



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

TRABAJO ESTRUCTURADO DE MANERA INDEPENDIENTE

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LA TERAPIA GINECO-OBSTÉTRICA Y EL PARTO EN MUJERES  
GESTANTES DE 18 A 40 AÑOS DE EDAD EN LA RED DE  
EMERGENCIAS MÉDICAS RHAPY MEDICAL EN LA CIUDAD DE  
AMBATO EN EL PERÍODO DICIEMBRE 2011 – JUNIO 2012”**

Requisito Previo para optar por el Título de Licenciada en Terapia Física.

**Autora:** Cata Saltos, Ana Alexandra

**Tutora:** Dra. Sánchez Castro, Esther Margoth.

Ambato – Ecuador

Junio, 2013

## **APROBACIÓN DE LA TUTORA**

En mi calidad de Tutora del trabajo de investigación sobre el tema:

**“LA TERAPIA GINECO-OBSTÉTRICA Y EL PARTO EN MUJERES GESTANTES DE 18 A 40 AÑOS DE EDAD EN LA RED DE EMERGENCIAS MÉDICAS RHAPY MEDICAL EN LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2011 – JUNIO 2012”** de Ana Alexandra Cata Saltos estudiante de la Carrera de Terapia Física, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado Examinador designado por H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de Salud.

Ambato, Junio 2012

LA TUTORA

.....  
Dra. Margoth Sánchez

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “ **LA TERAPIA GINECO-OBSTÉTRICA Y EL PARTO EN MUJERES GESTANTES DE 18 A 40 AÑOS DE EDAD EN LA RED DE EMERGENCIAS MÉDICAS RHAPY MEDICAL EN LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2011 – JUNIO 2012**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones, y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Junio 2012

LA AUTORA

.....

Cata Saltos Ana Alexandra.

## **DERECHOS DEL AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Junio 2012

LA AUTORA

.....

Cata Saltos Ana Alexandra.

## APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador, aprueban el Informe de Investigación sobre el tema: **LA TERAPIA GINECO-OBSTÉTRICA Y EL PARTO EN MUJERES GESTANTES DE 18 A 40 AÑOS DE EDAD EN LA RED DE EMERGENCIAS MÉDICAS RHAPY MEDICAL EN LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2011 – JUNIO 2012**”, de Ana Alexandra Cata Saltos, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Junio 2013

Para constancia firman

.....

Presidente

.....

1er vocal

.....

2do vocal

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo investigativo va dedicado a personas que han sido el ente importante en mi formación personal y académica, coadyuvando con apoyo incondicional en el alcance de esta etapa de mi vida estudiantil.

A mi padre José Cata por brindarme apoyo absoluto en cada una de las etapas de mi vida.

A mi madre Ana Saltos por ser el pilar fundamental en mi vida y a la vez mi fiel ejemplo de respeto, humildad, responsabilidad y honradez.

A mis hermanos Roberto Carlos y Diego Fernando por brindarme su apoyo invaluable en cada una de mis adversidades que se me han presentado en el transcurso de mi vida personal y estudiantil.

A la vez deseo dedicar mi trabajo de investigación a mis abuelitos José Saltos y Carmen Palán por depositar en mi confianza, amor y sobre todo por ser mi sustento en mis momentos de dificultad

Y de manera especial a mi esposo Andrés Recalde por ser la persona que comparte conmigo mis triunfos y fracasos, por ser mi inspiración y por brindarme su apoyo sin condiciones.

Alexandra Cata

## **AGRADECIMIENTO**

Primordialmente mi agradecimiento a Dios por guiarme sabiamente día a día en mi carrera profesional y mi formación personal siendo la fuerza que me impulsa a seguir adelante; llenando de bendiciones mi vida expresadas en salud e inteligencia.

A mis padres por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente, sustentando mis estudios y expresándome su apoyo diario con amor y esfuerzo, impulsándome a seguir adelante.

A la Dra. Margoth Sánchez por ser el soporte científico en la guía profesional del desarrollo del presente proyecto de investigación.

Al Dr. Manuel Jaramillo, por permitirme realizar mi investigación en el área de Terapia Física de la Red Médica Raphy Medical, brindándome las facilidades necesarias para culminar el proyecto con éxito.

A la Lcda. Paola Ortiz por depositar en mi conocimientos bastos que ayudaron de manera esencial en el desarrollo investigativo.

A las pacientes mujeres embarazadas atendidas en la Red de Emergencias Médicas Rhapy Medical por el tiempo aportado para la realización del presente trabajo de Tesis.

Alexandra Cata

## ÍNDICE GENERAL

Aprobación del Tutor .....	ii
Autoría del trabajo de grado.....	iii
Derechos del Autor .....	iv
Aprobación del tribunal de grado .....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento .....	vii
Índice general .....	viii
Índice de cuadros.....	x
Índice de tablas.....	x
Índice de gráficos .....	xi
Índice de anexos .....	xiii
Resumen Ejecutivo .....	xiv
Abstract.....	xvi
Introducción.....	1

### CAPÍTULO I

1.1 Tema.....	2
1.2 Planteamiento del Problema.....	2
1.2.1 Contextualización .....	2
1.2.2 Análisis Crítico .....	6
1.2.3 Prognosis.....	7
1.2.4 Formulación del Problema.....	7
1.2.5 Preguntas Directrices .....	7
1.2.6 Delimitación .....	8
1.3 Justificación.....	8
1.4 Objetivos .....	9
14.1 Objetivo General.....	9
14.2 Objetivos Específicos .....	9



## **CAPÍTULO II**

2.1 Antecedentes Investigativos .....	10
2.2 Fundamentación Filosófica .....	12
2.3 Fundamentación Legal .....	13
2.4 Categorías Fundamentales .....	19

## **CAPÍTULO III**

3.1 Enfoque .....	50
3.2 Modalidad básica de la investigación.....	50
3.3 Nivel o tipo de investigación .....	51
3.4 Población y Muestra .....	51
3.5 Operacionalización de Variables.....	52
3.6 Plan de Recolección de Información.....	54
3.7 Procesamiento y análisis.....	54

## **CAPÍTULO IV**

4.1 Análisis e Interpretación de Resultados .....	56
4.3 Verificación de Hipótesis .....	74

## **CAPÍTULO V**

5.1 Conclusiones .....	78
5.2 Recomendaciones .....	79

## **CAPÍTULO VI**

6.1 Datos Informativos .....	80
6.2 Antecedentes de la propuesta .....	80
6.3 Justificación .....	81
6.4 Objetivos .....	81
6.4.1 General.....	81
6.4.2 Específicos .....	82
6.5 Análisis de Factibilidad .....	82
6.6 Fundamentación Científico – Técnica.....	82

6.7. Modelo Operativo.....	111
6.8 Administración de la Propuesta.....	113
6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta.....	113
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>119</b>

### **ÍNDICE DE CUADROS**

Cuadro N° 1 Categorías Fundamentales .....	19
Cuadro N° 2. Objetivos de la preparación física para el parto .....	25
Cuadro N° 3: Población y Muestra. ....	51
Cuadro N°4: Operacionalización de la variable Independiente .....	52
Cuadro N°5: Operacionalización de la variable Dependiente .....	53
Cuadro N°6: Plan de Recolección de Información. ....	54
Cuadro N° 7 Frecuencia Observada .....	75
Cuadro N° 8 Frecuencia Esperada .....	75
Cuadro N° 9 Cálculo Matemático .....	76
Cuadro N° 10 Modelo Operativo .....	112
Cuadro N° 11 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta .....	113
Cuadro N° 12 Lista de Cotejo .....	125

### **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Resultados Tabulados - Pregunta 1 .....	56
Tabla 2. Resultados Tabulados - Pregunta 2 .....	57
Tabla 3. Resultados Tabulados - Pregunta 3 .....	58
Tabla 4. Resultados Tabulados - Pregunta 4 .....	59
Tabla 5. Resultados Tabulados - Pregunta 5 .....	60
Tabla 6. Resultados Tabulados - Pregunta 6 .....	61
Tabla 7. Resultados Tabulados - Pregunta 7 .....	62
Tabla 8. Resultados Tabulados - Pregunta 8 .....	63
Tabla 9. Resultados Tabulados - Pregunta 1 .....	65

Tabla 10. Resultados Tabulados - Pregunta 2 .....	66
Tabla 11. Resultados Tabulados - Pregunta 3 .....	67
Tabla 12. Resultados Tabulados - Pregunta 4 .....	68
Tabla 13 Resultados Tabulados - Pregunta 5 .....	69
Tabla 14. Resultados Tabulados - Pregunta 6 .....	70
Tabla 15. Resultados Tabulados - Pregunta 7 .....	71
Tabla 16. Resultados Tabulados - Pregunta 8 .....	72
Tabla 17. Resultados Tabulados - Pregunta 9 .....	73

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Figura 1. Posición sentada correcta e incorrecta .....	23
Figura 2. El trabajo fisioterapéutico prenatal .....	24
Figura 3 Organos genitales femeninos y suelo pélvico.....	28
Figura 4. Posición de mahometano .....	29
Figura 5 Posición lateral con el pie apoyado .....	30
Figura 6 Posición lateral con las rodillas apoyadas .....	30
Figura 7 Círculos sobre balón .....	32
Figura 8 Ejercicios del gato .....	33
Figura 9 Ejercicio de contracción del transverso a través del músculo serrato.....	34
Figura 10 Ejercicio de elevación del tronco desde las rodillas .....	35
Figura 11 Ejercicio de elevación del tronco desde lateral .....	35
Figura 12 Ejercicio de desequilibrio sobre balón .....	36
Figura 13 Autoelongación de la columna .....	37
Figura 14 Ejercicio del puente .....	37
Figura 15 Ejercicio de suelo pélvico sentada .....	38
Figura 16 Fecundación .....	40
Figura 17 Desarrollo Embrionario y Fetal .....	41
Figura 18 Parto Normal .....	43
Figura 19 Fase de Dilatación .....	44
Figura 20 Fase de Expulsión .....	45
Figura 21 Fase de Alumbramiento .....	46
Figura 22 Parto por Cesárea .....	47

Figura 23. Parto en Agua .....	49
Figura 24 Estadística Gráfica – Pregunta 1 .....	57
Figura 25 Estadística Gráfica – Pregunta 2... .....	58
Figura 26 Estadística Gráfica – Pregunta 3 .....	59
Figura 27 Estadística Gráfica – Pregunta 4 .....	60
Figura 28 Estadística Gráfica – Pregunta 5 .....	61
Figura 29 Estadística Gráfica – Pregunta 6 .....	62
Figura 30 Estadística Gráfica – Pregunta 7 .....	63
Figura 31 Estadística Gráfica – Pregunta 8 .....	64
Figura 32 Estadística Gráfica – Pregunta 1 .....	65
Figura 33 Estadística Gráfica – Pregunta 2 .....	66
Figura 34 Estadística Gráfica – Pregunta 3 .....	67
Figura 35 Estadística Gráfica – Pregunta 4 .....	68
Figura 36 Estadística Gráfica – Pregunta 5 .....	69
Figura 37 Estadística Gráfica – Pregunta 6 .....	70
Figura 38 Estadística Gráfica – Pregunta 7 .....	71
Figura 39 Estadística Gráfica – Pregunta 8 .....	72
Figura 40 Estadística Gráfica – Pregunta 9 .....	73
Figura 41. Ejercicio de estabilidad de la pelvis. Movimiento 1 .....	83
Figura 42 Estabilidad en brazos y piernas. ....	85
Figura 43 Elevación de la columna. ....	85
Figura 44 Estiramiento de isquiotibiales. ....	87
Figura 45 Estiramiento de la columna hacia delante. ....	90
Figura 46 Rodar hacia el lateral desde las rodillas. ....	91
Figura 47 Trabajo de los brazos: elevación de rodillas. ....	92
Figura 48 Deslizamiento de la columna hacia arriba y abajo. ....	93
Figura 49 Círculos de brazos .....	95
Fig. 50 El molino de los brazos.....	95
Figura 51 Elevación de la columna con movimiento de brazos .....	96
Figura 52 Rodar hacia el lateral con las rodillas en alto. ....	97
Figura 53 Rotación de la columna .....	99
Figura 54 Trabajo de las piernas sobre el lateral: arriba y abajo, aductores ...	100

Figura 55 Trabajo en cuatro apoyos: elevación de brazos y piernas .....	106
Figura 56 Trabajo con los brazos: elevación del brazo, flexión del codo .....	102
Figura 57 Elevación de la columna con un cojín entre las piernas .....	103
Figura 58 Trabajo de los pies y tobillos con banda .....	106
Figura 59 Cuclillas .....	107
Figura 60 Zigzag .....	108
Figura 61 Flexión lateral del la columna, inclinaciones .....	109
Figura 62 Simulación de la maniobra de valsalva tradicional .....	110
Figura 63 Simulación del pujo en espiración.....	110

### **ÍNDICE DE ANEXOS**

A.1. Encuesta dirigida a las mujeres gestantes .....	119
A.2. Encuesta dirigida al profesional Fisioterapeuta .....	121
B.1. Historia Clínica .....	123
C.1. Lista de Cotejo .....	124
D.1. Imágenes.....	126

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FISICA

**“LA TERAPIA GINECO-OBSTÉTRICA Y EL PARTO EN MUJERES GESTANTES DE 18 A 40 AÑOS DE EDAD EN LA RED DE EMERGENCIAS MÉDICAS RHAPY MEDICAL EN LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2011 – JUNIO 2012”**

**Autor:** Ana Alexandra Cata Saltos

**Tutor:** Dra. Margoth Sánchez C.

**Fecha:** Junio 2012.

**RESUMEN**

El presente trabajo investigativo se lo realizó con una población constituida por veinte mujeres embarazadas de un rango de edad contemplado entre veinte y cuarenta años atendidas en la Red de Emergencias Médicas Rhapy Medical.

La investigación se basa en mencionar y demostrar la importancia de la terapia Gineco-Obstétrica y su integración en nuestra sociedad tanto para la mujer embarazada como su entorno familiar, dando respuesta a problemas y complicaciones comunes presentes en el embarazo parto y postparto como lo es la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer, y a otros del periodo obstétrico, llevando a cabo de manera profiláctica como terapéutica. Con la solución a los problemas presentados en el embarazo ayudaremos a que la mujer sea más libre y segura en todos los ámbitos de su vida. Por lo que se propone en la investigación aportar un programa de ejercicios Gineco-obstétricos para la mujer gestante, y que sirva como guía para el tratamiento terapéutico en la mujer gestante.

La información para el desarrollo de la investigación fue proporcionada por profesionales del área, extraída de libros de terapia Gineco-Obstétrica así como infografía actualizada.

**PALABRAS CLAVES:**

GESTACIÓN GINECO\_OBSTÉTRICA PROFILAXIS EMBARAZO  
PARTO POSTPARTO

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

PHYSICAL THERAPY CARRER

**THE GYNECO-OBSTETRIC THERAPY AND DELIVERY PREGNANT  
WOMEN 18 TO 40 YEARS OF AGE IN NETWORK ON MEDICAL  
EMERGENCY MEDICAL RHAPY AMBATO IN THE PERIOD  
DECEMBER 2011 - JUNE 2012"**

**Author:** Ana Alexandra Cata Saltos

**Tutor:** Dra. Margoth Sánchez C.

**Date:** June 2012.

**SUMMARY**

This research work was conducted as a population consisting of twenty pregnant women in an age range covered between twenty and forty years attending Emergency Medical Network Medical Rhapy.

The research is based on name and demonstrates the importance of therapy Obstetrics Gynecology and their integration into our society for both pregnant women and their families, responding to these common problems and complications in childbirth and postpartum pregnancy as is the stress urinary incontinence in women, and other obstetric period, performing a prophylactic and therapeutic. With the solution to the problems in pregnancy help women to be more free and safe in all areas of your life. As proposed in the research provide an



exercise program for gynecological and obstetric pregnant women, and to serve as a guide for therapeutic treatment in pregnant women.

The information for the development of the research was provided by professionals, drawn from books Therapy Obstetrics Gynecology and updated graphics,

**KEYWORDS:**

GESTATION            GYNECOLOGY        PREGNANCY        CHILDBIRTH  
PROPHYLAXIS POSTPARTUM

## INTRODUCCIÓN

El interés de la realización del presente trabajo investigativo nace tras la falta de centros terapéuticos dedicados a las mujeres embarazadas, por el ello la importancia de la investigación sobre la Terapia Gineco-obstétrica y el parto en mujeres gestantes.

La Terapia Gineco- obstétrica es una especialidad encargada del embarazo, parto y puerperio, cubre aspectos preventivos y terapéuticos como su participación en el equipo multidisciplinar de los cursos de preparación al parto, y el tratamiento de la patología dolorosa del embarazo y puerperio, como también las disfunciones del suelo pélvico.

Por lo que surge la necesidad de implementar un programa de ejercicios Gineco-obstétricos para preparar a la mujer gestante fisiológicamente durante el periodo de su embarazo, parto y post-parto erradicando así el temor, miedo y ansiedad al trabajo de parto que le desfavorece a la madre y al feto en todas las etapas pre y postnatales, todo esto se lleva a cabo educando a la gestante, estableciendo el aprendizaje y la adaptación a su nueva situación preparándola para el momento del parto, con la gimnasia prenatal, ejercicios respiratorios, relajación, posturas en el embarazo y el parto, etc.

Ayudaremos también a quitar la idea de que el parto es una de las experiencias más dolorosa y traumática de la vida cambiándola por una experiencia hermosa e inolvidable como lo es traer un ser al mundo en las mejores condiciones y con la posibilidad de una rápida recuperación, sobre todo mejorando su calidad de vida tanto para ella como para su entorno familiar a lo largo de todo el proceso.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Tema**

LA TERAPIA GINECO-OBSTÉTRICA Y EL PARTO EN MUJERES GESTANTES DE 18 A 40 AÑOS DE EDAD EN LA RED DE EMERGENCIAS MÉDICAS RHAPY MEDICAL EN LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2011 – JUNIO 2012

#### **1.2 Planteamiento del Problema**

##### **1.2.1 Contextualización**

###### ***Macro***

El embarazo y el parto constituyen episodios normales de la vida reproductiva femenina, por lo que podría suponerse que transcurren en la mujer sana sin mayores molestias o complicaciones. Sin embargo es conocido que las mujeres sufren de intensos dolores durante el trabajo de parto, los cuales hoy se conoce son consecuencia de temores provocados por la ignorancia y supersticiones de ellas mismas. Así el temor de la gestante tanto el dolor del parto como a la nueva experiencia de maternidad le confiere una carga emocional negativa que intensifica la percepción de los estímulos dolorosos y transforma en álgidos aquellos estímulos que no deberían serlo, lo cual en conjunto ejercen una

repercusión negativa para la salud de la madre, del feto y durante el trabajo de parto.

Algunas veces las mujeres necesitan la cesárea en otros casos se elige por conveniencia, para evitar riesgos y hasta por mitos.

Ciertos sistemas sanitarios europeos afirman que el riesgo obstétrico puede apreciarse durante el embarazo, permitiendo a las pacientes de bajo riesgo optar por un parto no medicalizado. Las estadísticas publicadas por la OMS revelan las grandes diferencias que existen entre los países europeos. En los Países Bajos, el país con mayores diferencias con respecto de España, los embarazos y partos normales, sin riesgo, son controlados por las matronas en lugar de por las obstetras. Es uno de los países con menor tasa de cesáreas (8%) y episiotomías (10%). A estas cifras solo se acercan países como Suecia y el Reino Unido.

Algunas clínicas practican más cesáreas que otras por lo que se ha documentado que, en Argentina, el 35% de los partos son por cesárea. Es decir que, si en un año se producen poco más de 700.000 nacimientos, unos 245.000 bebés que llegan al mundo no nacen por parto natural. Según la OMS, esa cifra no debería superar alrededor de los 105.000 partos.

América latina tiene una tasa de cesáreas del 29% y es la región con la tasa más alta del mundo -comentó la doctora Agustina Mazzoni, del IECS-. El porcentaje de cesáreas en Argentina es del 35%, pero con grandes diferencias entre el sector público, donde es del 25-30%, y el sector privado, donde el porcentaje llega a entre el 45 y el 50 por ciento.

Ante la experiencia complicada del trabajo de parto y la identificación del temor, como factor desencadenante de la experiencia dolorosa se ha diseñado un método denominado “psicoprofilaxis obstétrica”

Mediante este método se logra reducir la duración del parto y se consigue que la gestante al adquirir conocimientos del proceso de su embarazo y parto, vaya

tomando confianza y habilidades para su autocuidado y manejo de su propio embarazo y parto.

Es así que en el Perú el Ministerio de salud (MINSA), a través del programa de Salud Materno Perinatal, introdujo una serie de intervenciones, entre las cuales tiene Diez pasos para un parto seguro, en la que se incluye "la psicoprofilaxis obstétrica"

Sin embargo pese a la institucionalización de la psicoprofilaxis obstétrica por el MINSA, aun existe una escasa cobertura que no supera el 20% de las gestantes de este país, además de la problemática que presenta también la implementación inadecuada de este servicio en hospitales o el ejercicio de la misma con procedimientos que carecen de sustento científico por personal carente de competencia profesional en psicoprofilaxis obstétrica y todo porque existe desconocimiento de este tema por parte de las mujeres gestantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras instituciones internacionales, recomiendan la Psicoprofilaxis Obstétrica por sus efectos positivos y beneficiosos.

### *Meso*

Estudios indican que en la maternidad Enrique C. Sotomayor, la más grande de Guayaquil y donde llegan gestantes del país, el 59% de los partos que se atienden se hacen por cirugía. Así lo reflejan sus estadísticas del primer semestre del 2005, que registran 6.790 partos normales y 10.080 cirugías (No existen datos más recientes).

El embarazo es considerado como un hecho fisiológico, con implicación psicológica y social, en el cual repercuten directamente: edad materna, condiciones de salud de la madre, el ambiente familiar y el entorno social en el que vive la gestante; el número de controles prenatales que recibe, y la calidad de los mismos, todos esos aspectos obstétricos implican un sin número de cuidados

que debería recibir la madre para llevar a un feliz término su embarazo y con menor molestia posible. Actualmente dentro de estos cuidados se ha optado por la

Terapia Gineco-obstétrica evitando así complicaciones que llevan al parto a convertirse en un proceso traumático.

En el Hospital Municipal Materno-Infantil “San José Sur” en la ciudad de Quito presta atención de psicoprofilaxis obstétrica así con diferentes centros particulares de la ciudad.

La federación ecuatoriana de fisioterapia manifiesta que Investigaciones recientes demuestran que la Psicoprofilaxis obstétrica tiene gran impacto en la salud de la madre, del feto y en el recién nacido. La gestante al adquirir conocimientos del proceso de su embarazo y parto, va tomando confianza y habilidades para su auto cuidado y manejo de su propio embarazo y parto.

### ***Micro***

La Terapia Gineco-obstétrica en la ciudad de Ambato, es un método no muy utilizado; en el Centro de Rehabilitación Física (CIRF) se presta servicio de psicoprofilaxis del parto y terapia postparto; desarrollándose por medio del ejercicio terapéutico

El Centro de Rehabilitación Física (CIRF) fue fundado el 19 de febrero del 2011, está ubicado en las calles Tortuga y Seymour, Ciudadela Amazonas.

CIRF es un centro basado en una propuesta holística, está dirigido a hombres, mujeres, niños y adultos mayores que buscan el bienestar físico y psicológico, dentro de un ambiente acogedor. Ofreciendo servicios de terapia pediátrica y estimulación temprana; terapia en traumatología y ortopedia, terapia reumatológica; terapia pre y post quirúrgica; fisioterapia en afecciones respiratorias, nebulizaciones y drenaje postural; psicoprofilaxis del parto y terapia

postparto; terapia de actividad física y deporte; higiene postural y planigrafía; terapia neurológica, terapia de relajación, fisioterapia en geriatría y terapia vestibular mediante la aplicación de diferentes procedimientos.

El tratamiento del CIRF se desarrollará por medio del ejercicio terapéutico y distintas técnicas que utilizan la ayuda la luz, el frío, calor, agua y masaje, incluso la electricidad ayudando a prevenir enfermedades que pueden generar en el futuro y a reducir el desgaste de ciertas zonas del cuerpo.

De esta manera el presente estudio busca ampliar el conocimiento de este tipo de terapia a la población en general, ya que su factibilidad y accesibilidad es posible para la sociedad. Como nos pudimos dar cuenta este tipo de terapia no cuenta en gran número en la ciudad por lo que se lleva a cabo esta investigación en la red de emergencia medicas Rhapy Medical de la ciudad de Ambato.

### **1.2.2 Análisis Crítico**

El embarazo y el parto son procesos normales, naturales e indicadores de una buena salud de la mujer. Desde que tenemos conocimiento, se ha manifestado temores relacionados con el parto esto se debe a que se lo asocia inevitablemente a un momento de sufrimiento materno. Esto tiene una explicación multifactorial, tales como los neurológicos, somáticos y psicológicos que van a condicionar la sensibilidad y actuación de la madre frente al proceso de su embarazo y parto.

En la actualidad se cuenta con acciones como la terapia Gineco-obstétrica intervenido así en el estilo de vida que desarrolla la gestante desde el embarazo hasta el nacimiento del niño.

Dentro de la Terapia Gineco-obstétrica se incluye brindar a la gestante conocimientos sobre los cambios propios que el embarazo, produce en su cuerpo y le instruye en las técnicas propias de Fisioterapia que incluyen ejercicios de respiración, relajación física y mental, una gimnasia adecuada que fortalecerá los

músculos del canal del parto y la higiene postural necesaria para que la madre no adopte posiciones viciosas durante el embarazo y por lo tanto prevenir las patologías de columna vertebral y otras que se podrían presentar.

La investigación se realizará mediante la evaluación continua de las variables en mención con el fin de proporcionar datos verídicos que nos permitan dar soluciones a tiempo y que se mantengan dentro del contexto médico-social.

### **1.2.3 Prognosis**

Al no emplearse la Terapia Gineco-obstétrica como parte de los cuidados dentro del embarazo las madres no enfrentarían la adaptación a los cambios normales tanto de su cuerpo como en sus emociones, además del temor a las espera del “dolor” que experimentara durante el trabajo de parto produciendo tensiones, inquietudes y ansiedad alrededor de este evento.

Además de no haber mucho conocimiento de la aplicación de la Terapia Gineco obstétrica y al no contar con este servicio en la ciudad de Ambato, nuestro objetivo es por medio de este proyecto poner este nuevo servicio direccionado a las mujeres embarazadas con la finalidad de disminuir el riesgo de posibles traumatismos como desgarros y complicaciones que llevan al parto a convertirse en un proceso traumático.

### **1.2.4 Formulación del Problema**

¿Qué beneficios tiene la aplicación de la Terapia Gineco-obstétrica en mujeres gestantes de 18 a 40 años de edad que asisten a la Red de Emergencias Médicas Rhapy Medical?

### **1.2.5 Preguntas Directrices**

➤ ¿Qué es la Terapia Gineco-obstétrica?



- ¿Cómo ayudaría la Terapia Gineco-obstétrica a la mujer embarazada?
- ¿Es necesaria la implementación de un programa de terapia Gineco-obstétrica para mujeres embarazadas?

### **1.2.6 Delimitación**

Delimitación del contenido

**CAMPO:** Salud

**AREA:** Terapia Física

**ASPECTO:** Terapia Gineco-obstétrica

**Delimitación Espacial:** Esta investigación se realizará en mujeres gestantes de 20 a 30 años que asisten a Red de Emergencias Médicas Raphy Medical.

**Delimitación Temporal:** Este problema será estudiado, en el período comprendido entre Diciembre 2011 – Junio 2012

### **1.3 Justificación**

Este trabajo de investigación es de gran importancia debido a que existe desconocimiento y falta de información sobre la terapia Gineco-obstétrica haciendo que las mujeres gestantes no participen en la misma, impidiéndole desarrollar todas las potencialidades propias de la gestante desde el inicio del embarazo hasta el momento del parto sobre todo porque en esta etapa se presenta muchas complicaciones o patologías relacionadas con variaciones fisiológicas, y estructuras músculo-esqueléticas; un programa de ejercicio físico puede intervenir en estos contribuyendo de esta manera un mejor estilo de vida en esta importante etapa no solo de la mujer gestante sino de toda la familia.

