

GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN MATERNAL-PATERNAL
DEL EMBARAZO Y PARTO

GUÍA PROFESIONAL PARA LA EDUCACIÓN MATERNAL-PATERNAL DEL EMBARAZO Y PARTO

Grupo coordinador

Luis Fernández-Trabadelo Rayón. Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados, SESPA
M.ª Carmen García González. Servicio de Evaluación de la Salud y Programas, DGSP
Marta González Sánchez. Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados, SESPA
Elvira Muslera Canclini. Coordinadora Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados, SESPA

Autoría

M. Paloma Esparza del Valle. Matrona Atención Primaria, Área III. Coordinadora

Paula Aranda García. Matrona, Atención Primaria, Área V
María Imelda Arias Rato. Matrona, Atención Primaria, Área VIII
Ángel Fernández Vic. D.U.E., Atención Primaria, Área III
Lucía del Fresno Marqués. Matrona, HUCA, Área IV
María González Álvarez. Matrona, Hospital de Cabueñes, Área V
María Cruz Gutiérrez Díez. D.U.E., Atención Primaria, Área VI
María Antonia López Hernández. D.U.E., Atención Primaria, Área VI
José Ignacio Matute Albo. Matrona, HUCA, Área IV
Alma Blanca Muñiz Martínez. Matrona, Hospital de San Agustín, Área III
Ángeles Ordóñez Alonso. Pediatra, Atención Primaria, Área VIII y representante de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPAP)
Aída Riegas Fernández. Matrona, Atención Primaria, Área V
Yolanda Suárez Rodríguez. Matrona, Atención Primaria, Área III
María Ángeles Uría Urraza. Instituto Asturiano de la Mujer

Revisores externos

Jose Manuel Adanez. FEA del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUCA
Ana Isabel Escudero Gomis. FEA del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUCA
Ángel Sánchez del Río. Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Álvarez Buylla, y presidente del Comité de BBPP en Salud Reproductiva del SESPA

Colaboraciones especiales

José María Blanco González. FM del Servicio de Evaluación de la Salud y Programas, DGSP
Fernando Cosío Carreño. FEA de Anestesiología y Reanimación, Hospital de Cabueñes, (Área V)
Mª Rosario Elorriaga Fernández. Farmacéutica del Servicio de Riesgos Ambientales y Alimentarios, Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo, DGSP
Lucía del Fresno Marqués. Matrona de Atención Primaria del Área Sanitaria IV
Elisabeth Herrero Grandgirard. Estomatóloga, Atención Primaria del Área Sanitaria I
Ismael Huerta González. Jefe de Servicio de Vigilancia Epidemiológica, DGSP
Ceferino Martínez Faedo. FEA del Servicio de Endocrinología y Nutrición del HUCA
Úrsula Maurenza Cuesta. Higienista de Atención Primaria del Área Sanitaria IV
Mª Dolores Ruiz Salazar. Inspectora Farmacéutica del Servicio de Farmacia, DGSP
Jorge Soriano Martínez. Higienista de Atención Primaria del Área Sanitaria IV

Distribuye

Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados. SESPA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 13

Justificación 15

Objetivos 16

Objetivo general 16

Objetivos específicos 16

Metodología de elaboración de la guía 17

A quién va dirigida esta guía 18

Estructura de la guía 18

CRONOGRAMA 19

TALLERES 21

Taller I: Cambios, promoción de estilos de vida saludables, cuidados y aspectos psicológicos durante el embarazo 23

Taller II: Maternidad y Paternidad corresponsable 24

Taller III: El parto (I) 26

Taller IV: El parto (II) y el Plan de Parto 27

Taller V: Manejo del dolor 28

Taller VI: Cuidados generales del recién nacido y la recién nacida (RN) 29

Taller VII: El Puerperio 30

Taller VIII: Lactancia Materna 30

FICHAS..... 33

TALLER DIDÁCTICO II: Maternidad, paternidad corresponsable.....	35
Ficha FT 2.1: maternidad - paternidad.....	35
Ficha FT 2.2: modelos de género.....	36
Ficha FT 2.3: distribución del tiempo.....	37
Ficha FT 2.4: asignando género.....	38
Ficha FT 2.5: caricatura de roles.....	39
Ficha FT 2.6: prevención de la violencia de género en la juventud.....	40
Ficha FT 2.7: el final del cuento de hadas (opcional).....	41
TALLER DIDÁCTICO III: El parto I.....	42
Ficha FT 3.1: preparación de la “maleta”.....	42
Ficha FT 3.2: cuándo acudir al hospital.....	43
TALLER DIDÁCTICO IV: El parto II y Plan de Parto.....	45
Ficha FT 4.1: vivencias de parto.....	45
Ficha FT 4.2: dudas/miedos.....	47
Ficha FT 4.3: plan de parto.....	48
TALLER DIDÁCTICO V: Manejo del dolor del parto.....	50
Ficha FT 5.1: qué representa para ti el dolor de parto?.....	50
Ficha FT 5.2: respiraciones de la dilatación.....	51
Ficha FT 5.3: preparación psicológica para el dolor.....	52
TALLER DIDÁCTICO VIII: Lactancia materna.....	54
Ficha FT 8.1: mitos y falsas creencias sobre la lactancia materna.....	54

CONTENIDO TEÓRICO..... 57

TEMA I. CAMBIOS, PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CUIDADOS Y ASPECTOS PSICOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO .. 59

Cambios durante el embarazo.....	61
Promoción de estilos de vida saludables y Cuidados durante el embarazo.....	66
Alimentación Equilibrada y Segura en el Embarazo.....	66
Alimentación en el embarazo y la lactancia.....	66
Seguridad alimentaria en el embarazo.....	71
Recomendaciones de dietas.....	74

El ejercicio físico	75
Los viajes	75
Hábitos tóxicos	76
Exposición a radiaciones	77
Enfermedades infecciosas	77
Las infecciones de orina	78
La Toxoplasmosis	78
La Listeriosis	79
La Rubeola	80
La Varicela	81
La Sífilis	81
El VIH-SIDA y la Hepatitis B.	81
Otras enfermedades de transmisión sexual	81
Estreptococo β hemolítico.	81
Vacunaciones durante el embarazo	82
Vacunación frente a TOSFERINA	82
Vacuna frente al Tétanos	83
Vacuna frente a la Gripe	83
Otras vacunas	84
Profilaxis post exposición a Sarampión, Rubéola y Varicela durante el embarazo	84
Profilaxis post exposición a Sarampión	84
Profilaxis post exposición a Rubeola	85
Profilaxis post exposición a Varicela	86
Aspectos psicológicos durante el embarazo	88
ANEXO: Guía Salud Oral en el Embarazo	89
El cuidado de la boca de la embarazada	89
Bibliografía	92
TEMA II. MATERNIDAD Y PATERNIDAD CORRESPONSABLE	95
Socialización. Transmisión de roles de género	97
Adquisición de la identidad masculina y femenina	98

Modelos de género	99
Corresponsabilidad materna y paterna en el trabajo de cuidar	101
Coeducación	102
Violencia de género	103
Violencia de género en el embarazo	104
Bibliografía	106
Videos	108
TEMA III. EL PARTO I	109
Definición de parto	111
Inicio del parto	112
Cuándo acudir al hospital	113
¿Qué ocurre en el hospital?	115
Bibliografía	116
TEMA IV. EL PARTO II Y EL PLAN DE PARTO	117
Etapas del parto	119
Periodo de dilatación (primera etapa)	119
Periodo expulsivo (segunda etapa)	120
Periodo de alumbramiento (tercera etapa)	121
Cuidados rutinarios de la criatura recién nacida	123
Cuando el parto deja de ser de bajo riesgo	124
Inducción de parto	124
Tipos de parto	125
Parto instrumental	125
Cesárea	125

Plan de parto	126
Bibliografía	127
TEMA V. MANEJO DEL DOLOR	129
Dolor y mente	131
Métodos intrínsecos no farmacológicos del alivio del dolor.....	132
La respiración/relajación	132
La libertad de movimiento	132
El pujo espontáneo.....	133
Entrar en un estado alterado de conciencia.....	133
Las 3 erres	133
Métodos extrínsecos no farmacológicos de alivio del dolor (MENOFAD)	134
Apoyo continuo	134
Pelota de parto	135
El agua en el parto	136
Inyección de agua estéril.....	136
Masaje	137
Acupresión	138
Métodos farmacológicos de alivio del dolor	138
Analgésicos sistémicos	138
Analgesia neuroaxial.....	139
Óxido Nítrico	141
Bibliografía.....	142
TEMA VI. CUIDADOS GENERALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS RECIÉN NACIDOS.....	145
Características fisiológicas de las recién nacidas y los recién nacidos (RN).....	147
Peculiaridades de su piel.....	147
Preguntas frecuentes	148
El programa de salud infantil	150
Motivos de consulta frecuentes en los primeros meses de vida	151
Cólicos del/la lactante.....	151
Infección respiratoria de vías altas.....	151
La regurgitación	152

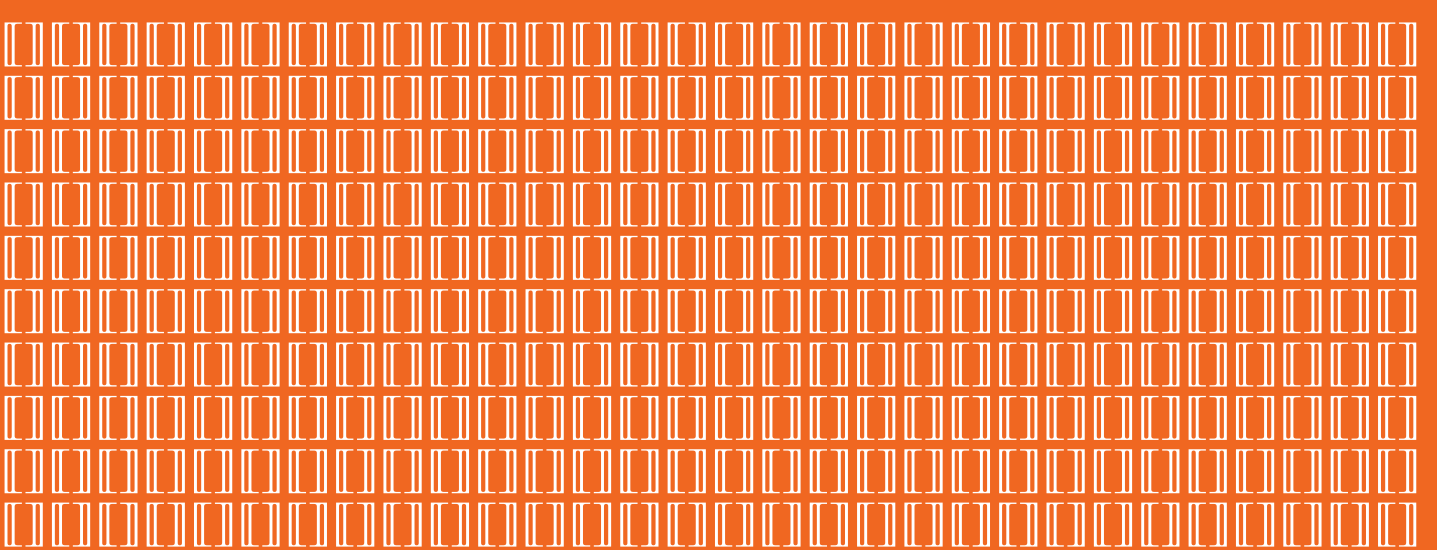
Medidas prenatales que favorecerán una mejor salud de los y las RN en su desarrollo hasta la vida adulta	152
Evitar el sobrepeso y la obesidad infantil	152
Evitar el síndrome de alcoholismo fetal	153
Evitar exposición prenatal a compuestos organohalogenados (OH)	153
Disruptores endocrinos (DE)	153
Alérgenos	154
Terpenos	155
Productos de protección solar	155
Recomendaciones sobre el uso de productos químicos	155
Cuidados del recién nacido y la recién nacida (RN)	156
Higiene y aseo personal	156
Cuidado del cordón umbilical	157
Cuidado de las uñas	158
El vestido	158
La casa: su habitación	158
El ambiente	159
Higiene en la preparación de los biberones	159
Importancia del contacto físico y del masaje del bebé	160
Prevención de la muerte súbita del o de la lactante (SMSL)	161
Prevención de accidentes	161
Beneficios del vínculo afectivo y masaje infantil	162
Vínculo y apego	163
Tipos de apego	163
Fases del desarrollo evolutivo del apego	164
El masaje infantil	165
El porteo	166
Tipos de porteo	167
ANEXO: Guía Salud Oral en el Embarazo y la Primera Infancia	168
El cuidado de la boca en la primera infancia	168
Bibliografía	170
Recursos web sobre masaje y porteo	174
TEMA VII. EL PUERPERIO	175
Cambios fisiológicos más importantes en el puerperio	177
Cambios psicológicos	178

Cuidados habituales	178
Síntomas de alarma	179
Revisión puerperal	180
Información sobre anticoncepción	180
Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)	180
Anticonceptivos orales con progestágenos	181
Anticonceptivos inyectables con progestágenos	181
Implantes anticonceptivos con progestágenos	182
Dispositivos intrauterinos	182
Métodos de barrera	182
Esterilización	183
Métodos de urgencia	183
Método MELA	183
Cambios en la relación de pareja y planificación familiar	185
Bibliografía	189
Recursos web sobre pareja y sexualidad	191
TEMA VIII. LACTANCIA MATERNA	193
Fisiología de la lactancia materna	195
Beneficios de la lactancia materna	195
Ventajas para la madre	196
Ventajas para la criatura	196
Ventajas para ambas	197
Características y composición de la leche materna	197
Calostro	197
Leche de transición	197
Leche madura	198
Características de la toma	198
Problemas en la lactancia	199
Cómo saber si la criatura está comiendo adecuadamente	200

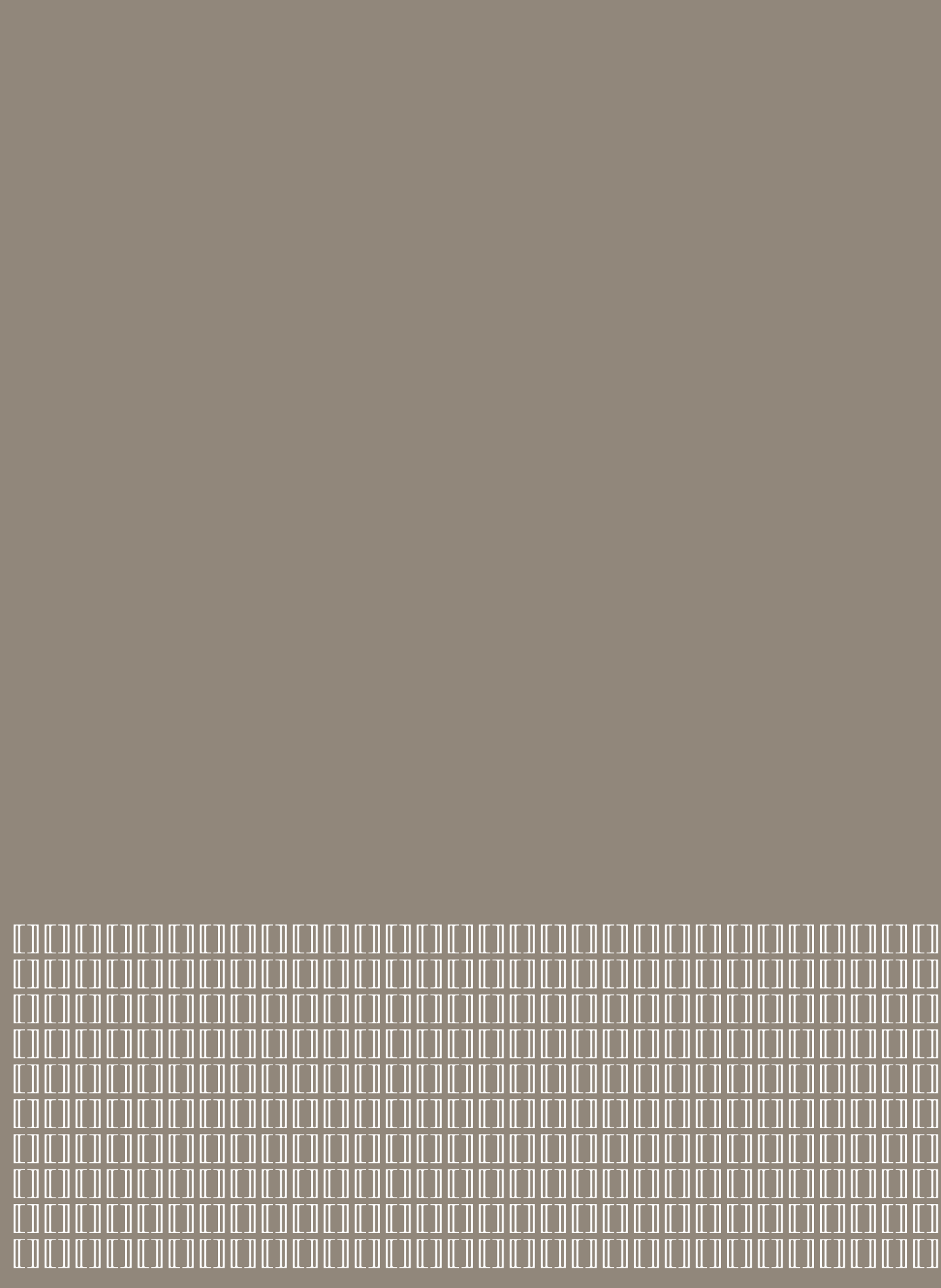
Lactancia materna en situaciones especiales	200
Cesárea	200
Embarazo múltiple	201
Ingreso de la criatura	201
Ingreso de la madre	201
Extracción y conservación de la leche materna	201
Normas para la conservación de la leche	203
Normas para la descongelación	203
Normas para el transporte de la leche extraída	204
El proceso del destete	204
Grupos de apoyo a la lactancia	204
Cuidados de la madre durante la lactancia	205
Alimentación	205
Medicamentos	205
Otras sustancias	205
Anticoncepción	205
El éxito de la lactancia	206
Bibliografía	207
Recursos web sobre lactancia materna	208
Apoyo a la lactancia materna	209
Recursos en Internet	209
TEMA IX. TRÁMITES ADMINISTRATIVOS	211
Trámites administrativos después del nacimiento	213
Inscripción en el registro civil	213
Inscripción en el INSS	213
Solicitud de tarjeta sanitaria y asignación de pediatra	214
Permisos y prestaciones	214
Permiso retribuido por Maternidad	214
Permiso retribuido por Paternidad	215
Prestación por riesgo durante el embarazo, y/o durante la lactancia natural	216
Permisos para exámenes prenatales y clases de preparación del parto	217
Permisos y prestaciones, en caso de hospitalización del bebé	217

