	
En escala del 0 al 10 ¿Cuánto le teme al parto?	10
¿Le teme al movimiento? (Kinesiofobia)	Poco.
¿Considera que el movimiento puede causarle alguna lesión?	Solo si el movimiento está mal ejecutado.
¿El embarazo le ha limitado sus actividades?	Sí.
EMOCIONES Y CONDUCTAS ASOCIADAS AL DOLOR.	
¿Le produce ansiedad el momento del parto?	Sí.
La limitación funcional que ha presentado, ¿le provoca algún sentimiento negativo?	Preguntado y negado.

Fuente: Organización panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (2011) Modificada

Adicionalmente, el Hospital ISSSTE maneja un Formato de Adscripción con preguntas abiertas, como parte del manejo del programa Parto Humanizado el cual fue aplicado a la paciente. (Anexo 2)

8.3 DIAGNÓSTICO MÉDICO

Embarazo de 22 semanas de gestación.

8.4 DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO

Condición de salud expresada en modificaciones posturales debido a los cambios morfológicos y funcionales propios del embarazo.

8.5 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

8.5.1 OBJETIVO GENERAL

Propiciar la ejecución correcta del parto mediante la educación terapéutica para disminuir el temor.

8.5.2 OBJETIVOS DE LA PACIENTE

- Disminuir el temor al parto.

8.5.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Sesiones planeadas a ejecutarse una vez por semana con duración de 45 minutos.

- Mantener los rangos articulares - Sesión 1-4, se retoma en las sesiones 9-13.
- Promover hábitos posturales adecuados mediante la mejora del control motor - Sesión 3-8.
- Enseñar técnicas de estiramientos - Sesión 1-5, se retoman en las sesiones 11-13.
- Fortalecer músculos que soportan cargas durante el embarazo (abdomen, paravertebrales, perineal) - Sesión 3-8.
- Aplicar la educación terapéutica para el afrontamiento al parto - Todas las sesiones, mayor énfasis en sesiones 8-13.

8.6 TRATAMIENTO

La intervención fisioterapéutica empleada fue ejecutada en función de los objetivos planteados. Así, se diseñó un plan de gimnasia obstétrica como parte del modelo de educación terapéutica para la paciente en compañía de la pareja, constituida por 13 sesiones, cada una con duración de 45 minutos una vez por semana. Adicionalmente a estas sesiones le fue entregado a la paciente un plan de intervención por escrito para ser realizado en el domicilio. (Anexo 3)

Indicaciones generales:

- Utilizar vestimenta y calzado cómodo para realizar ejercicio.
- Detener actividad ante dolor, fatiga, pérdida de líquido o sangre.
- Concientizar la ejecución de la respiración en cada ejercicio y realizarla adecuadamente.

TABLA V. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO			
¿Qué se va a hacer?	**¿Cómo se va a hacer?**	**¿Cuándo se va a hacer?**	**¿Por qué y para qué se va a hacer?**
Cinesiterapia activa de la pelvis.	Se realizarán las siguientes acciones: • Movimientos de nutación y contranutación de la pelvis. • Movimientos de lateralización de la pelvis sobre el balón fitball. • Circonducción en ocho y traslación circular de la pelvis sobre el balón fitball. Cada ejercicio se repetirá 10 veces, realizando 3 series de ejercicios combinados o individuales. Para instruir el movimiento, se realizará sobre el balón fitball, posterior se enseñarán en decúbito supino con rodillas flexionadas, cuatro puntos y en bipedestación con rodillas semiflexionadas.	✓ Se realizarán durante las sesiones 1-4 para generar equilibrio lumbopélvico. ✓ Se retomarán en las sesiones 9-12. ✓ Serán parte del plan de ejercicios en casa. ✓ (La paciente cuenta con pelota) ✓ Podrán ejecutarse durante la primera fase del trabajo de parto.	La pelvis es una de las primeras regiones del cuerpo que se deben trabajar pues es el lugar de acogida durante el embarazo y de tránsito en el parto. La pelvis debe disponer de libertad de movimiento, y eso se consigue practicando movimientos de anteversión y retroversión, elevación y descenso, entre otros. Los movimientos de la pelvis ayudan en el parto; un sacro demasiado horizontalizado y poco móvil puede impedir la salida del feto durante el parto. (Walker, 2013)
Estiramientos	• En bipedestación o sedestación, con la mirada al frente, realizar una inspiración profunda, exhalar mientras lateraliza la cabeza hacia la derecha, mantener la posición durante 10 segundos respirando normalmente. Repetir el ejercicio hacia la izquierda. Realizar el ejercicio completo tres veces. • Siguiendo la indicación anterior, realizar estiramientos de flexión, extensión, rotación derecha e izquierda de la cabeza y del cuello. Se realizarán tres estiramientos mantenidos	✓ Los estiramientos mencionados realizarán desde la primera sesión hasta 5ta sesión. ✓ Serán parte del plan de ejercicios en casa. ✓ Se retomarán en las sesiones 11 a la 13. ✓ La autoelongación será realizada en el momento del parto.	Inconscientemente muchas embarazadas tienden a mantener una posición de extensión cuando llegan las contracciones del parto. Sin saberlo, provocan un aumento del espacio dentro del abdomen, reduciendo la presión en el útero. (Walker,2013) La posición de estiramiento o autoelongación constituyen uno de los principios básicos en la preparación al parto pues es posición de partida para todos los ejercicios de tonificación abdominal y suelo pélvico, y, ayudan a que la respiración y pujos durante el parto sean eficaces. (Hall, 2006) Los beneficios de estirar la

	durante 10 segundos, de cada movimiento. Ejecutar 3 series de estiramientos combinados o individualizados. • En bipedestación inspirar al mismo tiempo que realiza extensión de hombro entrelazado los dedos a la altura de los glúteos. Al expirar, alejar los miembros superiores del tronco manteniendo la posición por 10 segundos. Repetir el ejercicio tres veces. • En bipedestación, inspirar uniendo las manos con los dedos entrelazados y las palmas hacia fuera Mientras expira llevar los brazos a un ángulo de 90°, mantener la posición 10 segundos, repetir tres veces. • En decúbito supino, con una cuña debajo de la cabeza y los hombros, con las rodillas flexionadas separadas y alineadas con la cadera, con los pies apoyados en el suelo. Miembros superiores a lo largo del cuerpo en posición supina, apoyando la espalda en el suelo. Inspirar, y al expirar contraer glúteos, periné y abdominales elevando la cadera hasta formar una línea recta entre las rodillas y hombros. Mantener la posición 10 segundos. Inspirar para descender relajando los músculos. Repetir tres veces. • En cuatro puntos, con las manos a la altura de los		musculatura lumbopélvica son: reducir el grado de hiperlordosis, reducir la intensidad de dolor y facilitar el trabajo del parto. En términos de la mecánica del cuerpo humano, dichos beneficios también mejoran la fuerza del cuerpo en general y la postura. (Saéz,2015)

	hombros y las piernas separadas a la altura de la cadera. Cabeza y cuello en línea recta con la columna. Inspirar y al expirar flexionar la cabeza acercando la barbilla al pecho arqueando la columna simulando una giba mientras contrae los músculos abdominales perianales y glúteos. Mantener la posición 8 segundos, inspirar para regresar a la posición inicial. Repita 3 veces el ejercicio.		
Concientización de los movimientos que realiza la musculatura del suelo pélvico.	El trabajo del suelo pélvico (SP) se planeó de la siguiente manera: • Durante las primeras sesiones, los ejercicios de movilidad pélvica ayudarán a determinar las estructuras que delimitan el SP. • Se trabajarán ejercicios aislados y ejercicios dentro del conjunto abdominopélvico. Durante las primeras sesiones se dedicarán a la toma de conciencia de esta musculatura, Las contracciones se realizarán en diferentes posturas con el fin de percibir la calidad del movimiento cuando se está a favor o en contra de la gravedad y en posición estable e inestable. • La evolución de los ejercicios será progresiva. A continuación, se describen algunos ejercicios incluidos en el programa:	✓ Los ejercicios básicos en supino y decúbito se realizarán durante las sesiones 1 y 2. Los mismos se incluyen en el plan de ejercicios en casa. ✓ Los ejercicios dinámicos estarán delimitados para realizar durante el segundo trimestre de gestación que serán de la sesión 1 a la 6ta. ✓ De la sesión 7 en adelante se continuará el fortalecimiento del SP en sedestación y bipedestación a tolerancia.	De acuerdo con las últimas evidencias científicas, el trabajo del suelo pélvico debe comenzarse durante el periodo prenatal, con el fin de prevenir la incontinencia, adicional, es fundamental el mantenimiento del equilibrio y estabilidad del conjunto abdomino - lumbopélvico para prevenir problemas del suelo pélvico y mejorar el control de los músculos implicados en el parto. (Walker,2013) La mayoría de las embarazadas tienen más capacidad de movimiento durante el segundo trimestre. Es por ello que los ejercicios dinámicos para suelo pélvico se realizarán durante este periodo. Durante el tercer trimestre el peso del bebé, el útero y líquidos implican una resistencia importante para el trabajo abdominal, por tanto, en esta fase es aconsejable el trabajo del suelo pélvico simples en determinadas posiciones. (Kisner, 2010; Walker,2014)