Para ello, se recomienda realizar un programa de ejercicios físicos adaptado a las necesidades particulares de cada embarazada, dirigido por personal cualificado, y previa prescripción médica.

Por otra parte es interesante porque se logrará como punto fundamental dar seguridad y confianza a la mujer gestante convirtiendo esta etapa de su vida en una experiencia agradable y maravillosa como realmente lo es el traer un hijo a la vida.

Es un trabajo original porque la presente investigación no se la ha realizado antes y lo confirma el que en la ciudad de Ambato no exista este programa para la mujer embarazada. Los ejercicios localizados, respiratorios y de relajación que incluyen la técnica motivo del presente trabajo será sin ninguna duda un programa único y de gran acogida por las mujeres gestantes y sus familias.

La investigación es factible por la disponibilidad del directivo de la Red de Emergencias Médicas Rhapy Medical, quienes están empeñados en brindar servicios de altísima calidad a las mujeres usuarias de la misma.

## **1.4 Objetivos**

### **14.1 Objetivo General**

Aplicar la terapia Gineco-obstétrica en mujeres gestantes de 18 a 40 años de edad que asisten a Red de Emergencias Médicas Rhapy Medical.

### **14.2 Objetivos Específicos**

- Definir la Terapia Gineco-obstétrica.
- Promover la terapia Gineco- obstétrica a la mujer embarazada en la Red de Emergencias Médicas Rhapy Medical.
- Implementar un programa de terapia Gineco-obstétrica para mujeres embarazada de 18 a 40 años en la Red de Emergencias Médicas Rhapy Medical

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes Investigativos

García Moreno (1985) medico de la Universidad de Salamanca en Madrid-España indica un conjunto de técnicas educativas, teórico-prácticas, que se aplican a las mujeres embarazadas a partir del sexto mes de gestación, con el objeto de que aborde el proceso del parto sin temor, con la suficiente información, habilidades técnicas y recursos personales, a través de un adecuado conocimiento de anatomía, fisiología del embarazo y parto, junto con una información de la psicología de la gestante y de la pareja, a la par que se le entrena, por un lado, en el conocimiento de las situaciones nuevas por las que la mujer tiene que pasar durante el proceso de dilatación-parto, y por otro, en ejercicios prácticos, de tipo obstétrico (respiración, relajación abdominal y perineal y pujes) y de tipo psicológico (relajación, autocontrol, reducción de la ansiedad y habilidades de encarar situaciones ansiógenas desensibilización sistemática, inundación, inoculación del estrés y habilidades sociales en el ámbito hospitalario).

El doctor G.D. Read, siendo residente en el Hospital de Londres en 1929 escribió múltiples experiencias en hogares y en Hospital sobre mujeres que habían aprendido siguiendo el método fisiológico del parto, y que en un 90 % habían logrado tener un parto natural. En 1932 logra que le publiquen su obra "Natural Childbirth" ("Parto natural"), diez años después publica "The Revelation of Childbirth" ("La revelación sobre el parto"), y en 1944 "Childbirth Without Fear" ("Parto sin miedo"). En sus escritos G.D. Read entiende que el *parto es un fenómeno fisiológico* al igual que otras grandes funciones de nuestro organismo y

que el dolor es un producto de impulsos nerviosos y no fisiológicos. Después de sus observaciones en Zoología, Biología y Fisiología, Read expresa que ninguna ley natural puede justificar el dolor en el parto y mantiene que la relación triangular de Miedo-Tensión-Dolor es causa del dolor.

Casi al mismo tiempo (1919) en la URSS, Velvoski, Platonov, Ploticher y Smugon investigan, sobre la base de los estudios Paulovianos, acerca del dolor en el parto concluyendo que el dolor es una reacción condicionada por dos tipos de estímulos, los sociológicos y los religioso-culturales. De esta manera era fácil concluir que habría que buscar determinadas técnicas que descondicionaran y que trataran de disociar el miedo al parto de las contracciones, a base de inculcar ideas positivas y de exaltación de la maternidad juntamente con ofrecer simultáneamente información fisiológica y obstétrica. Al mismo tiempo, estos autores observan que la pasividad se encuentra asociada a las ideas de miedo y consecuentemente con el dolor. De aquí que sea necesario controlar ambos a base de ejercicios respiratorios y musculares para que la mujer se sienta activa.

En 1975, en EE. UU., el porcentaje de mujeres gestantes que utilizaban este tipo de prácticas es superior al 6-7 %, programa llevado a cabo bajo el nombre de "Prepared Childbirth" asumido por la "American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics".

Es en el Primer Congreso Nacional de Matronas celebrado en Madrid (1955), cuando presenta Ruiz Elvira el primer libro publicado en español "El parto sin dolor". Este mismo año el Doctor Aguirre de Cárcer publica otro libro y el Colegio de Matronas organiza cursillos y conferencias sobre la preparación al parto a la vez que se presentan publicaciones en la revista de la Escuela de Matronas. En 1959, el Seguro Obligatorio de Enfermedad encomienda al Doctor Aguirre de Cárcer una preparación al parto que denomina "Educación maternal".

Por último cabe mencionar que será la Delegación de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid y de otros muchos Ayuntamientos surgidos de las primeras elecciones

democráticas quienes a través de los equipos multidisciplinares organizan en los Centros de Promoción de la Salud dichos cursos, dentro de los programas de salud materno-infantil. Muestra de este auge de la P.P.O. (Psicoprofilaxis Obstétrica) en España son las "Jornadas de estudios sobre P.P.O." organizadas por el Colegio Oficial de Psicólogos de Barcelona en noviembre de 1981. Será en 1982 cuando la Asociación Española de P.P.O. junto con el Ayuntamiento de Madrid, quienes celebren el primer curso para posgraduados sobre P.P.O. (k-v)

## **2.2 Fundamentación Filosófica**

La presente investigación científica se plantea desde el punto de vista crítico y propositivo. Es crítico porque se basa en la realidad del problema, puntualizando que gran cantidad de mujeres gestantes no realizan ningún programa de ejercicios durante su embarazo lo que conlleva a presentar mayores problemas que pueden ser resueltos mediante la aplicación del programa antes mencionado; es propositivo por cuanto en el presente trabajo estamos proponiendo la aplicación de un programa de terapia Gineco-obstétrica para mujeres embarazadas

*Fundamentación Ontológica:* El estudio de las mujeres embarazadas es primordial ya que la maternidad y el nacimiento han significado la formación de una serie de concepciones y prácticas alrededor del miedo y el rechazo al sufrimiento en el proceso del parto, el dolor que acompaña al trabajo de parto constituye en una de las principales preocupaciones de la embarazada y llega en algunos casos a producir tensiones que se acrecientan a medida que se acerca el parto; para que la gestante lleve un embarazo, parto y postparto en las mejores condiciones, sin temor, disminuyendo las complicaciones y con la posibilidad de una rápida recuperación se hace necesaria la aplicación de la técnica Gineco-obstétrica

*Fundamentación Axiológica:* La presente investigación tiene como objeto de estudio a las mujeres embarazadas por lo que deberían ser tratadas por un equipo multidisciplinario cuyos profesionales que lo conformen tengan un compromiso

profesional basado en la solidaridad, el servicio y el conocimiento técnico científico.

Además este equipo de salud debe tener como característica fundamental la confidencialidad de la mujer gestante que garantice que la información proporcionada será solo de acceso para este equipo humano. Se debe asegurar una conducta profesional respetuosa que promueva la dignidad y seguridad de la mujer embarazada.

*Fundamentación metodológica:* Los métodos que se van a utilizar son ejercicios localizados, respiratorios y de relajación para la mujer gestante.

*Fundamentación ética:* El fisioterapeuta debe ejercer su profesión con una fuerte formación de valores éticos y morales que permitirán una secuencia armoniosa en el proceso del embarazo y después del parto, aplicando las técnicas de tratamiento con responsabilidad, esmero y honestidad, tanto a la mujer gestante y manteniendo una relación cordial y amable con su círculo familiar tomando en cuenta que el embarazo de una mujer afecta directamente al núcleo familiar.

## **2.3 Fundamentación Legal**

### **Ley del ejercicio y defensa ética y profesional de los fisioterapeutas.**

#### **Capítulo I Título II**

De los objetivos

**Artículo 5.-** El fisioterapeuta tendrá como principios:

a) Un profundo respeto por la dignidad de la persona humana, por sus fueros y derechos individuales, sin distinción de edad, sexo, raza, religión o posición económica, política, cultural o nacional.

b) Dar atención y combatir en la recuperación y bienestar de las personas, no implica garantizar los recursos exitosos de una intervención al profesional, hacerlo constituyente una falta de ética que debe ser sancionada de acuerdo con lo previsto en esta Ley.

c) La atención personalizada y humanizada del fisioterapeuta constituye un deber profesional y ético permanente con los usuarios de sus servicios, así como, transmitir sus conocimientos y experiencias al paso que ejerce la profesión, o bien en función de la cátedra en instituciones universitarias u otras entidades, cuyo funcionamiento esté legalmente autorizado.

e) Constituye un deber y una responsable profesional y ética de los Fisioterapeutas, la capacitación y actualización permanente de sus conocimientos.

g) Las acciones del Fisioterapeuta impone responsabilidades frente al desarrollo social y comunitario del País.

h) Es un deber, dar un servicio profesional de calidad, y estará acorde con los recursos disponibles y los condicionamientos de diverso orden existentes en el medio dentro del cual desarrolle su actividad.

### **Título III**

#### **Ámbito de ejercicio de la Fisioterapia.**

**Artículo 6.-** Se entiende por Ejercicio de la Fisioterapia, como la actividad desarrollada por el Fisioterapeuta en material de:

b) Diseño, ejecución, dirección y control de programas de intervención Fisioterapéutica para: la promoción de la salud y el bienestar cinético, la prevención de las deficiencias, limitaciones funcionales, discapacidades y cambios en la condición física en individuos o comunidades en riesgo, la recuperación de los sistemas esenciales para el movimiento corporal humano y la

participación en procesos interdisciplinarios de habilitación y rehabilitación integral.

## **Título VII**

### **Del código de ética para el ejercicio de la profesión.**

**Artículo 16.-**La práctica de la fisioterapia está guiada por la mística del servicio al paciente, con profesionalismo, dedicación y disciplina, en procura de lograra la excelencia como ética profesional.

## **Capítulo II Título I**

### **De las relaciones del profesional fisioterapeuta con los usuarios de sus servicios.**

**Artículo 17.-** Los Fisioterapeutas deberán garantizar a sus pacientes o usuarios de sus servicios, una atención de calidad, conforme lo previsto por la Ley y demás normas convexas que regulen la rama de salud, en el Ecuador.

**Artículo 18.-** Es obligación del Fisioterapeuta mantener un registro general particular o institucional y la historia clínica de cada uno de sus usuarios o pacientes, que contendrá la evaluación, diagnóstico, tratamiento e inventario de las intervenciones realizadas y las circunstancias que crea importantes, para respaldar su labor profesional.

**Artículo 19.-**Cuando el Fisioterapeuta, desarrolle su trabajo profesional, con individuos o grupos, debe partir de una evaluación integral, destinada a establecer un diagnóstico fisioterapéutico, como fundamento de su intervención profesional.

Se entenderá por diagnóstico fisioterapéutico, a la determinación de las capacidades, discapacidades, deficiencias y/o limitaciones funcionales resultantes de enfermedad, lesión, intervención quirúrgica u otras condiciones de salud, directamente relacionadas con su específico campo profesional.



**Artículo 24.-**Cuando se trate de consultas privadas o directas, el profesional fisioterapeuta; previo al tratamiento correspondiente, hará la evaluación y diagnóstico del paciente. Si advierte circunstancias que están fuera de su competencia, solicitará la práctica de exámenes y criterios de apoyo, para lo cual recomendará al paciente someterse a un médico especializado, para garantizar la calidad de sus servicios. (h)

### **Derechos de la Mujer Embarazada**

La mujer en estado de gestación tiene una protección especial consagrada en el Código de Trabajo de nuestro país, que a su vez está a la par con la normativa internacional vigente; estos derechos son los siguientes:

#### **Estabilidad laboral**

El derecho fundamental que ampara a la mujer embarazada es el de garantizarle su estabilidad laboral durante su período de gestación y durante las 12 semanas de licencia a que tiene derecho según lo establecido en el artículo 153 y 154 inciso segundo del Código del Trabajo que dicen lo siguiente:

**Art. 153.-** Protección a la mujer embarazada.- No se podrá dar por terminado el contrato de trabajo por causa del embarazo de la mujer trabajadora y el empleador no podrá reemplazarla definitivamente dentro del período de doce semanas que fija el artículo anterior.

**Art. 154.**Salvo en los casos determinados en el artículo 172 de este Código, la mujer embarazada no podrá ser objeto de despido intempestivo ni de desahucio, desde la fecha que se inicie el embarazo, particular que justificará con la presentación del certificado médico otorgado por un profesional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, y a falta de éste, por otro facultativo.

## **Licencia por maternidad**

Adicionalmente a la estabilidad laboral, la mujer tiene derecho a una licencia de 12 semanas remuneradas por motivo del nacimiento de su primogénito, estas doce semanas pueden ser tomadas incluso desde días o semanas antes de que se produzca el nacimiento, sin embargo al cumplirse las 12 semanas tendrá que reincorporarse a sus labores normales. Únicamente en el caso de nacimientos múltiples esta licencia se extenderá por diez días más.

## **Horario de lactancia**

Las madres que se reincorporen a sus labores dentro de la empresa, tendrán un horario especial de 6 horas diarias por motivo de lactancia. Este horario podrá ser fijado por el reglamento interno, contrato colectivo o de común acuerdo con el empleador. Esta disposición está estipulada en el artículo 155 inciso tercero del Código de Trabajo que dice:

**Art. 155.** En las empresas o centros de trabajo que no cuenten con guarderías infantiles, durante los nueve (9) meses posteriores al parto, la jornada de trabajo de la madre del lactante durará seis (6) horas que se señalarán o distribuirán de conformidad con el contrato colectivo, el reglamento interno, o por acuerdo entre las partes.

Es importante aclarar que los 9 meses de horario especial son contabilizados a partir del nacimiento del niño o niña, ya que esta confusión es frecuente entre trabajadores y empleadores ya que se piensa que los 9 meses son desde que la madre regresa a las labores normales.

## **Licencia por paternidad**

Una notable reforma recientemente introducida en nuestra legislación es la relacionada con la licencia por paternidad, que no es más que el permiso que los padres tienen para ausentarse de su lugar de trabajo y poder atender a la madre y a su primogénito al momento de su nacimiento. Este nuevo derecho tiene dos objetivos primordiales, el primero que el padre ayude y brinde el apoyo necesario a su pareja y a su hijo o hija al momento de su nacimiento; el segundo es que el hombre se comprometa más con el rol de padre y ejerza esta actividad responsablemente.

Esta licencia remunerada, es de 10 días en caso de parto normal; se otorgará 5 días adicionales en caso de cesárea o nacimientos múltiples; si el niño o niña naciera prematuro o en condiciones de cuidado especial, se le dará al padre 8 días adicionales de licencia remunerada; y cuando la hija o hijo haya nacido con una enfermedad, degenerativa, terminal o irreversible, o con un grado de discapacidad severa, el padre podrá tener una licencia con remuneración por veinte y cinco días.

#### **Alimentos para mujeres embarazadas menores de edad, solteras o casadas**

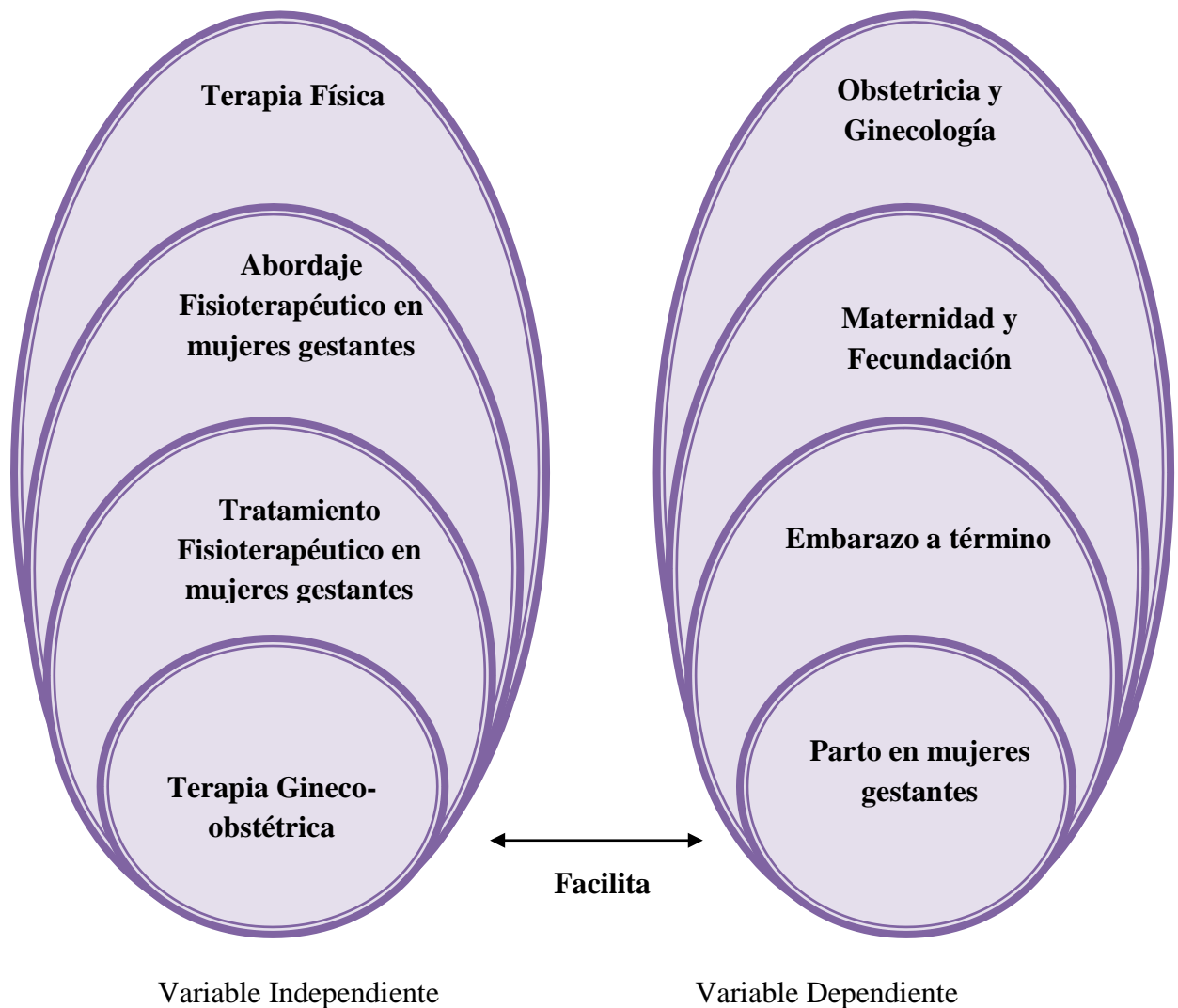
Toda mujer que se encuentre embarazada, tiene derecho a los alimentos, independientemente que se encuentren casadas, solteras o sean menores de edad.

**Art. 148** del Código de la Niñez y Adolescencia dice textualmente:

“La mujer embarazada tiene derecho, desde el momento de la concepción, a los alimentos para la atención de sus necesidades de alimentación, salud, vestuario, vivienda, atención del parto, puerperio, y durante el periodo de lactancia por un tiempo de doce meses contados desde el nacimiento del hijo o hija; si la criatura muere en el vientre materno, o el niño o la niña fallece luego del parto, la protección a la madre subsistirá hasta por un período no mayor a doce meses contados desde que se produjo la muerte fetal del niño o niña”.

”Obligados a la prestación de alimentos.- Están obligados a la prestación de alimentos el padre del niño o niña, el presunto padre en el caso del Art. 131, y las demás personas indicadas en el artículo 129. Si la paternidad del demandado no se encuentra legalmente establecida, el juez podrá decretar el pago de alimentos, provisional y definitivo, desde que en el proceso obren pruebas que aporten indicios precisos, suficientes y concordantes para llegar a una convicción sobre la paternidad o maternidad del demandado. (w-p)

## 2.4 Categorías Fundamentales



Cuadro N° 1 Categorías Fundamentales

## **Fundamentación Científica de la Variable Independiente**

### **Terapia Física**

La palabra Fisioterapia proviene de la unión de las voces griegas: physis, que significa naturaleza y therapeia, que quiere decir tratamiento. Por tanto, desde un punto de vista etimológico, fisioterapia o physis-therapeia significa “Tratamiento por la Naturaleza”, o también “Tratamiento mediante Agentes Físicos”.

Es una profesión dentro del área de la salud que consiste en apelar a elementos naturales o a acciones mecánicas, como movimientos corporales y ejercicios físicos. Se caracteriza por buscar el desarrollo adecuado de las funciones que producen los sistemas del cuerpo, donde su buen o mal funcionamiento repercute en la cinética o movimiento corporal humano. Interviene, mediante el empleo de técnicas científicamente demostradas, cuando el ser humano ha perdido o se encuentra en riesgo de perder, o alterar de forma temporal o permanente, el adecuado movimiento, y con ello las funciones físicas. Sin olvidarnos del papel fundamental que tiene la Fisioterapia en el ámbito de la prevención para el óptimo estado general de salud. En conclusión, la fisioterapia no se puede limitar a un conjunto de procedimientos o técnicas. Debe ser un conocimiento profundo del ser humano. Para ello es fundamental tratar a las personas en su globalidad bio-psico-social por la estrecha interrelación entre estos tres ámbitos diferentes.

Trata problemas de salud debidos a condiciones y enfermedades que van desde trastornos del sistema nervioso hasta problemas a nivel gástrico.

Por lo tanto entendemos que la fisioterapia consiste en el tratamiento de diferentes enfermedades bajo el uso de medios físicos y mecánicos, de acuerdo a la evaluación previa de las habilidades y condiciones propias del paciente para mejorar la función musculo-esquelética del mismo.

La meta del servicio siempre será mejorar la condición física del paciente así como su independencia.

La terapia física es el resultado de la evolución de un concepto, una filosofía y una práctica a lo largo de épocas, culturas y circunstancias. (o)

### **Abordaje fisioterapéutico en mujeres gestantes**

Las sesiones de Terapia Física deben combinar la teoría con la práctica y ajustarse a las necesidades del grupo de embarazadas. Los ejercicios son bastante recomendables, sobre todo a medida que avanza el embarazo.

Las sesiones individuales permiten verificar la movilidad del sacro y del coxis, de las articulaciones sacroilíacas y lumbares, el tono de los músculos del abdomen, de los paravertebrales, contracturas, rigidez, asimetrías, etc. También se pueden aprovechar para informar a la mujer de los cambios que experimentará su cuerpo y la necesidad de compensarlos. La valoración inicial es fundamental para conocer si la mujer requiere algún tipo de tratamiento fisioterapéutico específico o puede incorporarse directamente a las sesiones de grupo por lo que realizaremos una Historia Clínica Fisioterapéutica.

### **Valoración Terapéutica de la Mujer Gestante**

#### **Valoración postural:**

Se realizara a la mujer embarazada una valoración postural antes de aplicar cualquier ejercicio terapéutico, se llevara a cabo mediante una inspección visual y palpación del cuerpo humano para así detectar diferentes alteraciones; iniciando por los miembros inferiores vamos a observar la presencia de posibles deformidades de los pies y las rodillas, se examina la talla, las simetrías de las escapulas. Se toma la medida del alineamiento del tronco mediante la plomada que desciende desde la apófisis espinosa de C7. Cada desplazamiento hacia la izquierda o derecha del surco interglúteo denota la presencia de una escoliosis.

También la presencia de una escoliosis se puede observar en un plano frontal donde se comprueba el nivel de los hombros, la curvatura de la columna y el nivel de las caderas. Por ello esta valoración postural la vamos a realizar en los diferentes planos del cuerpo humano

### **Flexibilidad muscular:**

Dentro de la flexibilidad muscular en la mujer embarazada vamos a valorar los músculos de los miembros inferiores.

Dentro de los músculos de la cadera tenemos:

- Flexión de la cadera: psoas mayor, iliaco.
- Extensión de cadera: glúteo mayor
- Abducción de cadera: glúteo mediano, glúteo menor.
- Aducción de cadera: aproximadores mayor, menor y mediano; pectíneo y recto interno del muslo.
- Rotación externa de la cadera: obturadores interno y externo, géminos superior e inferior, piramidal de la pelvis, cuadrado crural.
- Rotación interna de la cadera: glúteos menor y mediano, tensor de la fascia lata.

Flexión de la rodilla: bíceps crural, semitendinoso, semimembranoso.

Extensión de la rodilla: recto anterior, crural, vasto externo, vasto interno.

Patrón Ventilatorio:

- Dentro de la respiración vamos a valorar:
- Tipo de respiración
- Frecuencia respiratoria
- Ritmo respiratorio
- Soporte ventilatorio

Vamos a valorar cuanto tiempo la paciente mantiene la respiración, conociendo que si mantiene 7 segundos el soporte ventilatorio es bajo; de 12 a 15 segundos es medio. (r-v)

Durante el desarrollo de las clases siempre hay que tener en cuenta la homogeneidad del grupo, la variabilidad de las clases y la motivación. Las clases monótonas no motivan y acaban siendo aburridas y abandonadas. La pelvis, el periné, el abdomen, el diafragma o la columna son algunas de las regiones del cuerpo que se deben descubrir y comprender. Los ejercicios se intercalarán con las explicaciones teóricas y las prácticas de las respiraciones, las posturas o los pujos. Los ejercicios ofrecen una base para crear un programa adecuado para la mujer embarazada. Además, la reeducación postural en actividades como salir del coche, levantarse de la cama, toser, estornudar o sentarse, entre otras, constituye también un pilar básico en la preparación fisioterapéutica.

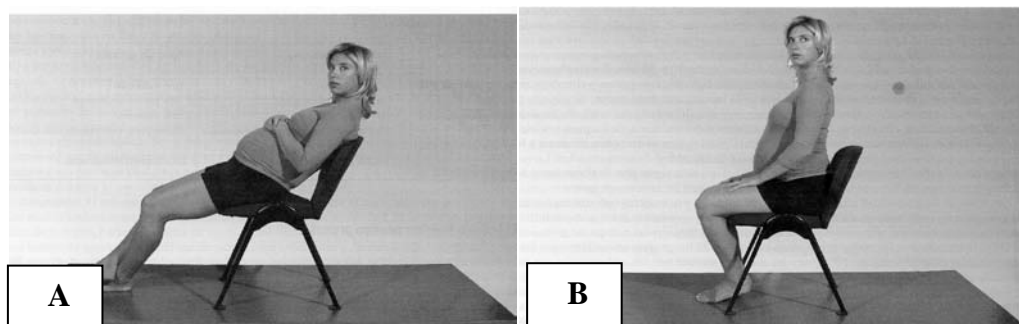


Fig. 1. A) Posición sentada incorrecta; B) Posición sentada correcta

Para completar la preparación es recomendable que los fisioterapeutas especialistas en obstetricia trabajen estrechamente junto con el equipo Gineco-obstétrico, que informarán a las mujeres sobre la nutrición, el cuidado del recién nacido, la lactancia, la relación entre los padres y el hijo, etc., y además podrán informales del protocolo de enfermería durante el parto.



## Tratamiento en mujeres gestantes

El tratamiento en mujeres gestantes o el trabajo prenatal incluye dos aspectos: las sesiones individuales y el trabajo en grupo. En la mayoría de los casos, las causas de derivación a las consultas individuales son los problemas de espalda y la disfunción del suelo pélvico, los dolores lumbares, así como los pélvicos y las «ciáticas» del embarazo son las dolencias más frecuentes. Las técnicas de terapias manuales tienen preferencia durante todo el embarazo, pero es evidente que sin una correcta higiene postural y normalización del tono muscular no se garantizará un buen resultado.