Permiso retribuido por lactancia	217
Excedencia por maternidad, no retribuida:	218
Reducción de Jornada no retribuida, por cuidado de hijo o hija:	219
Deducción por maternidad y otras prestaciones	219
DNI del recién nacido o recién nacida	219
RESPIRACIÓN, RELAJACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO	221
Introducción a la respiración y relajación.	223
RESPIRACIÓN	225
Práctica de atención plena a la respiración	227
Ejercicios de respiración costal o torácica.	228
Ejercicios de respiración abdominal	229
Ejercicios de respiración clavicular o respiración alta	230
Ejercicios de respiración completa	230
Ejercicios respiratorios para la dilatación.	230
RELAJACIÓN	233
Beneficios de la relajación.	235
Físicos.	235
Psicológicos	236
Guía de una relajación.	236
Posición	237
Dirección de un ejercicio de relajación.	237
Atención plena (Mindfulness)	240
Visualización.	241
Modelos de relajación	241
Técnica de sofronización o por metameras	241
Relajación progresiva de Jacobson.	242
Visualización para el embarazo	244

Relajación en pareja (Atención Plena/Mindfulness)	246
Bibliografía	247
EJERCICIO FÍSICO	249
Introducción	251
Ejercicios de movilización cervical y de hombros	252
Ejercicios de pectorales	252
Ejercicios para disminuir la presión del útero sobre el diafragma	253
Ejercicios de movilización pélvica	253
Ejercicios circulatorios	254
Ejercicios de suelo pélvico y prevención de la incontinencia urinaria	254
Funciones del suelo pélvico	255
Factores lesivos para el suelo pélvico	255
Embarazo como factor de riesgo para el suelo pélvico	256
Parto como factor de riesgo para el suelo pélvico	256
Entrenamiento en la contracción selectiva de los músculos del suelo pélvico	257
Ejercicios abdominales hipopresivos	258
Ejercicios	258
Ejercicios para disminuir la presión suprapúbica	259
Bibliografía	260
MASAJE PERINEAL	261
Técnica	263
EVALUACIÓN	265
Evaluación de las sesiones del programa por la matrona	268
Evaluación del programa por las personas asistentes	271



INTRODUCCIÓN



JUSTIFICACIÓN

Los cambios sociales y los avances científicos de los últimos años hacen necesaria la revisión de los programas de educación para la salud en el embarazo, parto, posparto y crianza, con el fin de actualizar los existentes, unificando criterios a la luz de la evidencia científica.

El creciente acceso de las mujeres al mercado laboral, ha supuesto una mayor autonomía para la toma de decisiones sobre su proyecto vital. Asimismo, se han producido importantes cambios en los modelos de relación y de familia, que han llevado a muchas mujeres a optar por no tener descendencia y a otras por tenerla fuera del matrimonio, con o sin pareja.

Por otro lado, las dificultades en el acceso al trabajo y a la vivienda y por tanto para la emancipación, se han acrecentado en estos momentos de crisis. Todo ello ha contribuido y probablemente seguirá contribuyendo, a la disminución de la tasa de fecundidad y al retraso en la edad materna.

La familia es pues una estructura en constante transformación. En los diferentes tipos de familias, las niñas y niños inician su andadura y reciben los primeros cuidados.

La maternidad y paternidad supone una etapa de cambio en la vida de las personas y requiere una serie de adaptaciones y reajustes, a veces complejos. Cuidamos según las normas, valores, mandatos, etc., aprendidos. Pero cuidar supone algo más que la realización de unas tareas.

Hoy, si bien mujeres y hombres participamos en espacios políticos, laborales, económicos y domésticos, no lo hacemos en igual proporción. Todavía los cuidados, y el sostén emocional, recaen mayoritariamente en las mujeres; los hombres, están incorporándose a los cuidados familiares, desde posiciones de colaboración y/o ayuda más que de corresponsabilidad.

La reflexión conjunta de mujeres y hombres, sobre cómo nos hemos construido, y cómo estas subjetividades están sustentando la forma de vivenciar la maternidad y/o paternidad, facilitará enfrentar los conflictos de los nuevos vínculos y promover procesos de maduración personal, en los que las relaciones de buen trato y de igualdad formen parte del proyecto de vida.

La biología básica del nacimiento no cambia, pero la forma como la sociedad y los servicios sanitarios ayudan al buen desarrollo del mismo, está cambiando siempre. La preparación para la maternidad ha sido desde el origen, un proceso de transmisión de conocimientos entre las mujeres, especialmente, de madres a hijas. No obstante, la educación para el embarazo, parto y puerperio ha ido evolucionando a través del tiempo, desde el concepto de

un “parto sin dolor”, “parto sin temor”, al de “psicoprofilaxis obstétrica”, llegando así a la concepción actual en la que, a lo anterior, se le ha ido sumando la convicción de que el embarazo, el parto y el posparto constituyen en sí mismos una experiencia positiva.

La educación para la salud en el embarazo, parto y puerperio, tanto a nivel individual como grupal, contribuye a la preparación física y psicológica de la mujer y su pareja, para afrontar el embarazo, el parto y la recuperación en el puerperio. Así mismo favorece la crianza integral de su hijo o hija, y que la vivencia de todo el proceso sea lo más armoniosa posible.

Para que las embarazadas puedan ser las protagonistas de sus propios partos han de estar bien informadas, sentirse seguras de sus posibilidades, y tener la oportunidad de tomar decisiones sobre estos procesos.

La última guía de referencia en Asturias fue la editada por el INSALUD en el año 1995, lo que ha motivado modelos de educación maternal y paternal distintos en cada área. Como ya se ha mencionado, en estos veinte años ha habido grandes cambios en las estrategias de abordaje del embarazo, parto y posparto, lo que hace necesario proporcionar a las y los profesionales nuevas herramientas para desarrollar su función, conforme a su formación y competencia profesional. Es igualmente necesario un procedimiento compartido de actuación que evite la variabilidad en la práctica clínica y garantice que sus actuaciones se apoyan en el conocimiento actualizado. La información proporcionada por el personal sanitario supone una ayuda en el proceso de toma de decisiones para las gestantes y sus parejas o acompañantes, favoreciendo su autonomía.

OBJETIVOS

Objetivo general

Proporcionar a las y los profesionales una herramienta de referencia, para que puedan ofrecer a las mujeres y sus acompañantes la información y atención necesaria, que facilite su protagonismo en esta etapa de la vida, un óptimo desarrollo del embarazo y una vivencia positiva de la maternidad y la paternidad.

Objetivos específicos

Ofrecer a las y los profesionales los recursos necesarios para:

- Fomentar la autonomía de las mujeres, en la toma de decisiones a lo largo de todo el proceso.

- Promover que las mujeres y su entorno tengan una vivencia satisfactoria de la experiencia del embarazo, parto y nacimiento.
- Contribuir a desarrollar modelos de maternidad y paternidad que fomenten la corresponsabilidad y la coeducación.
- Proporcionar un espacio de reflexión que facilite afrontar los conflictos de los nuevos roles entre mujeres y hombres, promueva procesos de maduración personal y relaciones de buen trato.
- Favorecer el desarrollo fisiológico del proceso del embarazo, parto, nacimiento y lactancia materna.
- Fomentar el inicio de una crianza saludable.
- Unificar criterios para disminuir la variabilidad de las actividades educativas.
- Proporcionar una herramienta de valoración y evaluación.

METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA

El Comité Regional de Embarazo, Parto y Lactancia encargó a un grupo de trabajo la elaboración de una guía didáctica para profesionales sobre educación maternal-paternal. Este equipo, constituido por matronas, enfermeras de pediatría, pediatras, y una profesional en materia de igualdad del Instituto Asturiano de la Mujer, trabajó en los contenidos metodológicos y talleres de esta guía educativa.

Para la elaboración de los contenidos se han tenido en cuenta las recomendaciones de las actuales Leyes y Estrategias Sanitarias, así como los cambios de paradigma en la atención sanitaria; el paso de un modelo biologicista a otro de atención biopsicosocial con perspectiva de género:

- Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres
- La Estrategia de Atención al Parto Normal (2007)
- Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (2010)
- La Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio (2014)

El Comité de Embarazo, Parto y Lactancia revisó mediante el instrumento AGREE el primer borrador de la guía, y el Servicio de Calidad Asistencial y Cuidados y la Unidad de igualdad del Sespa realizaron la revisión final del documento incorporando las aportaciones presentadas, evitando el lenguaje sexista y reeditando la estructura para que resulte un documento homogéneo.

A QUIÉN VA DIRIGIDA ESTA GUÍA

Esta guía está dirigida a matronas/matrones y a profesionales sanitarios que desarrollan la actividad de educación para la maternidad y paternidad. El programa está dirigido a todas las gestantes, puérperas y sus parejas o acompañantes, susceptibles de atención en el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

ESTRUCTURA DE LA GUÍA

La guía se organiza en cuatro grandes bloques: talleres didácticos, contenido teórico, actividad física preparatoria al parto y evaluación.

En el apartado de talleres didácticos se presentan las fichas de cada taller que sirven de guía a la docente y se estructuran de la siguiente forma:

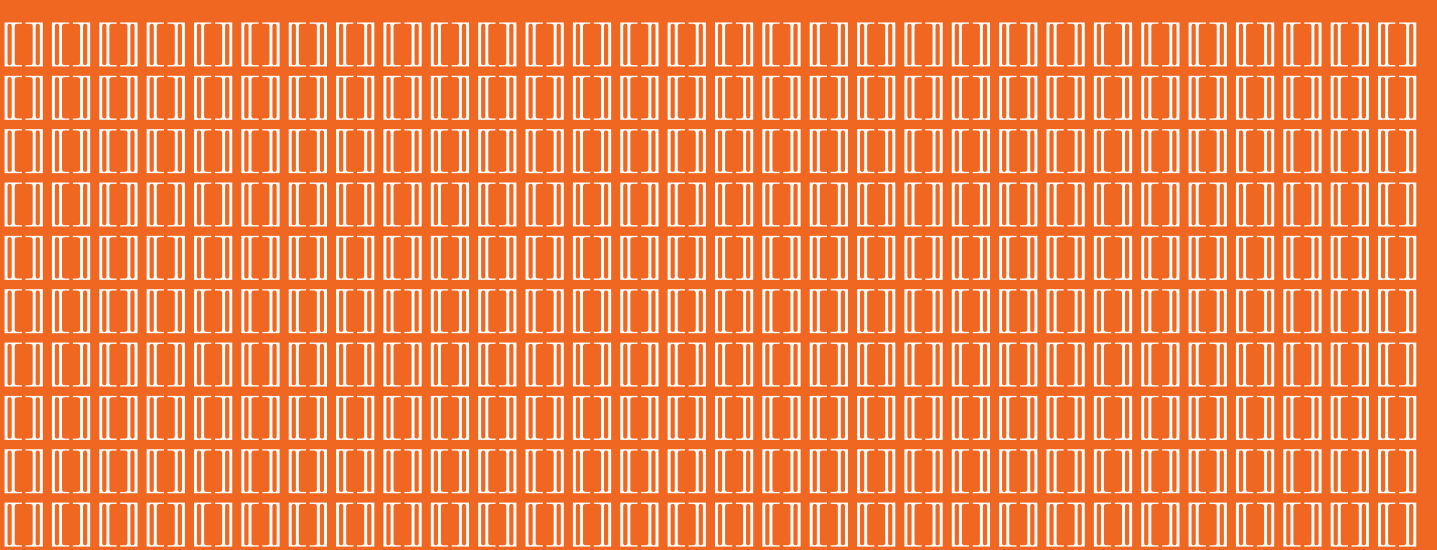
- Introducción al taller
- Objetivos
- Contenidos
- Técnicas a utilizar
- Desarrollo metodológico
- Temporización

El bloque de contenidos teóricos incluye todos los temas a desarrollar organizados según el orden de presentación de los talleres:

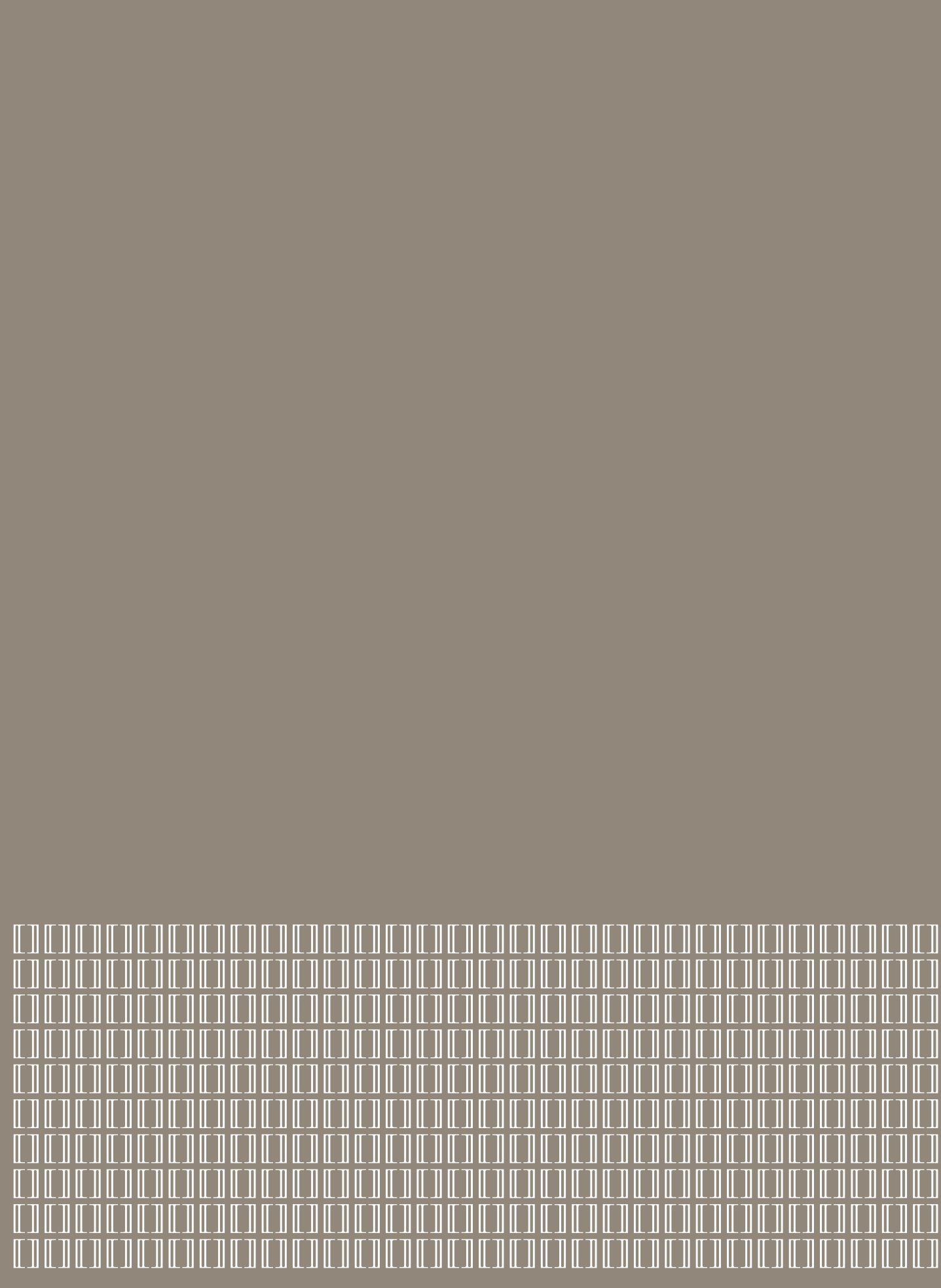
1. Cambios durante el embarazo. Promoción de estilos de vida saludables. Cuidados durante el embarazo. Aspectos psicológicos durante el embarazo.
2. Maternidad y Paternidad corresponsable
3. El Parto I
4. El Parto II y el plan de parto
5. Manejo del dolor
6. Cuidados generales del recién nacido y la recién nacida
7. El puerperio
8. Lactancia Materna
9. Tramites administrativos después del nacimiento

El tercer bloque recoge la actividad física preparatoria al parto que se compone de cuatro secciones: respiración, relajación, ejercicios físicos y masaje perineal.

Por último, figuran los cuestionarios para la evaluación del programa por parte de las/los profesionales docentes y de las sesiones por parte de las personas asistentes.



TALLERES



TALLER I: CAMBIOS, PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CUIDADOS Y ASPECTOS PSICOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO (a realizar antes de la semana 20)

INTRODUCCIÓN				
<p>Nota: este contenido se explica a la mujer embarazada en las primeras visitas. Queda a criterio del o la profesional la realización de una sesión grupal. Todo este contenido se desarrolla en la Guía de Embarazo y Lactancia que edita la consejería.</p> <p>En el embarazo se producen una serie de cambios físicos, psicológicos así como sociales, culturales y familiares. Estos cambios, en condiciones normales, son procesos fisiológicos y precisan una adaptación así como unos hábitos saludables.</p>				
OBJETIVOS				
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los cambios normales en el embarazo. • Identificar signos de alarma y cambios anormales durante la gestación. • Optimizar hábitos saludables. • Adquirir estrategias y recursos que ayuden a la mujer en su adaptación a los cambios físicos y emocionales. • Facilitar el establecimiento del vínculo con la criatura y el entorno. 				
	CONTENIDO / TEMA	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	TIEMPO (min.)
1	Cambios físicos y psicológicos percibidos durante el embarazo. Promoción de hábitos saludables y cuidados	Exposición docente. Preguntas y aclaración de contenidos personalizada	Exponer los cambios que se producen durante el embarazo. Explicar el autocuidado y los hábitos saludables	60

TALLER II: MATERNIDAD Y PATERNIDAD CORRESPONSABLE

INTRODUCCIÓN

La familia es una estructura en constante transformación. En los diferentes tipos de familias monoparentales, heterosexuales, homosexuales, y otras modalidades, la niña o el niño inician su andadura y reciben los primeros cuidados.