	• Ejercicio básico de contracción del SP. Previamente se pide vaciar la vejiga. En decúbito supino o lateral con las piernas flexionadas, se pide que retenga la orina, sintiendo cómo se cierran los esfínteres sin ayuda de los glúteos, los aductores o los rectos abdominales (recordar que siempre habrá una tensión en la región infra umbilical: plano profundo del abdomen), se mantiene la contracción durante 6s con pausas de 4s entre contracciones Progresivamente aumentar el tiempo de contracción. • Partiendo de la posición supina o lateral con las piernas flexionadas, realizar todas las contracciones que pueda realizar durante 30 segundos. Descansar 15 segundos y repetir el ejercicio 2 veces más. • Ejercicio de suelo pélvico en cuatro puntos, abrazando el balón fitball, manteniendo flexión de 90°de cadera. Se pide que contraiga el suelo pélvico y que perciba la tensión en la región inferior del abdomen. Mantener la contracción 30 segundos. • Ejercicio de suelo pélvico de pie, con las rodillas flexionadas, las manos sobre los muslos y el balón en la zona lumbosacra, realizar la contracción 30 segundos,		La intervención fisioterapéutica enfocada en la región lumbopélvica, principalmente en el fortalecimiento del SP adicional al fortalecimiento de la musculatura abdominal y espinal ha sido propuesta como uno de los tratamientos más efectivos en la reducción de la intensidad lumbopélvica. (Saéz, 2015)

	descansar y repetir. • De pie con los pies sobre un disco inflable, las manos fijas en la pared realizar contracciones breves e intensas de 2 a 3 segundos, durante 1 minuto. Estos mismos ejercicios pueden realizarse en diferentes posiciones.		

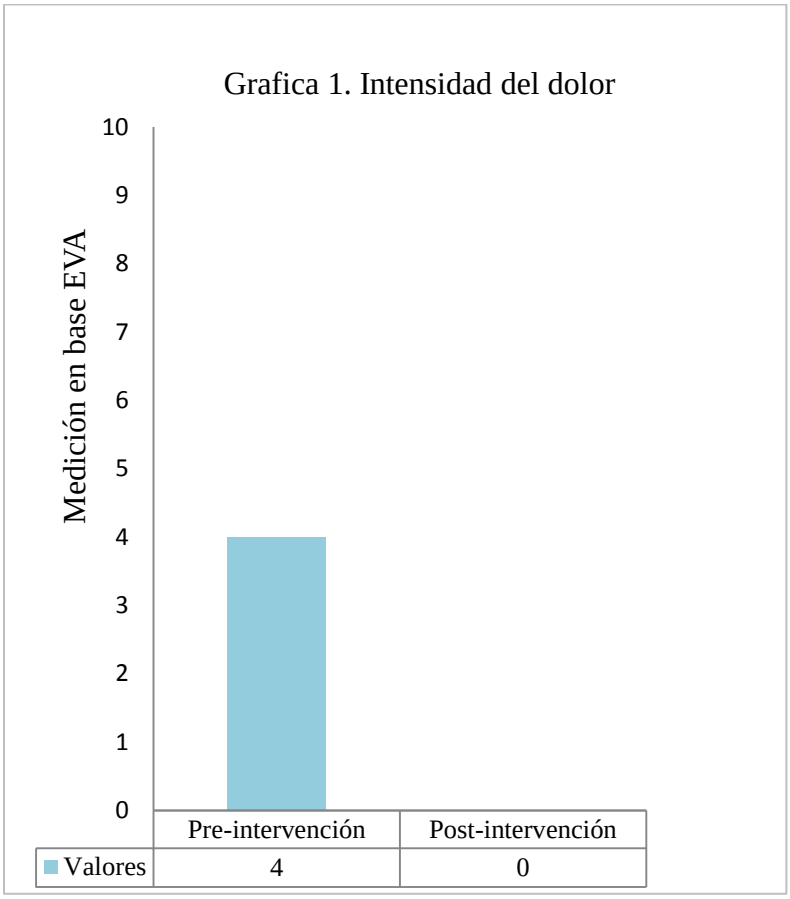
Ejercicios de fuerza muscular	Todos los ejercicios están focalizados en la tonificación muscular de los músculos abdominales (transverso del abdomen, recto abdominal y oblicuos) y del suelo pélvico. A continuación, se describen algunos ejercicios que se utilizarán para esta fase: • Colocar el balón entre la pared y la espalda, ubicado en la zona lumbopélvica, con los pies paralelos y separados. Contraer un poco el suelo pélvico y lograr sentir la contracción infra-abdominal; descender flexionando las rodillas, inclinando el tronco como si se sentara en una silla, sin perder la contracción ni el contacto de la columna con el balón. Mantener la postura durante 5 segundos, regresar a posición inicial y eliminar la contracción. Repetir 5 veces. Realizar 3 series. • En decúbito supino con los pies sobre el balón fitball y los brazos a los lados del cuerpo, separar la cadera del piso ejerciendo fuerza con los miembros inferiores al mismo tiempo que se realice contracción del suelo pélvico y la musculatura profunda del abdomen. Mantener la postura 6 segundos, descansar 4 segundos. Repetir 5 veces. Realizar 3 series. • Ejercicio en cuatro puntos, apoyada sobre el balón, contraer la	✓ Los ejercicios de este apartado se comenzarán a trabajar en la sesión 3 y a partir de ésta es importante trabajar el entrenamiento continuo y progresivo hasta la sesión 8, posteriormente, se reducirá el esfuerzo ya que entra al tercer trimestre de gestación se eliminarán los ejercicios que impliquen grandes movimientos. ✓ La enseñanza de higiene postural comenzará en la sesión 2 y se evaluará en todas las sesiones que ejecute lo aprendido, así como se le orientará en la realización de actividades que pueda preguntar y que no hayan sido enseñadas.	Durante el embarazo es evidente que un abdomen tonificado es mejor que un abdomen hipotónico, por las implicaciones que puede tener en la estabilización lumbopélvica, el control de las presiones e incluso el alineamiento del feto durante el parto, sin embargo, el trabajo de fuerza no sea prioridad. Por tanto, el objetivo durante el embarazo debe ser el mantenimiento del tono muscular, la flexibilidad, el estiramiento y sobre todo, el control de la actividad de los músculos abdominales. (Walker, 2014) Para conseguir un correcto equilibrio postural durante el embarazo se necesita realizar un trabajo de tonificación muscular y de control postural. El entrenamiento abdominopélvico cumple con las dos funciones. (Espinosa, 2013) El mantener una correcta posición del cuerpo en la ejecución de las actividades cotidianas es evitar lesiones principalmente de la columna vertebral, con lo cual se evita la presencia de dolor y el riesgo de alteraciones de la salud. (Asociación Colombina de Medicina Interna ACMI, 2017)

	musculatura del Suelo Pélvico, pedir que focalice la tensión que se genera en la región infraumbilical y reforzarla. Mantener la contracción 10 segundos, descansar y repetir 5 veces más. Realizar 3 series. Todos los ejercicios se realizan durante el tiempo espiratorio o con una respiración tranquila, nunca en apnea. Los ejercicios comenzarán con la contracción de la musculatura del suelo pélvico, que provocará la contracción automática del músculo transverso. Durante la inspiración se vuelve a la posición inicial. Dentro de este apartado se enseña higiene postural en movimientos estáticos y dinámicos, los cuales se pedirá que integre en sus actividades de la vida diaria (AVD).		
Afrontamiento para el parto	Para esta fase se le enseñará a la paciente a conseguir un correcto alineamiento del feto dentro del canal del parto y a aumentar la eficacia de la fuerza expulsiva, así como a disminuir la tensión-dolor en el parto. • Correcto alineamiento del feto dentro del canal del parto: utilización del movimiento de la pelvis, cadera, y columna lumbar, a partir de los	✓ Se comenzarán a trabajar a partir de la sesión 8 hasta la sesión 13. ✓ Se realizarán en el momento de trabajo de parto, instruyendo a que comience en su hogar.	El movimiento y cambios posturales principalmente se realizan para la reducción del dolor y retrasar o evita el uso de epidural. Durante la segunda etapa del parto movilizar la pelvis, los huesos iliacos y el sacro, puede facilitar la adaptación del feto al canal del parto y su consiguiente descenso. De esta manera, se puede conseguir reducir el tiempo de expulsión y un parto

	cambios posturales en las fases del parto. • Trabajo de las fuerzas expulsivas: a través del control materno de la actividad muscular pélvica y abdominal, así como uso del pujo fisiológico. Durante el programa, serán enseñadas técnicas de respiración divididas en las adecuadas para la primera y segunda fase de parto. Para la primera fase se trabajarán respiraciones lentas, acelerada ligera y respiración con jadeo. En la segunda fase se trabajará la respiración profundas, cíclicas o jadeantes y respiración por expulsión con relajación del suelo pélvico guiadas por el reflejo de pujo. • Para disminuir la tensión-dolor se emplearán las técnicas de relajación muscular, el apoyo continuo y el autocontrol de la paciente.		instrumentado. (Walker,2013) Los estados de tensión en la gestante pueden modificar el normal funcionamiento de su sistema endocrino, generando un estado hiperactivo en las glándulas tiroides y adrenales; las secreciones de dichas glándulas se dirigen al feto aumentando su ritmo cardiaco. En el estudio realizado por Nereu, et al., (2013) demuestra que tras el parto las mujeres que habían recibido la aplicación de la técnica de relajación no presentaron en ningún caso síntomas de depresión posparto; adicional, informaron que sus bebés eran tranquilos, que dormían regularmente, con patrones normales de alimentación y que no manifestaban llanto excesivo. Los patrones de respiración durante el parto tienen un efecto de relajación y modulación del dolor, lo cual genera una participación activa y consiente de la madre influyendo en el desarrollo del parto. (Aguirre, 2012)