En general, cuatro sesiones de ejercicio a la semana son suficientes para garantizar una preparación física adecuada. Cada sesión podrá durar entre 30 y 45 min. La combinación del ejercicio aeróbico con ejercicios en colchoneta, con balones, con gomas y el trabajo en el agua aseguran el entretenimiento, el bienestar y la motivación de la mujer.

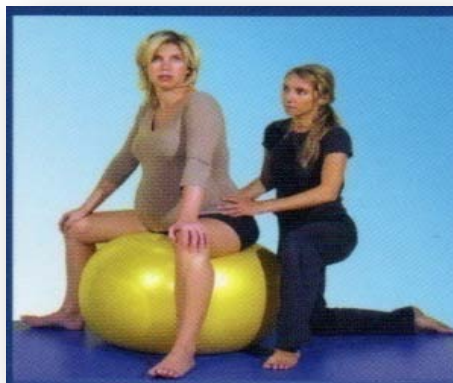


Fig. 2. El trabajo fisioterapéutico prenatal

Las sesiones de grupo (6-8 mujeres) estarán constituidas por mujeres con embarazos. Se desarrollan en amplias salas con colchonetas, almohadas, balones, sillas, etc.

Generalmente se recomienda comenzar las sesiones de preparación física durante el segundo trimestre, por varias razones: suele ser cuando comienza a crecer el abdomen y las articulaciones están más flexibles, la mujer toma conciencia de su verdadero estado, empieza a ver más próximo el momento del parto y busca información y cuidados saludables para ella y su futuro hijo. Además, en estos momentos el cuerpo necesita tonificación y preparación física para prevenir problemas y prepararse para el tercer trimestre y el parto.

Suele decirse que el segundo trimestre es el más «cómodo». Las náuseas y vómitos desaparecen, se producen los primeros movimientos perceptibles del bebé y el abdomen crece sin que llegue a ser asfixiante.

El ejercicio aeróbico moderado, junto con clases de ejercicios específicos para la tonificación, corrección postural y estabilización general, son la combinación perfecta para conseguir un embarazo saludable, afrontar con fuerzas el momento del parto y recuperarse de éste de manera rápida y eficaz.

Objetivos de la preparación física para el parto

Generales	Específicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Romper el círculo miedo-tensión-dolor</b></li> <li>• <b>Reducir las molestias</b></li> <li>• <b>Reducir las secuelas del parto</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilizar las articulaciones</li> <li>• Mantener y/o recuperar el tono muscular</li> <li>• Estabilizar el tronco</li> <li>• Aumentar la coordinación y el equilibrio</li> <li>• Favorecer el tránsito intestinal</li> <li>• Activar la circulación</li> <li>• Tratar con medios terapéuticos la patología de columna en general.</li> <li>• Preparar el suelo pélvico para soportar el aumento de peso, para prevenir disfunciones uroginecológicas y para el sexo.</li> </ul>

Cuadro Nº 2. Objetivos de la preparación física para el parto (5)

## **Terapia Gineco-Obstétrica**

La fisioterapia obstétrica es la especialidad que se acerca al hecho obstétrico, embarazo, parto y puerperio, cubriendo aspectos preventivos y terapéuticos como su participación en el equipo multidisciplinar de los cursos de preparación al parto, y el tratamiento de la patología dolorosa del embarazo y puerperio, y las disfunciones del suelo pélvico. (c)

### **Aspectos preventivos:**

Estrategias primarias: Modifica los factores de riesgo antes del embarazo.

- Cesárea electivas en mujeres con factores de riesgo inmodificables.
- Corrección postural: Equilibrio de la estabilidad lumbopélvica durante el embarazo.
- Evitar el estreñimiento y corregir la mecánica defecatoria.

Estrategias secundarias: Realización de prácticas obstétricas que reduzcan el daño del suelo pélvico durante el parto vaginal.

- Episiotomía restrictiva.
- Frente a episiotomía protocolaria.
- Parto espontánea frente a parto con fórceps.
- Cuidado del periné durante la fase expulsiva.
- Prevenir una primera fase expulsiva pasiva.
- Pujo en espiración frente a pujo en Valsalva.

Estrategias terciarias: Evita trastornos fisiológicos después del parto.

- Incontinencia urinaria.
  - Prolapsos o incontinencia fecal.
  - Alteraciones en la cincha abdominal, suelo pélvico y estabilidad lumbopélvica.
- (5)

## **Suelo pélvico**

Las mujeres embarazadas suelen oír hablar por primera vez de la existencia de los músculos del suelo pélvico durante las clases de preparación al parto. Nunca antes habían imaginado que existiera una musculatura en esta región del cuerpo y mucho menos que pudieran controlarla. Por sus características anatómicas y funcionales, el suelo pélvico será uno de los objetivos principales de cualquier fisioterapeuta dedicado a la obstetricia y la uroginecología.

El suelo pélvico (SP) constituye un complejo de estructuras musculares, fascias, aponeurosis, vasos, nervios y orificios, que forman una unidad anatómica y funcional. Para que esta estructura anatómica funcione correctamente, sus músculos deben estar preparados para actuar tanto manteniendo un tono muscular basal como para reaccionar ante sollicitaciones urgentes y rápidas. Al estar situados en la parte inferior de la cavidad pélvica, estos músculos realizan su acción siempre antigravitatorio; esto implica que deben estar especialmente dotados para soportar carga.

Por tanto, la integridad del SP tiene un papel fundamental en el mantenimiento de las vísceras pélvicas, en los mecanismos de continencia y en la actividad sexual; la disfunción del suelo pélvico podrá dar lugar a prolapso genital, incontinencia urinaria, fecal y de gases, y alteraciones sexuales.

La rehabilitación perineal resulta especialmente compleja, ya que, a diferencia de cualquier otro músculo del cuerpo, la contracción del músculo de la zona perineal no es apreciable por la vista al ser éste un músculo interno, con lo cual el seguimiento y la detección precoz son más complicados de lo normal. Sin embargo es muy importante para la salud de la mujer y para su calidad de vida.

Las fibras del suelo pélvico se orientan hacia abajo y hacia fuera formando como una hamaca que recoge las vísceras pélvicas (también se puede comparar desde

fuera como la carena de un barco). Los músculos se entrecruzan y rodean los 3 orificios: uretra, vagina y ano, contribuyendo al control esfinteriano.

### Funciones del suelo pélvico

El suelo pélvico en conjunto desempeña las siguientes funciones:

- Cierra la pelvis ósea, formando la pared inferior de la cavidad abdominal.
- Garantiza la estabilidad de la región lumbopélvica junto con el músculo transverso del abdomen y los músculos cortos espinales.
- Desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de la continencia.
- Sostiene las vísceras pélvicas.
- Permite la micción, la defecación y el parto.
- Desempeña un papel importante en las relaciones sexuales. (k)

Los objetivos en la preparación del suelo pélvico son:

- Ganar fuerza y tono en aquellas mujeres con el suelo pélvico débil.
- Aumentar la elasticidad y la flexibilidad a través de masajes durante las últimas semanas del embarazo.
- Mejorar la calidad del movimiento así como el automatismo perineal.
- Controlar la relajación perineal.
- Ayudar a la estabilidad de la región lumbopélvica junto con el transverso del abdomen.



Fig.3 Órganos genitales femeninos y suelo pélvico

## **Técnica de Ejercicios Terapéuticos para la Mujer Gestante**

### **Pelvis**

La pelvis es una de las primeras regiones del cuerpo que se debe considerar a la hora de estudiar a las embarazadas. Es el lugar de acogida durante el embarazo y de tránsito en el momento del parto.

La pelvis tiene movimientos propios, como la nutación y la contranutación, movimientos de escasa importancia para la mujer no gestante pero fundamentales en el momento del parto.

El sacro de una mujer embarazada puede condicionar la salida del feto durante el parto. Un sacro demasiado horizontalizado y poco móvil va a impedir que la cabeza pueda encajarse en la pelvis materna.

Es importante trabajar con movimientos que faciliten la nutación y la contranutación.

### **Algunas posiciones que facilitan la contranutación son:**

Posición de mahometano: Con las rodillas separadas y los pies juntos, inclinar el tronco hacia delante hasta apoyar los antebrazos en el punto más lejano, sobre la colchoneta, el balón o sobre el respaldo de la camilla.

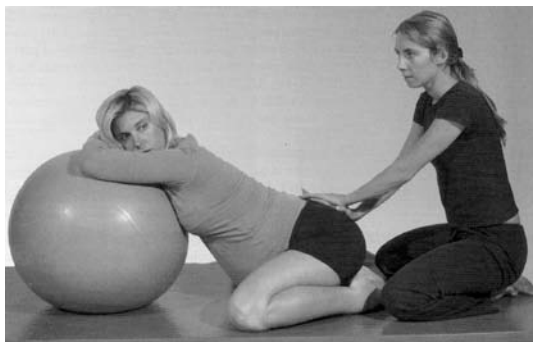


Fig. 4 Posición de mahometano

Posición lateral con el pie apoyado: en decúbito lateral. El pie del miembro inferior de arriba queda apoyado delante del cuerpo para facilitar la rotación externa de cadera.

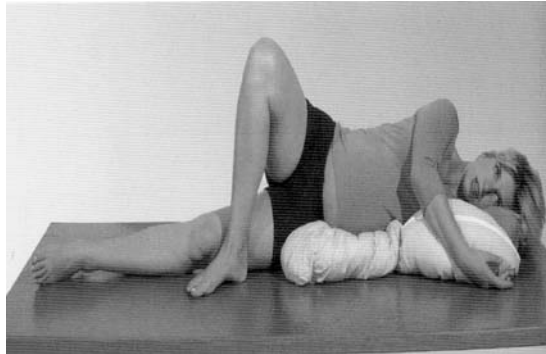


Fig. 5 Posición lateral con el pie apoyado

**Algunas posiciones que facilitan la nutación son:**

Posición lateral con la rodilla apoyada: en decúbito lateral, el miembro inferior de arriba apoya la rodilla sobre la mesa, a la altura de la cadera o sobrepasándola. El miembro inferior de abajo permanece estirado.

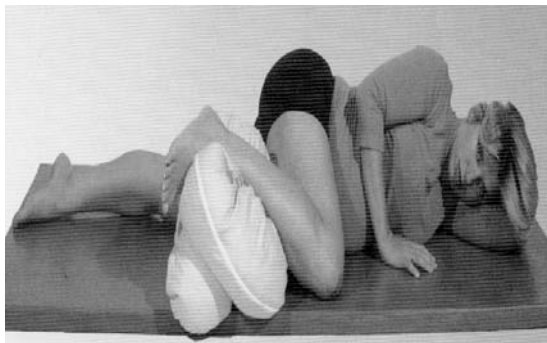


Fig. 6 Posición lateral con las rodillas apoyadas

Sentada con las rodillas juntas: sentada sobre un balón o una silla, con los pies separados y las rodillas juntas. Las manos sobre los muslos. Elongar la columna y dejar caer el abdomen hacia delante, sobre los muslos.

Posición ginecológica (con apoyos en los isquiones): colocar dos pequeñas almohadas justo debajo de cada hueso ilíaco para liberar el sacro. Las piernas quedan apoyadas sobre los estribos en rotación interna y flexión de cadera  $> 90^\circ$  es decir, pies separados.

## **Raquis**

El raquis es una estructura vital del cuerpo humano, el lugar de origen de las raíces nerviosas y el punto de inserción de gran número de músculos, ligamentos y fascias.

La estabilidad del raquis (Panjabi, 1992) depende de la interacción coordinada de tres sistemas:

1. El sistema de control neuronal.
2. El sistema pasivo constituido por las vértebras, los discos intervertebrales, los ligamentos, las cápsulas y las fascias.
3. El sistema activo formado por los músculos y los tendones.

Por lo tanto, uno de los objetivos de la preparación física es el control de la posición de la columna.

Para conseguir el equilibrio postural durante el embarazo se necesita realizar un trabajo de tonificación muscular y de flexibilización articular como:

### **Círculos sobre balón:**

Opción 1:

a) Posición inicial: sentada sobre el balón gigante, con las piernas separadas. Poner las manos sobre los muslos y la columna elongada (sentir el peso del cuerpo sobre los isquiones y la autoelongación de la columna).



b) Movimiento: realizar círculos siguiendo las agujas del reloj con la pelvis. Provocar el desplazamiento del balón sobre el suelo y sentir el movimiento desde la zona lumbar. Los hombros y la región dorsal de la columna permanecen fijos. Repetir el ejercicio en sentido contrario.

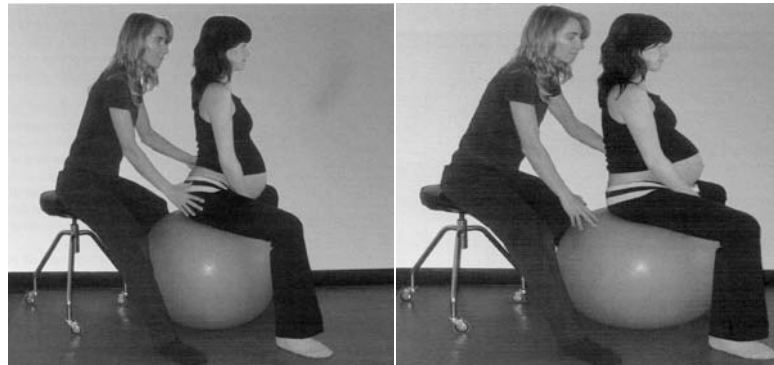


Fig. 7 Círculos sobre balón

### **Ejercicio del «gato» (versión de Gasquet)**

Posición inicial: Para realizar correctamente este ejercicio es preciso que la columna se encuentre elongada desde el momento inicial. Para ello, en «posición de mahometano» llevaremos la cabeza y los miembros superiores lo más lejos posible, como muestra la imagen. A continuación elevaremos el tronco, para pasar a la posición de cuadrupedia manteniendo las manos en el punto más lejano al que se haya llegado en la «posición de mahometano». Una vez colocados es importante desplazar el peso del cuerpo hacia atrás, sobre los miembros inferiores.

Movimiento: durante la inspiración, dejar caer el abdomen hacia el suelo lentamente, sintiendo el movimiento bascular anterior de la pelvis. A continuación y durante el tiempo espiratorio, regresaremos a la posición inicial y la sobrepasaremos. La pelvis en este momento se desplazará hacia posterior arrastrando la columna lumbar. La posición de elongación inicial, así como el desplazamiento del peso hacia delante, evitará la compresión excesiva de los

discos durante el movimiento. No obstante, no es conveniente exagerar demasiado los movimientos.

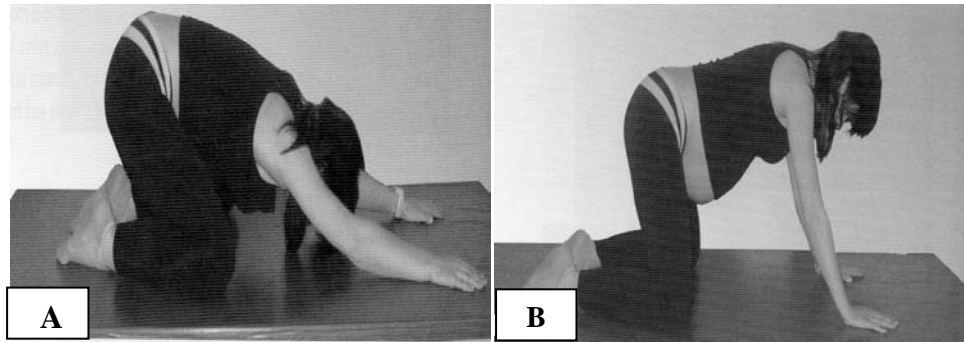


Fig. 8 Ejercicios del gato

A) Posicionamiento a partir de la elongación máxima de la columna; B) Posición en cuadrupedia con el peso del cuerpo sobre los miembros inferiores.

### **Abdomen**

Durante 9 meses, el vientre de la mujer embarazada constituye el centro de sus emociones, es el lugar de la transformación y origina numerosas y desconocidas sensaciones. Rodeado y sostenido por los músculos abdominales, adquiere diferentes formas en función de la sujeción muscular.

Es evidente que el trabajo de los músculos abdominales es esencial para garantizar una correcta adaptación al crecimiento del abdomen, responder al nuevo equilibrio lumbopélvico y ayudar a la salida del feto durante el parto. Fuerza, tono y flexibilidad han de combinarse para lograr la máxima eficacia.

Algunos músculos, como los rotadores externos de cadera o el músculo serrato, facilitan la contracción del transverso. Aquí se proponen algunos ejercicios:

### **Ejercicio en bipedestación para la contracción del transverso a través de los rotadores externos de cadera.**

a) Posición inicial: en bipedestación, con las manos por dentro de las espaldas, con los

con los pies ligeramente separados y la columna elongada.

b) Movimiento: durante la espiración, dirigir las puntas de los pies hacia fuera, sin llegar a desplazarlas. La contracción de los rotadores externos de cadera debe realizarse tomando como punto fijo los miembros inferiores. Sentir el movimiento de la pelvis.

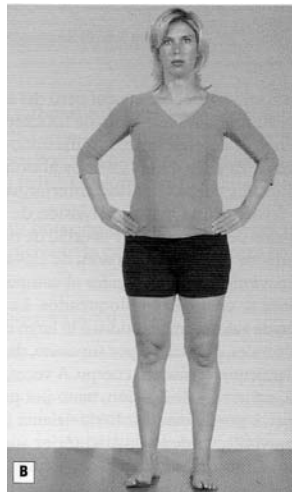


Fig.9 Ejercicio de contracción del transverso a través del músculo serrato

Otras formas de trabajar la musculatura abdominal, de una forma más intensa, son las siguientes:

### **Ejercicio de elevación del tronco desde prono I.**

a) Posición inicial: decúbito prono, con las rodillas y los antebrazos apoyados sobre la colchoneta y los codos a la altura de los hombros. La columna debe mantenerse elongada durante todo el ejercicio.

b) Movimiento: durante la espiración, elevar ligeramente el tronco. No es un movimiento amplio, como muestra la imagen.

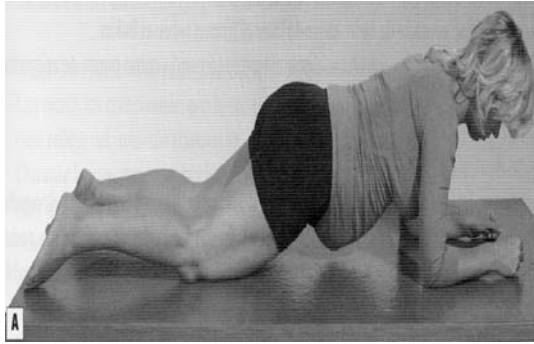


Fig. 10 Ejercicio de elevación del tronco desde las rodillas

### **Ejercicio de elevación del tronco desde lateral.**

- a) Posición inicial: sentada de lado, dejando caer el tronco sobre el balón.
- b) Movimiento: durante la espiración, elevar el tronco tomando como punto de apoyo los pies y el balón.

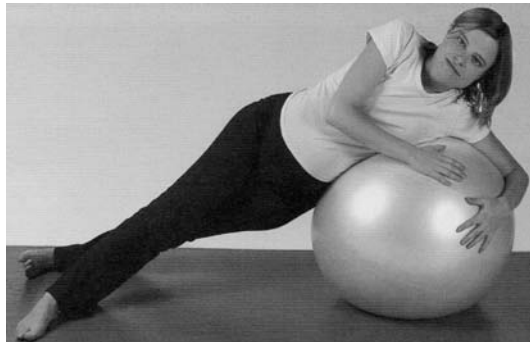


Fig.11 Ejercicio de elevación del tronco desde lateral

### **Ejercicio de desequilibrio sobre balón.**

- a) Posición inicial: de rodillas, con los brazos apoyados sobre el balón y la columna elongada.
- b) Movimiento: durante la espiración, desplazar el cuerpo hacia delante, haciendo rodar el balón, hasta que el peso del cuerpo caiga sobre éste. Mantener la columna estable durante todo el ejercicio.

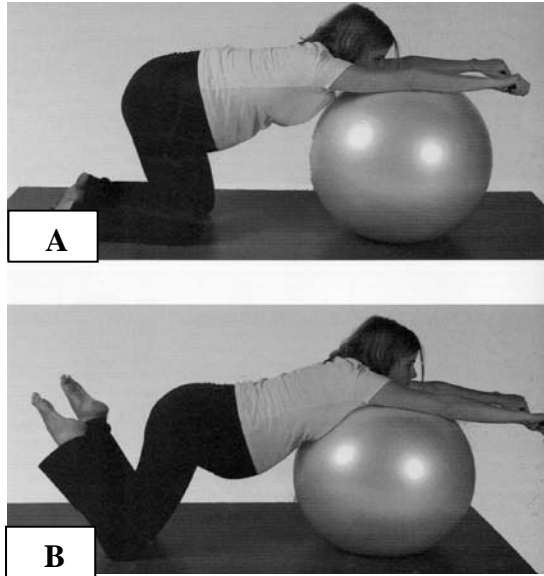


Fig.12 Ejercicio de desequilibrio sobre balón  
A) Posición inicial; B) desplazamiento del tronco.

### **Ejercicio básico de contracción del suelo pélvico.**

a) Posición inicial: decúbito supino, con las piernas ligeramente separadas y los pies apoyados sobre la colchoneta o la camilla. Realizar una autoelongación de la columna antes de posicionarse. Para ello la paciente deberá elevar ligeramente la pelvis, y con las manos apoyadas sobre las crestas ilíacas, realizará un empuje de la pelvis hacia los pies mientras desciende la pelvis lentamente, con ligera retroversión. El objetivo es estirar la columna lo máximo posible.

b) Movimiento: solicitamos que trate de retener la orina, que sienta cómo cierra los esfínteres sin ayuda de los glúteos, los aductores o los rectos abdominales (recordar que hay que sentir la contracción del transverso, ya que se contraerá de forma sinérgica). La contracción se realizará durante la espiración.

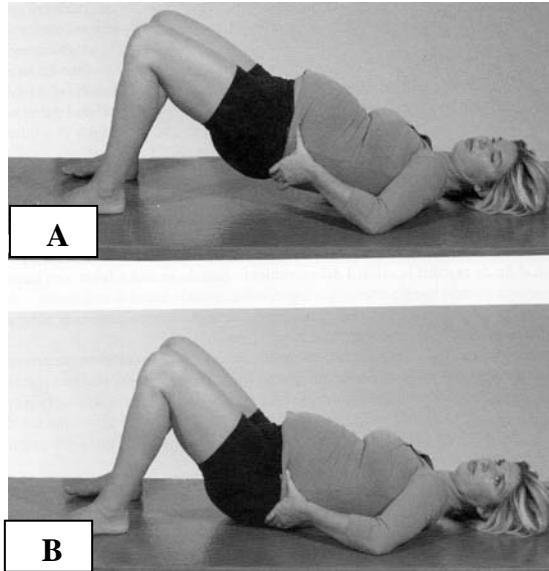


Fig.13 Autoelongación de la columna

A) Tracción en sentido caudal de la pelvis; B) Descenso y apoyo de la pelvis manteniendo al elongación

### **Ejercicio del puente.**

a) Posición inicial: decúbito supino con las piernas ligeramente separadas y los pies apoyados sobre la colchoneta o la camilla.

b) Movimiento: elevar la pelvis durante el tiempo espiratorio manteniendo la contracción de suelo pélvico. Relajar mientras se desciende a la posición inicial.

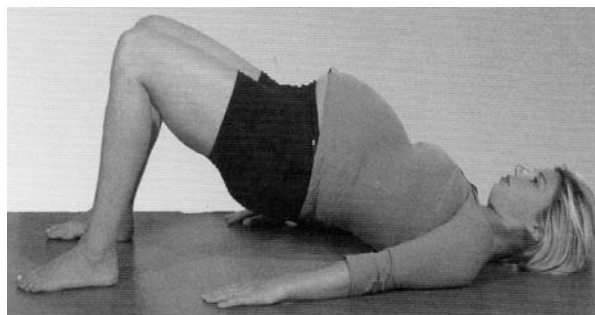


Fig.14 Ejercicio del puente

### **Ejercicio de suelo pélvico sentada.**

a) Posición inicial: sentada sobre un balón o sobre la colchoneta. Sentir la presión sobre los isquiones y elongar la columna, llevando la cabeza hacia el techo.

b) Movimiento: contraer el suelo pélvico durante la espiración.

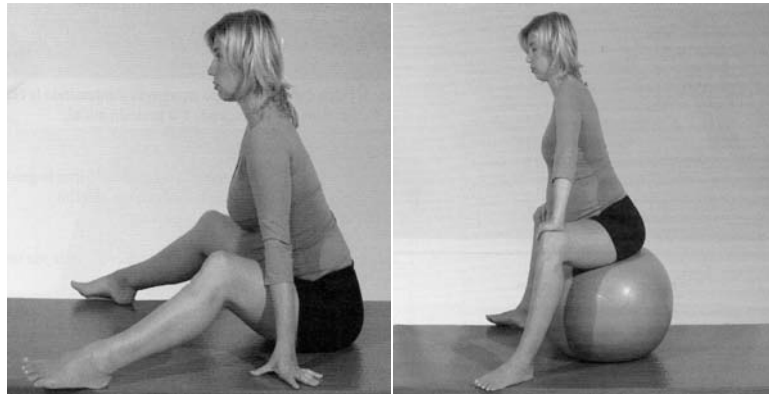


Fig.15 Ejercicio de suelo pélvico sentada

### **Respiración durante el parto**

Durante el embarazo se producen cambios fisiológicos en el sistema respiratorio dirigidos a garantizar el transporte materno-fetal de gases. Estos cambios hacen que la respiración esté alterada, especialmente en los momentos en que las demandas metabólicas aumentan, como ocurre durante el parto.

Durante el parto es probable que la mujer, involuntariamente, acelere la respiración por el dolor de las contracciones, el estrés, la ansiedad, el miedo, la inseguridad, etc.

Llegar a controlar su ritmo y profundidad es difícil, por lo que es importante que durante las clases de preparación tanto la mujer como el acompañante practiquen técnicas de respiración y entiendan que el cuerpo materno y el feto reciben más oxígeno cuando la respiración es lenta y profunda. (5)

## **Fundamentación Científica de la Variable Dependiente**

### **Obstetricia y Ginecología**

La Obstetricia y Ginecología es la especialidad de la Medicina que tiene el propósito de atender las necesidades de salud integral de la mujer a lo largo de su vida. La Obstetricia (del latín *obstare* estar a la espera) se ocupa de la mujer en todo su periodo fértil (embarazo, parto y puerperio) y la Ginecología (del griego *gynaika* "ciencia de la mujer") es la subespecialidad médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios). (s)

### **Maternidad y fecundación**

#### **Maternidad**

Su definición, de forma general, podría ser la de todo el conjunto de acciones realizadas a favor de la mujer en época de gestación, nacimiento de la nueva persona, cuidados posteriores y atención y ayuda al nacido. Es decir: concepción, embarazo, parto, crianza y desarrollo

Todo lo anterior también implica la educación de la madre mucho antes de la gestación, en diferentes edades y épocas de su vida, en cuanto a la conservación adecuada de sus funciones generativas, para el mejor cumplimiento de su función primordial. (m)

#### **Fecundación**

La fecundación es la fusión de células sexuales o gametos en el curso de la reproducción sexual, dando lugar a la célula cigoto donde se encuentran reunidos los cromosomas de los dos gametos. Los gametos se llaman respectivamente



espermatozoide y óvulo. Este tiene lugar en el tercio externo de la trompa, en principio en el mismo lado donde está el ovario que desprendió el ovulo.