La maternidad y paternidad en la vida de las personas supone una etapa de cambio y requiere una serie de adaptaciones y reajustes, a veces complejos.

Cuidamos según las normas, valores, mandatos... aprendidos. Pero cuidar supone algo más que la realización de unas tareas.

Hoy, si bien mujeres y hombres participamos en espacios políticos, laborales, económicos y domésticos, no lo hacemos en igual proporción. Los cuidados y el sostén emocional todavía recaen mayoritariamente en las mujeres; los hombres están incorporándose a los cuidados familiares desde posiciones de colaboración y/o ayuda más que de corresponsabilidad.

La reflexión conjunta de mujeres y hombres sobre cómo nos hemos construido y como estas subjetividades están sustentando la forma de vivir la maternidad y/o paternidad facilitará enfrentar los conflictos de los nuevos vínculos y promover procesos de maduración personal en los que las relaciones de buen trato y de igualdad formen parte del proyecto de vida.

OBJETIVOS

- Indagar sobre el modelo de relación personal.
- Analizar las relaciones de poder en la familia .
- Reflexionar sobre su estilo maternal y paternal.
- Indagar sobre la corresponsabilidad .
- Fomentar el inicio de la socialización de niñas y niños en relaciones de igualdad desde la diferencia.
- Visibilizar la violencia de género en el embarazo.

	CONTENIDO / TEMA	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	FICHA	TIEMPO (min.)
1	Socialización	Tormenta de ideas Exposición participada	Reflexión individual y debate en grupos pequeños o grandes, según número de asistentes Completar con exposición de contenidos	FT. 2.1. Maternidad-Paternidad	10

2	Modelos de género	Reflexión individual y Exposición participada	Entregar la ficha de Modelos de Género. Discutir en grupo pequeño, puesta en común. Completar con la exposición de los modelos de género	FT. 2.2. Modelos de Género	10
3	Modelos de Relación	Ejercicio individual	Entregar la ficha de distribución del tiempo, cumplimentar y puesta en común. Completar con exposición sobre corresponsabilidad	FT. 2.3. Distribución del tiempo	10
4	Adquisición de la identidad femenina y masculina. Coeducación	Vídeo	Visionar vídeo. Discusión, puesta en común	FT. 2.4. ¿Asignando género?	5
		Vídeo	Visionar vídeo. Discusión, puesta en común	FT 2.5. Caricatura roles de género	10
5	Violencia de Género	Exposición participada	Completar la actividad anterior con exposición de contenidos de la adquisición de la identidad femenina y masculina y coeducación		5
		Vídeo	Visionar vídeo. Discusión y puesta en común.	FT 2.6. Prevención de la violencia de género en la juventud	5
		Exposición participada	Completar con exposición de contenidos: violencia de género		10
		Vídeo	Visionar vídeo. Discusión y puesta en común.	FT 2.7. El final del cuento de hadas	5
6	Ejercicio Físico		Actividad Física preparatoria al parto		30
7	Respiración / relajación	Práctica de atención plena a la respiración	Actividad Física preparatoria al parto: respiración y relajación		15

TALLER III: EL PARTO (I)

INTRODUCCIÓN					
<p>El parto es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de una criatura sana y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Las y los profesionales sanitarios acompañan a la mujer a gestionar, interpretar los mensajes de su cuerpo y a reaccionar positivamente ante ellos, viviendo su parto de una forma serena y participativa.</p> <p>Mediante la Educación para la maternidad y paternidad, ofreciendo una información clara, objetiva y basada en la evidencia facilitaremos que la gestante y su pareja o persona acompañante afronten el parto participando en la toma de decisiones, disminuyendo así la incertidumbre ante los mitos, leyendas y miedos que siempre han rodeado al mismo.</p> <p>El trabajo de la matronería es contribuir al desarrollo de actitudes positivas y procurar que la vivencia del parto sea lo más gratificante posible.</p>					
OBJETIVOS					
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las dudas y miedos con respecto al proceso de parto. • Conocer el proceso del parto. • Reconocer el inicio del mismo. • Favorecer la autonomía de la mujer en todo el proceso. 					
	CONTENIDO / TEMA	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	FICHA	TIEMPO (min.)
1	Dudas/Miedos respecto al proceso del parto	Reflexión individual	Cada participante escribe en una hoja las dudas y miedos que tiene con respecto al parto. Se revisarán en la siguiente sesión para comprobar que han sido resueltas.		10
2	Definición de parto. Inicio del parto. Qué ocurre en el hospital	Exposición teórica	Definición, elementos e inicio del parto y diagnóstico diferencial con falso trabajo de parto		25
3	Preparación de la "maleta"	Lluvia de ideas	Elaboración conjunta de los enseres personales que pueden ser necesarios durante el ingreso en el hospital	(FT 3.1)	20
4	Cuándo acudir al hospital	Ejercicio participativo	Desarrollo del ejercicio práctico para identificar el momento de acudir al hospital	(FT 3.2)	20
5	Ejercicio Físico	Ejercicios	Actividad Física preparatoria al parto		30
6	Respiración / relajación	Ejercicios	Actividad Física preparatoria al parto: respiración y relajación		15

TALLER IV: EL PARTO (III) Y EL PLAN DE PARTO

INTRODUCCIÓN

El hecho de que la mujer y su pareja o persona acompañante conozcan los protocolos de su hospital de referencia y sepan con antelación los pasos que dará el personal sanitario disminuye notablemente su nivel de ansiedad y aumenta su confianza y tranquilidad con respecto a su proceso de parto.

Matronería es la encargada de informar y de ayudar a la mujer y su pareja o persona acompañante en la elaboración del plan de parto. Comparten la información y acuerdan un plan de nacimiento que responda a sus necesidades, deseos y expectativas lo que aumentará la participación activa y con ello la satisfacción al verse respetadas sus decisiones durante el nacimiento de su hijo o hija.

En nuestra Comunidad Autónoma la *Cartilla de Salud Maternal* recoge un plan de parto en forma de formulario que es aconsejable cumplimentar. Una copia quedará en la propia Cartilla y la otra será entregada en el Hospital.

OBJETIVOS

- Conocer herramientas que les permitan afrontar el parto con conocimientos, seguridad, control y confianza.
 - Distinguir las diferentes etapas del parto y relacionarlas con sensaciones corporales.
 - Distinguir los diferentes tipos de parto.

	CONTENIDO / TEMA	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	FICHA	TIEMPO (min.)
1	Etapas del parto	Exposición teórica. Ejercicio participativo	Exponer los contenidos de las etapas del parto. Animar a mujeres que ya hayan parido a que comenten sus experiencias	FT 4.1	30
2	Tipos de parto	Exposición teórica	Desarrollar los contenidos de este tema		20
3	Dudas/Miedos II	Reflexión individual	Se pide a las participantes que revisen la hoja de dudas de la sesión anterior y agreguen si les han surgido otras.	FT 4.2	10
4	Plan de parto	Exposición participada	Explicar la importancia del plan de parto y cumplimentar a modo de ejemplo el plan de la cartilla	FT 4.3	15
5	Ejercicio Físico	Ejercicios	Actividad Física preparatoria al parto		30
6	Respiración / relajación	Ejercicios	Actividad Física preparatoria al parto: respiración y relajación		15

TALLER V: MANEJO DEL DOLOR

INTRODUCCIÓN

El objetivo de todo parto es sea seguro y satisfactorio. La persona responsable de la sesión trabajará en esta dirección proveyendo de herramientas salutogénicas a las mujeres y sus acompañantes para conseguir tal fin. El dolor del parto junto a la preocupación de la pérdida de la integridad física para la propia madre y su criatura son los miedos principales de toda gestante y su pareja cuando se acerca el momento del nacimiento o incluso antes. El dolor y el miedo a sufrir daño se influyen bidireccionalmente. Un dolor excesivo lleva a sentirse en peligro y el miedo a que le pase algo a ella o a su criatura lleva a percibir el dolor como insostenible y, por lo tanto, al sufrimiento. El miedo al daño y al dolor se combate principalmente transmitiendo seguridad y respeto por parte de los y las profesionales que la atienden de los miembros de la familia que la rodean y con el empoderamiento de la mujer.

OBJETIVOS

- Conocer los distintos métodos farmacológicos y no farmacológicos para afrontar el dolor.
- Preparar psicológicamente a la mujer e instruir a su acompañante.

	CONTENIDO / TEMA	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	FICHA	TIEMPO (min.)
1	Valoración individual del dolor de parto	Ejercicio participativo	Encuesta inicial del dolor de parto a las gestantes y sus acompañantes. Puesta en común.	FT 5.1	10
2	Métodos farmacológicos y no farmacológicos	Exposición teórica	Desarrollo del contenido de estos epígrafes		10
3	Respiraciones de la dilatación	Práctica de las 3 erres	Ejercicios prácticos de la ficha	FT 5.2	10
4	Dolor y mente	Exposición teórica	Desarrollo del contenido teórico de este epígrafe		30
5	Preparación psicológica para el dolor	Ejercicio de preparación al dolor		FT 5.3	15
6	Ejercicio Físico	Ejercicios	Actividad Física preparatoria al parto		30
7	Respiración/Relajación	Ejercicios	Actividad Física preparatoria al parto: respiración y relajación		15

TALLER VI: CUIDADOS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO Y LA RECIÉN NACIDA (RN)

INTRODUCCIÓN			
<p>Hablar de la infancia es hablar de una de las épocas de la vida del ser humano en la que todo está por aprender y cada día representa un descubrimiento. Pero también es hablar del momento más vulnerable, el que más atención y dedicación requiere por parte de los y las que rodean a la criatura.</p> <p>Su bienestar y salud, física y emocional, es una tarea conjunta para que el resultado sea el mejor posible.</p>			
OBJETIVOS			
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer como satisfacer las necesidades físicas y afectivas de un/una RN. • Saber identificar aspectos funcionales al nacimiento. • Conocer el programa de salud infantil y el calendario vacunal vigente. • Incorporar unas medidas que favorecerán una mejor salud de la criatura en su desarrollo hasta la vida adulta. • Prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), adoptando medidas posturales adecuadas. • Optimizar los recursos familiares . 			
CONTENIDO / TEMA	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	TIEMPO (min.)
1 Características fisiológicas de los y las RN	Exposición teórica. Debate, preguntas o aclaraciones de los contenidos	Características anatómicas y fisiológicas básicas de la y del RN, preguntas frecuentes, el programa de salud infantil, motivos de consulta frecuentes en los primeros meses de vida.	30
2 Cuidados generales del nacimiento	Exposición teórica. Debate, preguntas o aclaraciones de los contenidos	Medidas prenatales que favorecerán una mejor salud del bebé y la bebé en su desarrollo hasta la vida adulta, cuidados básicos: contacto físico, higiene y aseo, cuidados del ombligo, eliminación, sueño, descanso, vestido, etc., factores protectores del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), prevención de accidentes (seguridad en el automóvil, caídas, baño, etc.). Aclaraciones de los contenidos	45
3 Ejercicio Físico	Ejercicios	Actividad Física preparatoria al parto	30
4 Respiración/Relajación	Ejercicios	Actividad Física preparatoria al parto: respiración y relajación	15

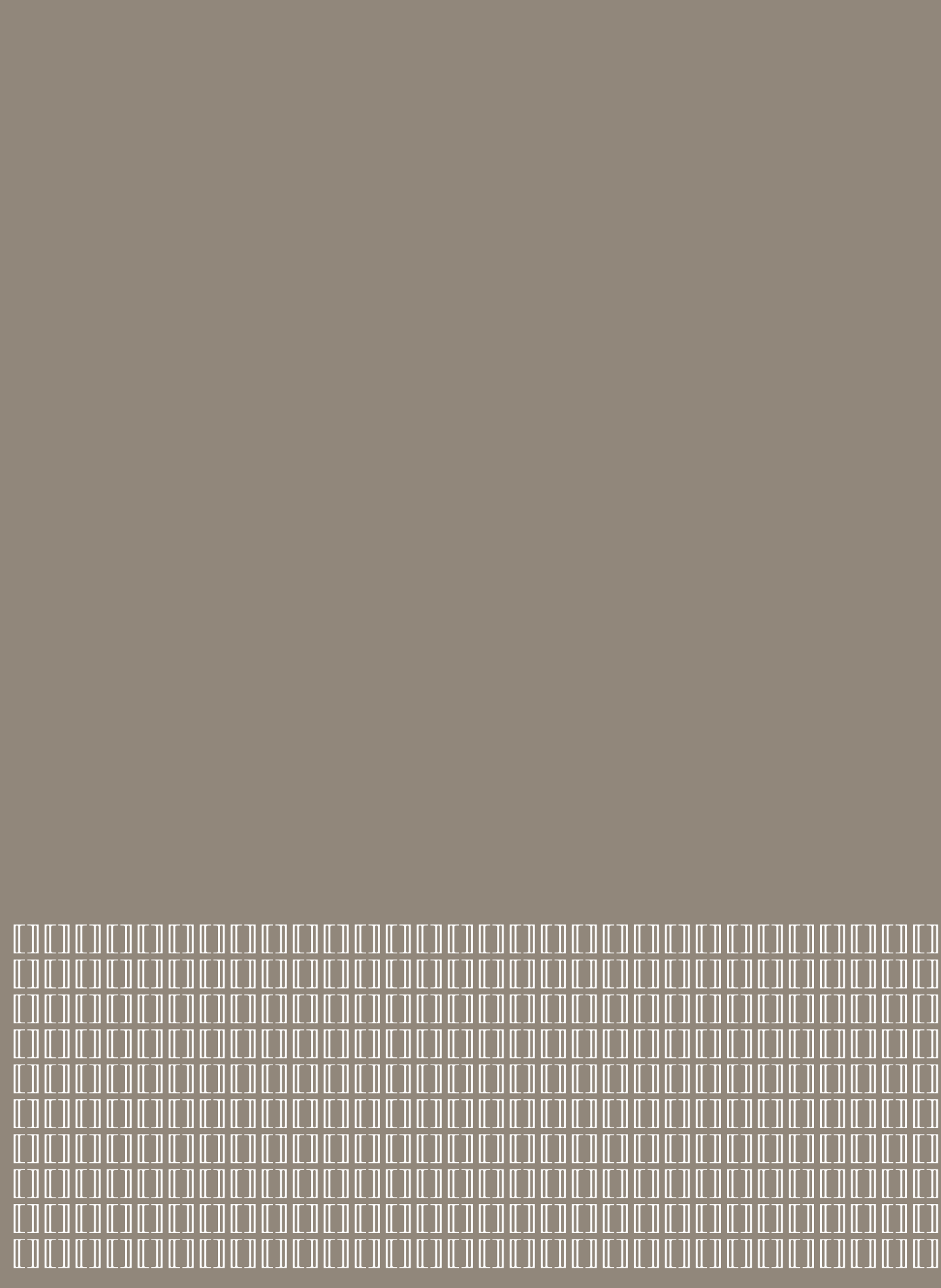
TALLER VII: EL PUERPERIO

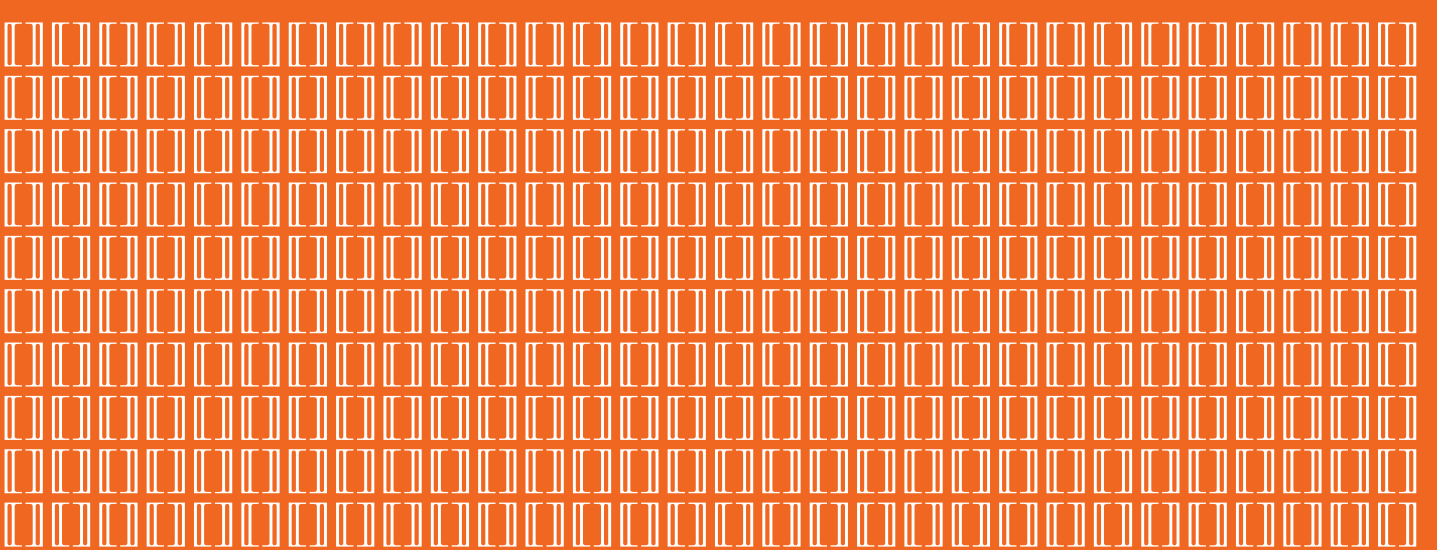
INTRODUCCIÓN			
El puerperio es el período comprendido entre el final del parto y la aparición de la primera menstruación. Tiene una duración aproximada de 6 semanas (40 días)			
OBJETIVOS			
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los cambios normales en el puerperio así como los signos de alarma. • Conocer los métodos anticonceptivos que pueden utilizar durante este periodo. 			
CONTENIDO / TEMA	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	TIEMPO (min.)
1 El puerperio	Exposición teórica	Explicación de los cambios fisiológicos y psicológicos del post-parto, cuidados habituales en este periodo, motivos de consulta con profesionales sanitarios y métodos anticonceptivos que se pueden utilizar	60
2 Ejercicio Físico	Debate, preguntas Ejercicios	Aclaraciones de los contenidos Actividad Física preparatoria al parto	15 30
3 Respiración/Relajación	Ejercicios	Actividad Física preparatoria al parto: respiración y relajación	15