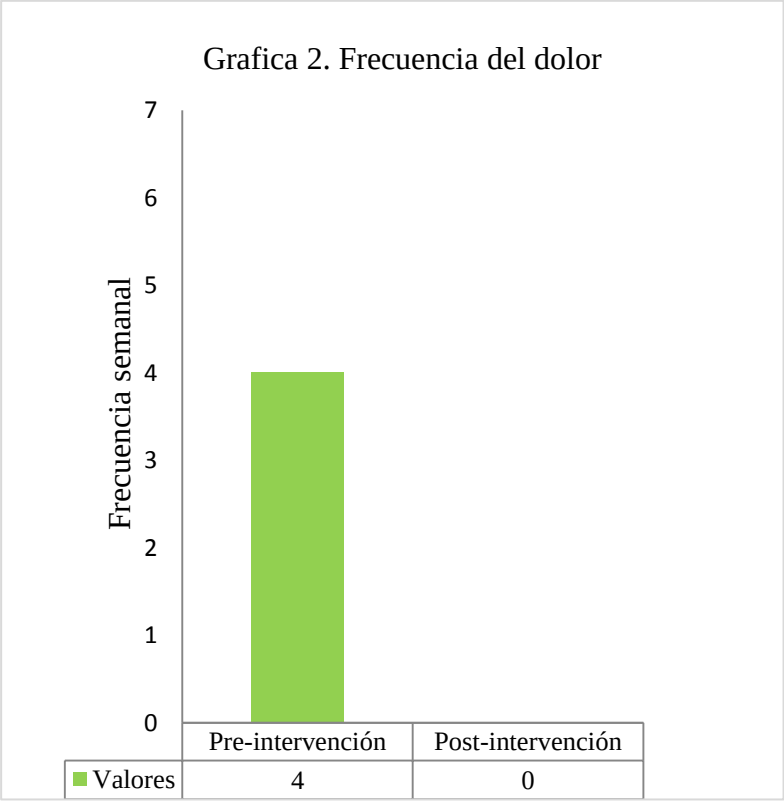
9. RESULTADOS

En la evaluación del dolor se identificó inicialmente una intensidad de 4/10 EVA al movimiento activo de extensión lumbar, y al finalizar el tratamiento éste fue erradicado lo cual puede ser observable en la siguiente gráfica.



Gráfica 1. Intensidad del dolor medido en escala EVA
Fuente: Elaboración propia con base en resultados obtenidos.

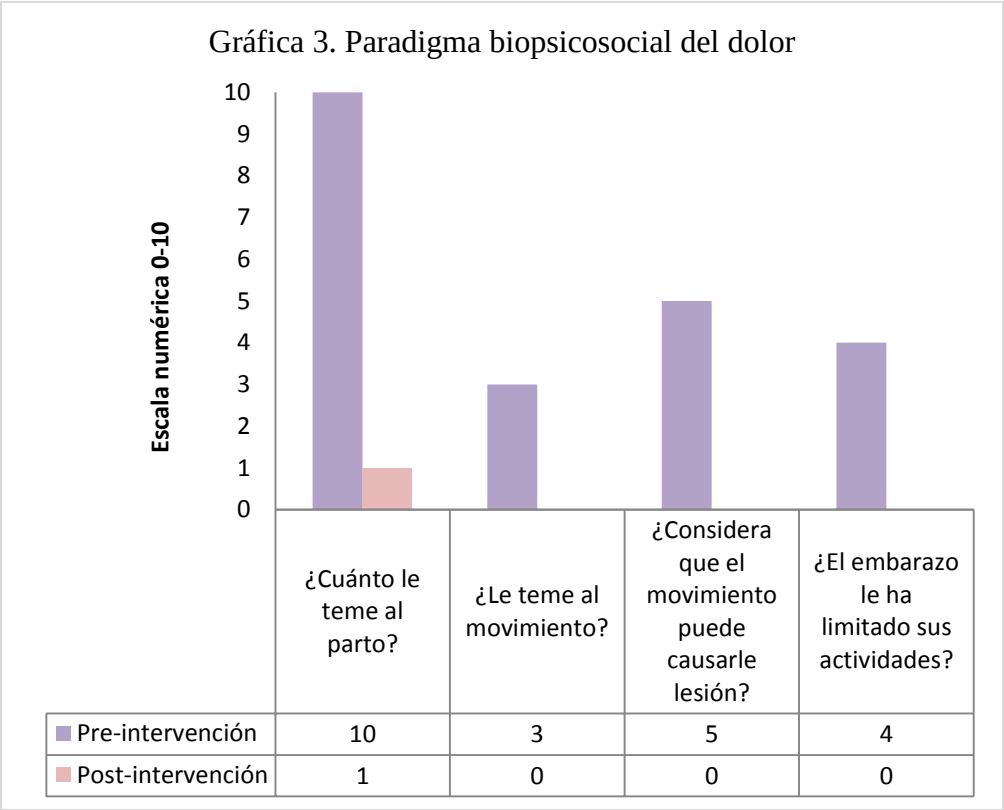
En cuanto a la frecuencia del dolor, fue posible identificar una incidencia inicial de 4/7, la cual disminuyó considerablemente después de la intervención.



Gráfica 2 Frecuencia semanal del dolor.
Fuente: Elaboración propia con base en resultados obtenidos.

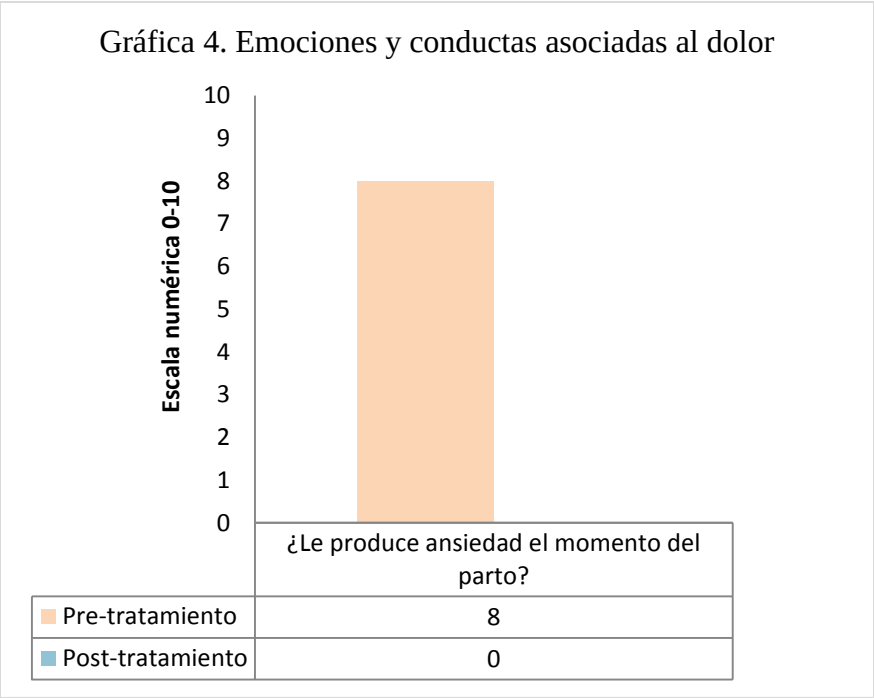
La interpretación y comprensión del dolor, se evaluó mediante un cuestionario del paradigma biopsicosocial del dolor con valores asignados de 10 como el máximo grado y 0 como ausencia. Se obtiene valor inicial de 10/10 para el ítem temor al parto y al término de la intervención la paciente refiere para el mismo ítem 1/10.

En cuanto a la kinesiofobia, se obtuvo un fue 3/10 inicial y 0/10 final; para el ítem el movimiento como causa de dolor se reporta 5/10 inicial y 0/10 final. En referencia a las limitaciones de las actividades de la vida diaria en el embarazo, la respuesta es catalogada en 4/10 inicial y en 0/10 al concluir.