La vida del ser humano comienza en el momento exacto de la unión del óvulo con el espermatozoide. De ahí en adelante van ocurriendo sucesivos cambios. Hasta las 8 semanas de embarazo, el nuevo ser se llama embrión

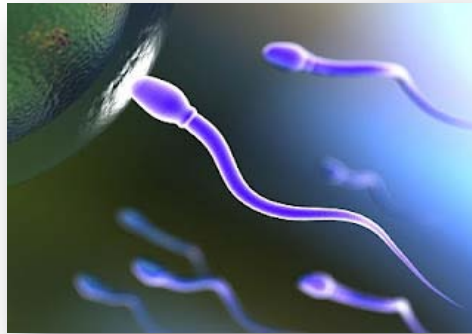


Fig.16 Fecundación

### **Primera y segunda semana del desarrollo:**

Al día siguiente de ocurrida la fecundación el cigoto sufre múltiples divisiones. A 72 horas el nuevo ser llega al útero (la etapa se llama mórula). Se pierde la zona pelúcida y sus células migran formando una cavidad que contiene líquido llamada blastocito, llamadas trofoblastos, darán origen a anexos embrionarios tales como la placenta y amnios. Y las otras ubicadas en el interior, (embrioblasto) originaran el embrión.

Las células del embrioblasto migraran y se diferenciaran para formar 3 capas de células que darán origen a los diversos tejidos y órganos del cuerpo (tejidos embrionarios). Al término de la primera semana se produce la implantación, proceso por el cual el blastocito se une el Endometrio uterino obteniendo así las sustancias necesarias para su nutrición.

## Desarrollo Embrionario:

Aquí se forma el embrión y comprende entre la 3<sup>o</sup> y la 8<sup>o</sup> semana de desarrollo. Cada tejido embrionario dará origen a los diferentes tejidos (óseos, muscular), órganos, sistemas nervioso, cardiovascular, urogenital, respiratorio, endocrino, digestivo, etc. Que maduraran definitivamente en los próximos meses. Ya al final del segundo mes el embrión adquiere aspecto claramente humanos, siendo sensibles a sustancias químicas y agentes externos tales como la nicotina y la exposición a los rayos x que pueden causar mal formaciones.

El final de la décima semana marca el final del "período embrionario" y el comienzo del "período fetal"

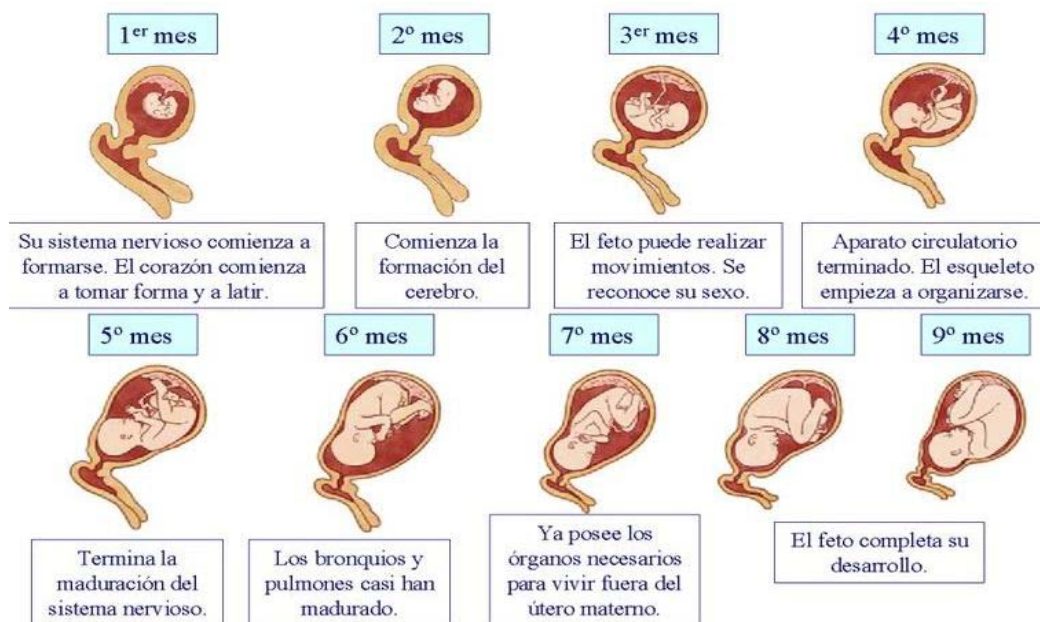


Fig.17 Desarrollo Embrionario y Fetal

## Embarazo a término

Primeramente vamos a definir al embarazo, gestación o gravidez al periodo que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto.

La duración aproximada de un embarazo es de 280 días. Son 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 semanas (aproximadamente nueve meses) desde el momento de la fecundación.

Por lo tanto el embarazo a término se considera en aquel que transcurre entre la semana 37 (259 días cumplidos) y la semana 42 de gestación (294 días cumplidos). Lo que quiere decir que todos sus órganos y sistemas del bebé están prácticamente maduros. Llega el momento en el que el bebé se encaja en el canal del parto y el momento de dar a luz cada vez es más inminente.

Un bebé que nace antes de la semana 37 es prematuro y después de la 42 es post-término. (d)

## **Parto**

La palabra parto etimológicamente proveniente del latín “partus”, y significa dar a luz, es decir es la expulsión de un feto maduro entre las 37 y las 42 semanas cumplidas desde el interior de la cavidad uterina hacia el exterior. Esto es lo que se entiende por parto a término, o antes del mismo; con riesgo para el nuevo ser vivo.

El parto que se produce sin intervención humana se denomina parto natural, llamándose trabajo de parto a aquel período que comienza con las contracciones regulares y termina cuando una o más criaturas (en este último caso se habla de parto múltiple) salen al exterior, desde el útero por el canal de parto, siendo expulsado por la vagina; y cesárea cuando ocurre por intervención quirúrgica, consistente en una incisión abdominal, por donde se extrae el nuevo ser vivo. (2-g)

Existen distintos tipos de parto como el parto normal, parto por cesáreo y parto en agua. La mayoría de los partos se desarrollan normalmente, sin embargo, pueden existir algunas complicaciones que podrían necesitar tratamiento especial. De

todos modos, las potenciales dificultades podrán ser detectadas con antelación para recibir el tratamiento adecuado.

### **Parto Normal**

Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.



Fig.18 Parto Normal

El proceso del parto humano natural se categoriza en tres estadios:

#### ***1. Fase de dilatación:***

Se produce a través de las contracciones. El útero se contrae y el cérvix se borra. Se abre un orificio de salida para el bebé en el cuello del útero. Se dilatará hasta llegar a los 10 centímetros. Aproximadamente que será cuando el bebé ya podrá asomar la cabecita y salir en el expulsivo. Es imposible predecir el tiempo en que se conseguirá la dilatación suficiente. Esta fase es la más larga y costosa. Se puede además diferenciar en tres etapas:

- Dilatación hasta los 2 centímetros: Este se llama el periodo de latencia, es el periodo más largo pero el menos doloroso. Algunas mujeres empiezan a sentir las contracciones y llegan al hospital y ya han dilatado los primeros 2 centímetros. Todo depende del umbral del dolor, de la sensibilidad al dolor. Las contracciones aquí son cortas, no muy dolorosas y espaciadas en el tiempo de alrededor de cinco a diez minutos aproximadamente.
- Dilatación hasta los 5 centímetros: El periodo de aceleración es en el que las contracciones empiezan a hacerse mucho más dolorosas. Si se administra epidural, a los quince minutos cesa el dolor, pero seguirá notando la tensión de las contracciones.
- Dilatación de 5 a 10 centímetros: Éste es el periodo de velocidad máxima, dilatará en poco tiempo a gran velocidad, cuando llegue a los 10 centímetros estará preparada para entrar a la sala de partos.



Fig.19 Fase de Dilatación

## ***2. Fase de expulsión:***

Cuando el cuello del útero ya ha alcanzado los 10 cm y el bebé es capaz de pasar su cabeza. Antes de llegar hasta ahí deberá pasar por un “pequeño túnel” de 7-9 cm, algunos pueden pasarlo en 10 minutos y otros pueden necesitar alguna hora.

Durante la expulsión el perineo se estira. Es posible que haya un desgarro o, si los médicos lo ven necesario, podrán hacer una episiotomía (incisión que realiza el

obstetra sobre la parte inferior de la vulva para permitir un agrandamiento del canal blando del parto y permitir la salida del bebé). Para evitar esto es mejor seguir los consejos de los médicos y empujar suavemente.

La conducta a seguir durante este periodo es la siguiente:

- En la exploración vaginal valoramos:
  - Dilatación (completa)
  - Altura de la presentación
- Estado de la bolsa amniótica: Si las membranas están íntegras se puede proceder a romperlas.
- Valoración de la progresión del parto.
  - Depende de: paridad, dinámica, tamaño del feto y tamaño pélvico
- Control de la actividad uterina:
  - Palpación uterina de forma cronométrica (se admite como normal. 3 - 5c/10 min.).
- Durante el periodo expulsivo y nunca antes de haber alcanzado la dilatación cervical completa, se procede a prensa abdominal.
  - Infiltración local del periné con anestesia local
  - Protección perineal: La episiotomía se utiliza para proteger el periné. No siempre es necesaria (valorar cuando lo es).



Fig.20 Fase de Expulsión

### **3. Fase de alumbramiento:**

En esta fase se expulsa la placenta y el resto de anexos fetales. Alrededor de 15-20 minutos después del parto las contracciones aparecerán de nuevo para que el cuello del útero recupere su tamaño.

La conducta a seguir durante este periodo es la siguiente:

- Localizar por palpación el fondo uterino
- No realizar ninguna maniobra (tracción del cordón) hasta desprendimiento placentario.- Revisión de placenta y membranas.
- Taponamiento vaginal y sutura de la episiotomía. (b-g)



Fig.21 Fase de Alumbramiento

### **Parto por Cesárea**

La operación cesárea es la extracción del feto y la placenta a través de la pared abdominal. Sus indicaciones pueden ser electivas (cuando se decide antes del momento del parto), urgentes (cuando están en peligro la vida del feto y / o de la madre) e intraparto (cuando se decide en el transcurso del parto sin que haya una urgencia vital).

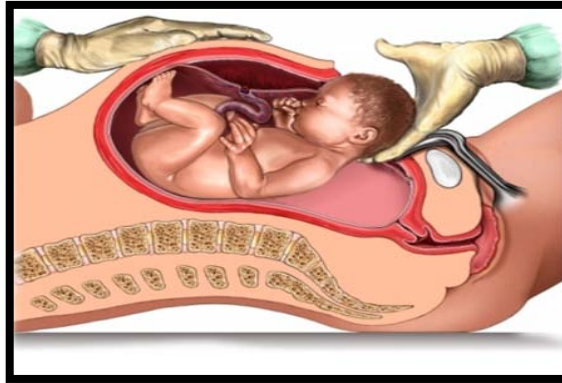


Fig.22 Parto por Cesárea

## **Fases del parto por cesárea**

### ***Fase pre-operatoria***

Preparación para un parto por cesárea:

Antes de una cesárea las gestantes podrían someterse a lo siguiente:

- A firmar el permiso para que la operación se lleve a cabo
- A que le saquen sangre
- A que le laven y rasuren el abdomen
- A que le pongan una sonda intravenosa y se le introduzca una sonda para la orina.
- A la anestesia(epidural – si esta despierta o general –si está dormida)

### ***Fase Operatoria***

#### **Cirugía.**

Una vez que la anestesia surte efecto, se pasa un algodón o gasa con antiséptico por el vientre y probablemente el médico realice una pequeña incisión horizontal en la piel, sobre el pubis (en inglés lo llaman en lenguaje coloquial *bikini cut* o “corte de bikini”). Después corta a través del tejido subyacente, capa por capa, hasta llegar al útero. Cuando llega a los músculos abdominales, generalmente los



separa manualmente (en lugar de seguir cortando a través de ellos) y los corre para dejar al descubierto lo que está debajo.

Cuando llega al útero, hace un corte horizontal en su segmento inferior. Esto se denomina “incisión transversal inferior”.

En raras circunstancias, el médico decide hacer una incisión uterina vertical o “clásica”. Este podría ser el caso si el bebé es muy prematuro y la parte inferior del útero aún no está lo suficientemente fina como para cortar.

Luego el médico abre el saco amniótico y así extrae al bebé. Mientras el equipo médico está examinando al bebé, el médico saca la placenta y comienza a suturar (coser la incisión).

### ***Fase Post-Operatoria***

#### **Recuperación**

La última capa la piel puede cerrarse con puntos o con grapas, que generalmente se quitan entre tres días y una semana después. Cerrar el útero y el vientre lleva mucho más tiempo que abrirlos. Esta parte de la cirugía lleva por lo general unos 30 minutos.

Una vez terminada la cirugía, se traslada a la paciente a la sala de recuperación, donde se te controla cuidadosamente durante unas horas. Si el bebé está bien, lo llevarán a la sala. Por lo general permanecerá internada tres o cuatro días antes de volver a casa. (1-a)

### **Parto en el agua**

Se trata de una modalidad del parto natural, cuyo proceso es espontáneo. Una vez que la madre haya superado las dos etapas previas al nacimiento, dilatación y

encajamiento; y se inicien las molestias, comienza la fase de hidroterapia, donde el agua circula por medio de filtros a 37 grados de temperatura. La higiene de este tipo de parto es lo que más preocupa a las mamás, sin embargo, está libre de infecciones. El agua caliente permite calmar los dolores y el bebé nace totalmente relajado. (i)



Fig.23 Parto en agua

## **2.5 Hipótesis**

La Terapia Gineco-Obstétrica facilita el parto en las mujeres gestantes de 18 a 40 años de edad.

## **2.6 Señalamiento de Variables**

### **Unidad de Observación**

Mujeres gestantes de 18 a 40 años de edad.

### **Variable Independiente**

Terapia Gineco-obstétrica

### **Variable Dependiente**

El Parto

### **Termino de Relación**

Facilita

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Enfoque**

La presente investigación tiene un enfoque cuali-cuantitativa con predominancia cualitativa sustentada en un amplio campo teórico- científico y enriquecido con técnicas cualitativas que serán de gran importancia en busca de la comprensión de fenómeno social que vive la mujer embarazada, teniendo una extensa perspectiva basada en el origen del problema hacia la solución de la misma, permitiéndole a la mujer una mejor calidad de vida durante el periodo de gestación.

#### **3.2 Modalidad básica de la investigación**

Esta investigación está guiada por las siguientes modalidades básicas de investigación:

Investigación de Campo: el estudio sistemático de los hechos se realizará en la Red de Emergencias Médicas Rhapy Medical , permitiendo el conocimiento más a fondo del investigador, consintiendo plenamente a la fuente de información ya si confirmando su veracidad.

Investigación Documental-Bibliográfica: Esta investigación se basara en diferentes documentos bibliográficos como: libros, artículos y publicaciones de internet, revistas científicas, leyes y otras que permiten clarificar, ampliar, comparar y llegar a establecer conclusiones.

### 3.3 Nivel o tipo de investigación

En la metodología se considera los siguientes niveles de investigación:

**Exploratoria:** En esta investigación se puntualiza las complicaciones que presentan las mujeres gestantes y el beneficio de la Terapia Gineco-Obstétrica para llevar a cabo un embarazo, parto y postparto en óptimas condiciones, dando una vivencia distinta y mucho más plena a la pareja embarazada, ya que actualmente esta terapia no es muy conocida ni aplicada en nuestro medio, a pesar de que si lo es en otras latitudes del mundo.

**Descriptiva:** esta investigación permite detallar toda la información obtenida sobre el parto: definición, tipos de parto, fisiología del parto, entre otros, así como las complicaciones que presenta la mujer gestantes y la Terapia Gineco-Obstétrica cuya técnica incluye ejercicios localizados, respiratorios y de relajación.

**Asociación de variables:** Se establece una relación entre las variables; en donde la Terapia Gineco-Obstétrica será determinante para llegar a la culminación del parto en las mejores condiciones.

### 3.4 Población y Muestra

En nuestra investigación la principal población estará formada por:

<b>Población / Ocupación</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Mujeres Gestantes</b>	20
<b>Fisioterapeutas</b>	1
<b>Director</b>	1
<b>Asesor</b>	1
<b>Coordinadora de Carrera</b>	1
<b>Secretaria de Carrera</b>	1
<b>TOTAL</b>	25

Cuadro N° 3: Población y Muestra.

### 3.5 Operacionalización de Variables

Variable Independiente: Terapia Gineco-obstétrica

Definición	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas	Instrumento
<b>La fisioterapia obstétrica es la técnica terapéutica que se aplica durante el embarazo, parto y puerperio, cubriendo aspectos preventivos y terapéuticos como la preparación al parto, y el tratamiento de la patología dolorosa del embarazo y puerperio, y las disfunciones del suelo pélvico.</b>	Aspecto Preventivo	Estrategias primarias Modifica los factores de riesgo antes del embarazo.  Estrategias secundarias Realización de prácticas obstétricas que reduzcan el daño del suelo pélvico durante el parto vaginal	¿Cuáles son los aspectos preventivos que se lograra con la terapia Gineco-obstétrica?	Encuesta	Cuestionario
	Aspecto Terapéutico	Estrategias terciarias Evita trastornos fisiológicos después del parto.  Evaluación, planificación y aplicación de la técnica Gineco-obstétrica de la mujer embarazada	¿Cuáles son los ejercicios programados dentro de la terapia Gineco-obstétrica?	Observación	Historia Clínica

Cuadro N°4: Operacionalización de la variable Independiente

Variable Dependiente: Parto

Definición	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas	Instrumento
<p><b>Es la expulsión de un feto maduro entre las 37 y las 42 semanas cumplidas desde el interior de la cavidad uterina hacia el exterior.</b></p> <p><b>Según las necesidades de la mujer gestante el parto puede ser natural o por cesárea.</b></p>	Parto natural	Fase de Dilatación Fase de Expulsión. (nacimiento) fase de alumbramiento (placenta)	¿Cuáles son las fases del parto natural?	Observación	Lista de cotejo
	Parto por cesárea	Fase pre-operatoria Fase operatoria Fase post-operatorio	¿Cuáles son las fases del parto por cesárea?	Observación	Protocolo de valoración clínica (del médico)

Cuadro N°5: Operacionalización de la variable Dependiente

### 3.6 Plan de Recolección de Información.

Con los datos recogidos se procede a realizar lo siguiente:

Preguntas Básicas	Explicación
1.- ¿Para qué aplicar	Para facilitar el parto en las mujeres gestantes.
2.- ¿De qué personas u objetos?	A las mujeres gestantes.
3.- ¿Sobre qué aspectos se investigará?	Sobre los ejercicios terapéuticos de la técnica Gineco-obstétrica.
4.- ¿Quien?	Alexandra Cata (tesista).
5.- ¿A quiénes?	-A las mujeres gestantes -A los familiares de las mujeres gestantes. -A la fisioterapeuta de la red de emergencias Raphy Medical -Al equipo de salud Gineco-obstétrico.
6.- ¿Cuándo?	Durante el periodo Diciembre 2011 – Junio 2012.
7.- ¿Donde?	En la red de emergencias Raphy Medical.
8.- ¿Cuántas veces?	Una ocasión.
9.- ¿Cómo?	-Encuesta. -Observación.
10.- ¿Con qué?	-Cuestionario. -Historia clínicas fisioterapéuticas. - Protocolo de valoración clínica.

Cuadro N°6: Plan de Recolección de Información.

### 3.7 Procesamiento y análisis

Los datos recogidos se transformaran según los siguientes procedimientos:

1. Revisión crítica de la información recogida es decir limpieza de información defectuosa.

2. Repetición de la recolección en ciertos casos para corregir fallas de contestación.
3. Tabulación según la variable de la hipótesis.
4. Elaboración de cuadros estadísticos.
5. Presentación grafica de datos.
6. Análisis e interpretación de resultados.



## CAPITULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Análisis e Interpretación de Resultados

La información recopilada para el desarrollo del presente análisis es mediada por encuestas realizadas a mujeres embarazadas y fisioterapeuta de la RED DE EMERGENCIAS MÉDICAS RHAPY MEDICAL, logrando así el empleo de los resultados en la confirmación de los objetivos planteados en la investigación.

#### ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MUJERES GESTANTES DE LA RED DE EMERGENCIAS MÉDICAS RHAPY MEDICAL

##### PREGUNTA 1

¿Practicaba deporte antes del embarazo?, ¿Con que frecuencia?

<b>1 vez por semana</b>	<b>13</b>
<b>2 vez por semana</b>	<b>2</b>
<b>3 vez por semana</b>	<b>0</b>
<b>Nunca</b>	<b>5</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>

Tabla 1. Resultados Tabulados - Pregunta 1

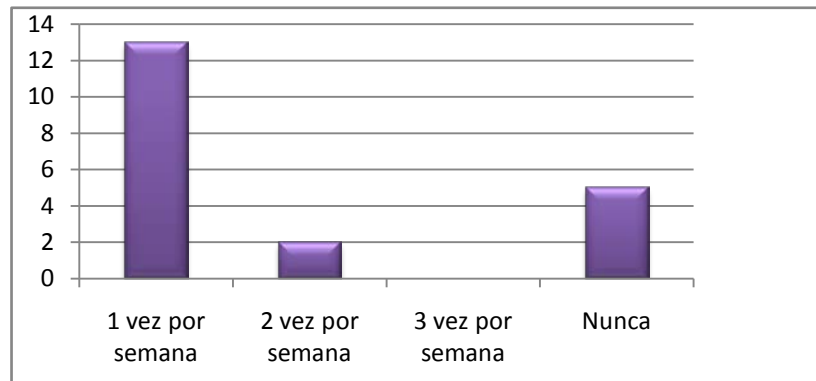


Fig. 24 Estadística Gráfica – Pregunta 1  
Elaborado Por: Alexandra Cata

INTERPRETACION: En este cuadro la muestra que está compuesta por 20 personas que practicaba deporte antes del embarazo se determina que 13 pacientes que corresponden al 65% lo practicaban una vez por semana; 5 pacientes indicaron que nunca lo hicieron y corresponde de al 25%; 2 pacientes lo realizaban 2 veces por semana lo que corresponde al 10% y ningún paciente contestó que lo hacía tres veces por semana que corresponde al 0%.

ANALISIS: La muestra nos indica que un porcentaje aceptable realizaba deporte antes del embarazo lo que correspondería a realizar algún tipo de ejercicio lo que podría ayudarnos en estas pacientes a introducir los ejercicios propios de la Terapia Gineco-Obstétrica que es la propuesta de la presente investigación

## PREGUNTA 2

De practicar un deporte antes el embarazo, ¿continúa practicándolo ahora?

<b>Si</b>	<b>5</b>
<b>No</b>	15
<b>Total</b>	20

Tabla 2. Resultados Tabulados - Pregunta 2

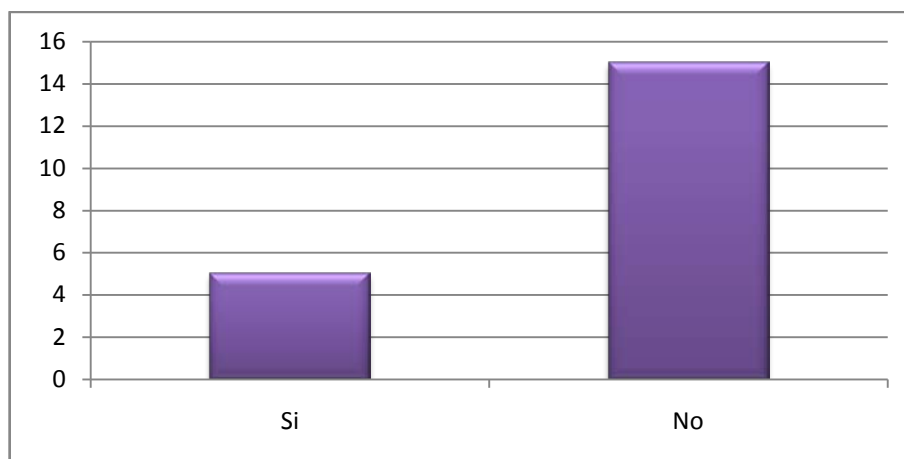


Fig. 25 Estadística Gráfica – Pregunta 2  
Elaborado Por: Alexandra Cata

INTERPRETACION: En esta pregunta, 15 pacientes indican que no realizan ejercicio durante el embarazo lo que corresponde al 75% de la muestra. Mientras que 5 pacientes que corresponde al 25% de la muestra respondieron que no.

ANALISIS: La respuesta de la muestra nos dan un alto porcentaje de pacientes que no realizan deporte durante el embarazo, se debe al desconocimiento que se tiene en el medio respecto a que es prohibido realizar ejercicios durante el mismo, la investigación en el marco teórico nos demuestra que el ejercicio determinara beneficios para la salud de la mujer embarazada

### PREGUNTA 3

¿Conoce usted que el parto puede ser mejor si Ud. realiza ejercicios especiales durante el embarazo dirigidos por un profesional Fisioterapeuta?

<b>Si</b>	<b>16</b>
<b>No</b>	4
<b>Total</b>	20

Tabla 3. Resultados Tabulados - Pregunta 3

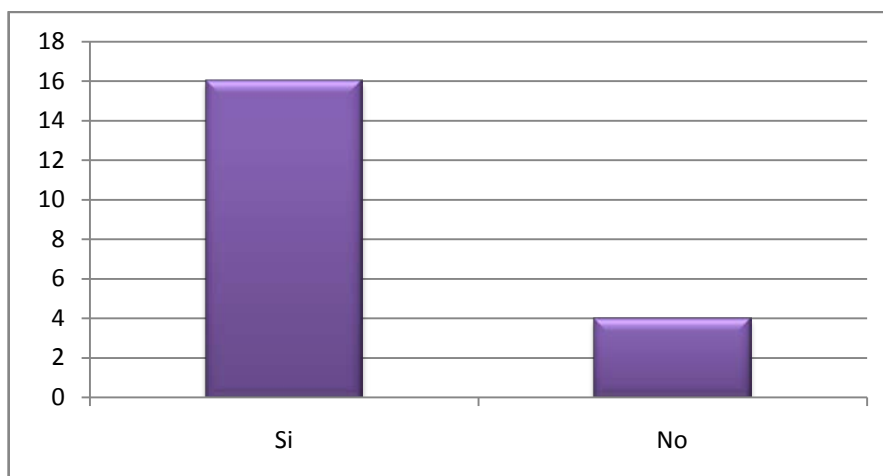


Fig. 26 Estadística Gráfica – Pregunta 3  
Elaborado Por: Alexandra Cata

INTERPRETACION: En este cuadro, 16 pacientes respondieron que el parto puede ser mejor si realiza ejercicios especiales durante el embarazo dirigido por un profesional fisioterapeuta lo que corresponde al 80%, mientras que 4 personas respondieron que no conocen lo que corresponde al 20%.

ANALISIS: Ante esta pregunta las personas indican en un porcentaje bastante alto que el ejercicio so ayudaría al parto, pero no lo realizan por el desconocimiento, por eso nuestra propuesta es la de educar a las mujeres embarazadas ya animarlas a participar dentro del programa de terapia Gineco-obstétrica.

#### PREGUNTA 4

¿Su ginecólogo le ha planteado la posibilidad de participar en un programa de ejercicios especializados pre-parto?