TALLER VIII: LACTANCIA MATERNA

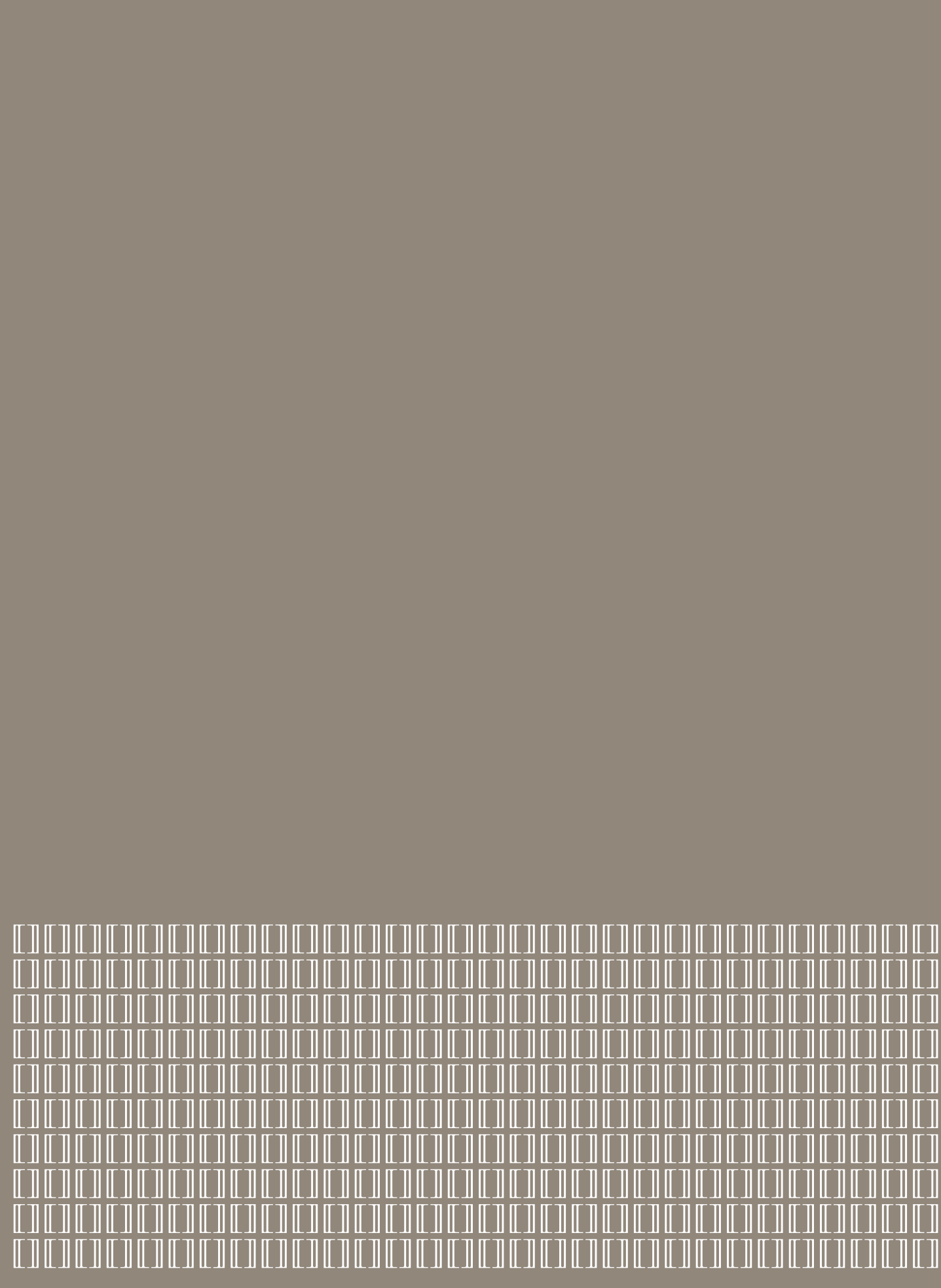
INTRODUCCIÓN	
La lactancia materna es la mejor forma de alimentación durante los primeros años de vida puesto que está especialmente diseñada para cada criatura. Está recomendada de forma exclusiva durante los 6 primeros meses y complementada con otros alimentos hasta al menos 2 años de vida. Influye positivamente tanto a nivel biológico como a nivel emocional en el estado de salud de la madre y de su hijo o hija aportando numerosos beneficios para su desarrollo. Esta recomendación es avalada por la Organización Mundial de la Salud y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría.	
OBJETIVOS	

<ul style="list-style-type: none"> • Promover una lactancia materna exitosa y prolongada. • Conocer los beneficios de la lactancia materna. • Conocer la técnica apropiada de amamantar. • Saber identificar las practicas y problemas que ponen en riesgo o interfieren en el éxito de la lactancia. • Eliminar mitos y falsas creencias. • Conocer los recursos existentes de apoyo a la lactancia materna. 					
	CONTENIDO / TEMA	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	FICHA	TIEMPO (min.)
1	Ventajas e inconvenientes de lactancia materna y de la leche artificial <ul style="list-style-type: none"> • Fisiología de la lactancia materna • Características y composición de la leche • Agarre y postura • Problemas que pueden aparecer y como resolverlos • Lactancia en situaciones difíciles: prematuros, gemelos, ingreso ... 	Ejercicio participativo	Encuesta inicial del dolor de parto a las gestantes y sus acompañantes. Puesta en común.		15
2	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición teórica • Ejercicio de reafirmación 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición teórica • Ejercicio de reafirmación 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del contenido • Discusión en grupo 	FT. 8.1.	30 10
3	Recursos de apoyo a la lactancia	Exposición docente	Información sobre recursos de apoyo en nuestro entorno		10
4	Ejercicio Físico	Ejercicios	Actividad Física preparatoria al parto		30
5	Respiración/Relajación	Ejercicios	Actividad Física preparatoria al parto: respiración y relajación		15
6	Evaluación del programa de educación maternal y paternal	Encuesta de calidad	Cada participante cumplimentará el cuestionario de la encuesta		10





FICHAS



TALLER DIDÁCTICO II: MATERNIDAD, PATERNIDAD CORRESPONSABLE

Ficha FT 2.1: maternidad - paternidad

Escribir en cada columna que nos sugieren las palabras:

MATERNIDAD	PATERNIDAD

Guión de análisis:

De las palabras o frases:

- Cuales tienen que ver con la biología
- Las otras, ¿con qué se relacionan?
- ¿Las columnas son intercambiables?

Ficha FT 2.2: modelos de género

Escribir en cada columna las tareas o funciones que hemos visto realizar a:

Abuela	Abuelo
Padre	Madre

Guión de análisis:

¿Hay diferencias entre las tareas o funciones de:

- la abuela y el abuelo?, ¿cuáles son?
- la madre y el padre?, ¿cuáles son?
- la abuela y la madre?, ¿cuáles son?
- el abuelo y el padre?, ¿cuáles son?

¿En qué se parecen y en qué se diferencian las tareas o funciones de abuelas, abuelos, madres y padres de las vuestras?

¿Nos sorprende alguna palabra, definición?

- ¿Cuál?, ¿por qué?, ¿cambiaríais algo?

Ficha FT 2.3: distribución del tiempo

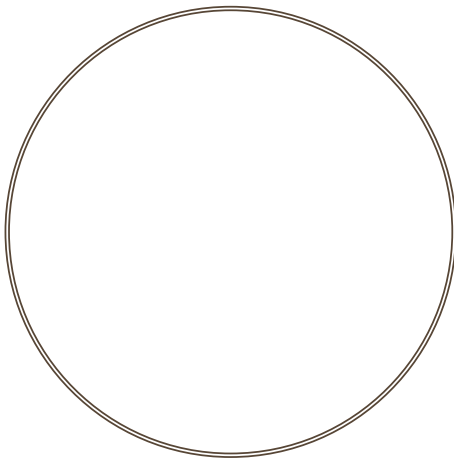
Individualmente hacemos un ejercicio sobre la distribución del tiempo. Tenemos una circunferencia que simboliza las 24 horas de un día y varias orientaciones:

¿Cuánto tiempo le dedico al día a...?

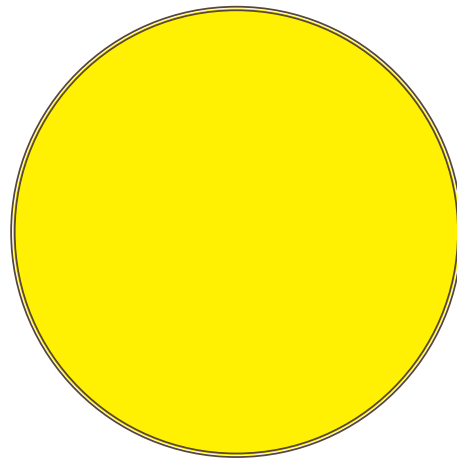
- Dormir
- Tareas domesticas
- Trabajo fuera de casa
- Tiempo propio
- Familia y amistades
- Tiempo de pareja

Guión de análisis:

Antes



Después



¿A qué le dedicamos más tiempo?

¿Hay diferencias entre mujeres y hombres?. ¿En qué?. ¿A qué lo atribuyes?

En las tareas domesticas, ¿donde te sitúas?: apoyo, colaboración o corresponsabilidad

¿Todos los tiempos están representados?, ¿Falta alguno?, ¿por qué?

Ficha FT 2.4: asignando género

¿Qué tenéis preparado para la/el bebé?

- ¿Podríamos hacer una sola columna? Justificarlo.

NIÑO	NIÑA
<ul style="list-style-type: none">• Bodis	<ul style="list-style-type: none">• Pijamas

Guión de análisis:

¿Hay diferencias entre la columna de niños y niñas?, ¿cuáles?. Los colores, los objetos, los adornos...

Si hay diferencias, ¿a qué os parece que son debidas?

¿Según estas columnas podríamos decir que hacemos propuestas iguales para niñas y niños?

Ficha FT 2.5: caricatura de roles

Visionado del video:

- <http://www.youtube.com/watch?v=GwQ4Ngc9GIg>

Guión de análisis:

¿Qué os sugiere el vídeo?
RESPUESTA:
¿Qué relación tienen con lo visto hasta ahora?
RESPUESTA:

Ficha FT 2.6: prevención de la violencia de género en la juventud

Visionado del video:

- www.youtube.com/watch?v=4maVL0Jyvr4

Guión de análisis:

¿Qué os sugieren estos diálogos?	¿Qué pensáis que quieren transmitir?
RESPUESTA:	RESPUESTA:
¿Qué mensaje da hasta ahora?	¿Qué palabras dan fuerza al significado de los diálogos?
RESPUESTA:	RESPUESTA:

Ficha FT 2.7: el final del cuento de hadas (opcional)

Visionado del video *El Final del Cuento de Hadas*:

- www.youtube.com/watch?v=BXS_fZs8oBk

Guión de análisis:

¿Hay algo que os haya llamado la atención?	¿ Que tipo de vínculo tiene esta pareja?
RESPUESTA:	RESPUESTA:
	Modelo de relación
	RESPUESTA:

TALLER DIDÁCTICO III: EL PARTO I

Ficha FT 3.1: Preparación de la “maleta”

Lluvia de ideas sobre enseres necesarios durante el ingreso hospitalario. Se anotan todas las ideas en la pizarra. De forma participativa se “saca” de la maleta aquello que no sea necesario y se añaden los objetos personales que se nos haya olvidado meter.

Ejemplo de contenido de la “maleta”:

MATERIAL ESPECÍFICO PARA INGRESO HOSPITALARIO POR PARTO

- Cartilla maternal.
- Plan de parto (si no se ha entregado ya)
- Sujetador de lactancia. En caso de no desear lactancia materna, sujetador deportivo.
- Discos de lactancia.
- Crema para pezones (opcional)

Al alta:

- ropa para la recién nacida o el recién nacido.
- sistema de transporte seguro del bebé al domicilio.

MATERIAL HABITUAL DE INGRESO HOSPITALARIO

- Neceser con objetos de aseo personal: cepillo y pasta de dientes, peine, esponja, jabón, champú, colonia, cremas, secador de pelo...etc.
- * Chanclas, Zapatillas.
- * Camisón o pijama, Bata (opcionales)

Ficha FT 3.2: Cuándo acudir al hospital

Se entrega a cada participante una tarjeta de color rojo y otra de color verde. A continuación se exponen casos reales y, en cada uno de ellos, hay que tomar la decisión de acudir al hospital inmediatamente (levantando la tarjeta roja), quedarse en casa (levantando la tarjeta verde) o acudir al hospital pero sin urgencia (levantando ambas tarjetas).

Caso 1: Gestante de 41+1 semanas que rompe la bolsa, las aguas son verdes, el exudado vaginal-rectal es negativo, no tiene contracciones, se encuentra bien y percibe los movimientos fetales.

Respuesta: Rojo.

Caso 2: Gestante de 37 semanas con contracciones irregulares desde hace cuatro horas, dolor leve-moderado y movimientos fetales presentes.

Respuesta: Verde.

Caso 3: Gestante de 40 semanas que expulsa el tapón mucoso.

Respuesta: Verde.

Caso 4: Gestante de 39 semanas que rompe la bolsa, las aguas son claras, el exudado vaginal-rectal es negativo, tiene contracciones irregulares que percibe como una ligera molestia suprapúbica y movimientos fetales activos.

Respuesta: Rojo-verde. Según algunas guías, se puede esperar un máximo de 6 horas hasta acudir al hospital.

Caso 5: Gestante de 34 semanas con contracciones rítmicas (cada cinco minutos), no dolorosas.

Respuesta: Rojo.

Caso 6: Gestante de 40+5 semanas con sangrado vaginal similar a una regla.

Respuesta: Rojo.

Caso 7: Gestante de 38 semanas que rompe bolsa, las aguas son claras, el exudado vaginal- rectal es positivo, no tiene contracciones y percibe movimientos fetales.

Respuesta: Rojo.

Caso 8: Gestante de 41+2 semanas con contracciones regulares (2-3 contracciones en 10 minutos) desde hace dos horas, crecientes en intensidad y que percibe como un dolor intenso en la zona lumbar durante la última hora.

Respuesta: Rojo.

Caso 9: Gestante de 37 semanas que duda si ha roto la bolsa, le parece que ha expulsado unas gotas de líquido claro, no tiene contracciones y percibe movimientos fetales.

Respuesta: Rojo-verde.

Caso 10: Gestante de 40 semanas con dolor abdominal continuo e intenso y sensación de tripa dura continua.

Respuesta: Rojo.

Caso 11: Gestante de 38+5 semanas que nota muchos movimientos fetales.

Respuesta: Verde.

Caso 12: Gestante de 35 semanas que no nota movimientos fetales, a pesar de haber comido y de haberse acostado sobre el lado izquierdo.

Respuesta: Rojo.

TALLER DIDÁCTICO IV: EL PARTO II Y PLAN DE PARTO

Ficha FT 4.1: Vivencias de parto

Se anima a las mujeres que ya han parido a compartir su vivencia del parto con el grupo dando respuesta a las siguientes cuestiones:

¿Cómo se inició el parto?
RESPUESTA:

¿En qué momento se decidió acudir al hospital?
RESPUESTA:

¿Cómo era el dolor?
RESPUESTA:

¿Qué hacía para gestionar el dolor?

RESPUESTA:

¿Qué sensaciones se produjeron durante el expulsivo?

RESPUESTA:

¿De qué manera finalizó el parto?

RESPUESTA:

¿Cómo fueron los primeros minutos tras el nacimiento?

RESPUESTA:

Ficha FT 4.2: Dudas/Miedos

Se solicita a las participantes que revisen la hoja de dudas y temores realizada en el taller anterior, que tachen las que han sido resueltas y agreguen nuevas que les hayan surgido. Se recogen los folios y la docente va escogiendo al azar, resumiendo las dudas resueltas y respondiendo las que aún quedan.

Ficha FT 4.3: Plan de parto

Se explica el concepto y características de un plan de parto y se da un tiempo para que cada mujer y su pareja (si va acompañada) elaboren el suyo.