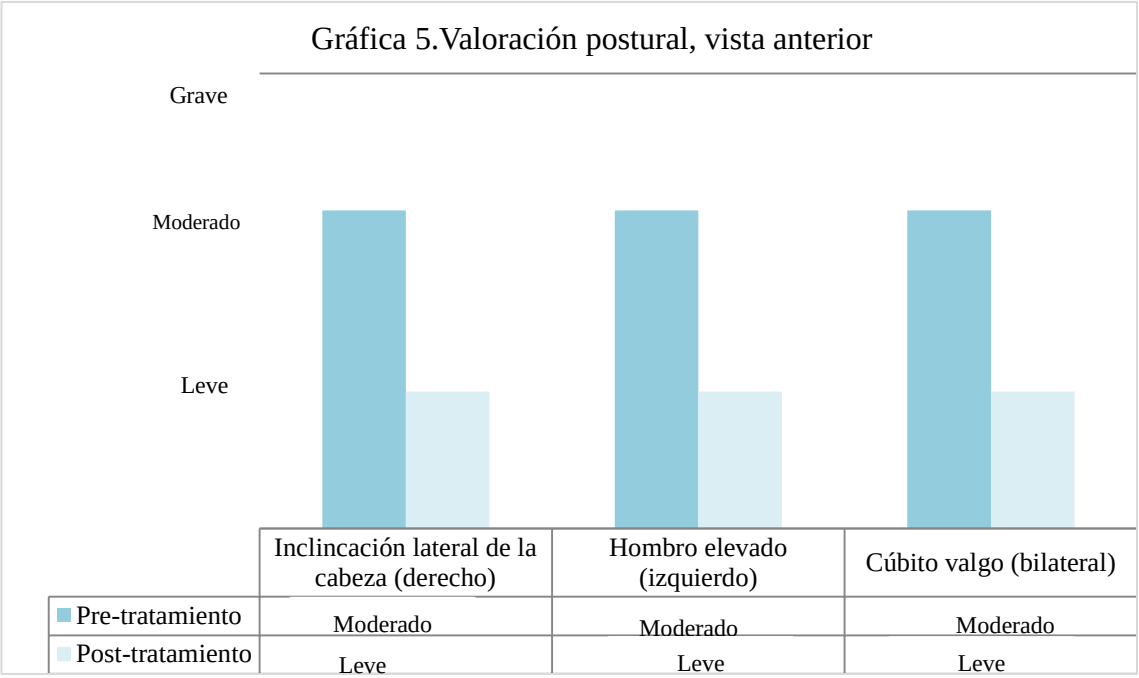
Gráfica 3. Paradigma biopsicosocial del dolor medida en escala numérica 0/10
Fuente: Elaboración propia con base en resultados obtenidos.

Respecto a las emociones y conductas asociadas al dolor, durante la evaluación inicial la paciente refirió que le producía ansiedad pensar en el momento del parto que fue cuantificado en escala numérica en 8/10 y al concluir el tratamiento en 0/10.



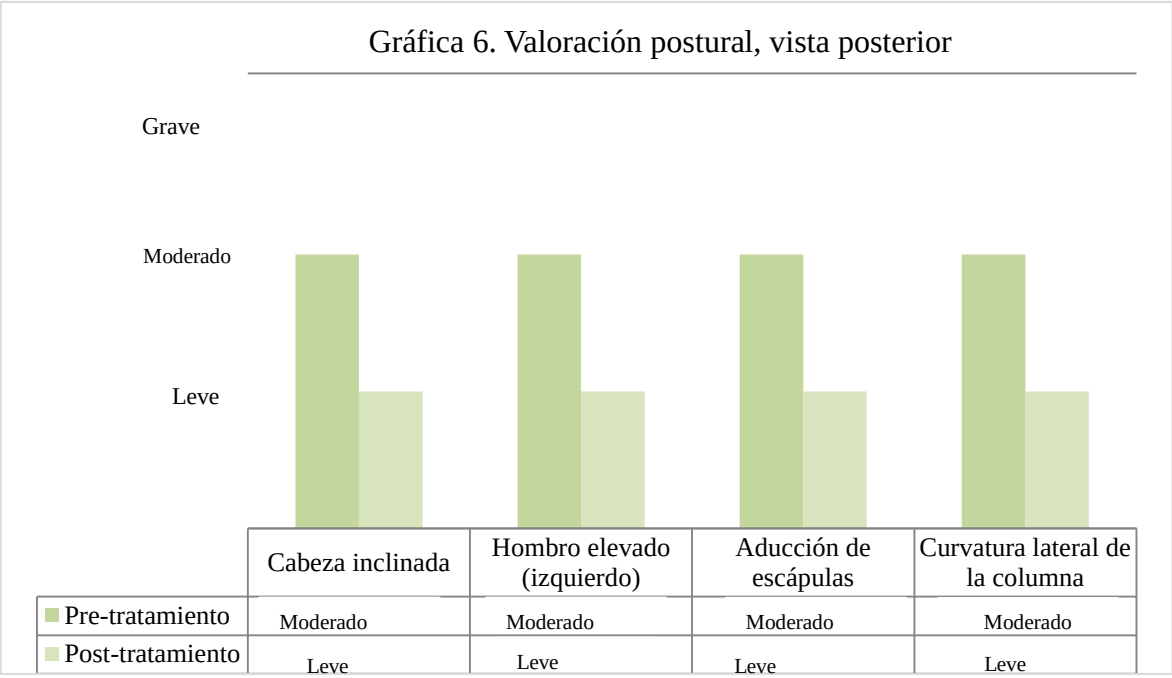
Gráfica 4. Emociones y conductas asociadas al dolor evaluado mediante escala numérica.
Fuente: Elaboración propia con base en resultados obtenidos.

La valoración de la postura fue evaluada en bipedestación, en una vista anterior, posterior y lateral. En la vista anterior inicialmente presentaba inclincación lateral de la cabeza hacia el lado derecho marcada como moderado de acuerdo a la escala de Kendall´s, al concluir el tratamiento éste item redujo a una puntuación leve. El hombro izquierdo presentaba una moderada elevacion inicial, reduciendo a leve en la evaluación final. El cúbito valgo moderado fue evidente en ambos miembros incialmente y al concluir se reportó como leve.



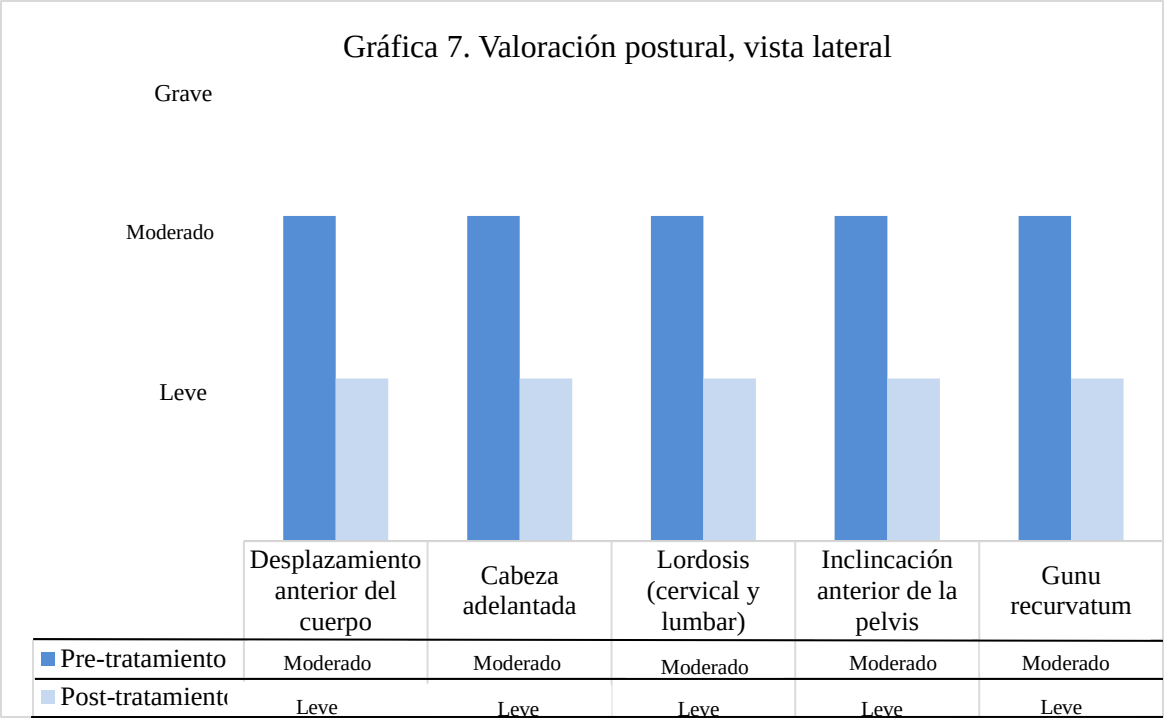
Gráfica 5. Valoración postural en vista anterior, donde se utilizó la escala postural de Kendall's.
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos.

En la vista posterior de la valoración postural, se observa moderada inclinación a la derecha de la cabeza en la valoración inicial y después del tratamiento disminuye a leve. El hombro izquierdo se encontraba moderadamente elevado y post- tratamiento el ítem se evaluó en leve. La aducción moderada de escápulas reflejaba el adelantamiento presente del cuerpo y al finalizar el tratamiento se revirtió a una ligera aducción escapular. La escoliosis moderada inicial disminuyó después del tratamiento.