<b>Si</b>	<b>2</b>
<b>No</b>	<b>18</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>

Tabla 4. Resultados Tabulados - Pregunta 4

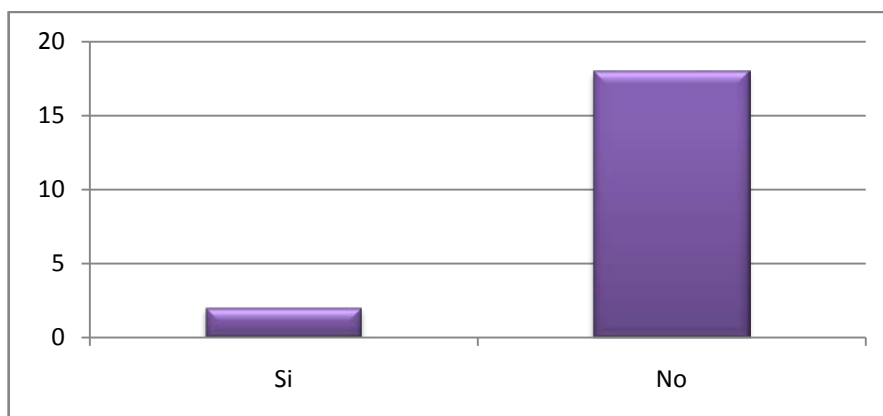


Fig. 27 Estadística Gráfica – Pregunta 4  
Elaborado Por: Alexandra Cata

INTERPRETACION: Ante la presente pregunta, 18 pacientes respondieron que no les indicaba el médico ginecólogo lo que corresponde al 90%, mientras que solo 2 pacientes que corresponde al 10% indicaron que si les habían sugerido hacer ejercicio durante el embarazo.

ANALISIS: Se puede establecer que la gran mayoría de pacientes no han recibido por parte de su ginecólogo la indicación de participar en un programan de ejercicios especializados, lo que nos proyecta a que la presente investigación debe ser compartida aun con la clase médica de todas las nuevas posibilidad que brinda la Terapia Gineco-obstétrica.

### PREGUNTA 5

¿Ha recibido información de ejercicios fisioterapéuticos para la madre durante el embarazo a través de?

<b>Televisión</b>	<b>5</b>
<b>Radio</b>	1
<b>Prensa (revistas)</b>	2
<b>Internet</b>	7
<b>Otros Medios</b>	5
<b>Total</b>	20

Tabla 5. Resultados Tabulados - Pregunta 5

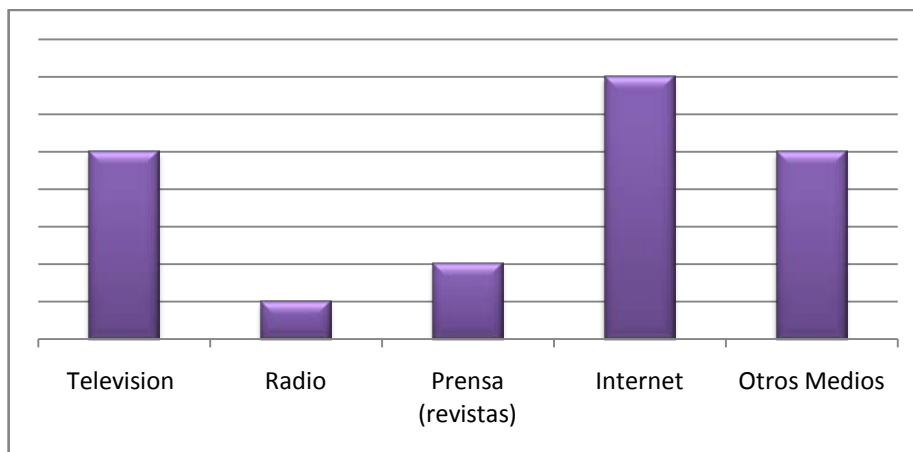


Fig. 28 Estadística Gráfica – Pregunta 5  
Elaborado Por: Alexandra Cata

INTERPRETACION: En este cuadro se determino que 5 pacientes recibieron información de la “estimulación temprana” para la madre y el niño durante el embarazo a través de la televisión que corresponde al 25% ,1 paciente recibió por radio lo que corresponde al 5%, 2 pacientes por prensa (revista) que corresponde al 10% 7 pacientes por internet que corresponde al 35% y por otros medios lo indicaron 5 pacientes que corresponde al 25%

ANALISIS: Las mujeres embarazadas están pendientes de recibir información general calificada o no y que sea conveniente para ella y su hijo es por ello que la Terapia Gineco- Obstétrica, que es el motivo de nuestra propuesta, nos permite brindar una información de calidad con base científica y que aportara de mejor manera al bienestar de la madre y el niño.

### PREGUNTA 6

¿Ha recibido información que en otros países del mundo se realizan programas especiales (terapias Gineco- obstétricas) para la mujer gestante y así prepararlas para el momento del parto.

<b>Si</b>	<b>11</b>
<b>No</b>	9
<b>Total</b>	20

Tabla 6. Resultados Tabulados - Pregunta 6

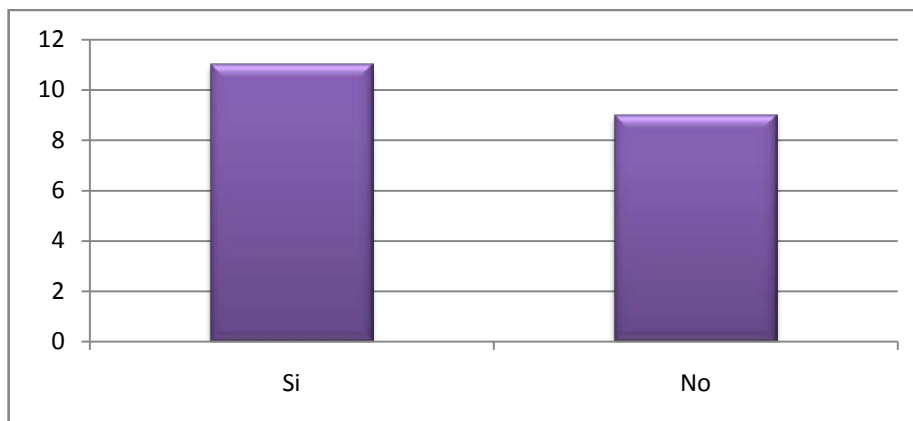


Fig. 29 Estadística Gráfica – Pregunta 6  
Elaborado Por: Alexandra Cata

INTERPRETACION: En esta pregunta 11 pacientes indican haber recibido información que en otros países del mundo se realizan programas especiales (terapias) que corresponde al 55 % mientras que 9 pacientes respondieron que no han recibido información lo que corresponde al 45%.

ANALISIS: Es preocupación del siguiente trabajo colocar a la mujer gestante de nuestra ciudad a nivel de todas la mujeres en el mundo, donde la educación y los programas planificados para ella durante la etapa del embarazo brindan mejores oportunidades para ella y para el niño, por lo que planteamos promover programas locales que permitan la integración de la mujer embarazada en programas de terapia pre y pos parto.

### PREGUNTA 7

¿Cree usted que todas las mujeres embarazadas deberían realizar los ejercicios especiales pre-parto?

<b>Si</b>	<b>5</b>
<b>No</b>	15
<b>Total</b>	20

Tabla 7. Resultados Tabulados - Pregunta 7

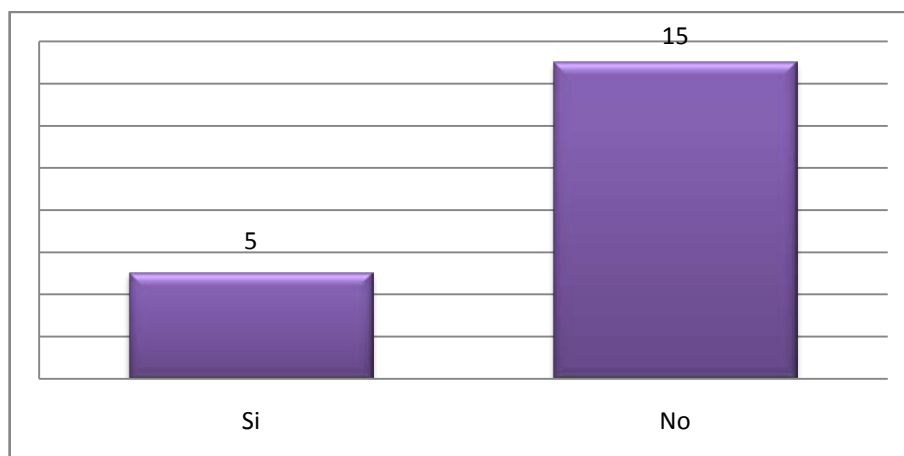


Fig. 30 Estadística Gráfica – Pregunta 7  
Elaborado Por: Alexandra Cata

INTERPRETACION: En este cuadro 15 pacientes respondieron que no conocen que los ejercicios especiales pre-parto pueden ser aplicados a todas la mujeres embarazadas lo que corresponde al 75 %, mientras que tan solo 5 pacientes respondieron que si lo que corresponde al 25%.

ANALISIS: Como podemos observar más de la mitad de las mujeres embarazadas contestan que no conocen que los ejercicios especiales pre-parto pueden ser aplicados a todas la mujeres embarazadas; por lo que es razón suficiente para ejecutar el presente trabajo investigativo y así ayudar a que las pacientes tengan una mejor calidad de vida durante el embarazo.

### PREGUNTA 8

¿Consideraría Ud. y su familia la posibilidad de intervenir en un programa de ejercicios especializados pre-parto?

<b>Si</b>	<b>20</b>
<b>No</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>

Tabla 8. Resultados Tabulados - Pregunta 8



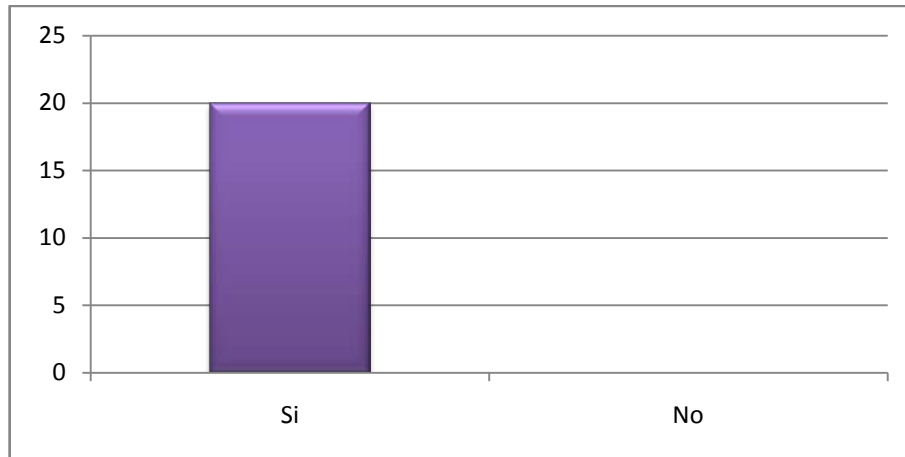


Fig. 31 Estadística Gráfica – Pregunta 8  
Elaborado Por: Alexandra Cata

INTERPRETACION: En este cuadro la muestra que está compuesta por 20 pacientes que corresponde al 100%, las 20 están consideran posibilidad de intervenir en un programa de ejercicios especializados pre-parto.

ANALISIS: Es de vital importancia conocer la predisposición de las mujeres gestantes para llevar a cabo un programa de ejercicios pre-parto ya que en la justificación del presente trabajo de investigación, entre otras razones consideramos su factibilidad e importancia que se cumple ampliamente al realizar el análisis de esta pregunta.

## ENCUESTA DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE TERAPIA FÍSICA DE LA RED DE EMERGENCIAS MÉDICAS RHAPY MEDICAL

### PREGUNTA 1

¿Realiza la historia clínica fisioterapéutica de las pacientes embarazadas que acuden a la red de emergencias Rhapy Medical?

<b>Si</b>	<b>1</b>
<b>No</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>

Tabla 9. Resultados Tabulados - Pregunta 1

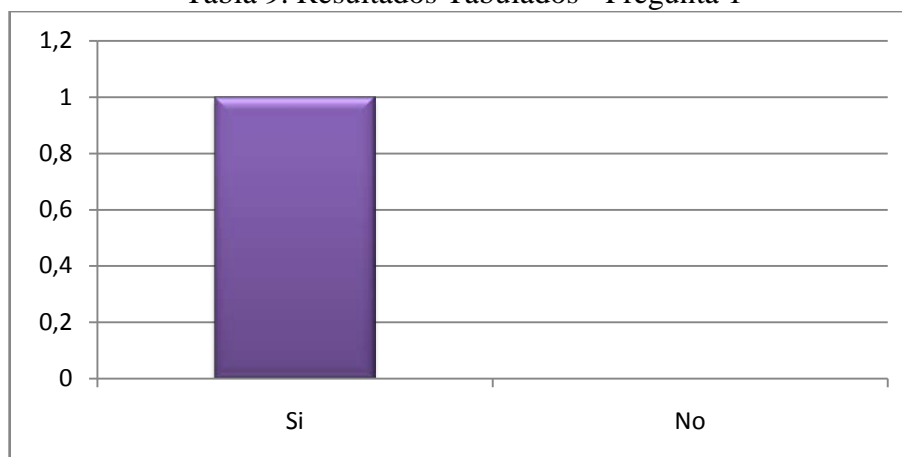


Fig. 32 Estadística Gráfica – Pregunta 1  
Elaborado Por: Alexandra Cata

**INTERPRETACION:** En esta pregunta realizada a la profesional fisioterapeuta indica que si realiza la historia clínica fisioterapéutica lo que corresponde al 100%

**ANALISIS:** Ante esta pregunta podemos observar que la profesional fisioterapeuta realiza la historia clínica a las mujeres embarazadas, siendo este un instrumento fundamental para llevar a cabo un tratamiento planificado y que a la hora de ser ejecutado nos permitirá obtener óptimos resultados los mismos que se registraran en este importante documento.

## PREGUNTA 2

¿Aplica usted una valoración especial para la mujer embarazada antes de iniciar un plan ejercicios preparto?

<b>Si</b>	<b>1</b>
<b>No</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>

Tabla 10. Resultados Tabulados - Pregunta 2

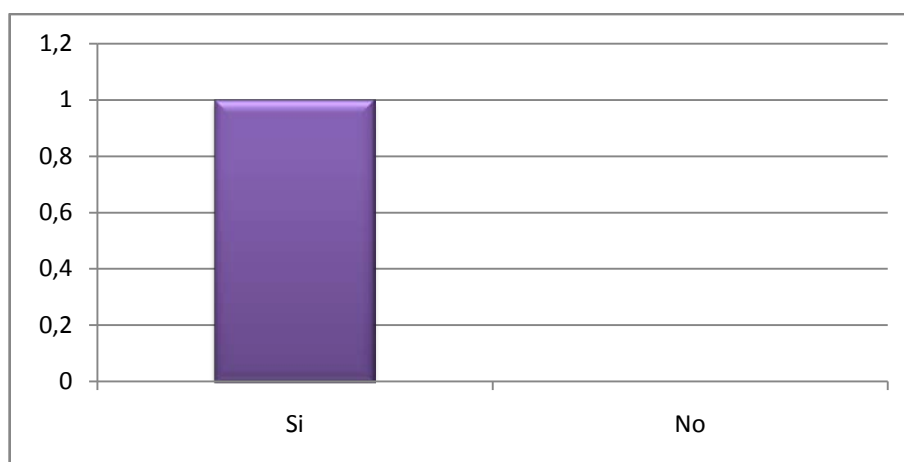


Fig. 33 Estadística Gráfica – Pregunta 2  
Elaborado Por: Alexandra Cata

**INTERPRETACION:** La profesional Fisioterapeuta considerada en la muestra y que corresponde al 100% si realiza la valoración especial para la mujer embarazada.

**ANALISIS:** Es necesario considerar que durante la gestación la madre y el niño deben recibir un trato especial por lo tanto la evaluación y aplicación de la terapia Gineco-obstétrica hace la misma consideración para obtener resultados que redunden en una mejor calidad de vida para la madre y su hijo.

### PREGUNTA 3

¿Realiza la planificación y aplicación de la técnica Gineco-obstétrica para la mujer embarazada y lo hace constar en la historia clínica?

<b>Si</b>	<b>1</b>
<b>No</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>

Tabla 11. Resultados Tabulados - Pregunta 3

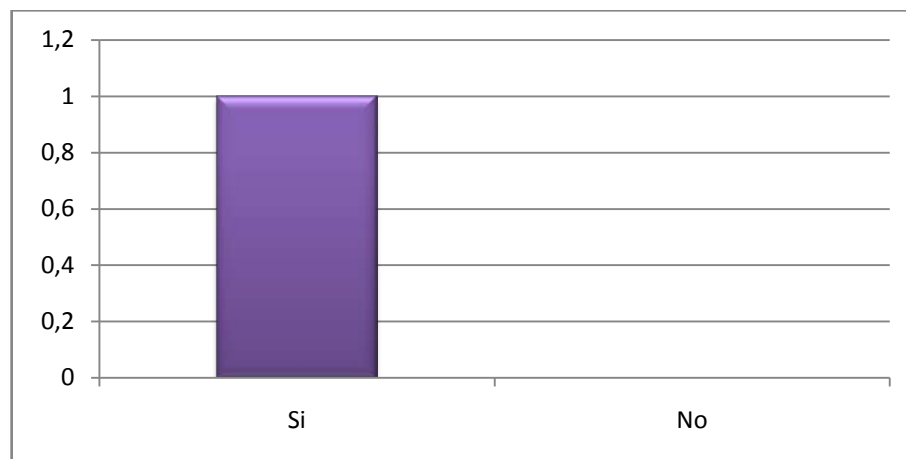


Fig. 34 Estadística Gráfica – Pregunta 3  
Elaborado Por: Alexandra Cata

**INTERPRETACION:** En este cuadro la profesional indica que si realiza la planificación y aplicación de la técnica Gineco-obstétrica para la mujer embarazada lo que corresponde al 100%.

**ANALISIS:** Es fundamental realizar la planificación de la terapia Gineco-Obstétrica para cada mujer embarazada ya que cada embarazo es diferente y al aplicarlo lograremos que el tratamiento propuesto sea el ideal para cada una de ellas, registrando la información en la HCL necesario para poder seguir la evaluación de las pacientes.

#### PREGUNTA 4

¿El tiempo que lleva en la institución ha enseñado a las mujeres gestantes el plan de ejercicios pre-parto?

<b>Si</b>	<b>1</b>
<b>No</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>

Tabla 12. Resultados Tabulados - Pregunta 4

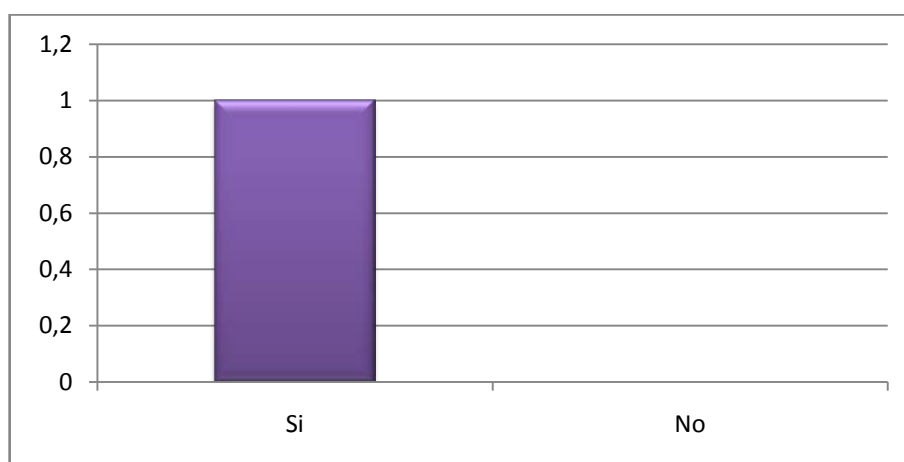


Fig. 35 Estadística Gráfica – Pregunta 4  
Elaborado Por: Alexandra Cata

**INTERPRETACION:** En esta pregunta la profesional responde que el tiempo que lleva en la institución si ha enseñado a las mujeres gestantes el plan de ejercicios pre-parto lo que corresponde al 100%

**ANALISIS:** La experiencia que la profesional ha logrado participar con la mujer gestante es necesario tenerlo como base para la presente investigación ya que nos permite llegar de mejor manera a las mujeres embarazadas de la institución donde realizamos nuestro trabajo.

### PREGUNTA 5

¿En qué trimestre del embarazo cree que es oportuna la terapia Gineco-obstétrica?

<b>Primer Trimestre</b>	<b>0</b>
<b>Segundo Trimestre</b>	0
<b>Tercer Trimestre</b>	1
<b>Todo el embarazo</b>	0
<b>Total</b>	1

Tabla 13 Resultados Tabulados - Pregunta 5

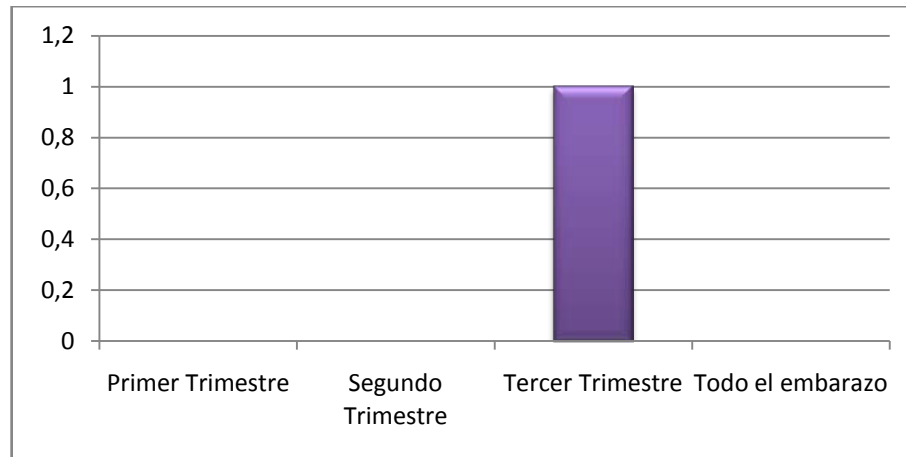


Fig. 36 Estadística Gráfica – Pregunta 5  
Elaborado Por: Alexandra Cata

**INTERPRETACION:** En esta pregunta indica la profesional que el tercer trimestre es oportuna la terapia Gineco-Obstétrica lo que corresponde al 100%.

**ANALISIS:** La terapia Gineco- Obstétrica la profesional fisioterapéutica indica que es oportuna en el tercer trimestre de embarazo para la seguridad materna y fetal. Con nuestra investigación basada en el marco teórico nuestra propuesta incluye ejercicios durante todo el embarazo ya que la evaluación correcta y la planificación personalizada de la Terapia Gineco-Obstétrica nos permitirá aplicarla con óptimos resultados.

### PREGUNTA 6

Dentro la sesión de terapia Gineco-Obstétrica, ¿Cuál cree usted que es el tiempo óptimo para su realización?

<b>30 minutos</b>	<b>0</b>
<b>45 minutos</b>	<b>1</b>
<b>60 minutos</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>

Tabla 14. Resultados Tabulados - Pregunta 6

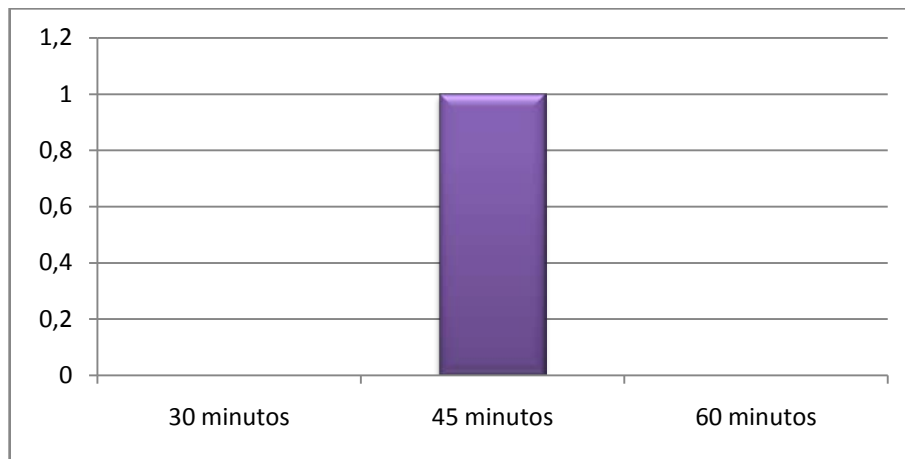


Fig. 37 Estadística Gráfica – Pregunta 6  
Elaborado Por: Alexandra Cata

**INTERPRETACION:** En este cuadro la muestra está compuesta por una profesional indica que 45 minutos es el tiempo óptimo lo que corresponde al 100%.

**ANALISIS:** La profesional fisioterapeuta indica que el tiempo óptimo para llevar a cabo la sesión de Terapia Gineco- Obstétrica es de 45 minutos para garantizar una preparación física adecuada, lo que también ha sido considerado como adecuada en la presente investigación.

### PREGUNTA 7

¿Participa la familia (esposo, hijos) en el desarrollo de la Terapia Gineco-obstétrica?

<b>Si</b>	<b>1</b>
<b>No</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>

Tabla 15. Resultados Tabulados - Pregunta 7

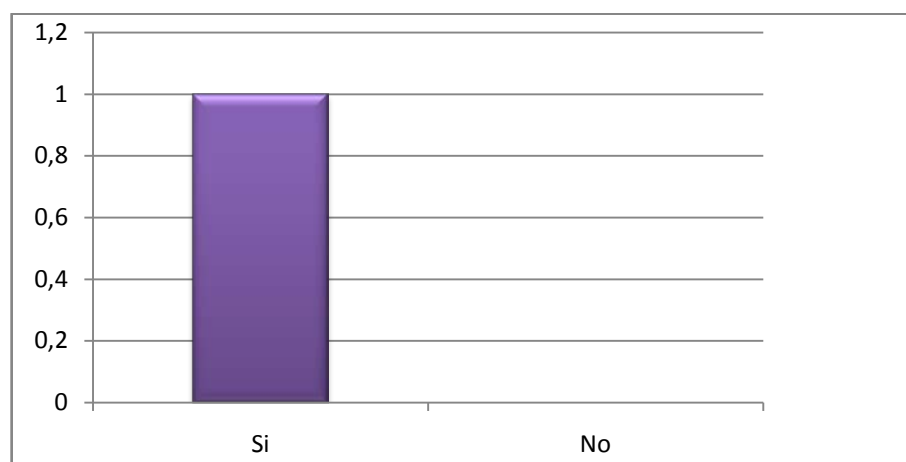


Fig. 38 Estadística Gráfica – Pregunta 7  
Elaborado Por: Alexandra Cata

**INTERPRETACION:** En este cuadro que está compuesta por una profesional y que corresponde al 100 % asegura que si participa la familia en la terapia.

**ANALISIS:** Ante esta pregunta podemos establecer que la participación de la familia es fundamental en el desarrollo de la terapia Gineco-Obstétrica, por cuanto la llegada de un nuevo ser involucra no solo a la mujer gestante sino a todo el entorno familiar.

### PREGUNTA 8

Cuáles cree usted que son los factores por lo que las mujeres gestantes no optan por realizar la terapia Gineco-Obstétrica?



<b>Falta de recursos económicos</b>	<b>0</b>
<b>Falta de tiempo</b>	0
<b>Falta de Información</b>	1
<b>Total</b>	1

Tabla 16. Resultados Tabulados - Pregunta 8

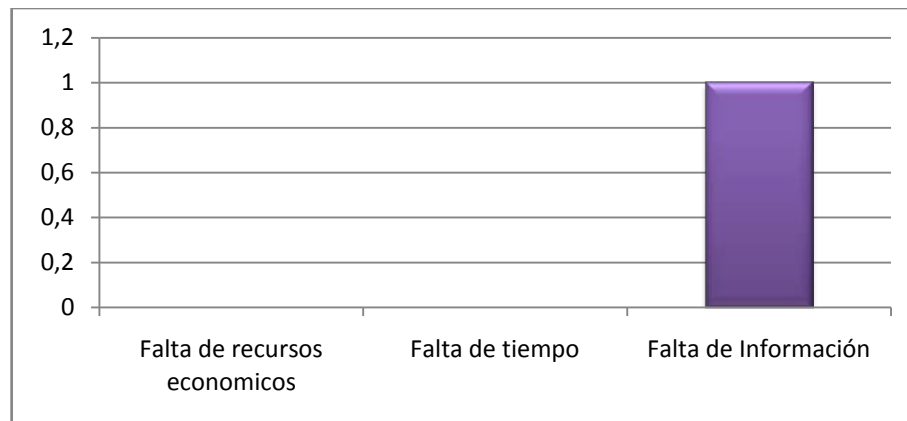


Fig. 39 Estadística Gráfica – Pregunta 8  
Elaborado Por: Alexandra Cata

**INTERPRETACION:** En esta pregunta la profesional indica que el factor por lo que las mujeres gestantes no optan por realizar la terapia Gineco-Obstétrica es por falta de información lo que corresponde al 100%

**ANALISIS:** Ante esta pregunta la profesional asegura que una de las razones por la que las mujeres embarazadas no optan por la terapia Gineco- Obstétrica es por la falta de información por lo que nuestra propuesta incluye una socialización de esta técnica terapéutica utilizando medios de información colectiva.