PLAN DE PARTO
<ul style="list-style-type: none">• Este Plan de Parto sirve para expresar de forma anticipada sus preferencias en relación a la atención que le gustaría recibir durante el parto.• Previamente a su elaboración, el personal sanitario que atiende su embarazo le proporcionará toda la información y asesoramiento que requiera.• No obstante, este Plan puede ser revocado en parte o en su totalidad por lo que finalmente exprese durante el transcurso del parto o en función de la evolución del mismo.• Preséntelo en el Hospital donde desea tener a su bebé para que conozcan sus preferencias en el momento del parto. <p style="text-align: right;"><i>(Ejemplar para la mujer)</i></p>
Persona o personas que presentan el plan de parto
Nombre/es:
Preferencias relacionadas con el acompañamiento
Durante el proceso del parto desearía estar acompañada: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Especificar por quién:
Preferencias durante el período de dilatación <i>(Marcar las preferencias que desee)</i>
<input type="checkbox"/> Me gustaría que el proceso de dilatación se desarrollase en ambiente lo más silencioso y tranquilo posible. <input type="checkbox"/> Quisiera conservar la libertad de movimientos y poder adoptar la postura que me resulte más confortable. <input type="checkbox"/> No quisiera que se rompiera la bolsa de aguas, a menos que se considere necesario. <input type="checkbox"/> No desearía que se me administrase oxitocina, salvo que esté indicado. <input type="checkbox"/> Deseo que me pongan la epidural, salvo que esté contraindicado. <input type="checkbox"/> De entrada, no deseo epidural, prefiero que me faciliten otros métodos para el control del dolor, pero no descarto su uso. <input type="checkbox"/> No deseo epidural. <input type="checkbox"/> Otras:
Preferencias durante el periodo de expulsivo <i>(Marcar las preferencias que desee)</i>
<input type="checkbox"/> Me gustaría poder adoptar la posición que me resulte más cómoda. <input type="checkbox"/> No quisiera que se realizase una episiotomía, salvo que fuese indispensable. <input type="checkbox"/> Me gustaría el contacto piel con piel nada más nacer. <input type="checkbox"/> Me gustaría iniciar el amamantamiento en la misma sala de partos. <input type="checkbox"/> Otras:

Preferencias en el puerperio *(Marcar las preferencias que desee)*

- Me gustaría no ser separada de mi criatura, siempre que sea posible.
- Me gustaría dar de mamar.
- Me gustaría ser consultada antes de administrar otro alimento a mi bebé.
- No deseo lactancia materna.
- Otras:

(Ejemplar para el hospital)

Persona o personas que presentan el plan de parto

Nombre/es:

Preferencias relacionadas con el acompañamiento

Durante el proceso del parto desearía estar acompañada:

No Sí Especificar por quién:

Preferencias durante el período de dilatación *(Marcar las preferencias que desee)*

- Me gustaría que el proceso de dilatación se desarrollase en ambiente lo más silencioso y tranquilo posible.
- Quisiera conservar la libertad de movimientos y poder adoptar la postura que me resulte más confortable.
- No quisiera que se rompiera la bolsa de aguas, a menos que se considere necesario.
- No desearía que se me administrase oxitocina, salvo que esté indicado.
- Deseo que me pongan la epidural, salvo que esté contraindicado.
- De entrada, no deseo epidural, prefiero que me faciliten otros métodos para el control del dolor, pero no descarto su uso.
- No deseo epidural.
- Otras:

Preferencias durante el periodo de expulsivo *(Marcar las preferencias que desee)*

- Me gustaría poder adoptar la posición que me resulte más cómoda.
- No quisiera que se realizase una episiotomía, salvo que fuese indispensable.
- Me gustaría el contacto piel con piel nada más nacer.
- Me gustaría iniciar el amamantamiento en la misma sala de partos.
- Otras:

Preferencias en el puerperio *(Marcar las preferencias que desee)*

- Me gustaría no ser separada de mi criatura, siempre que sea posible.
- Me gustaría dar de mamar.
- Me gustaría ser consultada antes de administrar otro alimento a mi bebé.
- No deseo lactancia materna.
- Otras:

Firma

TALLER DIDÁCTICO V: MANEJO DEL DOLOR DEL PARTO

Ficha FT 5.1: qué representa para ti el dolor de parto?

Las mujeres y sus acompañantes de parto responden, por escrito o de viva voz, a la pregunta: "¿Qué representa para ti el dolor del parto?". Las respuestas se graparán por parejas mujer-acompañante.

¿Qué representa para ti el dolor del parto?
RESPUESTA:

Ficha FT 5.2: respiraciones de la dilatación

Esta actividad consiste en entrenar las dos respiraciones de dilatación y al mismo tiempo utilizar las 3 erres.

Ejercicio:

Cada mujer se pone de pie inclinada hacia delante, apoyándose en el respaldo de una silla con las manos, las piernas separadas y al mismo tiempo que respira rítmicamente (lenta y luego rápida), balancea la cadera de un lado a otro o en círculos. Su acompañante se coloca detrás de ellas con las manos en la cadera siguiendo el ritmo de sus movimientos. Él o la profesional que facilita la sesión indicará cuando empiece y cuando termina la contracción. La repetición facilita la automatización.

Ritmo	
Ritual	
Relajación	

Ficha FT 5.3: preparación psicológica para el dolor

Sentada, sentado, con los pies apoyados en el suelo, los brazos reposando y las manos apoyadas sobre los muslos.

Llevamos la atención a la respiración, procurando no atender a otras sensaciones, percepciones o pensamientos. Se trata de hacer consciente mi respiración en este momento, se trata de sentirla, no de pensar en ella.

Respiro a mi manera, no trato de cambiar nada... tan sólo dejo fluir.

Noto la entrada y salida del aire, y estoy atenta/atento a lo que sucede.

En que parte del cuerpo noto yo la respiración, nariz... tórax... abdomen...

Cómo es mi respiración: rápida, lenta... superficial, profunda... tranquila, agitada...

Como es, está bien... no trato de cambiarla, la recibo, la acepto. Sigo su ritmo, el subir y bajar del tórax, del abdomen.

Me fijo únicamente en los movimientos de mi respiración, aquí, ahora... noto la entrada y salida del aire.

Si algún pensamiento o sensación aparece, que interrumpe mi atención al acto de respirar, con calma, lo dejo ir y vuelvo a llevar mi atención a la respiración, a lo que sucede ahora... en este momento... aquí.

Me dejo ir... al ritmo de mi respiración... Con cada inspiración percibo que mi atención aumenta... y con cada espiración, aflojo... suelto...relajo...

(Ahora la mujer se pellizcará en el brazo o el antebrazo, lo suficiente para notar como un pinchazo y manteniendo la presión)

Observemos las sensaciones de la zona dolorida. Tomemos distancia con la zona dolorida para observarla.

¿Es como un escozor?, ¿es como una punzada?, ¿es como una quemazón?

¿La intensidad es moderada? ¿la intensidad cambia o es la misma?

¿El dolor es solo en esa zona o se mueve a otro lado?

Respiremos en la zona. El aire inspirado llega hasta la zona del dolor y desde ella retorna para salir fuera con la espiración.

Soltamos el pellizco.

¿Cómo es la sensación ahora?

¿Desaparece del todo o queda un dolor residual?

Volvemos a centrar la atención en nuestra respiración.

Ahora, hacemos dos o tres respiraciones profundas..., vamos percibiendo otros estímulos de fuera... realizamos pequeños movimientos con los dedos de las manos... con los dedos de los pies... y a nuestro ritmo, sin prisa... vamos abriendo los ojos y conectando con lo que nos rodea.

Guión de análisis:

Cada mujer opina sobre su experiencia.

Para finalizar se puede recomendar a cada mujer, que cuando tenga dolor por un golpe o una quemadura, etc., intente repetir el ejercicio, a modo de experimento. En futuras sesiones se les puede preguntar si lo han hecho y que opinan de ello.

TALLER DIDÁCTICO VIII: LACTANCIA MATERNA

Ficha FT 8.1: Mitos y falsas creencias sobre la lactancia materna

Una vez concluida la exposición teórica, se leerán varias afirmaciones sobre la lactancia materna; las mujeres y sus parejas o acompañantes tendrán que decidir qué enunciados son ciertos y cuáles de ellos son falsos mitos o creencias populares. Las respuestas servirán como base para poner de relieve, como muchas de estas afirmaciones carecen totalmente de base científica o incluso son contraproducentes.

AFIRMACIÓN: Las mujeres con poco pecho no suelen ser capaces de producir leche en cantidad suficiente.

RESPUESTA: FALSO. El tamaño del pecho no es proporcional a la cantidad de leche producida. Tener mucha o poca leche va a depender principalmente de la succión de la criatura.

AFIRMACIÓN: Hay madres que no producen suficiente leche.

RESPUESTA: FALSO. Es prácticamente imposible que una mujer no tenga la capacidad de producir leche, y será la criatura, por medio de la succión, quien regule esta cantidad. La nula o escasa producción de leche (hipogalactia verdadera) es muy infrecuente.

AFIRMACIÓN: Algunas mujeres producen leche de mala calidad y por eso sus hijos o hijas no aumentan bien de peso.

RESPUESTA: FALSO. Se ha comprobado cómo incluso en situaciones extremas, madres desnutridas, producen leche materna de calidad. Las células encargadas de producir la leche, extraen de las reservas maternas todo lo necesario para la criatura. Los problemas en la ganancia de peso pueden deberse a múltiples razones y deben ser valorados por pediatría, en ningún caso la supresión de la lactancia materna es la solución.

AFIRMACIÓN: Tener los pezones planos o invertidos imposibilita la lactancia.

RESPUESTA: FALSO. Los pezones sufren cambios durante el embarazo y lactancia. Además, la criatura no solo se engancha al pezón de su madre, debe introducir en la boca el pezón y gran parte de la areola, según el tamaño de la misma.

AFIRMACIÓN: Es normal que la lactancia produzca dolor.

RESPUESTA: FALSO. Durante los primeros días hay más sensibilidad, pero no debería ser tan grave como para que la madre no pueda amamantar. El dolor se suele deber a un mal agarre y no debería ser ignorado. También puede deberse a una infección, en ambos casos se recomienda consultar con el personal sanitario adecuado.

AFIRMACIÓN: Una mujer debe beber leche para producirla.

RESPUESTA: FALSO. Ningún mamífero necesita beber leche de otra especie. Es cierto que durante la lactancia las demandas de calcio de la mujer se ven aumentadas, pero estas necesidades se pueden cubrir con una dieta variada incluyendo alimentos ricos en calcio, que no tienen por qué ser exclusivamente lácteos.

AFIRMACIÓN: Hay que esperar a que “le toque la toma” aunque llore.

RESPUESTA: FALSO. La lactancia tiene que ser a demanda, cuando la criatura quiera y el tiempo que necesite. Cada niño o niña tiene un ritmo distinto, especialmente los primeros días.

AFIRMACIÓN: Si sigue llorando tras la toma es porque se queda con hambre y puede que su madre no tenga suficiente leche.

RESPUESTA: FALSO. Los niños y niñas lloran por muchas razones, no lloran exclusivamente por hambre. Si parece que llora porque quiere seguir comiendo, se ofrece de nuevo el pecho. El número de tomas al pecho y el tiempo de amamantamiento, van a regular la cantidad que la criatura precisa; este proceso se rige por la ley de la oferta y la demanda.

AFIRMACIÓN: Las tomas empiezan a ser más frecuentes de lo habitual, quizás se queda con hambre.

RESPUESTA: FALSO. Unas veces querrá comer antes y otras veces aguantará más tiempo entre tomas; la lactancia siempre debe ser a demanda. También puede deberse a los brotes de crecimiento, la criatura demanda más tomas para que la cantidad de leche que su madre produce se ajuste a sus nuevas necesidades. Después de 2 o 3 días se recupera de nuevo el ritmo.

AFIRMACIÓN: Los pechos se deforman al amamantar.

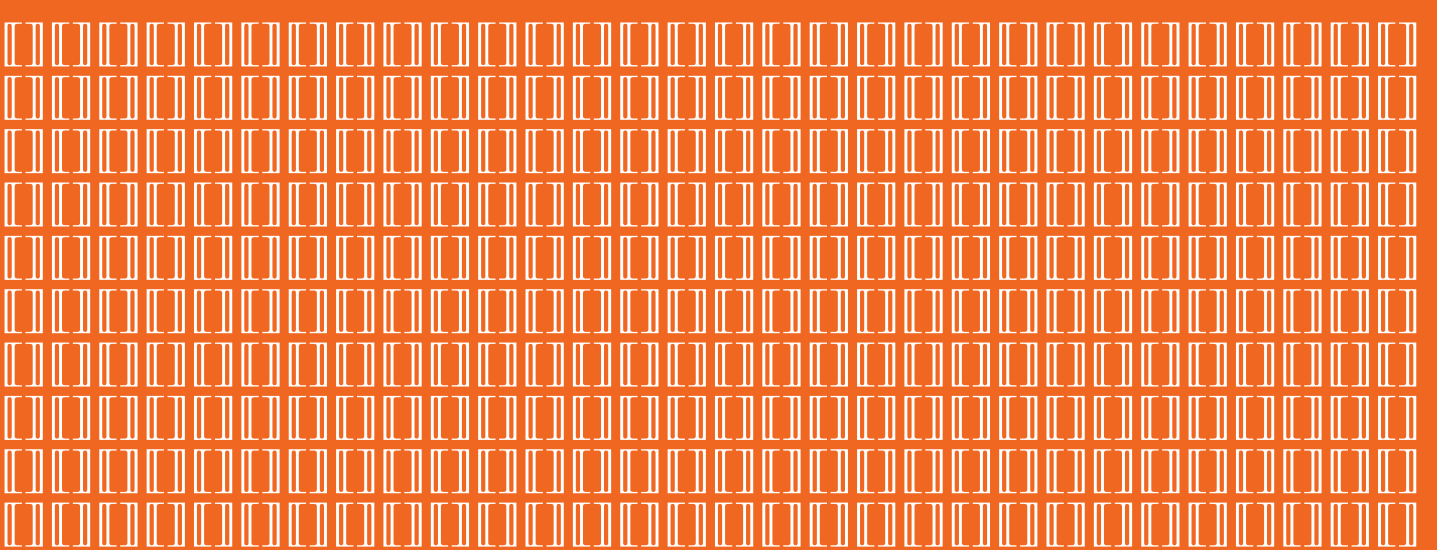
RESPUESTA: FALSO. Los pechos no se deforman con la lactancia, se modifican. La lactancia es fuente de salud, cuanto más se prolongue en el tiempo menor incidencia de determinadas patologías maternas. El aspecto de los pechos depende sobre todo de la edad, factores genéticos, grasa corporal... el mayor cambio se produce durante el embarazo y los primeros días de postparto.

AFIRMACIÓN: La extracción de la leche materna es un buen método para saber cuánta leche produce.

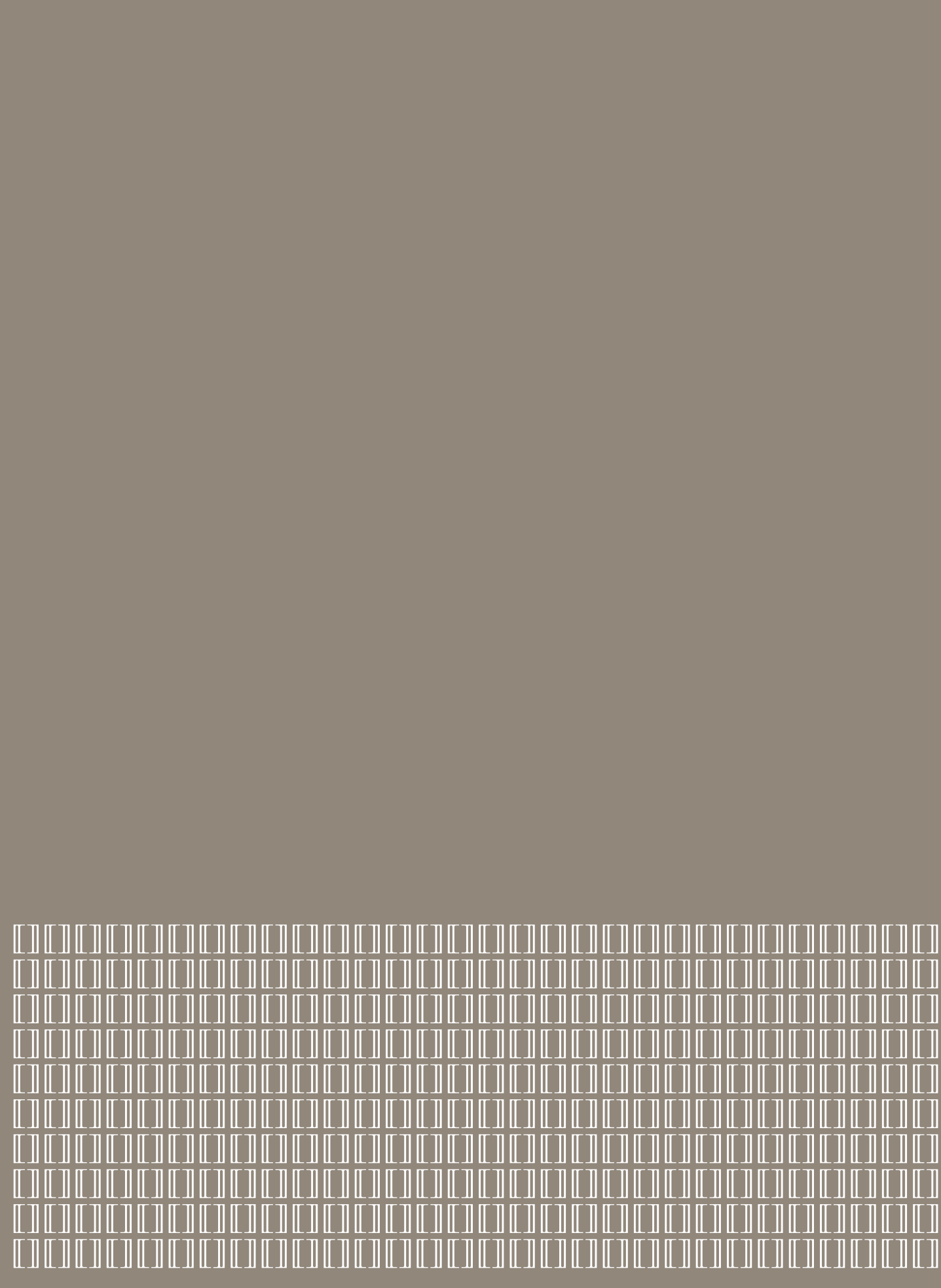
RESPUESTA: FALSO. No es una medida fiable. En general, la criatura alimentada al pecho extrae cantidades superiores de leche de las que su madre puede extraer artificialmente.

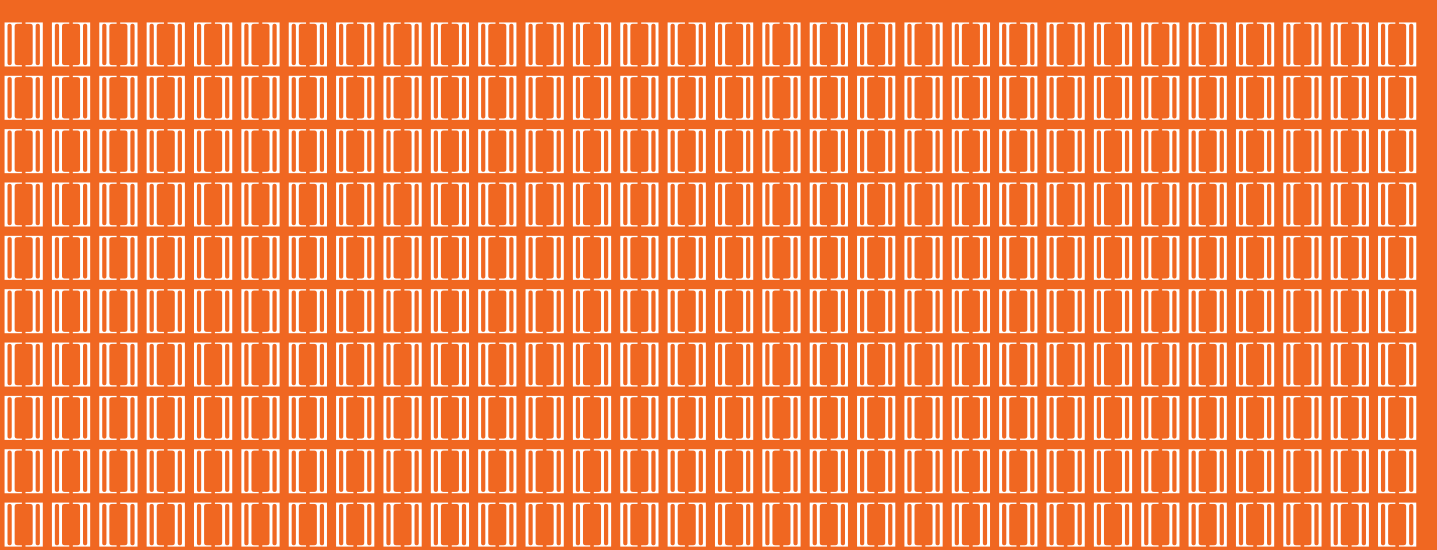
AFIRMACIÓN: Si las madres están embarazadas de nuevo, deben dejar de amamantar.