Gráfica 6. Valoración postural en vista posterior, donde se utilizó la escala postural de Kendall's.
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos

Respecto a la evaluación de la postura en la vista lateral, los ítems desplazamiento anterior del cuerpo, cabeza adelantada, lordosis cervical y lumbar, inclinación anterior de la pelvis y genu recurvatum bilateral fueron ubicados en grado moderado en la evaluación inicial y reportados al final en grado leve.



Gráfica 7. Valoración postural en vista lateral donde se utilizó la escala postural de Kendall's.
Fuente: Elaboración propia.

La evaluación de la actividad física se realizó mediante un cuestionario, donde las preguntas relevantes para el caso se muestran en la siguiente tabla.

TABLA VI. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA.

	INICIAL	**FINAL**
Durante el embarazo, ¿realiza ejercicio físico? ¿Con qué frecuencia?	Preguntado y negado.	Actualmente realiza 30 minutos de actividad física con frecuencia 5/7
¿Le gustaría realizar ejercicio físico durante el embarazo?	Si, espera que se le instruya para hacerlo.	Realiza ejercicio físico bajo instrucción fisioterapéutica

La evaluación del alumbramiento se presenta en la siguiente tabla para una mayor comprensión.

TABLA VII. EVALUACIÓN DEL ALUMBRAMIENTO	
Fecha, hora y lugar de inicio de parto	10 de enero de 2018 a las 8 de la mañana aproximadamente, la paciente comienza con la primera etapa del parto en casa.
Técnicas empleadas en la primera etapa del parto.	Técnicas de respiración y relajación, cambios posturales y movilidad de la pelvis para aminorar el dolor, apoyada por el esposo.
Ingreso hospitalario y constantes vitales reportadas.	A las 10:30 horas, es ingresada a urgencias del hospital ISSSTE con una frecuencia cardiaca de 94 lpm, 28 rpm, tensión arterial de 100/70 mm/hg, temperatura 36° C, glucosa capilar de 78 mg/dl, peso de 71 kg, 96 de saturación de oxígeno y 5 cm de dilatación.
Hora de ingreso a ginecología	Se ingresa al área de ginecología a las 11:05 horas para atención obstétrica donde se reúne con la investigadora
Interacción investigadora-paciente	Afrontamiento la segunda etapa del parto mediante las técnicas de modulación del dolor que involucraron respiración, técnicas de relajación y cambios posturales hasta donde se fue permitido.
Técnicas aplicadas en la segunda etapa del parto	La paciente optó por la deambulación y el canto como herramienta de relajación. A la presencia de contracciones recurrió a una de las técnicas enseñadas que consta de apoyo dorsal sobre la pared, aumento de la base de sustentación con ligera flexión las rodillas, y al mismo tiempo tomaba las manos de la investigadora quien la instruía a realizar respiraciones cíclicas. Cuando las contracciones se presentaron continuas, se le realizó tacto vaginal y

	por falta de información y comunicación, la enfermera en turno no permitió volver a deambular.
Hora del alumbramiento	El nacimiento fue registrado a las 14:55 horas del mismo día reportando un infante de género femenino sin complicaciones. El obstetra refirió que la paciente siguió todas las indicaciones proporcionadas. Fue innecesaria la utilización de oxitocina, no se realizó episiotomía, parto instrumentado ni uso de analgesia epidural.

Evaluación postparto:

Una vez estabilizada la madre, fue subida al piso de ginecología al área de alojamiento conjunto donde se le aplicó el cuestionario de egreso para valorar la aplicación del modelo del Parto Humanizado y la fisioterapéutica empleada basada en la gimnasia obstétrica. (Anexo 4)

Los resultados obtenidos reflejaron satisfacción por parte de la madre ya que mencionó que el acompañamiento y el saber lo que debía realizar en cada momento del parto le brindaron seguridad. Mostraba facie tranquila y de felicidad.

Se recomendó acudir al departamento de lactancia materna en caso de requerirlo.

Fue dada de alta a las 19:00 horas del mismo día sin datos de alarma obstétrica y con buena evolución del puerperio.

10. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados, se demuestra la efectividad del ejercicio terapéutico graduado, como forma de tratamiento en la prevención de las alteraciones fisiológicas y estructurales en el embarazo mediante la intervención de la Fisioterapia lo cual coincide con Fernández (2006) quien expresa que el ejercicio físico en el embarazo proporciona una preparación muscular fisiológica, lo que facilita física y psicológicamente el parto y promueve a su vez, un embarazo sano sin molestias ni trastornos añadidos, avalando la necesidad de la práctica con fines terapéuticos y profilácticos.

El dolor en la zona lumbar siendo la etiología las adaptaciones anatómicas, biomecánicas, factores hormonales y psicosociales en el embarazo, disminuyó de 6/10 EVA a 0/10 EVA; esto debido al efecto de redistribución del peso hacia los cuerpos vertebrales lo cual produjo una descarga biomecánica sobre las carillas articulares lumbares disminuyendo la hiperlordosis y que en conjunto con los ejercicios de tonificación y elasticidad aplicados propiciaron la estabilización lumbopélvica y consecuentemente la disminución del dolor lumbar y aumentando la funcionalidad del raquis para las actividades diarias. Por consiguiente, se logró mejorar la posición de la pelvis a través de la tonificación, reduciendo la sobrecarga muscular, generando una correcta alineación postural que es comprobable con la disminución del adelantamiento de la cabeza, y de la hiperlordosis cervical y lumbar. Adicionalmente, la higiene postural instruida fomentó la reducción de movimientos repetitivos y posturas incorrectas que pudiesen causar una lesión estructural.

Walker, (2013) menciona que más del 80% de las mujeres presentan dolor lumbopélvico durante el embarazo limitando el desarrollo de sus actividades laborales y domésticas, lo cual coincide con las limitaciones que presentaba en un inicio la paciente, pero que, bajo el método de educación terapéutica, el cual, hace referencia a tratar los factores fisiológicos, psicológicos y sociales, pudieron ser controladas.

Generando cambios en la percepción del dolor y la disminución de éste mediante el ejercicio terapéutico se garantiza la adherencia al programa, tal como lo mencionan Espinosa (2013) y Walker (2013) en el apartado de *cambios de las conductas y creencias*

desadaptativas sobre el dolor y el movimiento del modelo de educación terapéutica mencionada.

Mediante técnicas de autoestiramiento, relajación y respiración, así como la corrección de patrones disfuncionales del movimiento a través del ejercicio, se generó una correcta conciencia corporal para la autorregulación, cuestión que Sapiens (2017), Fernández (2006) y Walker (2013) hacen evidente que es indispensable trabajar desde el segundo trimestre de gestación para permitir que la paciente sea capaz de regular la tensión y el dolor en el parto.

Aunque no se reportó pérdida de la función muscular del suelo pélvico en la examinación, se determinó importante mantener el tono muscular del mismo para prevenir la incontinencia urinaria al final del embarazo y en el posparto, además, estudios enfocados a los cuidados maternales mediante programas de ejercicio del suelo pélvico como los realizados por Aguirre (2012), Dávila (2013), y Vidal (2012) mencionan la asociación del entrenamiento regular de éste durante el embarazo y la incidencia de desgarros importantes, episiotomías, partos instrumentados y cesáreas de urgencia. Esto guarda relación con los resultados obtenidos, pues no fue necesario la utilización de instrumental, episiotomía y no presenta lesiones musculares de importancia. A pesar de ello, es necesario continuar haciendo investigaciones acerca de los beneficios del trabajo del suelo pélvico antes y durante embarazo, así como la relación con la recuperación posparto.

Con relación al afrontamiento al parto, las técnicas utilizadas obtuvieron efectos positivos. El vínculo afectivo con la pareja generado durante el embarazo y la intervención terapéutica fue un punto clave para el afrontamiento del temor al parto lo cual quedó demostrado en la primera fase de este, puesto que pudieron manejar correctamente las técnicas aprendidas para disminuir el dolor y la tensión. Esto es coincidente con lo marcado por Nereu (2013), quien señala que el apoyo de la pareja en el embarazo, utilizado como técnica de relajación, favorece la disminución del nivel de estrés, generando mayor confianza en la madre y disminuye la depresión posparto. Lamaze (2012) por su parte, describe importante en su método psicoprofiláctico la compañía del esposo o familiar durante la preparación al parto y el alumbramiento y, dentro de los diez principios para el cuidado del embarazo y el parto que emitió la OMS (2015) recalca la necesidad de generar el lazo afectivo con la pareja o familiar.

En la segunda fase de parto, la paciente además de realizar las técnicas de relajación y respiración recurrió al canto como una alternativa de relajación aprendida en la educación terapéutica brindada cuestión que Leboyer (2012) en la escuela Ecléctica señala como parte de condiciones ambientales que disminuyen la tensión al parto.