### **PREGUNTA 9**

Como cree Ud. que se debería hacer la difusión en el medio acerca de la Terapia Gineco-obstétrica.

	SI	NO
Usando los medios de comunicación social	✓	
Mediante el contacto directo con las pacientes embarazada	✓	
Llevando la información a los potenciales padres y madres (colegios-universidades)	✓	
Manteniendo contacto con los profesionales Gineco-Obstétricos de la ciudad y la provincia	✓	

Tabla 17. Resultados Tabulados - Pregunta 9

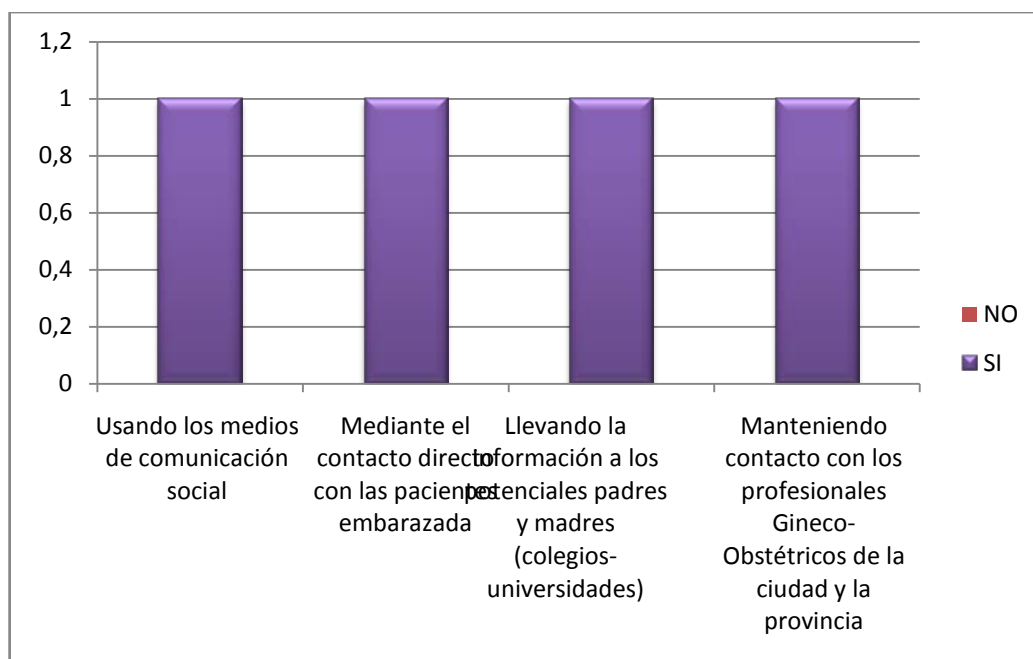


Fig. 40 Estadística Gráfica – Pregunta 9  
Elaborado Por: Alexandra Cata

INTERPRETACION: En esta pregunta la profesional responde que mediante todos los medios de comunicación es importante difundir la terapia gineco-obstetrica lo que representa al 1000%

ANALISIS: Ante la falta de información de la terapia gineco-obstetrica la profesional indica que la difusion debe ser mediante los medios de comunicación social, el contacto directo con las pacientes embarazada, llevando información a

los padres y madres (colegios y universidades), manteniendo contacto con los profesionales Gineco-Obstetras lo que hace amplia nuestra propuesta, dejando incluso abierto el camino para que nuevas investigaciones se realicen en este campo que en nuestro medio es relativamente nuevo.

### 4.3 Verificación de Hipótesis

Planteo

Ho: La Terapia Gineco-Obstétrica no facilita el parto normal en las mujeres gestantes de 18 a 40 años de edad.

H<sub>1</sub>: La Terapia Gineco-Obstétrica facilita el parto en las mujeres gestantes de 18 a 40 años de edad.

Definición del Nivel de Significación.

El nivel de significación escogido para la presente investigación es del 0.05% (95%).

Elección de la prueba estadística.

Se utilizó la fórmula del Chi-Cuadrado ( $X^2$ )

$$X^2 = \frac{\sum(O-E)^2}{E}$$

En donde:

$X^2$  = Chi-Cuadrado

O= Frecuencias Observada

E= Frecuencia Esperada

Pregunta 3 ¿Conoce Usted que el parto puede ser mejor si Usted realiza ejercicios especiales durante el embarazo dirigido por un profesional Fisioterapeuta?

Pregunta 4 ¿Su ginecólogo le ha planteado la posibilidad de participar en un programa de ejercicios especializados pre – parto?

Pregunta 6 ¿Ha recibido información que en otros países del mundo se realizan programas especiales (terapias) para preparar a los progenitores para ser padres?

Pregunta 7 ¿Conoce Usted que los ejercicios especiales pre – parto pueden ser aplicados a todas las mujeres embarazadas?

FRECUENCIA OBSERVADA			
POBLACION	ALTERNATIVAS		TOTAL
	SI	NO	
PREGUNTA 3	16	4	20
PREGUNTA 4	2	18	20
PREGUNTA 6	11	9	20
PREGUNTA 7	5	15	20
TOTAL	34	46	80

**Cuadro N° 7 Frecuencia Observada**

$$f_e = \frac{(Total\ o\ marginal\ de\ renglon)(Total\ o\ marginal\ de\ columna)}{N}$$

FRECUENCIA ESPERADA			
POBLACION	ALTERNATIVAS		TOTAL
	SI	NO	
PREGUNTA 3	8,5	11,5	20,0
PREGUNTA 4	8,5	11,5	20,0
PREGUNTA 6	8,5	11,5	20,0
PREGUNTA 7	8,5	11,5	20,0
			80,0

**Cuadro N° 8 Frecuencia Esperada**

Fuente: Encuestas

Elaborado por: La Investigadora

Zona de Aceptación o Rechazo

Grados de Libertad (gl) = (Filas – 1) (Columnas – 1)

$$gl = (f- 1) (c - 1)$$

$$gl = (4-1) (2 - 1)$$

$$gl = 3 \times 1$$

$$gl = 3$$

Nivel de Significación = 0.05%

El valor tabulado de  $X^2$  ( $x^2 t$ ) con 3 grados de libertad y su nivel de significación del 0.015% es igual al 7,815

$$x^2 t = 7,815$$

Cálculo Matemático

O	E	O - E	(O - E) <sup>2</sup>	(O - E) <sup>2</sup>
				E
16	8,5	7,5	56,25	6,62
4	11,5	-7,5	56,25	4,89
2	8,5	-6,5	42,25	4,97
18	11,5	6,5	42,25	3,67
11	8,5	2,5	6,25	0,74
9	11,5	-2,5	6,25	0,54
5	8,5	-3,5	12,25	1,44
15	11,5	3,5	12,25	1,07
80	80,0		$x^2 =$	23,94

Cuadro N° 9 Cálculo Matemático

Fuente: Encuesta

Elaborado por: La Investigadora

$\chi^2_c > \chi^2_t = 7,815$  se rechaza  $H_0$ .

Decisión

$\chi^2_c = 23,94 > \chi^2_t = 7,815$  se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta la Hipótesis

Alternativa:

La Terapia Gineco – Obstétrica facilita el parto normal o por cesárea en las mujeres gestantes de 18 a 40 años de edad.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

- Las mujeres embarazadas desconocen sobre la Terapia Gineco- Obstétrica por lo que al ser aplicada vamos ayudar a entender los cambios que van surgiendo en el cuerpo durante el embarazo aliviando las tensiones físicas y emocionales del embarazo y parto por lo que va a mejorar la actividad física de la madre, disminuyendo los síntomas dolorosos, evitara que se dañe el suelo pélvico y sobre todo va a facilitar el alumbramiento y la recuperación pronta postparto. Logrando vivir el parto como una experiencia extraordinaria física y emocional,
- Al promover la Terapia Gineco- obstétrica las mujeres embarazadas tendrán la oportunidad de conocer y asistir a la misma con el fin de que disfrute de una buena salud, una mejor calidad de vida; influyendo de forma positiva en todas las áreas de su vida: personal, laboral, social y familiar.
- Con el programa de ejercicios de la terapia Gineco- Obstétrica para las mujeres embarazadas de la Red de Emergencias Médicas Rhapy Medical vamos a preparar las articulaciones y reeducar el suelo pélvico para el momento del parto. Asegurando el bienestar físico, psicológico, emocional e integral de la mujer gestante, garantizando buenos resultados a la hora del nacimiento del nuevo ser.

- **5.2 Recomendaciones**

- Es muy importante tomar en cuenta que cada mujer es diferente y cada embarazo será también diferente, por lo que cada parto es único y especial; por ello recomendamos que la preparación sea individual, adaptada a las expectativas, miedos, objetivos, y personalidad de cada mujer.
- Es necesaria la valoración inicial e historia clínica ya que es fundamental para conocer si la mujer embarazada requiere algún tipo de tratamiento fisioterapéutico específico o puede incorporarse directamente a las sesiones de rutina, por lo tanto se recomienda contar con un documento necesario e indispensable donde se hará constar todo el historial del embarazo y parto de la mujer gestante.
- Para llevar una preparación óptima es recomendable que la Terapia Gineco-Obstétrica se trabaje estrechamente junto con el médico Ginecólogo, enfermera, psicólogo y otros miembros del equipo de salud que informaran a las mujeres sobre la nutrición, el cuidado del recién nacido, la lactancia, la relación entre los padres y el hijo, etc.
- Se debe tener en cuenta que en algunos casos la práctica de ejercicio puede presentar riesgos como amenaza de parto prematuro, sangrado vaginal, embarazo múltiple, etc. Por lo tanto, es imprescindible tener la aprobación del médico ginecólogo para realizar actividad física durante el embarazo.





Luego se puso en ejecución el plan de ejercicios terapéuticos investigados en la TERAPIA GINECO OBSTETRICA, que permiten asegurar, el bienestar físico, psicológico, emocional e integral de la mujer gestante, garantizando buenos resultados a la hora del nacimiento del nuevo ser.

### **6.3 Justificación**

La Implementación del programa de terapia Gineco-obstétrica elaborada en el trabajo investigativo se hace necesario por los beneficios que permite el desarrollo de la aplicación del mismo a las mujeres embarazadas de la red de emergencias Rhapy Medical para facilitar el parto normal o por cesárea y lograr una mejor forma de enfrentar el parto con resultados extraordinarios tanto para la paciente como para sus familiares

En esta propuesta la aplicación de los ejercicios terapéuticos tanto para la tonificación, corrección postural y estabilidad general, brindan la combinación perfecta para conseguir un embarazo saludable, afrontar con fuerzas el momento del parto y recuperarse de éste de manera rápida y eficaz.

La implementación de un programa de terapia Gineco-Obstétrica se ha puesto a consideración en la Red de Emergencias Rhapy Medical para ser utilizado de la mejor manera y con las técnicas adecuadas a todas la mujeres embarazadas tanto de la provincia como en diferentes lugares del país.

### **6.4 Objetivos**

#### **6.4.1 General**

Implementar un programa de terapia Gineco-Obstétrica para facilitar el parto normal o por cesárea en mujeres embarazadas de 18 a 40 años de edad.

#### **6.4.2 Específicos**

- Efectuar la evaluación fisioterapéutica correspondiente y registrarla en historia clínica de las pacientes gestantes.
- Emplear la técnica de pilates y los ejercicios Gineco-Obstétricos adecuados para la mujer gestante.
- Aplicar los ejercicios Gineco-obstétricos apropiados para la mujer gestante involucrando a su pareja y familia.

#### **6.5 Análisis de Factibilidad**

Esta propuesta es factible ya que los directivos de la Red de Emergencias Raphy Medical, Fisioterapista y madres gestantes dieron la apertura para poder cumplir los objetivos de la presente investigación.

La red de emergencias Raphy Medical cuenta con el lugar apropiado para llevar a cabo la ejecución del programa de terapia Gineco –Obstétrica para madres gestantes, logrando un embarazo y parto satisfactorio tanto para el niño para su madre y demás familia.

Además es necesario indicar que la propuesta concuerda con las políticas de salud de la institución como es brindar mejores logros para las mujeres gestantes y sus familias en el proceso del embarazo hasta llegar al parto sea normal o por cesárea, mediante la aplicación de la Terapia Gineco-obstétrica que cuenta con una fundamentación técnico científico basada en el marco teórico desarrollado en el presente trabajo de investigación.

#### **6.6 Fundamentación Científico – Técnica**

El embarazo es un periodo en el cual puede surgir una serie de complicaciones específicas y generales, cuya aparición esta favorecida por la alteración de la fisiología de la gestante. Además es un momento en el que aparecen muchos

miedos y creencias erróneas, alimentados por el entorno social y cultural. Por lo que se estima como una importante alternativa la Terapia Gineco- Obstétrica para la mujer gestante a través de la reeducación abdominopélvico, favoreciendo la reversión de las modificaciones que afectan a las propiedades músculo conjuntivas y predisponen a la aparición de problemas funcionales, como las disfunciones del suelo pélvico, incontinencia urinaria, problemas de espalda o en el caso de partos por cesárea evitando problemas y complicaciones que aseguren una pronta recuperación. Todo esto con una correcta higiene postural y normalización del tono muscular. Para ello se consideran los siguientes ejercicios:

### **Ejercicios del Primer Trimestre**

#### **Respiración**

*Posición inicial:* decúbito supino sobre la colchoneta. Colocar un delgado cojín detrás de cabeza para permitir que el cuello se alargue y se relaje. Rodillas flexionadas, piernas paralelas con las plantas de los pies apoyados. Colocar las manos encima del abdomen.

*Movimiento:* inspirar expandiendo las costillas e hinchando suavemente el abdomen. Espirar contrayendo el centro de fuerza y, al mismo tiempo, alargando la columna.

*Repeticiones:* todas las que necesite. Mínimo 5 veces.

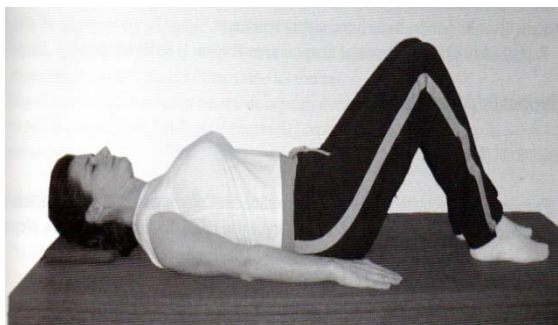


Fig. 41. Ejercicio de estabilidad de la pelvis. Movimiento 1.

*Posición inicial:* posición supina. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Rodillas flexionadas, piernas paralelas, con las plantas de los pies apoyados.

Colocar los brazos encima de los huesos de la pelvis para comprobar la estabilidad de la pelvis y la respiración durante los ejercicios.

*Movimiento 1:* inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar contrayendo el centro de fuerza y, al mismo tiempo, deslizar una de las piernas por el suelo a medida que se estira la rodilla; mantener su posición paralela. Inspirar flexionando la rodilla y regresando a la posición inicial. Espirar y repetir lo mismo con la otra pierna.

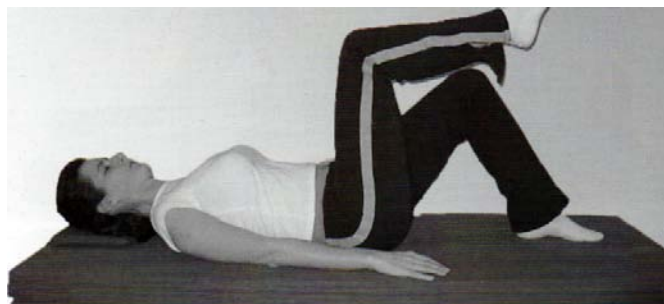
*Repeticiones:* tres de cada lado alternando las piernas.

*Importante:* cuidar la posición neutral de la pelvis durante los ejercicios. Ambos ejercicios tienen el propósito de fortalecer el centro de fuerza y, por tanto, estabilizar la pelvis y la columna.

### **Estabilidad de brazos y piernas**

*Posición inicial:* posición supina. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Rodillas flexionadas, piernas paralelas con las plantas de los pies apoyados. Brazos a los lados del cuerpo.

*Movimiento:* inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar desde el centro de fuerza deslizando una de las piernas por el suelo mientras se estira la rodilla; al mismo tiempo.



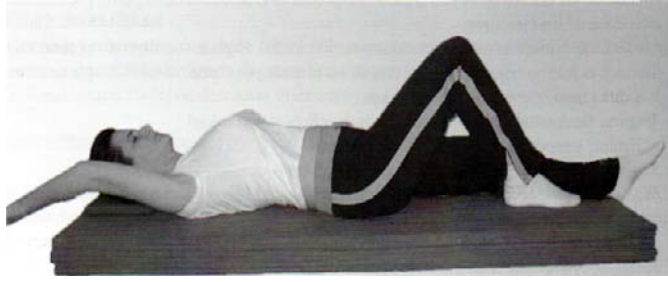


Fig. 42 Estabilidad en brazos y piernas.

*Repeticiones:* tres de cada lado alternando.

*Importante:* cuidar la posición neutral de la pelvis y de la columna durante el ejercicio. No es necesario apoyar el brazo atrás si notamos que la columna dorsal y las costillas se despegan del suelo. Cuidar, ante todo, la colocación de la columna dorsal.

Elevación de la columna

*Posición inicial:* posición supina. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Rodillas flexionadas, piernas paralelas con las plantas de los pies apoyados. Brazos a los laterales del cuerpo

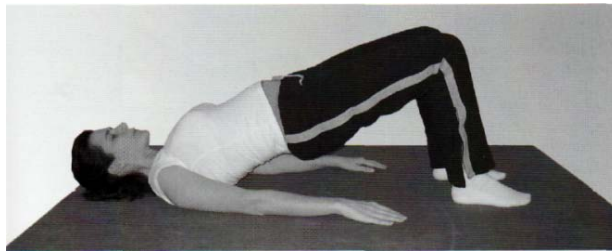


Fig. 43 Elevación de la columna.

*Movimiento:* inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar basculando la pelvis, apoyar la cintura y lentamente ir despegando la columna vértebra por vértebra del suelo hasta la base de los omóplatos. Inspirar manteniendo la elevación. Espirar rodando con la columna vértebra por vértebra hacia abajo hasta llegar a la posición inicial.

*Repeticiones:* mínimo tres veces y máximo ocho.

### **Círculo de rodillas**

*Posición inicial:* posición supina. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Rodillas flexionadas, piernas paralelas, con las plantas de los pies apoyados. Brazos a los laterales del cuerpo.

*Movimiento:* inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar flexionando el muslo hacia el torso hasta que la rodilla quede justo encima de la articulación de la cadera. Inspirar dibujando medio círculo con la rodilla hacia dentro, rozando la otra pierna. Espirar dibujando la otra mitad para completar el círculo. Inspirar y espirar dibujando círculos con la rodilla.

*Repeticiones:* cinco veces en una dirección y cinco veces en la otra.

*Importante:* cuidar la posición neutral de la pelvis, principalmente cuando la pierna se desliza hacia fuera. Coordinar la respiración con el movimiento.

### **Estiramiento de isquiotibiales**

*Posición inicial:* posición supina. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Ambas piernas están paralelas, con las rodillas flexionadas y un muslo flexionado hacia el tronco.

Colocar una banda elástica en la planta del pie de la pierna que está en el aire. Las manos sujetan la banda y están muy cerca del pie.

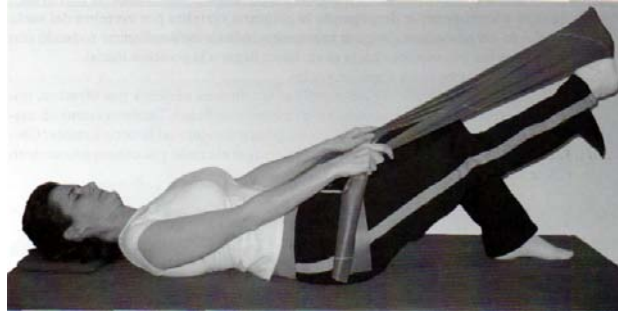


Fig. 44 Estiramiento de isquiotibiales.

*Movimiento:* inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar extendiendo la rodilla, llevando el talón hacia el techo. Mantener el pie siempre en dorsiflexión (dedos hacia la pelvis). Los brazos no se mueven, ofrecen resistencia al pie que se aleja. Inspirar flexionando la rodilla y regresando a la posición inicial. Espirar y repetirlo.

*Repeticiones:* mínimo tres veces y máximo cinco.

*Importante:* cuidar la posición neutral de la pelvis y de la columna lumbar. Cuidar la posición de los hombros y los brazos. Es más importante cuidar la posición de la pelvis que extender completamente la rodilla. Si la rodilla no se extiende, realizar el ejercicio sin estirarla y día a día buscar un poco más de extensión.

### **Oblicuos: rotación de la columna**

*Posición inicial:* posición supina. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Rodillas flexionadas, piernas paralelas, con las plantas de los pies apoyados. Codos flexionados y manos entrelazadas detrás de la cabeza.

*Movimiento:* inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar contrayendo el centro de fuerza y al mismo tiempo bajando la barbilla hacia el esternón, luego suavemente elevar un codo hacia el lado opuesto, girar el tronco sin elevarlo, e iniciar el movimiento desde la columna dorsal y no desde el cuello. Inspirar



manteniendo la rotación. Espirar desde el centro de fuerza y rotar la columna hacia la posición inicial, e iniciar el movimiento desde la columna dorsal y no desde el cuello. Inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar y rotar al otro lado.

*Repeticiones:* mínimo dos veces a cada lado. Máximo cuatro veces a cada lado.

*Importante:* cuidar la posición neutral de la pelvis y de la columna lumbar, no poyar ni arquear la cintura durante el ejercicio. Cuidar la posición de los hombros.

### **Estiramiento de la columna hacia adelante**

*Posición inicial:* sentada, con la columna bien estirada y alargándola hacia arriba. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Ambas piernas extendidas hacia delante y en paralelo, separadas a lo ancho de la cadera. Pies en dorsiflexión (dedos hacia el techo).

Brazos extendidos hacia delante a la altura y a lo ancho de los hombros. Palmas hacia abajo.

*Movimiento:* inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar contrayendo el centro de fuerza y al mismo tiempo bascular la pelvis hacia atrás (como queriendo llevar la cintura hacia atrás), mientras que el resto de la columna se flexiona hacia delante.

La intención es que la columna se flexione formando una «C». Inspirar manteniendo la flexión. Espirar desde el centro y regresar vértebra por vértebra la columna hacia la vertical, e iniciar el movimiento desde el cóccix y no desde la parte alta del torso.

*Repeticiones:* entre una y tres veces.

*Importante:* antes de comenzar con el movimiento, alargar la columna hacia arriba.

Imaginar que la columna está colgada desde arriba por un hilo, permitiendo separar cada una de las vértebras. Los hombros y brazos deben permanecer muy relajados durante todo el ejercicio, acompañan el movimiento de la columna.

Durante la flexión de la columna pensar en alargar la columna hacia delante y no hacia abajo, no intentar tocar los pies forzadamente. Pensar más en crear espacio entre las vértebras. Cuando regrese, tener la sensación de ir creciendo vértebra por vértebra hacia arriba.

### **Rodar hacia el lateral desde las rodillas**

*Posición inicial:* posición supina. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Piernas juntas, rodillas flexionadas, con las plantas de los pies apoyados. Brazos extendidos en el lateral a la altura de los hombros. Palmas de las manos hacia arriba.

*Movimiento:* inspirar llevando las rodillas juntas hacia un lateral, el omóplato y hombro contrario no deben despegarse del suelo. Al realizar este movimiento la pelvis está rodando hacia un lado, despegando el otro del suelo. Llevar las rodillas tan lejos como sea posible, pero sin despegar el omóplato contrario y sin separar las rodillas.

La cabeza rota al lado contrario hacia donde van las piernas. Espirar contrayendo el centro de fuerza y regresando a la posición inicial. El movimiento comienza como una secuencia desde las costillas, la cintura, la pelvis y, por último, las piernas.

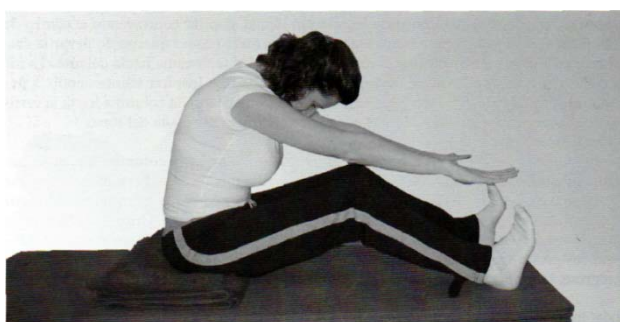
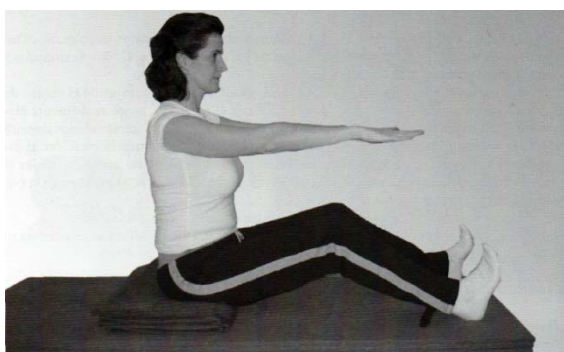


Fig. 45 Estiramiento de la columna hacia delante.

*Repeticiones:* mínimo una vez de cada lado. Máximo tres veces de cada lado.

*Importante:* cuidar la columna lumbar, no arquearla durante el ejercicio. Cuidar la posición de los hombros, principalmente el hombro contrario a donde van las piernas. Al regresar al centro, tener presente que la iniciación del ejercicio no comience desde el hombro sino desde las costillas, que por su propio peso caen y van arrastrando el torso, la pelvis y las piernas. Mantener las piernas juntas todo el tiempo.

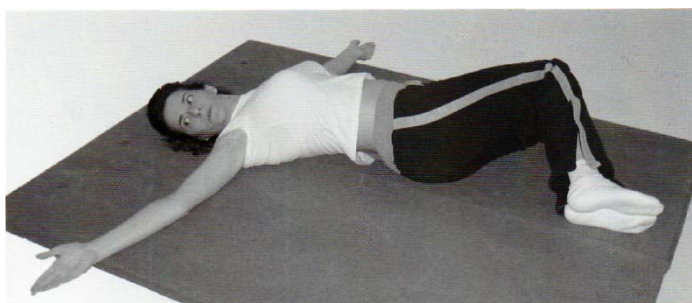




Fig. 46 Rodar hacia el lateral desde las rodillas.

### **Trabajo de piernas sobre el lateral: adelante y atrás**

*Posición inicial:* tumbada sobre un lateral, en el centro de la colchoneta, alineando todo el cuerpo. Un brazo extendido debajo de la cabeza y el otro delante a una mano de distancia del pecho, con la palma en el suelo ayudando a mantener el equilibrio. La pierna de abajo se flexiona para estabilizar más la pelvis. La pierna de arriba se encuentra extendida, con el pie a la altura de la cadera. La columna se alarga traccionando hacia arriba y abajo a través de la pierna y el brazo estirados. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Pies relajados.