RESPUESTA: FALSO. Algunas hormonas producidas durante la gestación pueden alterar el sabor de la leche, pero no su calidad. En ningún caso la lactancia pone en peligro la vida de la nueva criatura, no se asocia con abortos ni con partos prematuros.



CONTENIDO TEÓRICO





TEMA I.
CAMBIOS, PROMOCIÓN DE ESTILOS DE
VIDA SALUDABLES, CUIDADOS Y ASPECTOS
PSICOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO



Nota introductoria: este contenido se explica individualmente a la mujer embarazada en las primeras visitas. Queda a criterio del profesional la realización de una sesión grupal. Todo este contenido se desarrolla en la Guía de Embarazo, Parto y Lactancia.

CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO

Durante el embarazo se producen cambios físicos y emocionales. La mayoría de estos cambios son normales aunque, en ocasiones, producen molestias e incomodidad que no suelen precisar tratamiento. Pueden sentirse algunos de estos síntomas:

DIGESTIVOS		
CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Náuseas vómitos	Hormonales y emocionales. Disminución de la movilidad gástrica.	Tomar algún alimento, antes de levantarse. Beber entre comidas y no durante. 5-6 comidas ligeras. Evitar olores fuertes y desagradables.
Gingivitis	Aumento de los estrógenos. Enfermedad dental previa. Déficit de vitamina B.	Buena higiene dental. Dieta equilibrada. Visita odontológica.
Pirosis	Reflujo gastroesofágico. Disminución de la movilidad gástrica.	Evitar: café, tabaco, bebidas alcohólicas y gaseosas, grasas y fritos. 5-6 comidas ligeras al día. Dormir un poco incorporada. Cenar al menos 2 horas antes de acostarse. Evitar el ejercicio físico inmediatamente después de comer.
Estreñimiento	Hormonales. Aumento reabsorción de agua y sodio por la mucosa del colon. Compresión del colon por el útero. Ingesta de hierro y calcio.	Hormonales. Aumento reabsorción de agua y sodio por la mucosa del colon. Compresión del colon por el útero. Ingesta de hierro y calcio.

VASCULARES		
CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Varices	Aumento de la presión hidrostática en extremidades inferiores. Disminución del tono de la pared venosa. Compresión del útero.	No permanecer de pie o sentada mucho tiempo. Eleva las piernas. Evitar la exposición de las piernas directa al sol. Realizar ejercicio con regularidad. Usar medias elásticas.
Hemorroides	Estreñimiento. Compresión del útero.	Dieta rica en fibra. Evitar especias y bebidas alcohólicas. Higiene correcta.
Edemas	Alteración del retorno venoso.	Controlar la ingesta de sal. Descansar en decúbito lateral izquierdo. Ejercicios circulatorios.
Eritema palmar	Predisposición familiar. Aumento de estrógenos.	No existe prevención. Desaparece después del nacimiento.

GENITO/URINARIOS		
CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Polaquiuria	Compresión de la vejiga por el útero gestante.	No existe prevención.
Leucorrea	Aumento nivel estrogénico. Aumento de la vascularización.	Ropa interior de algodón. Evitar el uso de protectores íntimos sintéticos (salvaslips). Higiene adecuada.
Mamas (Aumento volumen, circulación colateral, hiperpigmentación de la areola y pezón y secreción de calostro)	Fisiológicas.	Uso de sujetadores de tamaño adecuado y tejidos naturales.

CUTÁNEOS		
CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Estrías	Hormonales. Aumento del volumen corporal.	Evitar la ganancia excesiva de peso. Buena hidratación de la piel (aunque no está demostrada la eficacia de cremas antiestrías).
Aumento de la pigmentación	Hormonales; mayor estimulación de los melanocitos.	Evitar exposición directa al sol. Utilizar protecciones solares. La hiperpigmentación disminuye después del parto.
Caída del cabello	Desconocidas.	Evitar el uso de tintes. Dieta equilibrada.

NEUROLÓGICOS		
CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Cefaleas	Diversas causas: tensión emocional, problemas visuales, cansancio...	Dependerá de la causa de la cefalea. Realizar diagnóstico.
Insensibilidad y parestesias en los brazos y manos	Tracción del plexo braquial por la caída de los hombros. Síndrome del túnel Carpiano.	Fortalecimiento de los músculos de la espalda. Ejercicios de movimientos de manos (abrir y cerrar, rotación...) y férulas.

MÚSCULO-ESQUELÉTICOS		
CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Calambres	Aumento del fósforo y disminución del calcio en sangre. Insuficiencia de la circulación periférica. Compresión nerviosa por el útero gestante.	Estiramiento inmediato, suave y pasivo del miembro afectado. Evitar zapatos de tacón alto.
Dolor lumbar y pélvico	Acentuación de la lordosis lumbar (compensar el aumento del peso y mantener el equilibrio) Relajación de las articulaciones pélvicas.	Calzado cómodo (tacón < 4 cm.). Colchón firme y asientos ergonómicos. Calor local y ejercicios de rehabilitación fisioterápica si se precisan.

La mujer gestante debe evitar cargar pesos, pero en caso imprescindible debe agacharse flexionando las rodillas y manteniendo la espalda recta. Para elevar pesos, agacharse flexionando las rodillas y las caderas, acercando el objeto lo más posible al cuerpo e incorporarse con la espalda recta y contrayendo la musculatura abdominal.

OTROS CAMBIOS		
CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Cambios del humor; labilidad emocional	Hormonales. Aumento de la sensibilidad.	Darse tiempo para adaptarse a los cambios, expresar los sentimientos y buscar apoyo en el entorno social.
Fatiga, somnolencia y astenia	Aumento de los requerimientos metabólicos. Hormonal.	Ajustar la actividad física a la gestación. Descansar adecuadamente, y después de las comidas. Alimentación equilibrada.
Insomnio	Ansiedad. Movimientos fetales. Polaquiuria. Calambres musculares.	Evitar bebidas excitantes. Baño relajante antes de dormir. Ejercicios de relajación. Buscar posturas que favorezcan el descanso, ayudándose con almohadas si se precisan.
Algias pélvicas y abdominales	Aumento de la presión del útero.	Reposo, relajación y una correcta postura corporal. Valorar el uso de faja o cinturón de descanso.
Mareos	Múltiples causas: hipotensión ortostática, hipoglucemias...	Evitar cambios bruscos de posición, de temperatura o permanecer mucho tiempo de pie. Beber abundantes líquidos. No periodos de ayuno prolongados.

En la mujer gestante también se pueden apreciar cambios del olfato y el gusto. Es normal tener mayor sensibilidad para los olores y sabores. También puede haber más secreción de saliva o incluso congestión nasal con pequeñas hemorragias nasales.

Todos estos cambios los podemos agrupar en trimestres según su mayor incidencia. Así tendremos:

CAMBIOS EN EL EMBARAZO (AGRUPADOS POR TRIMESTRES)		
PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE
<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas y vómitos. • Gingivitis. • Cambios mamarios. • Dolores "tipo regla". • Mareos. • Fatiga y somnolencia. • Polaquiuria. • Cefaleas. • Leucorrea. • Hipotensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento del peso. • Estreñimiento. • Hemorroides. • Varices. • Hiperpigmentación. • Estrías. • Pirosis. • Percepción de movimientos fetales. • Hipotensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edemas. • Eritema palmar. • Insomnio. • Leucorrea. • Polaquiuria. • Dolor lumbar y pélvico. • Insensibilidad y parestesias. • Calambres. • Presión abdominal. • Cefaleas. • Contracciones uterinas fisiológicas.

MOTIVOS DE CONSULTA URGENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Vómitos intensos y persistentes. • Hemorragia vaginal. • Dolor abdominal fuerte. • Molestias urinarias. • Fiebre superior a los 38°. • Pérdida de líquido por vagina. • Contracciones regulares. • Ausencia de movimientos fetales. • Hinchazón de pies, cara y manos que no ceden con el reposo. • Dolor de cabeza persistente acompañado de alteraciones de la visión (visión doble, borrosa, luces de colores...).

PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO

ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA Y SEGURA EN EL EMBARAZO^{1,2}

Alimentación en el embarazo y la lactancia

La alimentación durante la gestación y la lactancia debe ser completa y variada, para adecuarse a los cambios fisiológicos, con el fin de satisfacer las necesidades nutricionales de la madre y del bebé, y el coste de la producción de la leche materna. Por otra parte, el embarazo es un buen momento para establecer hábitos saludables de alimentación.

Para evitar riesgos de malnutrición durante el embarazo y la lactancia, es importante tener en cuenta las necesidades especiales de esta etapa:

- Un aporte extra de energía de unos 250 a 300 Kcal diarias, a partir del segundo trimestre de embarazo, obtenida fundamentalmente a partir de productos lácteos. La mayoría de las embarazadas necesitan realizar una ingesta diaria que oscile entre las 2.200 y las 2.900 Kcal.
- Un aporte suficiente de hierro de alrededor de 0,9 mg diarios desde el inicio del embarazo, y un aporte suficiente de calcio, ya que el feto capta unos 200-250 mg al día durante el *tercer trimestre del embarazo*. Las necesidades elevadas de calcio *se prolongan mientras dure la lactancia*. En general estos incrementos se cubrirán mediante el aumento del número de raciones de algunos grupos de alimentos, y solo se administrarán suplementos en caso de que lo indique la analítica o la dieta sea deficitaria.
- El consumo de productos lácteos en cantidad suficiente junto con el uso de sal yodada *desde el inicio del embarazo (si es posible desde antes de éste) y durante la lactancia*, aporta además la cantidad de yodo necesario para el desarrollo neuronal del feto. Igual que los micronutrientes anteriores, solo se administrarán suplementos en caso de que la dieta sea deficitaria.
- Un aporte extra de ácido fólico *durante el primer trimestre de embarazo*, comenzando si es posible al menos *un mes antes de la concepción*, ayudará

[1] Grupo de trabajo de la *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf

[2] Consejos para una Alimentación Saludable de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). http://aesana.msssi.gob.es/AESAN/docs/docs/publicaciones_estudios/nutricion/guia_alimentacion.pdf

a prevenir las malformaciones en el feto. Este aporte se intentará garantizar mediante suplementación farmacológica de rutina.

La Guía de alimentación saludable de la SENC 2007 hace recomendaciones prácticas para diseñar una dieta equilibrada durante el embarazo y la lactancia (ver en ANEXO: Nutrición).

Resumen de evidencia

- El asesoramiento nutricional ha mostrado una reducción significativa en el riesgo de parto pretérmino.
- Las dietas energético-proteicas equilibradas influyen en la reducción significativa de la muerte fetal; sin embargo no se ha observado que tengan impacto sobre la hipertensión arterial materna o el bajo peso al nacer.
- La suplementación proteica en el contexto de una dieta normocalórica, puede incrementar el riesgo de tener un RN pequeño para la edad gestacional.
- Las dietas con restricción energético-proteica en mujeres con sobrepeso importante o un aumento de peso excesivo durante el embarazo, contribuyen a disminuir el peso de la gestante, pero no se observa que tengan repercusión sobre la diabetes gestacional o la hipertensión inducida por el embarazo, ni sobre el parto pretérmino, el peso al nacer, u otros parámetros antropométricos de la criatura.
- Los expertos recomiendan la intervención sanitaria para conseguir una *dieta equilibrada*, adecuando la ingesta de calorías a las necesidades del embarazo y a la actividad física de la gestante.
- El consumo de alcohol antes o durante el embarazo se asocia a alteraciones en el RN como prematuridad, bajo peso para la edad gestacional, o bajo peso al nacer, con una clara asociación dosis-respuesta. Un consumo elevado de alcohol, tiene además consecuencias negativas sobre la salud materna.

Ganancia de peso recomendable durante la gestación

Durante el embarazo se produce un aumento de peso fisiológico que corresponde a:

- El peso del bebé y la placenta
- El aumento de volumen mamario que se produce para adaptarse a la lactancia posterior
- Los edemas que aparecen en las fases finales de la gestación
- Un ligero aumento de la masa grasa

Una ganancia de peso inadecuada, tanto si es excesiva como demasiado baja, puede repercutir negativamente en la evolución de la gestación. La ganancia de peso recomendable durante el embarazo debe calcularse *de acuerdo con el índice de masa corporal de la mujer antes del embarazo*, de acuerdo con estos parámetros:

IMC	Ganancia de peso recomendable
< 19,8 Kg/m ²	12,5 - 18 Kg
19,8 - 26 Kg/m ²	11,5 - 16 Kg
26 - 29 Kg/m ²	7 - 11,5 Kg
> 29 Kg/m ²	Al menos 6 Kg
Embarazo múltiple	16 - 20,5 Kg

Recomendaciones generales de práctica clínica:

- Ofrecer consejo nutricional a las gestantes con el fin de conseguir una dieta equilibrada y adecuar la ingesta de calorías a las necesidades del embarazo. Se elaborará un plan dietético conjuntamente con la mujer, teniendo en cuenta su edad, actividad física, ganancia de peso recomendada, y trimestre de embarazo.
- Cuando se identifique una ingesta alimentaria insuficiente, se sugiere recomendar a estas gestantes el incremento de los aportes energético-proteicos para equilibrarlos con sus necesidades.
- Se sugiere no recomendar de manera rutinaria una dieta con altos contenidos proteicos.
- Durante la gestación no deben realizarse dietas de adelgazamiento, aunque en caso de IMC ≥ 30 , o un incremento ponderal excesivo durante la gestación (> 570 gr. por semana), se sugiere recomendar una restricción proteico-energética, no para bajar el peso, sino para evitar la ganancia excesiva. En cualquier caso, conviene evitar el uso de dietas muy restrictivas (nunca menos de 1.800 kcal diarias) y actuar preferentemente corrigiendo los hábitos inadecuados que se detecten (consumo habitual de bebidas carbonatadas, preparaciones culinarias muy calóricas, abuso de dulces, raciones muy abundantes, etc.)
- Antes de prescribir cualquier tipo de suplementación, con excepción del ácido fólico, se debe realizar una valoración de los hábitos alimentarios de la embarazada, preferiblemente en el primer contacto que tenga con los profesionales sanitarios:
 - No ofrecer de forma rutinaria suplementación con hierro. Se prescribirá solo en caso de anemia ferropénica.
 - No ofrecer de forma rutinaria suplementación con yodo. Se recomendará solo en aquellas mujeres que no alcanzan las cantidades recomendadas de ingesta de yodo en la dieta: Tres raciones de lácteos + 2gr. de sal yodada (*Una ración de lácteos = Un vaso de leche de 200 ml., ó 2 yogures, ó 40 gr. de queso curado, u 80 gr. de queso fresco*).
 - No ofrecer complejos multivitamínicos, salvo en situaciones de carencia manifiesta.

- Informar a las embarazadas que deben evitar la ingesta de suplementos de vitamina A en dosis superiores a 2.500 UI ó 750 µg por su teratogenicidad.

- Suplementación con ácido fólico:

El ácido fólico es una vitamina (B9) que se encuentra de forma natural en los alimentos, especialmente en las verduras de hoja verde oscura, fruta, pan y cereales enriquecidos, y frutos secos como las avellanas. Tomada en cantidad adecuada en la etapa periconcepcional (desde uno o dos meses antes de la concepción hasta el tercer mes de embarazo), ayuda a prevenir los defectos en la formación del sistema nervioso fetal.

Aún siguiendo una dieta normal, es necesario un suplemento de ácido fólico, porque la cantidad que se ingiere puede no ser suficiente. Lo ideal sería empezar a tomarlo al menos un mes antes de la concepción, y mantenerlo durante el primer trimestre de embarazo. Dosis:

- La dosis recomendada en mujeres sanas es de 400 µgr/día (0,4 mgr)¹.
- En pacientes que utilizan fármacos antiepilépticos se recomienda una dosis diaria de 5 mg., independientemente del tipo de antiepiléptico que use¹.
- En caso de antecedente familiar (de la mujer o de su pareja¹) de defecto del tubo neural, se recomienda una dosis diaria de 4-5 mg^{2,3}. Debe tenerse en cuenta que en España están comercializados comprimidos de 5 mg.
- En caso diabetes, así como en caso de desnutrición, alcoholismo o drogodependencias, circunstancias que pueden producir un descenso en los niveles de ácido fólico en el organismo, se recomienda una dosis diaria de 4-5 mgr.
- El ácido fólico después del primer trimestre ya no tiene este efecto protector. Dosis superiores y/o en fechas posteriores a las recomendadas, no tienen ventajas demostradas y no hay evidencia suficiente para asegurar que no tengan efectos negativos para la salud a largo plazo⁴.
- En España diversos estudios han constatado que muchas mujeres empiezan tarde a tomar ácido fólico, y muchas más lo toman durante todo el embarazo y/o a dosis superiores a las recomendadas, con posibles efectos negativos en ambos casos.