Cuando las contracciones fueron acortando el tiempo de continuidad, el personal de enfermería restringió la libertad postural de la paciente, limitándola a cambios posicionales en decúbito sobre la camilla. Aun cuando se había acordado que la paciente podía escoger el posicionamiento de su parto, la falta de información y capacitación del personal médico en turno no permitió que se cumpliera. La implementación del Parto Humanizado en el Hospital ISSSTE Puebla aún se encuentra en aceptación por parte de la directiva, en el momento de la realización del estudio, se estaba llevando a cabo una prueba piloto, motivo por el cual no se había capacitado a todo el personal. Uno de los puntos que forma parte de la Humanización del parto es el acompañamiento en todo momento de la pareja en el parto. Por reglas internas de la institución, no se permitió el acceso al esposo pese que se había instruido para el cumplimiento de la pauta marcada por el Modelo de Parto Humanizado que establece la Secretaría de Salud.

11. CONCLUSIÓN

Con este trabajo se demuestra que la Fisioterapia puede formar parte del equipo multidisciplinar en el modelo de Parto Humanizado pues en conjunción, trabajan en la prevención, preparación y atención a la mujer embarazada brindando mejores condiciones de salud haciendo tangibles los compromisos asumidos al ser prestadores de los servicios de salud.

Adicionalmente, se comprueba que la educación terapéutica en conjunto con la preparación física y el acompañamiento continuo disminuyen el circuito "temor tensión dolor" que pudiese presentarse en el parto lo cual emite actitud positiva y participativa de la gestante logrando seguir las indicaciones dadas por el obstetra durante el periodo expulsivo. A sí mismo, se genera un impacto social al modificar la conducta y percepción del dolor en el parto entendida de forma negativa socialmente.

Se enfatiza en las limitaciones del proyecto en el ISSSTE y en la necesidad de que el Parto Humanizado sea comprendido por todo el personal que interviene en él así como una plena adhesión de estos al modelo para el logro de los objetivos del mismo. Siguiendo adecuadamente la aplicación del modelo de Parto Humanizado mediante la inclusión de un equipo multidisciplinar que aporte mejoras para la atención materno-infantil en todas las instituciones brindadoras de servicios de salud, se puede mejorar el nivel de atención médica a nivel nacional y con ello disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad en el área de ginecología y obstetricia.

La Fisioterapia como disciplina cuenta con las competencias suficientes para realizar un abordaje en el área de obstetricia mediante gimnasia obstétrica, con lo cual se hacen evidentes los beneficios de la inclusión de la fisioterapia en el parto desde el modelo de Parto Humanizado, ya que se logró mantener y mejorar las condiciones estructurales y fisiológicas en el embarazo así como generar un impacto social positivo logrando modificar las conductas y creencias respecto a la experiencia del dolor en el embarazo y parto.

Se recomienda continuar y ampliar la práctica del ejercicio en el embarazo, así como realizar más investigaciones que documenten el impacto físico, psicológico y social dentro de la prevención de la salud.

12. REFERENCIAS

1. Sedano M., Sedano C., Sedano R., (2014). Reseña histórica e hitos en Obstetricia. Revista Médica Clínica CONDES, 25(6), 866-873.
2. Aguirre Espinoza, C. (2012). Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. (pp. 8-68) Universidad Católica de los Ángeles Chimbote.
3. Mascaró Porcar, J. (1947). La asistencia al parto y al embarazo a través de los tiempos. Anales de Medicina y Cirugía. 22(27), 146-151.
4. Guía de Implantación. Modelo de Atención a las Mujeres Embarazadas durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Enfoque Humanizado, intercultural y seguro. (2015). Secretaría de Salud.
5. Lugones Botell, M., Ramírez Bermúdez M. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 38(1), 134-145.
6. Borges-Damas L, Sánchez-Machado R, Dominguez - Hernández R, Sixto-Pérez A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología; 44(3).
7. Dávila, C. Quiñones, M. (2013). "Intervención del Fisioterapeuta como coadyuvante para el desarrollo adecuado en el proceso de gestación desde el segundo trimestre del embarazo hasta el parto; En el servicio de Gineco- Obstetrica del Hospital "Asdrúbal de la Torre" de la ciudad de Cotacachi en el periodo comprendido de noviembre del 2012 a marzo del 2013" (Tesis de pregrado). Universidad Técnica del Norte, Ecuador.
8. Fernández, Nieves Y. (2006). Preparación Psicoprofiláctica de la embarazada como prevención de los trastornos del neurodesarrollo y las necesidades educativas especiales: una urgencia del siglo XXI. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales, 26(7), 75-90.

9. Delgado Bravo AI, Naranjo Toro ME. (2015). El acto de cuidado de enfermería como fundamentación del quehacer profesional e investigativo. Av Enferm. 33(3), 412-9.
10. Biurrun, A. Goberna, T. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.,* 14(2), 62-66.
11. Leboyer, F. (1976). Por un nacimiento sin violencia. Madrid: *Mandala Ediciones.*
12. Organización de las Naciones Unidad (1979). Convención sobre la Eliminación de la Todas las Formas de Discriminación contra la mujer. Artículo 12: La Mujer y la Salud, párrafo 2. Extraído desde http://www.ohchr.org>pages>cedaw.pdf
13. Organización Mundial de la Salud. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas. Extraído desde https://www.who.int>cs-statement.pdf
14. Recomendación General N° 24. (2015). Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Extraído desde http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/2015/Rec_2015_024.pdf
15. GIRE, México. (2013). Omisión e indiferencia. Derechos Reproductivos en México. Aborto/ Anticoncepción/ Violencia Obstétrica/ Vida Laboral y Reproductiva/ Reproducción Asistida. pp. 121.
16. Instituto Nacional de Salud Pública. (2013). El abuso hacia las mujeres en salas de maternidad. Nueva evidencia sobre un viejo problema. Resumen ejecutivo. INSP, Cuernavaca, Morelos.
17. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. Secretaría de Salud. (2002). Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, 16(5), 170-172.
18. Diario Oficial de la Federación. (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Secretaría de Gobierno.
19. Mata, F., Chulvi, I., Roig, J., et al. (2010). Physical Exercise Prescription During Pregnancy. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 3(2), 47-70.
20. Kisner, C., Colby, L. (2010). Ejercicio Terapéutico. Fundamentos y Técnicas. 1a ed. (pp 495-507) Filadelfia, Pensilvania, E. U. Editorial Paldotribo.

21. Pinzón Ríos, I. (2014). Rol del Fisioterapeuta en la Prescripción del Ejercicio. Archivos de medicina (col), 14 (1), 129-143.
22. American Collage of Obstetrician and Gynecologist (2017). Manténgase activa: la actividad física y el ejercicio. Washington, Estados Unidos.
23. Espinosa, J., Pérez, M., Aznar, S., Walker, C. (2013). La Gestación. En *Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología*. (pp.185-215). Barcelona, España: Elsevier Masson.
24. Walker Chao, C., De Cortes Simarro, M. (2013). Fisioterapia en Obstetricia. En Walker. *Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología* (pp. 217-255). Barcelona, España: Elsevier Masson.
25. Martínez, S. Martínez, A. Fernández, R. Gámez, J. (2001). Fisioterapia en el primer nivel asistencial: atención a la mujer. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 4(2), 43-47.
26. Colegio Nacional de Fisioterapia y Terapia Física (2018). Puebla: http://www.amefi.com.mx/
27. Diario Oficial de la Federación (2017). *SE REFORMA EL PRIMER PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 79 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.* México.
28. Fernández López, ML., Félez Carballada, M. (2015). La Fisioterapia en el marco de la atención primaria. Cuadernos de atención primaria. 21, 49-51.
29. Martín Arroyo, A. (2012). Labor asistencial del fisioterapeuta en el parto, un reto para la fisioterapia. Universidad CEU- San pablo. España.
30. Prieto Rodríguez, A., Naranjo Polania, P. El cuerpo en el campo de estudios de la Fisioterapia. Rev Fac Med Univ Nac Colomb 2005 Vol. 53 (2), 57-71.
31. Inchusta, M. (2017, 22 de enero). Fisioterapia en atención primaria. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos.* Recuperado de https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/fisioterapia-atencion-primaria/
32. Sapien López J. Córdoba Basulto D. (2007). Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. *Psicología y Salud*, 17, 219-228.

33. Vidal Martí A., Reyes M, et al. (2012). Preparación psicofísica para el parto: seguridad y satisfacción a las gestantes. *MediSur,* 10, 17-21.
34. Morales Alvarado, S., Guibovich Mesinas, A., Yábar Peña, M. (2014). Psicoprofilaxis Obstétrica; Actuación, definiciones y conceptos. Horiz Med. 14 (4), 53-57.
35. Pinzón Ríos, I. (2018). Perfil profesional del fisioterapeuta en actividad física, ejercicio físico y deporte. Rev Col Reh. 17 (2), 93-111.
36. González, G. Vega, M., Cabrera, C. (2011). Cesáreas en México: aspectos sociales, económicos y epidemiológicos. *Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud,* 1(1), 2-161.
37. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012).Elevada Recurrencia a las Cesáreas: Revertir la tendencia y mejorar la Calidad en el Parto. Extraído desde https://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf
38. Hall, C., Brody, L. (2006). Ejercicio terapéutico, Recuperación funcional. Barcelona, España. Editorial Paidotribo
39. Saéz García, C., Sánchez, Sánchez, B. (2015). Fisioterapia para el dolor lumbopélvico en el embarazo. Revisión Sistémica Cualitativa. Universidad de Alcalá. España.
40. Nereu Bjorn, B., Neves de Jesús, S., Casado Morales, I. (2013). Estrategias de relajación durante el período de gestación: Beneficios para la salud. Clínica y Salud, *24*(2), 77-83.
41. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2011). Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional.