*Movimiento:* inspirar llevando la pierna de arriba, estirada, hacia delante, mientras el pie se flexiona. Espirar contrayendo el centro de fuerza y llevando la pierna y la punta del pie hacia atrás.

*Repeticiones:* mínimo tres veces y máximo ocho.

*Importante:* cuidar la posición neutral de la pelvis y la colocación de las costillas durante todo el ejercicio.

### **Trabajo de los brazos: elevación de rodillas**

*Posición inicial:* en cuadrupedia. Brazos extendidos con las manos debajo de los hombros. Piernas juntas flexionadas, apoyando las rodillas en el suelo. Los dedos de los pies apoyados en la colchoneta. Pelvis y columna neutral.

*Movimiento:* inspirar manteniendo la posición. Espirar contrayendo el centro de fuerza y elevando las rodillas juntas sólo 3 cm del suelo. Inspirar regresando a la posición inicial.

*Repeticiones:* mínimo tres veces y máximo seis.

*Importante:* cuidar la posición neutral de la pelvis y la columna durante todo el ejercicio.

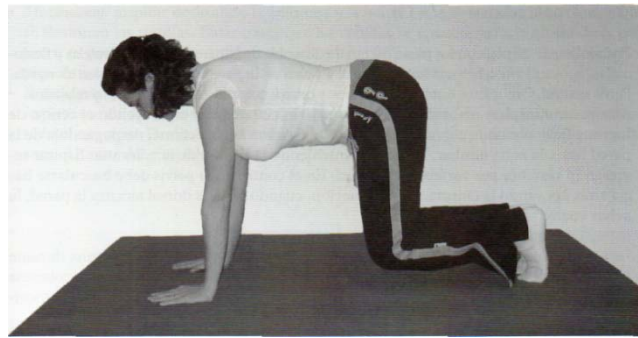


Fig. 47 Trabajo de los brazos: elevación de rodillas.

### **Ejercicios del Segundo Trimestre**

Durante el segundo y tercer trimestres el abdomen crece, por lo que cuando se realizan ejercicios en decúbito lateral, el peso del abdomen puede causar molestias. Por esta razón colocaremos un cojín pequeño debajo del abdomen tratando de elevar su nivel.

### **Rodamiento de la columna**

*Posición inicial:* de pie, con los pies a 30 cm de distancia de la pared. Piernas paralelas y flexionadas, apoyando la cabeza, columna dorsal y pelvis en la pared. La columna bien elongada. Pelvis neutral. Omóplatos estables. Hombros y brazos colgando en los laterales y relajados.

*Movimiento:* inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar contrayendo el centro de fuerza y flexionando la columna vértebra por vértebra hacia delante, despegándola de la pared hasta la zona lumbar. Inspirar manteniendo la flexión de la columna.

Espirar regresando vértebra por vértebra a la pared. En el comienzo la pelvis debe bascularse hacia atrás apoyando la cintura. A continuación, cuando la zona dorsal alcanza la pared, la pelvis vuelve a la posición neutral.

*Repeticiones:* mínimo tres veces y máximo seis.

*Importante:* cuidar la posición neutral de la pelvis y la colocación de la columna durante todo el ejercicio. Esto es lo que nos permite darnos cuenta de en qué zonas la columna tiene menos movilidad y dónde se encuentran las tensiones. Cada día necesitamos movilizar más la columna vértebra por vértebra.

### **Deslizamientos de la columna hacia arriba y abajo**

*Posición inicial:* de pie, con los pies a 30 cm de distancia de la pared. Piernas separadas, paralelas y flexionadas, apoyando la cabeza, la columna dorsal y la pelvis en la pared. Columna bien elongada. Pelvis neutral. Omóplatos estables. Hombros relajados y brazos colgando en los laterales.

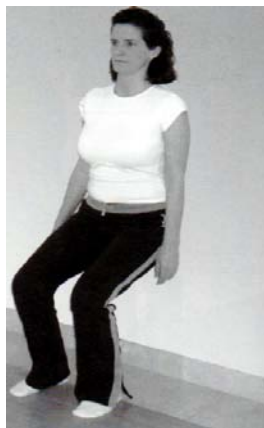


Fig. 48 Deslizamiento de la columna hacia arriba y abajo.

*Movimiento:* inspirar deslizando la columna y la pelvis hacia abajo, al mismo tiempo que se flexionan las rodillas. Bajar hasta que las rodillas se encuentren a la altura de la pelvis, si es posible. Espirar contrayendo el centro de fuerza y empujando el suelo con los pies. Estirar las rodillas para deslizar hacia arriba la columna y la pelvis.

*Repeticiones:* mínimo tres veces y máximo seis.

*Importante:* cuidar la posición neutral de la pelvis y la colocación de la columna durante todo el ejercicio. Deslizar sin despegar el torso de la pared permitiendo que las piernas sean el motor del ejercicio.

### **Círculos de brazos**

*Posición inicial:* posición supina. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Rodillas flexionadas, piernas paralelas con las plantas de los pies apoyados. Brazos a los laterales de la pelvis.

*Movimiento:* inspirar y elevar los brazos extendidos hacia arriba dejando las manos justo encima de la articulación del hombro, dedos hacia el techo. Espirar contrayendo el centro de fuerza y, al mismo tiempo, llevar los brazos hacia atrás en dirección a la cabeza, sin despegar la columna dorsal del suelo. Continuar moviendo los brazos por los laterales dibujando un círculo hacia la pelvis. Inspirar devolviendo los brazos hacia el techo. Espirar y repetir el círculo de los brazos.

*Repeticiones:* cuatro veces en una dirección y cuatro en el sentido contrario.

*Importante:* Cuidar la colocación de la columna dorsal. El movimiento se inicia desde la articulación del hombro, no desde el movimiento de la columna dorsal. Cuando los brazos van hacia la cabeza la columna no debe moverse.

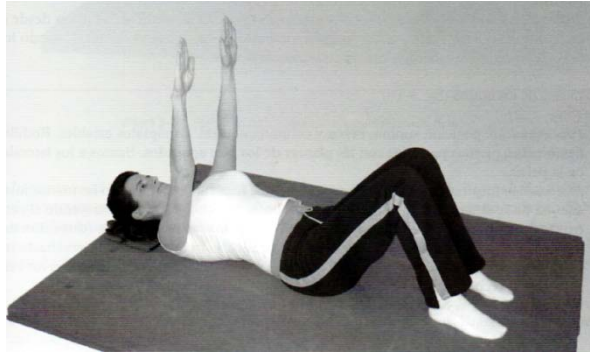


Fig. 49 Círculos de brazos

### **El molino de los brazos**

*Posición inicial:* posición supina. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Rodillas flexionadas, piernas paralelas con las plantas de los pies apoyados. Brazos a los laterales de la pelvis.

*Movimiento:* inspirar y elevar los brazos extendidos hacia arriba, trayendo las manos justo encima de la articulación del hombro, dedos hacia el techo. Espirar contrayendo el centro de fuerza y, al mismo tiempo, llevar uno de los brazos hacia arriba (dirección cabeza) y el otro hacia abajo (dirección pelvis), ambos se mueven por el lateral hasta invertir la posición de cada de cada uno, como un molino. Inspirar regresando con los brazos hacia el techo. Espirar y repetir el movimiento de los brazos.

*Repeticiones:* cuatro veces en una dirección y cuatro en el sentido contrario.

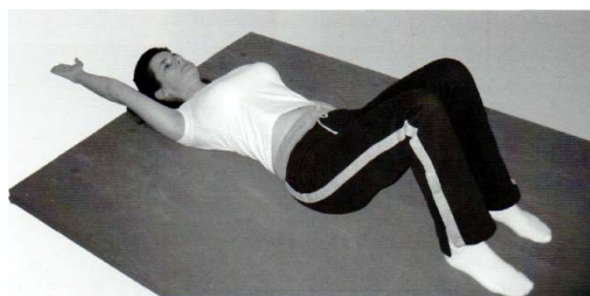


Fig. 50 El molino de los brazos



*Importante:* cuidar la posición neutra de la columna, que los hombros no se eleven durante el movimiento y que los omóplatos no se separen del suelo. Los brazos no tocan el suelo, los codos están extendidos alargando las yemas de los dedos de la mano hacia fuera.

### **Elevación de la columna con movimiento de brazos**

*Posición inicial:* posición supina. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Rodillas flexionadas, piernas paralelas, con las plantas de los pies apoyados. Brazos a los laterales del cuerpo.

*Movimiento:* inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar basculando la pelvis y lentamente se eleva despegando la columna vértebra por vértebra del suelo hasta la base de los omóplatos. Los brazos se mantienen en el suelo. Inspirar llevando los brazos hacia atrás, mientras mantenemos la elevación de la columna. Espirar rodando hacia abajo con la columna vértebra por vértebra hasta llegar a la posición inicial. Inspirar devolviendo los brazos al suelo.

*Repeticiones:* mínimo tres veces y máximo cinco.

*Importante:* cuidar que los hombros no se cierren hacia el pecho y que el cuello y la cabeza no cambien de posición durante el ejercicio. Los brazos se mueven por el aire manteniendo el ancho de los hombros. Cuando van hacia atrás no necesitan apoyarse en el suelo; lo más importante es que no se arquee la columna dorsal.

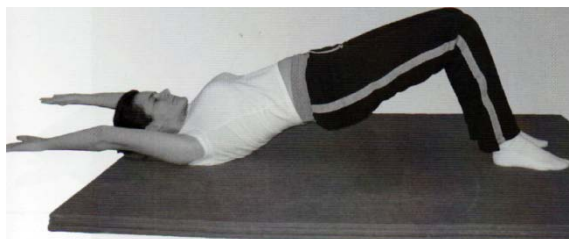


Fig. 51 Elevación de la columna con movimiento de brazos.

## **Círculo del brazo en lateral**

*Posición inicial:* colocarse sobre un lateral del cuerpo. Piernas flexionadas a 90°, rodillas a la altura de la pelvis y pies paralelos con las rodillas. Brazos estirados, uno encima del otro a la altura del hombro.

*Movimiento:* inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar marcando con la mano de arriba un círculo que pasa por encima de la cabeza, se abre lateralmente y baja hacia la pelvis para sobrepasarla y volver a posarse sobre la otra mano. En resumen, dibujar un círculo sobre el suelo que encierre el tronco y regresar a la posición inicial.

*Repeticiones:* mínimo tres veces con cada brazo y máximo cinco veces con cada brazo.

*Importante:* en todo momento, alargar las yemas de los dedos de la mano hacia fuera, permitiendo así mayor estiramiento en nuestros pectorales. Si la mano no puede tocar el suelo, dibujar el círculo en el aire. Mantener las rodillas y los pies juntos durante todo el ejercicio.



Fig. 52 Rodar hacia el lateral con las rodillas en alto.

## **Rodar hacia el lateral desde las rodillas en alto**

*Posición inicial:* Posición supina. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Piernas en alto a 90°, con las rodillas flexionadas y juntas. Brazos extendidos en el lateral a la altura de los hombros. Palmas de las manos hacia arriba.

*Movimiento:* inspirar llevando las rodillas juntas hacia un lateral, el omóplato y hombro contrario no deben despegarse del suelo. Al realizar este movimiento la pelvis está rodando hacia un lado, despegando el otro del suelo. Llevar las rodillas tan lejos como sea posible pero sin despegar el omóplato contrario y sin separar las rodillas. Espirar con trayendo el centro de fuerza y regresando a la posición inicial. El movimiento comienza como una secuencia desde las costillas, la cintura, la pelvis y, por último., las piernas.

*Repeticiones:* mínimo una vez a cada lado y máximo tres veces a cada lado.

*Importante:* cuidar la columna lumbar, no arquearla durante el ejercicio. Cuidar la posición de los hombros, principalmente el hombro contrario. Al regresar al centro, cuidar que la iniciación del movimiento no comience desde el hombro sino desde las costillas que, por su propio peso, caen y van arrastrando el torso, la pelvis y las piernas. Mantener las piernas juntas todo el tiempo.

### **Rotación de la columna**

*Posición inicial:* sentada sobre la pelvis, con las piernas extendidas delante y juntas, o cruzadas como en «posición del indio». Columna bien elongada. Brazos extendidos a los laterales a la altura de los hombros, alargando las yemas de los dedos hacia fuera. Omóplatos estables.

*Movimiento:* inspirar rotando la columna hacia un lado y creciendo hacia arriba. Similar al movimiento de apertura de un frasco, para abrirse debe rotar hacia arriba. Espirar y regresar al centro creciendo aún más con la columna. Inspirar y repetir hacia el otro lado.

*Repeticiones:* mínimo tres veces para cada lado y máximo cinco veces para cada lado.

*Importante:* cuidar en todo momento que la columna no pierda la alineación.

La pelvis debe mantenerse en posición neutral y en el centro durante la rotación.

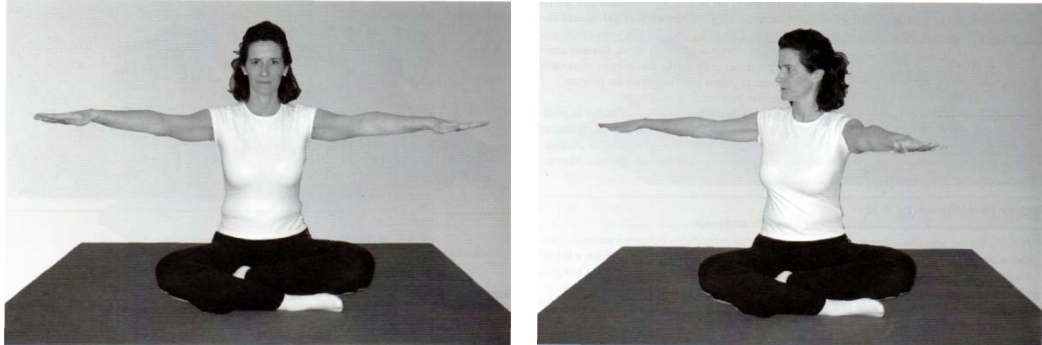


Fig. 53 Rotación de la columna.

**Trabajo de las piernas sobre el lateral: arriba y abajo, aductores.**

*Posición inicial:* tumbada sobre un lateral, en el centro de la colchoneta, alineando todo el cuerpo. Un brazo extendido debajo de la cabeza y el otro delante a una mano de distancia del pecho con la palma en el suelo ayudando a mantener el equilibrio. La pierna de abajo se flexiona para estabilizar más la pelvis. La pierna de arriba se encuentra extendida con el pie a la altura de la cadera. La columna se estira a través de la pierna y brazo que se encuentran extendidos. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Pies relajaos.

*Movimiento:* arriba y abajo. Inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar contrayendo el centro de fuerza y llevando la pierna de arriba extendida hacia el techo. Inspirar bajando la pierna hasta la altura de la pelvis. Espirar y repetir el movimiento.

*Repeticiones:* diez veces con cada pierna.

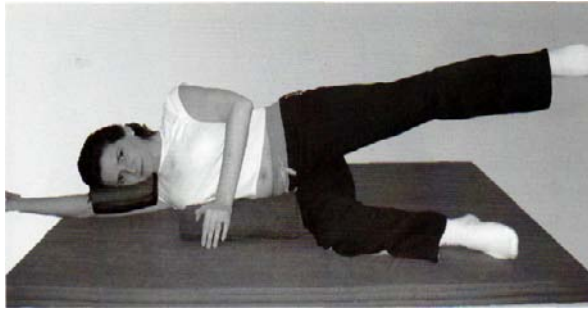


Fig. 54 Trabajo de las piernas sobre el lateral: arriba y abajo, aductores.

### **Trabajo en cuatro apoyos: elevación de brazos y piernas**

*Posición inicial:* colocarse en cuadrupedia. Brazos extendidos con las manos debajo de los hombros, piernas flexionadas con las rodillas debajo de las caderas. Columna y pelvis en posición neutral. Omóplatos estables. Cabeza en línea con la columna.

*Movimiento 1: elevación de las piernas.* Inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar contrayendo el centro de fuerza y extendiendo y elevando la pierna a la altura de la pelvis. Inspirar regresando la pierna a la posición inicial.

*Repeticiones:* mínimo tres veces con cada pierna. Máximo cinco veces con cada pierna.

*Movimiento 2: elevación del brazo.* Inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar contrayendo el centro de fuerza y extendiendo y elevando un brazo a la altura del hombro hacia delante. Inspirar regresando el brazo a la posición inicial.

*Repeticiones:* mínimo tres veces con cada brazo alternando. Máximo cinco veces con cada brazo alternando.

*Importante:* lo importante es realizar el ejercicio sin perder la posición neutral

de columna y pelvis. Es importante que el centro de fuerza se contraiga antes de mover un brazo o una pierna para estabilizar el tronco.



Fig. 55 Trabajo en cuatro apoyos: elevación de brazos y piernas.

### **Trabajo con los brazos: elevación del brazo, flexión del codo**

*Posición inicial:* de pie, con las piernas paralelas, pies a lo ancho de las ingles, pelvis neutral, columna en la vertical, hombros relajados y omóplatos estables. Coger un palo con las manos.

*Movimiento 1: elevación del brazo.* Inspirar manteniendo la posición inicial y el palo en las manos. Espirar elevando el palo y los brazos hacia arriba todo lo que pueda sin subir los hombros. Intentar llegar con el palo encima de la cabeza. Inspirar bajando el palo y los brazos a la posición inicial. Espirar y repetir el movimiento.

*Repeticiones:* mínimo tres veces y máximo cinco.

*Movimiento 2: flexión del codo.* Inspirar manteniendo el palo encima de la cabeza con los brazos extendidos. Espirar contrayendo el centro de fuerza y flexionando los codos hacia abajo mientras el palo queda por encima de la cabeza. Inspirar extendiendo los codos y elevando el palo hacia arriba. Espirar y repetir el movimiento.

*Repeticiones:* mínimo tres veces y máximo cinco.

*Importante:* realizar los ejercicios sintiendo el movimiento de los omóplatos en

la espalda y relajando mucho los hombros. Conectar todo el tiempo el centro de fuerza con los brazos.

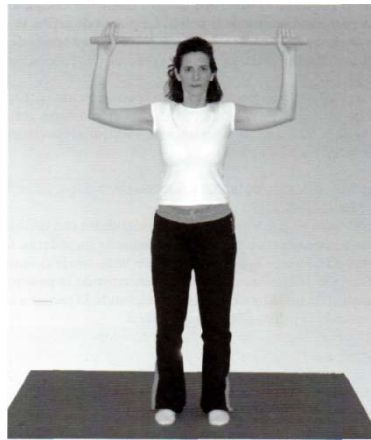


Fig. 56 Trabajo con los brazos: elevación del brazo, flexión del codo.

### **Trabajo con los tobillos y los pies**

*Posición inicial:* de pie5 con las piernas paralelas, pelvis neutral, columna alargándose hacia arriba, hombros relajados y omóplatos estables. Coger una pelota de tenis y colocarla entre los tobillos sujetándola para que no se caiga.

*Movimiento:* inspirar manteniendo la posición inicial y la pelota entre los tobillos. Espirar contrayendo el centro de fuerza y elevando los talones hacia arriba, sujetar bien la pelota. Para subir pasar el peso de todo el cuerpo hacia los dedos de los pies y elevar los talones. Inspirar bajando los talones y sujetando la pelota. Espirar y repetir el movimiento.

*Repeticiones:* mínimo tres veces y máximo cinco.

*Importante:* sentir cómo la estabilidad del tronco a través de la contracción del centro de fuerza nos ayuda a suspendernos.

### **Ejercicios del Tercer Trimestre**

#### **Elevación de la columna con un cojín entre las piernas**

*Posición inicial:* posición supina. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Rodillas flexionadas, piernas paralelas, con las plantas de los pies apoyados. Colocar un cojín entre las piernas, a la altura de las rodillas y en la parte interna de los muslos. Brazos a los laterales del cuerpo.

*Movimiento:* inspirar apretando suavemente con las piernas el cojín. Espirar basculando la pelvis y despegando lentamente la columna, vértebra por vértebra hasta la base de los omóplatos. Al mismo tiempo que se eleva la columna, las piernas sostienen el cojín. Inspirar manteniendo la elevación. Espirar rodando con la columna vértebra por vértebra hacia abajo hasta llegar a la posición inicial y manteniendo la presión entre las piernas.

*Repeticiones:* mínimo tres veces y máximo cinco.

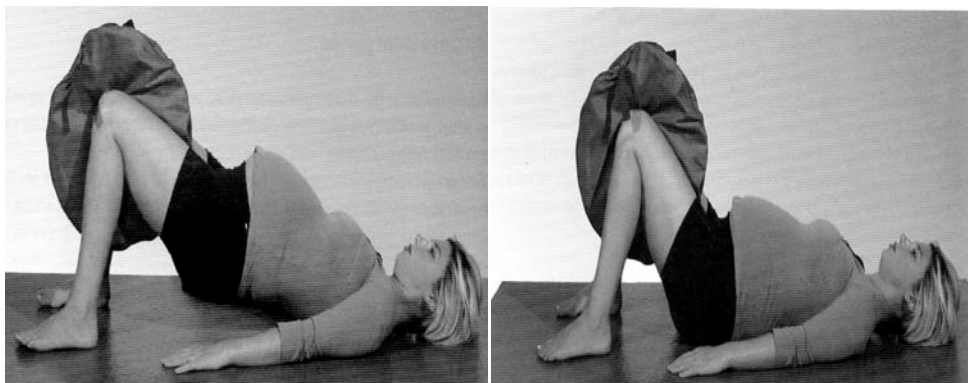


Fig.57 Elevación de la columna con un cojín entre las piernas

### **Trabajo de piernas sobre el lateral: la ostra**

*Posición inicial:* Tumbada sobre un lateral, en el centro de la colchoneta, alineando todo el cuerpo. Un brazo extendido debajo de la cabeza y el otro delante, a una mano de distancia del pecho con la palma en el suelo ayudando a mantener el equilibrio. La columna se alarga hacia arriba y abajo. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Pies relajados. Ambas piernas se encuentran flexionadas y juntas con los pies justo debajo de la pelvis, pero no muy cerca de ella, formando con las piernas una «V» hacia atrás.



*Movimiento:* inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar contrayendo el centro de fuerza y, al mismo tiempo, rotando la pierna hacia fuera; los pies se mantienen juntos, la rodilla de arriba se despega subiendo hacia el techo, la pierna de abajo se mantiene en el suelo. Al rotar la pierna es como si se abriera una ostra, o una boca muy grande. Inspirar llevando la pierna de arriba hacia abajo volviendo a juntar las rodillas. Espirar y repetir el movimiento.

*Repeticiones:* diez veces con cada pierna.

*Importante:* cuidar mucho la posición neutral de la pelvis y la colocación de las costillas durante la rotación de la pierna. El movimiento debe comenzar desde los músculos rotadores de la pierna y no desde la columna lumbar.

Durante el tercer trimestre, el abdomen es aún más pesado, por lo cual, al ejercitar el lateral el peso puede causar molestias. Colocar un cojín o una manta debajo del abdomen tratando de elevarlo.

Este ejercicio prepara las piernas para la posición del parto. Cualquiera que fuera la posición elegida para parir, las piernas necesitan estar fuertes para sostener y también rotarse para ofrecer mayor abertura.

### **Trabajo de los brazos y omóplatos: el camarero**

*Posición inicial:* de pie o sentada encima de una silla, con las piernas paralelas, pies a lo ancho de las ingles, pelvis neutral, columna alargándose hacia arriba, hombros relajados y omóplatos estables. Brazos a los lados del cuerpo, con los codos flexionados a la altura de la cintura y las manos en la misma línea que los codos y con las palmas mirando al techo. Imaginar un camarero sosteniendo una bandeja con cada mano.

*Movimiento:* inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar contrayendo el centro de fuerza y al mismo tiempo rotar el brazo hacia fuera manteniendo la

posición de los codos. Sentir cómo los omóplatos se acercan a la columna cuando realizamos la rotación. Imaginar un camarero sirviendo dos mesas al mismo tiempo a ambos lados de su cuerpo. Inspirar regresando con ambos brazos hacia la posición inicial. Espirar y repetir el movimiento.

*Repeticiones:* mínimo tres veces y máximo ocho.

*Importante:* realizar los ejercicios sintiendo el movimiento de los omóplatos en nuestra espalda y relajando mucho los hombros. Conectar todo el tiempo el centro de fuerza con los brazos. Intentar que los codos no se peguen a la cintura y cuidar que no se quiebren las muñecas.

Este ejercicio es muy importante en este trimestre, ya que los pechos pesan mucho a esta altura del embarazo, por lo cual los músculos pectorales se encuentran muchas veces «acortados». Con este ejercicio proponemos el estiramiento hacia ellos y también el fortalecimiento de los músculos romboides que se encuentran entre los omóplatos. Cuando el niño nace y durante los primeros meses los brazos cargan mucho peso y, además, se movilizan todo el tiempo hacia delante arrastrando los omóplatos. Por ello debemos preparar los músculos para que luego puedan mantener una buena postura frente a las exigencias de la maternidad.

### **Trabajo de los pies y tobillos con banda**

*Posición inicial:* de pie, con las piernas paralelas y los pies a lo ancho de las ingles, pelvis neutral, columna alargándose hacia arriba, hombros relajados y omóplatos estables. Brazos a los lados del cuerpo. Colocar una banda extendida debajo del pie.

*Movimiento:* respirar normalmente mientras el pie comienza a mover los dedos tratando de coger la banda. Los dedos se deslizan, abriéndose; luego cogen la banda y la arrastran hacia dentro arqueando más el arco del pie. Repetir este movimiento hasta haber cogido toda la banda.

*Repeticiones:* tres veces con cada pierna.

*Importante:* el movimiento del pie beneficia ampliamente al tobillo y los músculos que se encuentran en los laterales de la pantorrilla. Durante el tercer trimestre los tobillos se hinchan mucho y pierden movilidad. Por ello es fundamental proponer pequeños movimientos cada día, ya que tienen que sostener todo el peso del cuerpo y del niño.

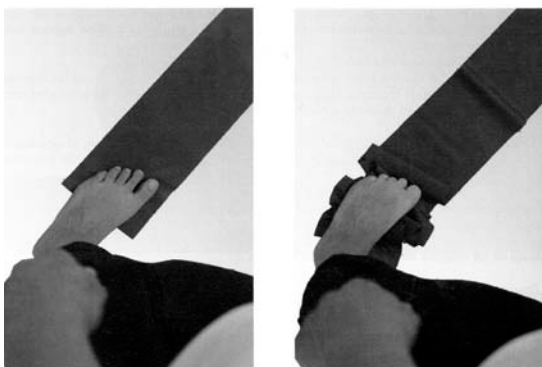


Fig.58 Trabajo de los pies y tobillos con banda

### **Cuclillas**

*Posición inicial:* de pie, con la columna y la pelvis apoyada en la pared. Columna y pelvis en posición neutral. Piernas separadas unos 20 cm de la pared. Pies separados más ancho que la pelvis. Brazos a los lados del cuerpo. Colocar unas mantas o cojines de bajo de la pelvis para elevar el suelo.

*Movimiento:* inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar flexionando las rodillas y deslizar la columna por la pared cayendo con la pelvis encima de los cojines y llegando a cuclillas. Mantener la posición unas cinco respiraciones. Rodar hacia el lateral o caminar hacia delante a cuatro patas, saliendo de la posición para volver a comenzar. Volver a la posición de pie y repetir el ejercicio.

*Repeticiones:* dos veces.

*Importante:* antes de realizar las cuclillas estirar las pantorrillas. En esta posición es muy importante mantener las rodillas justo encima del segundo dedo del pie.

Las rodillas deben permanecer fuera de la línea de los hombros. Mantener los tobillos apoyados en el suelo. El abdomen se encuentra entre las piernas. Este ejercicio nos permite estirar suavemente la zona baja de la columna y las ingles, lo cual prepara para el parto.



Fig.59 Cuclillas

### **Zigzag**

*Posición inicial:* tumbada boca arriba con la pelvis a unos 20 o 30 cm de la pared.