[1] NICE guidelines [PH11] Maternal and child nutrition. Published date: March 2008. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph11/chapter/4-Recommendations#folic-acid-2>

[2] Grupo de Trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo Subdirección General de Cartera de Servicios y Nuevas Tecnologías Dirección General de Cohesión del S.N.S. y Alta Inspección Secretaría General de Sanidad. Guía para la prevención de defectos congénitos, 2006. <http://www.mssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/GuiaPrevencionDDCC.pdf>

[3] Taller yodo-fólico, Bilbao 2012. http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/Taller_yodo_embarazo_lactancia.pdf

[4] Gabriel Sanfélix-Gimenoa, Inmaculada Ferreros, Julián Libreroa, y Salvador Peiró. Caracterización de la suplementación de folatos en el embarazo a partir de la combinación de sistemas de información sanitaria. *Gac. Sanit.*2012;26(6):512-518

- Se sugiere que durante el embarazo se prescriba el menor número de fármacos y en la menor dosis posible, limitando su uso a aquellas circunstancias en las que los beneficios esperados para la madre y el feto, superen a los riesgos conocidos para el feto. Esta recomendación incluye el uso de hierbas medicinales y medicamentos homeopáticos o “naturales”.
- Las mujeres deben ser informadas de que beber alcohol es perjudicial, no existe una dosis que podamos considerar segura. El consumo excesivo (definido como más de 5 unidades estándar, o 7,5 unidades en una sola ocasión), supone un riesgo conocido para el feto. En caso de que la gestante decida consumir alcohol durante el embarazo, se recomendará evitar el consumo de más de una unidad diaria (1 unidad = 250ml. de cerveza, ó una copa de vino de 125ml., ó 25 ml. de licor).

Recomendaciones generales dirigidas a las mujeres embarazadas:

- Realizar 4 ó 5 comidas al día: tomar un desayuno completo ya que debe ser la comida que aporte un mayor potencial calórico (compuesto por lácteos, frutas y cereales), una comida no muy abundante, una merienda ligera y cenar pronto (se puede tomar una pieza de fruta o un lácteo antes de acostarse). Evitar picar entre horas.
- Evitar periodos largos de ayuno, repartiendo las tomas cada 3-4 horas a lo largo del día (por ejemplo, si se desayuna muy temprano y la comida se retrasa hacer una toma ligera a media mañana).
- Aumentar el consumo de frutas y hortalizas, para cubrir la mayor necesidad que tiene el organismo en esta etapa de vitaminas y minerales.
- Comer pescado 3 ó 4 veces a la semana (principalmente pescado azul), ya que aporta ácidos grasos omega-3 y otros nutrientes esenciales, necesarios para el buen desarrollo del feto.
- Para evitar problemas de anemia ferropénica es necesario consumir alimentos ricos en hierro (carne, pescado, huevos, legumbres...), junto con alimentos que faciliten su absorción tales como los ricos en vitamina C (cítrico, kiwi, fresas, tomates, pimientos...)
- Es aconsejable aumentar el consumo de alimentos ricos en calcio, sobre todo durante la segunda mitad del embarazo y la lactancia. En general se recomienda consumir al menos 3 ó 4 raciones diarias de productos lácteos, que además del calcio, aportan el yodo necesario para el desarrollo neuronal del feto.
- Beber al menos 1,5 ó 2 litros de agua al día (de 8 a 10 vasos). Los alimentos también aportan agua. En Asturias, si se dispone de suministro público de agua, no es necesario recurrir al agua embotellada.

- Consumir con moderación frituras o alimentos ricos en grasas y azúcares.
- Moderar el consumo de sal, y salvo que exista contraindicación específica, utilizar sal yodada (la sal marina no está yodada, salvo que la etiqueta lo indique específicamente).
- Realizar actividad física moderada, como andar o nadar, y pasar tiempo al aire libre ya que la luz solar es fuente de Vitamina D (con la adecuada protección para exposiciones intensas o prolongadas).

Seguridad alimentaria en el embarazo¹

Es importante tomar medidas básicas de higiene y evitar el consumo de ciertos alimentos para prevenir riesgos que, aunque poco frecuentes, pueden tener consecuencias negativas para el feto o la mujer gestante.

Manipulación higiénica de los alimentos:

- Lavarse las manos con jabón y agua caliente, al menos durante 20 segundos, antes y después de manipular los alimentos, tras contactar con cualquier material sucio (pañales, residuos, animales, tierra...), y especialmente después de usar el cuarto de baño.
- Las manos, las superficies, y los utensilios de cocina utilizados se deben lavar a fondo *después de manipular alimentos crudos* como carne, pescados, aves de corral, frutas, o vegetales.
- Guardar los alimentos cocinados en el frigorífico el menor tiempo posible, y mantenerlos en recipientes cerrados, separados, y lejos de los alimentos crudos y de los quesos. Si se compran ya cocinados, respetar la fecha y la manipulación que se indica en la etiqueta.
- Asegurarse de que el frigorífico mantiene la temperatura correcta (4° C o menor).
- Limpiar periódicamente el interior del frigorífico, y siempre tras un vertido.
- Cuando se utilice un horno microondas, prestar atención a las instrucciones del fabricante para asegurar una temperatura uniforme y suficiente en los alimentos.

[1] Alimentación segura durante el embarazo. Consejos básicos para 40 semanas de tranquilidad. http://aesan.mssi.gob.es/AESAN/web/rincon_consumidor/seccion/alimentacion_segura_embarazo.shtml

Precauciones que se deben tomar con algunos alimentos:

- Lavar bien las frutas y hortalizas que se van a consumir crudas. Se pueden sumergir las frutas y hortalizas durante al menos 10 minutos en agua con lejía (apta para la desinfección del agua de bebida, consultar la etiqueta), a razón de 4 gotas de lejía por litro de agua y después realizar un enjuagado abundante con agua potable.
- Cocinar completamente las carnes hasta alcanzar los 71° C (debe cambiar de color en el centro del producto).
- Las comidas precocinadas, así como las sobras de comida, no deben consumirse frías, deben calentarse a más de 75° C, para asegurar la destrucción de cualquier germen que pudiera haber contaminado el alimento tras la elaboración.
- Leer detenidamente el etiquetado de los alimentos, especialmente las advertencias y condiciones de uso.
- Moderar el consumo de cafeína de cualquier fuente (café, té, bebidas de cola, bebidas “energéticas” tipo Red-bull, yerba mate...).
- Cuando la gestante realiza una dieta equilibrada, que incluya tres raciones de lácteos y sal yodada, y no hay indicios de anemia o déficit de hierro en la analítica, no necesita ningún complemento alimenticio a base de vitaminas y minerales, con excepción del ácido fólico. No se deben recomendar tampoco productos de herboristería.

Alimentos que DEBE EVITAR durante el embarazo:

- Grandes peces como el *pez espada o emperador, atún rojo, tiburón, cazón, tintorera, marrajo, aguja, o lucio* (por su alto contenido en mercurio; ver cuadro orientativo sobre raciones en la siguiente página).
- Leche *cruda* (sin hervir, pasteurizar o esterilizar).
- Quesos frescos o de pasta blanda, si en la etiqueta no dice que estén hechos con leche pasteurizada (Brie, Camembert, tipo Burgos o quesos latinos, mozzarella, y quesos azules). Deben evitarse los rallados, troceados o loncheados industriales, ya que pueden contaminarse. Se recomienda quitar la corteza de todos los quesos.
- Frutas y hortalizas *crudas, que no se hayan pelado o lavado y desinfectado previamente* (incluyendo ensaladas embolsadas y las consumidas fuera de casa). Brotes crudos (soja, alfalfa...).

- Huevos *crudos* o preparaciones elaboradas con huevo crudo (salsas y mayonesas caseras, mousses, merengues y pasteles caseros, tiramisú, helados caseros, ponches de huevo...).
- Carne *cruda o poco hecha* (carpaccios).
- Si no está inmunizada frente a la toxoplasmosis, debe evitar el consumo de productos cárnicos *crudos* curados (chorizo, salchichón, salami, jamón curado...).
- Consumo en crudo de productos cárnicos loncheados envasados. Estos alimentos sí pueden consumirse después de ser cocinados a más de 71° C (en croquetas, rehogados, pizzas...).
- Sándwich *envasados y otros alimentos preparados* que contengan vegetales, huevo, carne, fiambres, pescado y derivados. Patés que se vendan refrigerados.
- Pescado *crudo* (tipo sushi, sashimi, ceviche, carpaccios), pescado ahumado refrigerado o marinado así como mariscos crudos (ostras, almejas, berberechos, navajas, mejillones...).
- Zumos: Se deben consumir sólo si están recién exprimidos, o los envasados que estén pasteurizados.
- *Bebidas alcohólicas.*

CONSUMO DE PESCADO	EMBARAZO Y LACTANCIA*	NIÑO/A MENORES DE 3 AÑOS*	NIÑO/A ENTRE 3 Y 12 AÑOS*
Grupo 1: Pez espada, Atún rojo, Aguja, Lucio, Tiburones (cazón, tintorera, marrajo...)	Evitar el consumo		Limitar el consumo a: 50 gr/semana o 100 gr/ 2 semanas
Grupo 2: Atún Blanco y Bonito del Norte (fresco o en conserva) Rape (Pixin), Lubina salvaje, Salmonete > de 300 gr	Limitar el consumo a: 300 gr/semana	Limitar el consumo a: 50 gr/semana o 100 gr/2 semanas	Limitar el consumo a: 150 gr/semana
Grupo 3: Trucha, Salmón, Sardina, Bocarte, Caballa (Xarda), Merluza, Bacalao, Bacaladilla, Lenguado, Gallo, Congrio, Sepia, Calamar, Pulpo, Mejillones, (En general, todos los pescados y mariscos no incluidos en los grupos 1 y 2)	3 o 4 raciones semanales	3 o 4 raciones semanales	3 o 4 raciones semanales
* Cálculo efectuado para mujeres con un peso de 60 kg, niños menores de 3 años con un peso de 10 kg. y niños de 3 a 12 años con un peso de 30 kg, y recomendación de ingesta máxima de 1,5 µg Hg/kg peso y semana.			

Recomendaciones de dietas

La Guía de alimentación saludable de la SENC 2007, en la que se pueden encontrar modelos de dietas, recomienda las siguientes raciones diarias para las mujeres embarazadas y madres lactantes:

ADAPTACIÓN DE LA TABLA SENC 2007				
Alimentos	Raciones			Referencia
	Mujer adulta	Embarazada	Madre lactante	
Farináceos	3-6	4-5	4-5	Pan, pasta, arroz, legumbres, cereales*, patatas.
Verduras y Hortalizas	2-3	2-4	2-4	Gran variedad según el mercado. Incluir ensaladas variadas.
Frutas	2	2-3	2-3	Gran variedad según estaciones.
Lácteos	2	3	3	Leche, yogur y quesos.
Alimentos proteicos	1 - 2	2	2	Carnes, aves, pescados, huevos. Legumbres y frutos secos.
Grasas de adición	3-6	3-6	3-6	Preferentemente aceite de oliva y/o de semillas.
Bebidas	4-8	4-8	4-8 vasos	Agua de red o mineral, infusiones y bebidas con poco azúcar y sin alcohol.
* Preferiblemente integrales				

Para estas raciones se ofrecen las siguientes equivalencias de peso:

Grupos de alimentos	Peso de ración (crudo y neto)	Medidas caseras
Pan*, cereales*, arroz, pasta y patatas	60-80 g de pasta, arroz 40-60 g de pan 150-200 g de patatas	1 plato normal 3-4 rebanadas o un panecillo 1 patata grande o 2 pequeñas
Verduras y hortalizas	150-200 g	1 plato de ensalada variada 1 plato de verdura cocida 1 tomate grande, 2 zanahorias...
Frutas	120-200 g	1 pieza mediana, 1 taza de cerezas, fresas, 2 rodajas de melón...
Aceite de oliva	10 ml	1 cucharada sopera
Leche y derivados	200-250 ml de leche 200-250 g de yogur 40-60 g de queso curado 80-125 g de queso fresco	1 taza de leche 2 unidades de yogur 2-3 lonchas de queso 1 porción individual
Pescados	125-150 g	1 filete individual

Grupos de alimentos	Peso de ración (crudo y neto)	Medidas caseras
Carnes magras, aves y huevos	100-125 g	1 filete pequeño, 1 cuarto de pollo o conejo, 1-2 huevos
Legumbres	60-80 g	1 plato normal individual
Frutos secos	20-30 g	1 puñado o ración individual
Embutidos y carnes grasas	Evitar el consumo diario	
Dulces, snacks, refrescos	Evitar el consumo diario	
Mantequilla, margarina y bollería	Evitar el consumo diario	
Agua de bebida	200 ml aprox.	1 vaso o 1 botellín
Práctica de actividad física	> 30 minutos	
* Preferiblemente integrales		

EL EJERCICIO FÍSICO

- Balance riesgos-beneficios: La realización de una actividad física regular durante el embarazo, parece mejorar (o mantener) la capacidad física durante el mismo. Sin embargo la evidencia es limitada, para inferir balance riesgo-beneficio.
- Se recomienda ofrecer recomendaciones individualizadas sobre el inicio o el mantenimiento de la actividad física durante el embarazo normal; en general la recomendación se hará de acuerdo con el entrenamiento previo que tenga la gestante, evitando esfuerzos excesivos y ejercicios violentos.
- Los deportes de contacto, de alto impacto y los deportes de raqueta, pueden implicar riesgo de traumatismo abdominal; las caídas o el estrés articular excesivo y el buceo, pueden causar problemas en el nacimiento y la enfermedad de descompresión en el feto.

LOS VIAJES

Viajes habituales en automóvil

- En general no están contraindicados; si son largos, se recomienda parar cada dos horas para descansar y estirar las piernas. El cinturón de seguridad, que es obligatorio, debe *usarse* por encima y por debajo del útero y no sobre él, a ser posible con tres puntos de anclaje. Se debe poner con la banda inferior por debajo

del abdomen, a la altura de las ingles, y la banda superior entre las mamas; hay comercializados adaptadores del cinturón de seguridad para embarazadas.

Viajes largos y viajes al extranjero

- Conviene planificarlos, teniendo en cuenta el momento del embarazo en que se van a realizar, las circunstancias particulares de cada embarazo, y las restricciones que puedan tener las compañías de transportes para las embarazadas.
- Se ha descrito un aumento del riesgo de tromboembolismo venoso para los viajes en avión de larga distancia.

Relaciones sexuales

El embarazo puede ser una buena etapa para explorar nuevas formas de relación, de acuerdo a las necesidades de ambos miembros de la pareja y a los cambios anatómicos que se van produciendo. El acompañamiento afectivo durante todo el embarazo es deseable y ayuda a vivirlo como un proceso fisiológico, un proceso de salud y no una enfermedad.

No se ha demostrado mayor riesgo de infecciones ni de parto pretérmino debido a la práctica sexual. El coito y otras formas de relación sexual, siempre que sean deseadas y satisfactorias, son saludables durante todo el embarazo y no perjudican al feto si el embarazo transcurre con normalidad. Puede haber cambios en el deseo a lo largo del embarazo.

HÁBITOS TÓXICOS

La nicotina reduce la circulación placentaria y dificulta el aporte de nutrientes al feto, debido a su acción vasoconstrictora.

Las gestantes fumadoras, tanto activas como pasivas, presentan mayor riesgo de:

RIESGOS EN GESTANTES FUMADORAS ACTIVAS O PASIVAS	
En la gestación	En recién nacido/nacida
Aborto espontáneo. Desprendimiento de placenta. Placenta previa. Parto pretérmino.	Bajo peso al nacimiento. Malformaciones fetales (enfermedades cardiacas, fisura palatina, labio leporino...). Muerte súbita del/la lactante.

El alcohol atraviesa la placenta y llega al feto a través de la sangre por el cordón umbilical. Su consumo en el embarazo debe evitarse, ya que el alcohol se metaboliza más lentamente en el hígado inmaduro del feto que en el de la persona adulta, por lo que las concentraciones pueden llegar a ser más elevadas que en la madre y mantenerse durante más tiempo, produciendo el Síndrome Alcohólico Fetal o Embriofetopatía alcohólica. No se ha podido probar si hay una dosis de alcohol que pueda considerarse segura durante el embarazo, así que el consejo debe ser la abstinencia.

El consumo de otras drogas como la marihuana, cocaína, heroína... o cualquier sustancia adictiva, repercute negativamente sobre la gestación y, por tanto, se desaconseja su utilización.

EXPOSICIÓN A RADIACIONES

RADIACIONES NO IONIZANTES (ondas de baja y muy baja frecuencia)	RADIACIONES IONIZANTES (ondas de alta frecuencia, más de 1017Hz)
Ondas hertzianas: microondas, ultrasonidos, telefonía móvil, radio y líneas eléctricas. Radiación óptica: luz ultravioleta, espectro visible y luz infrarroja.	Rayos X. Rayos Gamma. Partículas alfa y beta.

En la actualidad, no existen evidencias científicas concluyentes de que la exposición a radiaciones no ionizantes tenga efectos adversos sobre la gestación. Sin embargo las radiaciones ionizantes sí pueden llegar a ser peligrosas para el feto, cuando la gestante se expone a dosis altas, fundamentalmente al inicio del embarazo.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Algunas infecciones que tienen especial relevancia para la embarazada o para el desarrollo fetal, pueden prevenirse con hábitos higiénicos adecuados (ver los apartados "Precauciones a tomar con algunos alimentos" y "Alimentos que debe evitar" del capítulo de alimentación), o con inmunizaciones adaptadas al embarazo.

Además, los análisis que se realizan de rutina durante la gestación, permiten detectar algunas infecciones que se pueden y deben tratar.

Las infecciones de orina

Son frecuentes en el embarazo, y pueden ser asintomáticas, por esa razón se realiza un cultivo en el primer trimestre, que si es positivo se repite a lo largo del embarazo. El tratamiento con antibióticos tras la comprobación de la existencia de bacteriuria, reduce el riesgo de infección del tracto urinario superior y del bajo peso al nacer¹.

La Toxoplasmosis

Es una infección generalmente benigna para la madre, pero puede producir daño fetal, especialmente si se contrae durante el primer trimestre de embarazo. Muchas mujeres están inmunizadas por haberla pasado inadvertidamente antes de quedar embarazadas. Está causada por el parásito *Toxoplasma gondii*, que se transmite por vía digestiva, a través de agua o alimentos contaminados. La prevención más eficaz consiste en mantener una higiene cuidadosa de las manos, así como precauciones en el manejo y consumo de agua y alimentos.