13. ANEXOS

13.1 ANEXO 1 (CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES)

Fecha programada de realización por meses													Actividad	Realizado
J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J		
													Elaboración del Programa Preparación al parto Humanizado	Realizado
													Aceptación del Programa por el Departamento de Enseñanza	Realizado
													Plática informativa a la participante	Realizado
													Firma de consentimiento informado, presentación del fisioterapeuta y valoración terapéutica	Realizado
													Aplicación del Programa “Preparación al parto Humanizado”	Realizado
													Recogida de resultados	Realizado
													Análisis de los resultados hallados	Realizado
													Envío a comité de Investigación	Realizado
													Ajustes y modificaciones sugeridas	Realizado

13.2ANEXO 2 (CONSENTIMIENTO INFORMADO)

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

HOSPITAL REGIONAL ISSSTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente acepto mi participación en el **"PROGRAMA DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO MEDIANTE EL PARTO HUMANIZADO"** que será realizado en las instalaciones del Hospital Regional de Alta Especialidad ISSSTE Puebla.

Declaro, bajo mi responsabilidad y en pleno uso de mis facultades mentales, que se me ha informado acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo y que se me ha explicado en qué consiste mi participación en el proyecto realizado sin fines de lucro, políticos y/o religiosos y que además es gratuito.

El personal responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar las dudas que se le planteen acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, así como de informar los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con mi embarazo, parto y post parto.

Me comprometo a cumplir con todas las indicaciones médicas, fisioterapéuticas y administrativas que marca la institución, así como acudir puntualmente a todas las sesiones que se requieren.

Constato que se me hará entrega de una copia de éste consentimiento informado fechado y firmado.

Firmado en Puebla, Puebla a 15 de septiembre del 2017.

[redacted]

Nombre y firma del participante

Cédula del participante:

PLFT. Aide Sarahi Hernández Delgado
Solicitante

Hospital Regional de Alta Especialidad ISSSTE Puebla
Prolongación de la 14 sur no. 4336 col. San Manuel Puebla, Puebla

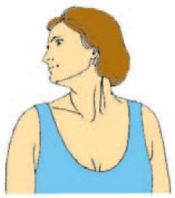
13.3ANEXO 3 (FORMATO DE ADSCRIPCIÓN DEL ISSSTE)

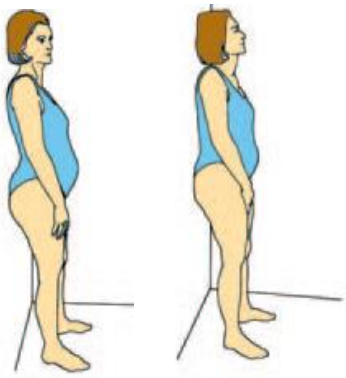
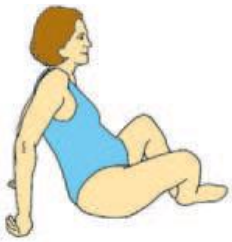
FORMATO DE ADSCRIPCIÓN

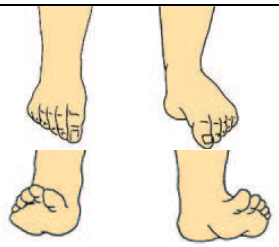
Fecha :	**Nombre de la paciente:**		
Edad:	**Lugar de residencia:**	**Número de contacto:**	**Semanas de Gestación:**
Horario asignado:	**Dr. Tratante:**		
Ocupación:	**FC:**	**FR:**	**TA:**

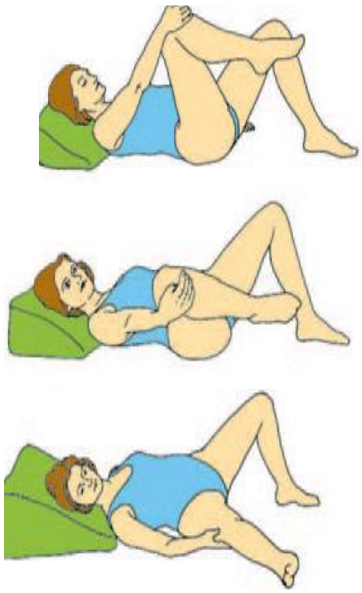
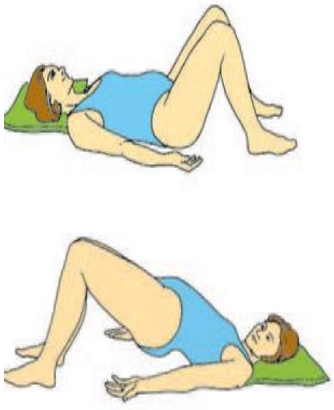
1. ¿Viene por voluntad propia?	
2. ¿Conoce o ha escuchado del parto psicoprofiláctico o parto humanizado?	
3. ¿Le teme al parto vaginal? ¿Por qué?	
4. ¿Qué espera obtener al participar en éste proyecto?	
5. ¿Cuenta con un seguimiento médico de su embarazo?	
6. En el último mes, ¿cuál ha sido su índice de glucosa?	
7. En el último mes, ¿cuál ha sido su índice de tensión arterial?	
8. ¿Presenta problemas cardiacos o respiratorios?	
9. ¿Ha presentado molestias relacionadas con su embarazo a nivel musculo esquelético?	
10. ¿Ha recibido preparación al parto?	
11. ¿A cuánto tiempo de distancia le queda su clínica de atención?	

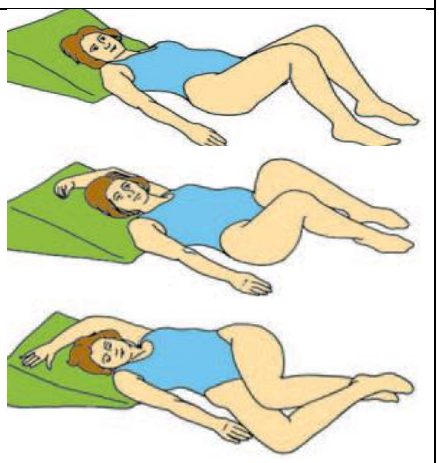
13.4ANEXO 4 (PLAN DE TRATAMIENTO EN CASA)

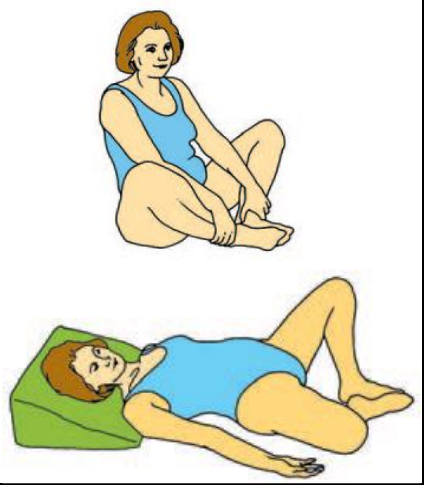
Ejercicios de gimnasia obstétrica para realizar en casa.		
EJERCICIOS POSTURALES		
LATERALIZACIÓN DE CABEZA	De pie o sentada, mirando al frente. Inspire profundo y al expulsar el aire, acerque la oreja derecha al hombro derecho, mantenga la posición durante 10 segundos respirando normalmente. Repita el ejercicio hacia lado izquierdo. Realiza el ejercicio completo cuatro veces.	
ROTACIÓN DE CABEZA	De pie o sentada. Inspirar profundo y mientras saca el aire gire la cabeza hacia la derecha manteniendo la posición durante 10 segundos. Regresar a la posición inicial y repetir hacia el lado izquierdo. Realizar el ejercicio completo cuatro veces.	
FLEXIÓN Y EXTENSIÓN DE CABEZA	De pie o sentada con la vista al frente. Inspirar profundo y expirar el aire despacio mientras lleva la barbilla al tórax (1), mantener esa posición por 10 segundos y regresar a la posición neutra. Contar 3 segundos, vuelva a inspirar y ahora lleve la cabeza y el cuello hacia atrás (2) sin sentir dolor. Mantenga la posición durante 10 segundos. Realizar el ejercicio completo cuatro veces.	(1) (2)
ROTACIÓN DE HOMBROS	De pie o sentada, coloque la punta de los dedos en los hombros y comience a trazar círculos con los hombros, llevando los codos hacia atrás, realice 10 círculos. Al concluir, realizarlo en sentido opuesto trazando otros 10 círculos. Repita el ejercicio completo 3 veces.	