Elevar las piernas y apoyarlas en la pared. Pelvis neutral. Rodillas flexionadas y plantas de los pies apoyadas en la pared. Piernas paralelas y separadas tanto como el ancho del abdomen.

*Movimiento:* respirar normalmente mientras las piernas van rotando hacia fuera y luego hacia dentro, formando un zigzag con los pies. Mientras rotan, las piernas se van separando. Luego, se repite el movimiento de rotación de zigzag para volver con las piernas hacia la posición inicial.

*Repeticiones:* tres veces.

*Importante:* durante el ejercicio, cuidar la posición de las rodillas, siempre van al segundo dedo del pie. Los pies deben estar siempre bien apoyados en la pared y hay que intentar que no se levante ningún dedo. Cuidar especialmente que la pelvis mantenga la posición neutral y que la columna lumbar no se arquee. Esta posición prepara para abrir más las ingles y crear más movimiento en la articulación de la cadera. Resulta un ejercicio muy bueno para las madres que decidan dar a luz tumbadas boca arriba en una camilla.

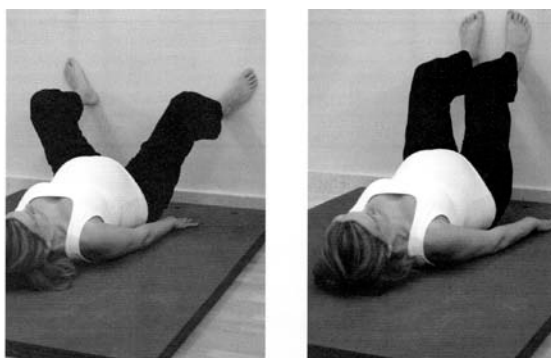


Fig.60 Zigzag.

### **Flexión lateral del la columna, inclinaciones**

*Posición inicial:* sentada, con la columna en la vertical y alargándola hacia arriba. Pelvis y columna neutral. Omóplatos estables. Piernas cruzadas delante de la pelvis en «posición del indio». Brazos extendidos a los lados a la altura de los hombros, siempre dentro del campo de visión. Si la pelvis no puede encontrar la posición neutral, colocar dos mantas debajo de la pelvis para elevarla y encontrar la pelvis en neutro.

*Movimiento:* inspirar manteniendo la posición inicial. Espirar flexionando la columna hacia el lateral manteniendo la pelvis en posición neutral y ambos glúteos en el suelo. La intención es que la columna se estire creando un gran estiramiento en el lateral del torso. Los brazos acompañan el movimiento de la columna, el brazo contrario va por encima de la cabeza y el otro se desliza por el suelo. Inspirar manteniendo la flexión lateral. Espirar y, desde el centro de fuerza, regresar a la columna hacia la vertical, iniciando el movimiento desde la

cintura y no desde la parte alta del torso.

*Repeticiones:* mínimo tres veces de cada lado. Máximo ocho veces de cada lado.

Importante: antes de comenzar con el movimiento, alargar la columna hacia arriba. Los hombros y brazos deben permanecer muy relajados durante todo el ejercicio. Durante la flexión lateral de la columna pensar en alargarla lejos hacia fuera y no hacia abajo.

Cuando se regresa, tener la sensación de ir creciendo vértebra por vértebra hacia arriba. Evitar subir los hombros.

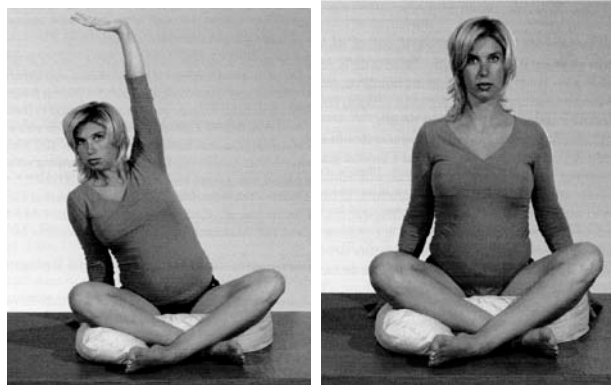


Fig. 61 Flexión lateral del la columna, inclinaciones

### **Los pujos durante la fase expulsiva del parto.**

Los reflejos de expulsión-pujos, esfuerzos involuntarios o deseos incontrolables de empujar ocurren espontáneamente en la mayoría de los partos en ausencia de complicaciones y de intervenciones médicas. El mecanismo fisiológico exacto responsable todavía no ha sido identificado, aunque todo parece indicar que es una actividad refleja que se activa por la combinación del descenso de la cabeza fetal y por la dilatación completa del cérvix. Probablemente, la tracción producida en los músculos del suelo pélvico a medida que desciende la cabeza por el canal del parto estimula por vía refleja la contracción de los músculos que forman la cincha abdominal, cuyo objetivo será ayudar al útero en la expulsión del feto.

Se trata de un mecanismo complejo que incluye distintos grupos musculares y que habitualmente se intenta enseñar y reproducir en las clases de preparación para el parto con el fin de controlarlo en ese momento.



Fig.62 Simulación de la maniobra de Valsalva tradicional

El objetivo es que el bebé nazca de forma rápida porque tradicionalmente se ha pensado que cuanto menor tiempo dure la fase expulsiva del parto, menores son los riesgos fetales. De esta manera se justifica el uso de maniobras de Valsalva, de instrumental y de episiotomías.

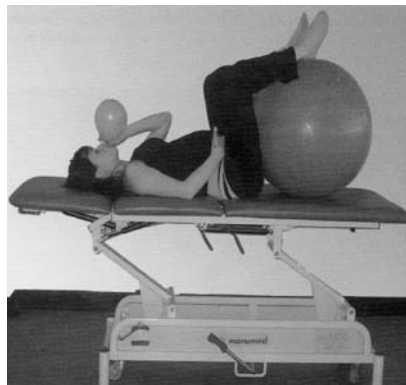


Fig.63 Simulación del pujo en espiración

(El globo es un elemento que facilita el aprendizaje de este tipo de pujos por la resistencia que ofrece la salida del aire).

## 6.7. Modelo Operativo

FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	RESULTADOS	TIEMPO
1era	Información	Informar a los directivos y a los profesionales de la red de emergencias Rhapy Medical sobre la importancia de aplicar la Terapia Gineco obstétrica en las mujeres gestantes para facilitar el parto normal o por cesárea y el registro de los datos de evolución en la historia clínica de la institución.	Realizar conferencia sobre los beneficios de la implementación de la técnica de la Terapia Gineco Obstétrica para la tonificación, corrección postural y estabilidad general en la mujer embarazada a fin de conseguir un embarazo y parto saludables.	Investigadora: Alexandra Cata	Interés demostrado por parte de los directivos, profesionales y mujeres gestantes que acuden al lugar de la investigación.	2 horas.



<b>2 da</b>	<b>Ejecución</b>	Aplicación de la terapia Gineco Obstétrica a las mujeres gestantes que acuden a la red de emergencias Rhapy Medical	Aplicar la terapia Gineco-Obstétrica observando la técnica correcta y los protocolos establecidos en la fundamentación científica técnica de la presente propuesta.	Investigadora: Alexandra Cata	Comprobar que la aplicación de la terapia Gineco obstétrica facilite el parto normal o por cesárea de las mujeres gestantes en el lugar de investigación.	Una hora tres veces por semana.
<b>3era</b>	<b>Evaluación</b>	Registrar la evolución del proceso de aplicación de la terapia Gineco obstétrica a las mujeres gestantes de la institución en la Historia Clínica.	Taller demostrativo del manejo de la Terapia Gineco-Obstétrica con las pacientes embarazadas y sus familiares directos.	Investigadora: Alexandra Cata	Identificar el nivel de logro y satisfacción de la aplicación de la Terapia Gineco obstétrica en la mujer gestante y sus familiares.	3 veces por semana

Cuadro N° 10 Modelo Operativo

## 6.8 Administración de la Propuesta

Este trabajo realizado en la Red de Emergencias Rhapy Medical bajo la supervisión de la Dra. Margot Sánchez Castro como tutora, la estudiante Ana Alexandra Cata Saltos quien realiza la Investigación contando con la colaboración de la Licda. Paola Ortiz encargada del área de Rehabilitación Física y de las mujeres gestantes que acuden a esta área.

## 6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

PREGUNTAS BASICAS	EXPLICACION
1.- ¿Que evaluar?	La evaluación física a las mujeres gestantes.
2.- ¿Por qué evaluar?	Porque es indispensable conocer el estado físico en el que se encuentra la mujer gestante.
3.- ¿Para qué evaluar?	Para planificar y ejecutar el tratamiento Gineco-obstétrico de acuerdo al estado físico que presenta la mujer embarazada de manera individual
4.-Indicadores	Cualitativos
6.- ¿Quién evalúa?	Investigadora: Alexandra Cata
7.- ¿Cuándo evaluar?	Al inicio y durante cada trimestre del embarazo
8.- ¿Cómo evaluar?	Mediante las técnicas de valoración postural, flexibilidad muscular y patrón ventilatorio
9.-Fuentes de información	Mujeres Gestantes, profesional de Fisioterapia encargada del área.
10.- ¿Con qué evaluar?	Instrumentos de valoración postural, flexibilidad muscular y patrón ventilatorio debidamente registrados en la Historia Clínica.

Cuadro N° 11 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Cabero, L y colaboradores. (2007). Obstetricia y Medicina Materno – Fetal (1ra. Ed.). Madrid: Médica Panamericana. (1)
- Gispert, C y colaboradores. (1997). Maternidad y Puericultura (6ta. Ed.). Barcelona: Océano.(2)
- Gómez, R. (2003). Guía práctica para la mujer embarazada (1ra. Ed.). Madrid: Ojos de papel ediciones S.L.(3)
- Tejero, E. (1998). Anatomía y Fisiología Humanas. Buenos Aires: kapelusz. (4)
- Walker, C. y colaboradores. (2006). Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología (1ra. Ed.). Barcelona: Elsevier Masson.(5)

### **LINKOGRAFÍA**

- Admin. (Noviembre 2010). Parto por cesárea. Recuperado el 15 Enero 2012, disponible en <http://etapas-embarazo.com/parto/parto-por-cesarea.html> (a)
- Alcázar, J. (Octubre 2011). El parto. Recuperado el 15 de Enero 2012, disponible en <http://www.cun.es/area-salud/perfil/futura-mama/parto> (b)
- Baldeón, M. (Diciembre 2009) Psicoprofilaxis del parto. Recuperado el 20 de Diciembre 2011, disponible en <http://www.fisioterapiaecuador.org/content/psicoprofilaxis-del-parto> (c)

- Bebes y más.com. (Marzo 2011). Qué es el embarazo. Recuperado el 28 de Marzo 2013, disponible en <http://www.bebesymas.com/embarazo/que-es-el-embarazo> (d)
- Chevez, K. (Marzo 2007). Psicoprofilaxis. Recuperado el 20 de Diciembre 2011, disponible en <http://es.scribd.com/doc/2526600/Psicoprofilaxis> (e)
- Deconceptos.com. (2012). Concepto de parto. Recuperado en 01 de Febrero 2012, disponible en <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/parto> (f)
- Embarazo-online. (2009). Las tres fases del parto. Recuperado el 10 de Marzo 2012, disponible en <http://www.embarazo-online.com/2011/04/las-tres-fases-del-parto.html> (g)
- Escobar, J. (2011). Ejercicios aeróbicos y su influencia para controlar Algias articulares en pacientes obesos entre 50 a 70 Años de edad que acuden a la asociación de diabéticos, Hipertensos de Pastaza en el periodo agosto 2010 – Enero 2011. Recuperado el 18 de Marzo 2012, disponible en <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/966/229-Jessica%20Escobar.pdf?sequence=1> (h)
- Face mama.com. (2011). Tipos de parto 2011. Recuperado el 10 de Marzo 2012, disponible en <http://www.facemama.com/parto/tipos-de-parto-y-sus-clasificaciones.html> (i)
- García del campo, L. (Noviembre 2003). Ensayo clínico controlado sobre el efecto de la psicoprofilaxis obstétrica en la incidencia de la depresión postparto. Recuperado el 21 de Diciembre 2011, disponible en [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/INV\\_NURE/proyecto\\_010122003151659.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyecto_010122003151659.pdf). (j)

- Gómez, A. (Marzo 2007). Reflexología en la maternidad. Recuperado el 12 de Abril 2012, disponible en <http://www.maternityreflexology.net/?categoryId=4339> (k)
- Intramed. (03 Enero 2011). Las mujeres prefieren el parto natural Recuperado el 10 de Febrero 2012, disponible en <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=68951> (l)
- La maternidad. (08 marzo 2011). Maternidad. Recuperado el 03 de Abril del 2013, disponible en <http://www.familiaqueesyqueno.es.org/Isidoro/TEXTOS/LA%20MATERNIDAD.htm> (m)
- Lindísima.com. Cesárea o parto normal. Recuperado el 20 de Diciembre del 2011, disponible en <http://www.lindisima.com/embarazada/cesareas.htm> (n)
- López, D. (Septiembre 2012). Historia de la Rehabilitación y Terapia Física. Recuperado el 03 de abril del 2013, disponible en <http://www.slideshare.net/DanLopez1/historia-de-la-rehabilitacin-la-terapia-fsica> (o)
- López, F. (Mayo 2010). Derechos laborales inherentes a la maternidad. Recuperado el 10 de marzo del 2012, disponible en [http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5598&Itemid=134](http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com_content&task=view&id=5598&Itemid=134) (p)
- Morinaga, G. (Abril 2010). Preparación integral para el parto y etapas del ciclo de vida. Recuperado el 10 de febrero del 2012, disponible en <http://es.scribd.com/doc/30639171/Preparacion-Integral-para-el-Parto-y-Ciclo-de-Vida> (q)

- Peña, R. (Julio 2010). La preparación Psicofísica de la embarazada. Recuperado el 21 de Diciembre del 2011, disponible en <http://www.monografias.com/trabajos88/preparacion-psicofisica-de-la-embarazada/preparacion-psicofisica-de-la-embarazada.shtml> (r)
  
- Red Clínica Chile. (2007). Obstetricia y Ginecología. Recuperado el 18 de Febrero del 2012, disponible en <http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/index.aspx?channel=6328> (s)
  
- Revistaciencias.com. (Junio 2005). Impacto de la preparación psicoprofiláctica para el parto en indicadores materno infantiles en Manatí en el 2004. Recuperado el 27 de Diciembre del 2011, disponible en <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEEApFuVpkvdQvloMY.php> (t)
  
- Sánchez, G. Efectividad de la psicoprofilaxis obstétrica: Una experiencia en la provincia y ciudad de Zamora1. Recuperado el 06 de Enero del 2012, disponible en [http://campus.usal.es/~petra/Profesores/GuadalupeSanchez/Libros/Efectividad d%20de%20la%20PPO.%20Zamora%20%281992%29.pdf](http://campus.usal.es/~petra/Profesores/GuadalupeSanchez/Libros/Efectividad%20de%20la%20PPO.%20Zamora%20%281992%29.pdf) (u)
  
- Valladares, A. (Marzo 2011). Actividades físicas terapéuticas y profilácticas para mujeres embarazadas de 25 años de edad que padecen de obesidad severa y espalda lordótica. Recuperado el 19 de Marzo del 2012, disponible en [http://www.efisioterapia.net/articulos/leer.php?id\\_texto=469](http://www.efisioterapia.net/articulos/leer.php?id_texto=469) (v)
  
- Vega, B. (2011). Alimentos para mujeres embarazadas menores de edad, solteras o casadas. Recuperado el 10 de Marzo 2012, disponible en [http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com\\_content&task=view &id=4894](http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com_content&task=view&id=4894) (w)

- Villar, R. (Diciembre 2005). Factores asociados al uso de psicoprofilaxis obstétrica en puérperas en el cono sur de Lima. Recuperado el 10 de Enero 2012, disponible en <http://www.slideshare.net/guest05fedf/a03v3n2> (x)

## **CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA**

- SPRINGER. Effect of Mg Therapy on the Outcome of Pregnancy in Certain Obstetric Diseases p363-366. Fecha: 1997  
[http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-009-0057-8\\_74](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-009-0057-8_74) .
- PROQUEST. Obstetric and Gynecologic Care in Physical Therapy Fecha: September 2000  
<http://search.proquest.com/docview/223119372/13D318E811677DF88E3/3?accountid=36765>
- PROQUEST. Obstetrics; Obstetric hemorrhage is reduced by nonpneumatic antishock garment over standard therapy Fecha: May 8, 2000  
<http://search.proquest.com/docview/195048244/13D318E811677DF88E3/6?accountid=36765>
- SPRINGER. Knowledge, attitude and practice of women in Campinas, São Paulo, Brazil with respect to physical exercise in pregnancy: a descriptive study Fecha: November 2011  
<http://link.springer.com/article/10.1186/1742-4755-8-31>
- PROQUEST. Exercise Guidelines in Pregnancy Fecha: May 2011  
<http://search.proquest.com/docview/862829638/13D31979D976B1596E1/1?accountid=36765>

## **ANEXOS**

### **A.1.**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE TERAPIA FISICA**

**ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MUJERES GESTANTES DE LA RED DE  
EMERGENCIAS MÉDICAS RHAPY MEDICAL EN LA CIUDAD DE  
AMBATO**

**INSTRUCTIVO:**

- Seleccione solamente una respuesta.
- Conteste marcando con una cruz la respuesta de su elección.

**1. Practicaba deporte antes del embarazo. Con que frecuencia?**

- 1 vez por semana                    (   )  
2 veces por semana                (   )  
3 veces por semana o mas        (   )  
4. Nunca                                (   )

**2. ¿De practicar un deporte antes el embarazo, continúa practicándolo ahora?**

- Si                                        (   )  
No                                        (   )

**3. ¿Conoce usted que el parto puede ser mejor si Ud. realiza ejercicios especiales durante el embarazo dirigidos por un profesional Fisioterapeuta?**

- Si                                        (   )  
No                                        (   )



4. ¿Su ginecólogo le ha planteado la posibilidad de participar en un programa de ejercicios especializados pre-parto?

Si ( )

No ( )

5. ¿Ha recibido información de ejercicios fisioterapéuticos para la madre durante el embarazo a través de?

Televisión ( )

Radio ( )

Prensa (revistas) ( )

Internet ( )

Otros medio ( )

6. Ha recibido información que en otros países del mundo se realizan programas especiales (Terapias Gineco- obstétricas) para la mujer gestante y así prepararlas para el momento del parto.

Si ( )

No ( )

7. ¿Cree usted que todas las mujeres embarazadas deberían realizar los ejercicios especiales pre-parto?

Si ( )

No ( )

8. Consideraría Ud. y su familia la posibilidad de intervenir en un programa de ejercicios especializados pre-parto?

Si ( )

No ( )

A.2.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE TERAPIA FISICA**

**ENCUESTA DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE TERAPIA FÍSICA DE  
LA RED DE EMERGENCIAS MÉDICAS RHAPY MEDICAL EN LA  
CIUDAD DE AMBATO**

**INSTRUCTIVO:**

- Seleccione solamente una respuesta.
- Conteste marcando con una cruz la respuesta de su elección.

1. ¿Realiza la historia clínica fisioterapéutica de las pacientes embarazadas que acuden a la red de emergencias Rhapy Medical?

Si                    (   )                    No                    (   )

2. Aplica usted una valoración especial para la mujer embarazada antes de iniciar un plan ejercicios preparto.

Si                    (   )                    No                    (   )

3. Realiza la planificación y aplicación de la técnica Gineco-obstétrica para la mujer embarazada y lo hace constar en la historia clínica.

Si                    (   )                    No                    (   )

4. El tiempo que lleva en la institución ha enseñado a las mujeres gestantes el plan de ejercicios pre-parto.

Si                    (   )                    No                    (   )

5. ¿En qué trimestre del embarazo cree que es oportuna la terapia Gineco-obstétrica?
- Primer trimestre ( )
- Segundo trimestre ( )
- Tercer trimestre ( )
- Todo el embarazo ( )
6. Dentro la sesión de terapia Gineco-Obstétrica, ¿Cuál cree usted que es el tiempo optimo para su realización?
- 30 minutos ( )
- 45 minutos ( )
- 60 minutos ( )
7. ¿Participa la familia (esposo, hijos) en el desarrollo de la Terapia Gineco-obstétrica?
- Si ( ) No ( )
8. Cuáles cree usted que son los factores por lo que las mujeres gestantes no optan por realizar la terapia Gineco-Obstétrica?
- Falta de recursos económicos ( )
- Falta de tiempo ( )
- Falta de información ( )
9. Como cree Ud. que se debería hacer la difusión en el medio acerca de la Terapia Gineco-obstétrica.
- ✓ Usando los medios de comunicación social Si( ) No( )
- ✓ Mediante el contacto directo con las pacientes embarazad. Si( ) No( )
- ✓ Llevando la información a los potenciales padres y madres (colegios-universidades) Si ( ) No ( )
- ✓ Manteniendo contacto con los profesionales Gineco-Obstétricos de la ciudad y la provincia Si ( ) No( )

## B.1.HISTORIA CLÍNICA

### Anamnesis

Apellidos:..... Nombres:.....

Fecha de Nacimiento:..... Edad:.....

Estado civil:..... Ocupación:.....

Estatura:..... Peso antes del Embarazo:.....

Peso Actual:..... Tiempo de Gestación:.....

Primeriza:..... Número de hijos:.....

Presión Arterial:.....

Antecedentes personales:

.....

.....

Resumen clínico:

Examen físico:

Valoración postural:.....

.....

Flexibilidad muscular.....

.....

Patrón ventilatorio.....

.....

Planificación del Tratamiento Fisioterapéutico

Ejecución del plan de tratamiento (Terapia Gineco-Obstétrica)

## C.1. LISTA DE COTEJO

<b>Valoración del proceso del parto ( parto normal)</b>	
<b>Fase de dilatación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Período de latencia: Dilatación hasta 2 centímetros</li> <li>• Período de aceleración: Dilatación hasta los 5 centímetros.</li> <li>• Período de velocidad máxima: Dilatación de 5 a 10 centímetros.</li> </ul>
<b>Fase de expulsión</b>	<p>En la exploración vaginal se valora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilatación (completa)</li> <li>• Altura de la presentación.</li> <li>• Estado de la bolsa amniótica:</li> <li>• Si las membranas están íntegras se puede proceder a romperlas.</li> <li>• Valoración de la progresión del parto.</li> <li>• Depende de: paridad, dinámica, tamaño del feto y tamaño pélvico</li> <li>• Control de la actividad uterina:</li> <li>• Palpación uterina de forma cronométrica (se admite como normal.- 3 - 5 c/10 min.).</li> <li>• Infiltración local del periné con anestesia local</li> <li>• Protección perineal: La episiotomía se utiliza para proteger el periné. No siempre es necesaria (valorar cuando lo es).</li> </ul>
<b>Fase de alumbramiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Localizar por palpación el fondo uterino</li> <li>• No realizar ninguna maniobra (tracción del cordón) hasta desprendimiento placentario.</li> <li>• Revisión de placenta y membranas.</li> <li>• Taponamiento vaginal y sutura de la episiotomía.</li> </ul>

<b>Valoración del proceso del parto ( cesárea)</b>	
<b>Fase Pre-operatoria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A firmar el permiso para que la operación se lleve a cabo</li> <li>• A que le saquen sangre</li> <li>• A que le laven y rasuren el abdomen</li> <li>• A que le pongan una sonda intravenosa y se le introduzca una sonda para la orina.</li> <li>• A la anestesia (epidural – si esta despierta o general –si está dormida).</li> </ul>
<b>Fase Operatoria</b>	<p>Cirugía.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico pasa un algodón o gasa con antiséptico por el vientre.</li> <li>• Realiza una pequeña incisión horizontal en la piel, sobre el pubis.</li> <li>• Después corta a través del tejido subyacente, capa por capa, hasta llegar al útero. Cuando llega a los músculos abdominales, generalmente los separa manualmente (en lugar de seguir cortando a través de ellos) y los corre para dejar al descubierto lo que está debajo.</li> <li>• Al llegar al útero, hace un corte horizontal en su segmento inferior.</li> <li>• El médico abre el saco amniótico y así extrae al bebé.</li> <li>• El equipo médico está examinando al bebé,</li> <li>• El médico saca la placenta y comienza a suturar (coser la incisión).</li> </ul>
<b>Fase Post-operatoria</b>	<p>Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminada la cirugía, se traslada a la paciente a la sala de recuperación</li> <li>• Se le controla cuidadosamente durante unas horas.</li> <li>• Si el bebé está bien, lo llevarán a la sala.</li> <li>• Por lo general permanecerá internada tres o cuatro días antes de volver a casa.</li> </ul>

Cuadro N° 12 Lista de Cotejo.

**D.1.**

**IMÁGENES DEL ÁREA DE TERAPIA FÍSICA EN LA RED DE EMERGENCIAS RHAPY MEDICAL**



Camilla de evaluación y balones especiales de gimnasia



Colchonetas y balones de diferentes portes usados para la gimnasia



Mujer gestante



Ejercicio de respiración y relajación





Ejercicio de suelo pélvico junto con grupo musculares vecinos



Ejercicio del puente



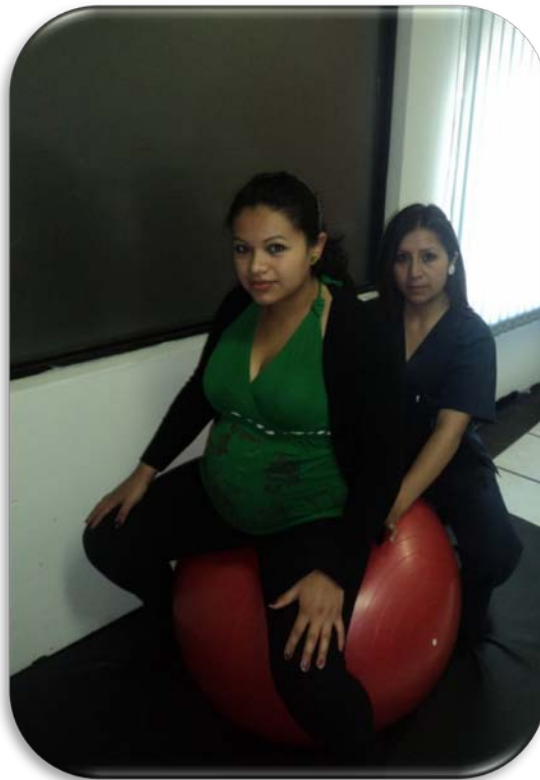
Ejercicio de desequilibrio sobre el balón.



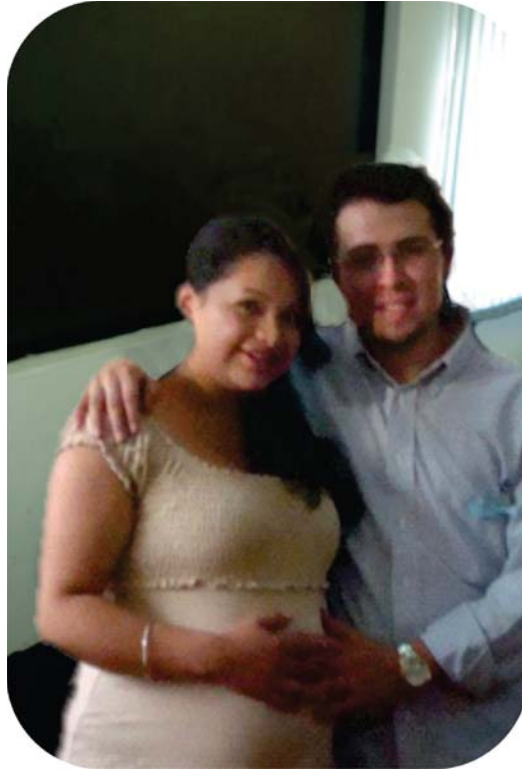
Trabajo en cuatro apoyos: elevación de brazos y piernas



Simulación de la maniobra de Valsalva tradicional.



Ejercicios del suelo pélvico.



Mujer gestante siempre con el apoyo de su pareja en las sesiones de terapia Gineco-Obstétrica.