EJERCICIOS PARA LA PELVIS	De pie con las piernas separadas alineadas con la pelvis. Realice una respiración profunda llevando el aire al abdomen mientras apoya la espalda y la cabeza contra la pared. Saque el aire por la boca mientas contrae los músculos del abdomen llevando la pelvis hacia delante y manteniendo toda la columna pegada a la pared procurando disminuir la curvatura de la columna lumbar, mantenga la posición 8 segundos. Repetir el ejercicio 4 veces. Puede realizarlo sentada o acostada boca arriba con las piernas flexionadas.	
ESTIRAMIENTO DE COLUMNA		
EJERICIO 1	Sentada con las piernas flexionadas, apoyada sobre los puños, con los brazos hacia atrás. Realice una respiración profunda llevando el aire a su tórax elevando las costillas y enderezando la espalda sin levantar los hombros, respire normal y mantenga la posición 8 segundos. Regrese a la posición inicial. Repetir cuatro veces.	
EJERICIO 2	Sentada con las piernas flexionadas con la cabeza y la espalda apoyadas sobre la pared y las manos sujetando los tobillos. Realizar respiración profunda, llevando el aire a su estómago, al sacar el aire por la boca lleve su cuerpo hacia delante sin despegar los glúteos del piso. Mantenga 8 segundos y regrese. Repetir tres veces.	
EJERICIO 3.	Sentada con las piernas estiradas y juntas. Poner una cinta en la planta de su pie sujetando los extremos con las manos manteniendo los brazos estirados. Lleve la punta de su pie apuntando al techo, mantenga 10 segundos y regrese a la posición inicial. Ejecute lo mismo en el pie contrario. Realizar 3 repeticiones de cada pie.	
EJERCICIOS PARA MIEMBROS INFERIORES		

FLEXIÓN Y EXTENSIÓN DE LOS DEDOS DEL PIE.	Acostada con un rodillo debajo de las rodillas con las piernas estiradas. Subir y bajar los pies continuamente 15 veces. Descansar 1 minuto. Repetir 3 veces.	
CIRCULOS CON LOS PIES.	Acostada con un rodillo debajo de las rodillas con las piernas estiradas. Realizar círculos con los pies primero hacia adentro completando 15 giros y luego hacia fuera haciendo otros 15 giros. Descansar un minuto y repetir tres veces más.	
EJERCICIOS PARA MIEMBROS SUPERIORES		
EJERCICIO 1	Sentada o de pie, realizar respiración profunda llevando el aire a su tórax, al inspirar poner los codos hacia afuera, cerrar una mano y encerrarla con la otra, colocándolas a la altura del pecho. Al espirar apretar las manos, manteniendo la posición 8 segundos, descanse y repita el ejercicio con las manos a la altura de los ojos, después realícelo con las manos a la altura de la cintura. Cambiar el orden de posición de las manos. Repetir el ejercicio completo 3 veces.	
EJERCICIO 2	De pie, tomar aire tomando las manos en la espalda, con los dedos entrelazados y los brazos estirados. Mientras expulsa el aire, intente unir los codos, manteniendo la posición 8 segundos, descanse y repita el ejercicio tres veces.	
EJERCICIO 3.	De pie, inspirar uniendo las manos por delante con los dedos entrelazados y las palmas de las manos hacia fuera a la altura de los hombros. Al sacar el aire, estire los brazos hacia el frente llevando la cabeza al pecho sin arquear el cuerpo, mantenga la posición 8 segundos y descanse. Repita tres veces.	
EJERCICIOS DE LA PELVIS, ABDOMINALES Y PIERNAS.		

EJERCICIO 1.	Acostada boca arriba con una cuña debajo de la cabeza y los hombros, coloque las piernas flexionadas separadas alineadas con la cadera y los pies apoyados en el suelo. Respire profundo llevando el aire a su estómago, saque el aire por la boca mientras toma la rodilla derecha con la mano derecha acercándola al pecho, mueva ligeramente hacia la derecha para no hacer presión en el abdomen, mantenga la posición 8 segundos y extienda la pierna estirando los dedos del pie. Repita con la pierna izquierda. Realice dos series de cada pierna.	
EJERICICIO 2.	Acostada boca arriba, con una almohada debajo de la cabeza y los hombros, piernas flexionadas separadas alineadas con la cadera y los pies apoyados en el suelo. Brazos estirados a lo largo del cuerpo con las palmas hacia arriba apoyando toda la espalda en el suelo. Tome aire por la nariz y llévelo al estómago, manténgalo 3 segundos y saque el aire por la boca, mientras lo saca, contraiga los glúteos, el periné y abdominales elevando la cadera hasta formar una línea recta entre las rodillas y hombros. Mantenga la posición sin arquear la espalda durante 10 segundos, inspire para descender relajando los músculos. Repita tres veces el ejercicio.	
EJERICIO 3.	De rodillas con las palmas de las manos apoyadas en el suelo a la altura de los hombros y las piernas separadas a la altura de la cadera. Cabeza y cuello en línea recta con la columna. Inspire y mientras saca el aire, flexione la cabeza acercando la barbilla al pecho y arquee la columna hacia arriba y apriete los músculos abdominales perianales y glúteos, mantenga la posición 5 segundos, inspire y vuelva a la posición inicial. Repita 3 veces.	

EJERICIO 4.	Acostada boca arriba con una almohada bajo la cabeza y los hombros. Piernas flexionadas y separadas en línea con la pelvis y pies apoyados en el suelo. Inspire cruzando los brazos sobre el abdomen, colocando la mano derecha sobre el lado izquierdo y la mano izquierda sobre el lado derecho. Mientras expulsa el aire, alce la cabeza y los hombros a la vez que intenta aproximar con las manos ambos lados del abdomen, mantenga la posición 5 segundos, inspire mientras baja la cabeza y los hombros. Repita 3 veces.	
EJERCICIO 5.	Posición inicial: tumbada boca arriba con una almohada debajo de la cabeza y los hombros. Piernas flexionadas y separadas en línea con las caderas y pies apoyados en el suelo. Inspire mientras llevas el brazo derecho hacia atrás, apoyando el codo en el suelo, a la vez que expulsa el aire, dirija las rodillas hacia el lado izquierdo, sin despegar la espalda del suelo, mantenga la posición 8 segundos. Inspira volviendo a la posición inicial. Realice lo mismo al lado contrario. Repita 3 veces por lado.	
EJERICIOS DE ELASTICIDAD.		
EJERICICIO 1.	En cuclillas, espalda recta apoyada contra la pared, con los pies apoyados en el suelo repartiendo el peso del cuerpo entre los talones y los dedos de los pies. Apoye los codos en la cara interna de las rodillas y mantén las manos unidas. Inspire. Mientras expulsa el aire, haga presión con los codos hacia fuera, separando los muslos, mantenga la posición 8 segundos, inspire disminuyendo la tensión hasta regresar a la posición inicial. Repita 3 veces.	

EJERICIO 2.	Sentada con piernas flexionadas, juntando las plantas de los pies, sujetándote los tobillos con las manos. Inspire profundo llevando el aire al estómago, mientras expulsa el aire, acerca los talones hacia la pelvis, manteniendo la posición 8 segundos. Repita el ejercicio tres veces. Este ejercicio también se puede realizar acostada boca arriba, con los brazos a lo largo del cuerpo siguiendo la misma indicación.	

13.5ANEXO 5. (CUESTIONARIO DE EGRESO)

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

HOSPITAL REGIONAL ISSSTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

ISSSTE

Cuestionario de egreso de las mujeres asistentes al curso de preparación al parto

1. ¿Actualmente sabe qué es preparación al parto y cuáles son los beneficios?

   (X) SI

   ( ) NO

2. ¿Se siente satisfecha con la información y preparación que recibió a lo largo del curso?

   (X) SI

   ( ) NO

3. ¿Qué tipo de parto tuvo?

   (X) VAGINAL

   ( ) CESÁREA

4. ¿La gimnasia obstétrica le ayudó a controlar o disminuir el dolor en su parto?

   (X) SI

   ( ) NO

5. ¿Considera que las respiraciones instruidas le ayudó a controlar el dolor en el parto?

   (X) SI

   ( ) NO

6. ¿Las técnicas y ejercicios aplicados durante el programa le ayudaron en el momento de expulsión de su bebé?

   (X) SI

   ( ) NO

Hospital Regional de Alta Especialidad ISSSTE Puebla
Prolongación de la 14 sur no. 4336 col. San Manuel Puebla, Puebla

7. ¿Cuáles fueron los beneficios que obtuvo al recibir el programa de Parto Humanizado?

( ) Embarazo saludable
( ) Ayuda en la labor de parto
( ) Perder el miedo y control de la ansiedad
( ) Todas las anteriores
(X) Ninguno de los anteriores

8. ¿Considera que los temas tratados durante el programa de Parto Humanizado fueron de importancia?

(X) SI

( ) NO

9. ¿Considera que es un curso útil para las mujeres embarazadas y lo recomendaría?
(X) SI

( ) NO

10. ¿Tiene alguna sugerencia para el mejoramiento del curso de preparación al parto?
(X) SI
¿Cuál?

( ) NO

Nombre de la participante: [redacted]