Prevención:

- Higiene rigurosa de manos, superficies y utensilios de cocina:
 - Lavarse las manos con jabón y agua caliente, al menos durante 20 segundos, antes y después de manipular los alimentos, tras contactar con cualquier material sucio (pañales, residuos, animales, tierra...), y especialmente después de usar el cuarto de baño.
 - Las manos, las superficies, y los utensilios de cocina utilizados se deben lavar a fondo después de manipular alimentos crudos como carne, pescados, aves de corral, frutas, o vegetales.
 - Usar guantes para manipular tierra, arena, o suciedad del suelo.
- Lavar en abundancia y desinfectar las verduras, hortalizas, frutas, hierbas aromáticas frescas, y brotes de semillas que se vayan a consumir crudas.
 - La desinfección se puede hacer utilizando agua con lejía (apta para la desinfección del agua de bebida, consultar la etiqueta), a razón de 4 gotas de lejía por litro de agua. Sumergir las frutas y hortalizas durante al menos 10 minutos y después realizar un enjuagado abundante con agua potable.
- Evitar el consumo de carnes y productos cárnicos crudos, o poco cocinados:
 - Cocinar completamente las carnes hasta alcanzar los 71°C (debe cambiar de color en el centro del producto).
 - También puede congelarlos a -20°C durante dos días, si los va a consumir poco hechos o crudos.

[1] Guía de práctica clínica del SNS, MSSSI. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y el puerperio, 2014.

- Guarde los alimentos cocinados en el frigorífico el menor tiempo posible, y manténgalos en recipientes cerrados, separados, y lejos de los alimentos crudos. Si los compra ya cocinados, respete la fecha y la manipulación que se indica en la etiqueta.
- El riesgo de transmisión por los gatos se debe a que, cuando éstos no están inmunizados pueden contraer la enfermedad, y en ese caso excretan quistes con sus heces durante varias semanas, que pueden impregnar el suelo de parques, jardines, huertos, bandeja de las deposiciones en el hogar...etc. Las precauciones generales a mantener son:
 - Higiene rigurosa de las manos.
 - Si tiene un gato que no esté inmunizado, debe procurar que se limpie diariamente la bandeja de sus deposiciones. Las heces de gato recién eliminadas no suponen un riesgo real de contagio, ya que contienen ooquistes aún no esporulados que no son infecciosos; para ser infecciosos, los ooquistes deben esporular, lo cual sucede entre las 24 horas y los 5 días tras la deposición de las heces. Por precaución, puede procurar que la limpieza de la bandeja de deposiciones la haga otra persona, y si tiene que hacerla la gestante, conviene que use guantes y mascarilla
 - En general, conviene evitar que los gatos entren en contacto con las superficies y utensilios de cocina.

La Listeriosis

Es una enfermedad muy poco frecuente, que si bien no afecta a los adultos sanos, sí puede crear problemas a la embarazada, el feto (aborto), y al recién nacido. Está producida por bacteria *Listeria monocytogenes*, que se transmite por vía digestiva, a través de alimentos contaminados.

La *Listeria monocytogenes* se encuentra en el suelo y en el agua. Las verduras se pueden contaminar con la tierra o el estiércol utilizado como fertilizante. Los animales pueden tener la bacteria sin que parezcan enfermos y pueden contaminar sus derivados como carnes o productos lácteos.

La bacteria se ha encontrado en una variedad de alimentos crudos como carnes y verduras y también en alimentos que se contaminan después de su procesamiento, como por ejemplo, quesos blandos y fiambres que se venden en el mostrador de las carnes frías. La leche no pasteurizada (cruda) o los alimentos hechos con este tipo de leche, como queso fresco, pueden contener la bacteria. La *Listeria* se destruye durante la pasteurización y cocción; sin embargo, en ciertos alimentos listos para consumir como los fiambres y alimentos precocinados, la contaminación puede ocurrir después de la cocción, antes del proceso de envasado.

Prevención:

- Higiene rigurosa de manos, superficies y utensilios de cocina, como se ha explicado en la toxoplasmosis.
- Lavar en abundancia y desinfectar las verduras, hortalizas, frutas, hierbas aromáticas frescas, y brotes de semillas, que vaya a consumir crudas, como se ha explicado en la toxoplasmosis.
- Alimentos que pueden estar contaminados con Listeria:
 - Quesos frescos o de pasta blanda, hechos con leche cruda (sin pasteurizar o esterilizar).
 - Loncheados industriales, quesos en trozos o láminas, y en general, alimentos industriales refrigerados listos para consumo sin cocinar o recalentar, como patés refrigerados, salchichas o carnes frías, pues los cuchillos o cuchillas utilizadas para el corte, así como otras superficies de contacto, pueden haber propiciado la contaminación.
 - Pescados y mariscos de consumo en crudo, así como los ahumados y los marinados (sushi, boquerones en vinagre, salmón ahumado, carpaccio de pescado, ostras, etc.).
 - Alimentos sobrantes que se consumen sin calentar adecuadamente.
- Guardar los alimentos cocinados en el frigorífico el menor tiempo posible, y mantenerlos en recipientes cerrados, separados, y lejos de los alimentos crudos y de los quesos. Si se compran ya cocinados, respetar la fecha y la manipulación que se indica en la etiqueta.
- Para evitar que se reproduzca la listeria, graduar la temperatura del frigorífico a 4°C como máximo. Limpiar periódicamente el interior del frigorífico, y siempre tras un derrame.

La Rubeola

Prácticamente ha desaparecido, gracias a que casi todas las mujeres que viven en Asturias están inmunizadas.

Si la gestante no está vacunada, y no tiene antecedentes de haber pasado la enfermedad, o en la analítica de rutina se detecta que no ha respondido a la vacunación, además de recomendarle la vacunación después del parto, conviene que evite el contacto dentro de lo posible, con personas que padezcan la enfermedad. En caso de haber tenido contacto estrecho con éstas, en el siguiente capítulo se explican las medidas de profilaxis post exposición.

La Varicela

Si la gestante no tiene antecedentes de haber pasado la enfermedad y no está vacunada, o en la analítica de rutina se detecta que no ha respondido a la vacunación, además de recomendarle la vacunación después del parto, conviene que evite el contacto dentro de lo posible, con personas que padezcan la enfermedad. En caso de haber tenido contacto estrecho con éstas, en el siguiente capítulo se explican las medidas de profilaxis post exposición.

La Sífilis

Se descarta en la analítica de rutina de la primera visita prenatal. Si se detecta precozmente, tiene un tratamiento efectivo.

El VIH-SIDA y la Hepatitis B

Se descartan también en la analítica de rutina de la primera visita prenatal. Si la madre está infectada, pueden transmitirse al bebé, sobre todo en el momento del parto.

Pautas de actuación:

- Si se detecta infección por VIH, el tratamiento precoz reduce el riesgo de transmisión al feto.
- En cuanto a la hepatitis B, si los análisis detectan que es portadora, se debe tratar al bebé al nacimiento con inmunoglobulina y vacuna.

Otras enfermedades de transmisión sexual

Se debe investigar el antecedente personal de relaciones sexuales de riesgo, consumo de drogas, o pareja de una persona con hepatitis B, hepatitis C o SIDA. En estos casos se recomienda realizar analítica complementaria para descartar Hepatitis C y Clamidia¹.

Streptococo B hemolítico

Se trata de una bacteria que forma parte de flora normal del tracto intestinal, y que puede colonizar la vagina; no suele causar problemas a la mujer portadora, pero podría producir infección del bebé en el momento del parto.

Para evitarlo, se realiza un cultivo de exudado vaginal y rectal en la semana 36 ó 37 de gestación, y si la gestante es portadora de este germen se le administrará tratamiento antibiótico durante el parto.

VACUNACIONES DURANTE EL EMBARAZO ^{1,2}

Vacunación frente a TOSFERINA

La transmisión al bebé de los anticuerpos generados tras la vacunación materna, a través de la placenta, le protegerá frente a esta enfermedad hasta que adquiera su propia inmunidad (al 4º mes de vida, tras la segunda dosis de vacuna). Esta enfermedad es grave cuando afecta a un bebé de esa edad.

Indicaciones

- Personal sanitario que trabaje en las áreas de obstetricia y pediatría, tanto en atención primaria como en atención especializada
- Mujeres embarazadas, entre las semanas 28 a 36 del embarazo, con el objetivo de proteger tanto a la embarazada como al recién nacido

Pauta de vacunación

- Para el personal sanitario la pauta es de 1 dosis única de recuerdo; esta dosis debería aplicarse, al menos 1 año después de la última dosis de tétanos recibida.
- Para las mujeres embarazadas se aplicará 1 dosis entre las semanas 28 a 36 del embarazo (en la revisión prevista del tercer trimestre) y se revacunará en cada embarazo, con las siguientes consideraciones:
 - Se utilizará vacuna de adulto, combinada con las de tétanos y difteria, Tdpa.
 - La vacuna Tdpa puede aplicarse antes de la semana 28 o después de la semana 36, pero en ese caso la protección del recién nacido es menos eficaz. Las mujeres que no se vacunen durante el embarazo deberían recibir una dosis de vacuna Tdpa inmediatamente tras el parto.

[1] Nuevo Calendario de Vacunaciones del Adulto y en situaciones especiales para Asturias 2014, www.astursalud.es – Profesionales-Práctica Clínica-Programas de Detección y Prevención-Programas de vacunaciones.

[2] CAMPAÑA ANUAL DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL 2015 Guía técnica, octubre 2015. www.astursalud.es – Profesionales-Práctica Clínica-Programas de Detección y Prevención-Programas de vacunaciones.

- La vacunación se realizará sin tener en cuenta la historia de vacunación anterior frente a tétanos, difteria y tosferina. El único intervalo a respetar es que la vacuna Tdpa debe aplicarse, al menos 1 mes después de cualquier dosis anterior de vacuna frente a tétanos, difteria o tosferina.
- Si es necesario aplicar una dosis de recuerdo con Td en el embarazo, para la profilaxis de heridas tetanígenas, se sustituirá por vacuna Tdpa, que se aplicará sin tener en cuenta la edad gestacional. La embarazada no debe ser revacunada con Tdpa durante el mismo embarazo si ya ha recibido la vacuna en el primer o segundo trimestre.
- Si es necesario completar la pauta de vacunación frente a tétanos difteria de una embarazada, se sustituirá una de las dosis por vacuna Tdpa, que se aplicará preferentemente entre las semanas 28 a 36 de embarazo.

Vacuna frente al Tétanos

No es necesaria la vacunación cuando se ha completado a lo largo de la vida una pauta básica (4 dosis en edad infantil, ó 3 dosis en adultos). En la práctica, las mujeres que han pasado su infancia en España, han sido vacunadas y no necesitan nueva vacunación; sin embargo, las que han pasado su infancia en otros países es conveniente que revisen su estado vacunal.

Si no ha completado la pauta de vacunación básica, se aplicarán 2 dosis de vacuna de tétanos y difteria (Td), antes de finalizar el embarazo, separadas entre sí 4 semanas al menos. Aunque puede vacunarse en cualquier momento del embarazo, es preferible aplicar las dosis a partir del 2º trimestre. Hay que tener en cuenta que una de las dosis de Td ya está incluida en la presentación actual de la vacuna de tosferina (Tdpa).

Vacuna frente a la Gripe

Varios trabajos han puesto de manifiesto que el padecimiento de la gripe se acompaña de un incremento de la morbimortalidad respecto de las mujeres no embarazadas, debido a los numerosos cambios fisiológicos cardiovasculares, respiratorios e inmunológicos, que ocurren durante el embarazo. El riesgo tras el padecimiento de la gripe estacional aumenta a medida que aumenta el trimestre de gestación y se incrementa en las mujeres que además tienen comorbilidad acompañante.

Se recomienda, por tanto, la vacunación de las mujeres embarazadas cuando el embarazo coincida con la temporada de actividad gripal (noviembre a marzo), especialmente si presentan factores de riesgo de complicaciones relacionadas con la gripe. La vacunación debe realizarse justo antes de la temporada de actividad gripal, y puede aplicarse en cualquier trimestre del embarazo.

Madres lactantes: Al usar vacunas inactivadas los virus de la vacuna no se multiplican, y tales vacunas no parece que conlleven problemas especiales para la madre o el lactante.

Se utilizará siempre vacunas de virus inactivados y sin adyuvante, que son las que se distribuyen normalmente en las campañas de vacunación antigripal para población general.

No se recomienda el uso de la vacuna de virus atenuados (intranasal) en el embarazo y la lactancia por falta de estudios de seguridad. Este tipo de vacuna está contraindicada en personas inmunodeprimidas, y las personas que la reciban deben evitar el contacto con personas con inmunosupresión importante por la posibilidad de transmisión del virus vacunal.

Están contraindicadas las vacunas de virus vivos o atenuados: Varicela, Triple vírica o cualquiera de sus componentes (Sarampión, Rubéola y Parotiditis). Antes de aplicar una de estas vacunas, debe descartarse la existencia de embarazo.

Otras vacunas

Sólo se administrarán cuando exista un riesgo de exposición, con indicación médica específica. Cabe decir que la vacuna de Hepatitis B, si bien no está indicada en el embarazo, se podría utilizar de manera segura si fuera necesaria en un caso particular.

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN A SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y VARICELA DURANTE EL EMBARAZO

Se han establecido pautas de profilaxis post exposición para cualquier persona susceptible que haya estado expuesta a Sarampión, para mujeres embarazadas expuestas a la Rubeola, y para mujeres embarazadas o en situaciones de inmunodeficiencia, tras exposición significativa a Varicela o en situaciones especiales. No se han establecido pautas de profilaxis post exposición frente a la parotiditis.

Profilaxis post exposición a Sarampión

Criterios de presunción de inmunidad: evidencia documental de vacunación completa, enfermedad pasada o evidencia serológica de inmunidad.

Exposición: Se considerarán expuestas a todas las personas que hayan estado en contacto con un caso de sarampión, confirmado por laboratorio o por vínculo epidemiológico, durante el periodo de transmisibilidad (desde 4 días antes hasta 4 días

después del inicio del exantema) y considerando que la transmisión de la enfermedad es más probable en lugares cerrados e instituciones.

Profilaxis en embarazadas que no cumplan criterios de presunción de inmunidad: Inmunoglobulina humana inespecífica o polivalente (Ig), antes de transcurridos 6 días tras la exposición al caso. La Ig polivalente se aplica por vía intramuscular, y la dosis recomendada es de 0,5 ml/kg de peso hasta un máximo de 15 ml. Las personas que hayan recibido Ig polivalente deberán esperar, al menos, 6 meses para recibir la vacunación con triple vírica (si dicha vacuna no está contraindicada).

Indicaciones laborales: en los siguientes grupos se deberá asegurar la vacunación de todas las personas que no dispongan de evidencia documental de vacunación completa, enfermedad pasada (sarampión y rubeola) o evidencia serológica de inmunidad (sarampión y rubeola).

- Todos los trabajadores de centros sanitarios.
- Trabajadores de centros de enseñanza infantil y guarderías.
- Estudiantes en centros educativos a partir de 14 años de edad.

Profilaxis post exposición a Rubeola

Criterios de presunción de inmunidad: Evidencia documental de vacunación completa, enfermedad pasada o evidencia serológica de inmunidad.

Exposición: Se considerarán expuestas a todas las personas que hayan estado en contacto con un caso de rubéola, confirmado por laboratorio o por vínculo epidemiológico, durante el periodo de transmisibilidad (desde una semana antes, hasta 4 días después del inicio del exantema). Debe tenerse en cuenta que los lactantes con síndrome de rubéola congénita eliminan gran cantidad de virus hasta meses después del nacimiento.

Profilaxis post exposición en mujeres embarazadas: Se puede utilizar Ig polivalente antes de transcurridos 3 días tras la exposición al caso. Esta pauta puede prevenir o modificar la infección de la embarazada, pero no asegura la prevención de la rubéola congénita. La dosis es de 20 ml por vía intramuscular.

Situaciones especiales:

- Se recomienda valorar la situación inmune frente a rubéola de las mujeres embarazadas durante el seguimiento del embarazo y vacunar, tras el parto, a las que resulten seronegativas.
- Toda mujer en edad fértil en la que, por cualquier circunstancia, se detecte falta de inmunidad a rubéola debería vacunarse lo antes posible, evitando el embarazo durante 1 mes tras la vacunación. Es especialmente importante comprobar la situación inmune en mujeres inmigrantes en edad fértil.

Indicaciones laborales: en los siguientes grupos se deberá asegurar la vacunación de todas las personas que no dispongan de evidencia documental de vacunación completa, enfermedad pasada (sarampión y rubeola) o evidencia serológica de inmunidad (sarampión y rubeola).

- Todos los trabajadores de centros sanitarios.
- Trabajadores de centros de enseñanza infantil y guarderías.
- Estudiantes en centros educativos a partir de 14 años de edad.

Profilaxis post exposición a Varicela

La determinación serológica de inmunidad frente a varicela zoster está indicada en las embarazadas o mujeres en edad fértil, que no cumplan los criterios de presunción de inmunidad.

Criterios de presunción de inmunidad:

- Evidencia de laboratorio.
- Documentación de haber recibido 2 dosis de vacuna frente a varicela (separadas, al menos, 1 mes).
- Recuerdo específico o documentación médica, de haber pasado la enfermedad (varicela o herpes zoster).
- Antecedente de convivencia o contacto estrecho con niños o adultos enfermos de varicela durante el período de erupción de las vesículas.

Exposición significativa: Personas que hayan tenido contacto con un caso de varicela durante el período de transmisibilidad (desde 2 días antes de la erupción hasta que todas las lesiones estén en fase de costra), en las siguientes circunstancias:

- Contacto familiar: conviviente del caso.
- Contacto directo: contacto cara a cara en interiores durante, al menos, 1 hora (para algunos autores bastarían 5 minutos), especialmente si es habitual.
- Contacto hospitalario: compañeros de habitación o contacto directo prolongado con el personal sanitario.
- Nota informativa: Los casos de herpes zoster también pueden transmitir la enfermedad, por contacto con el líquido de las vesículas, pero el riesgo de contagio es menor.

Profilaxis post exposición en mujeres embarazadas

- Las embarazadas expuestas de manera significativa, que no cumplan ninguno de los criterios de presunción de inmunidad, deben recibir inmunoglobulina como profilaxis; la vacunación está contraindicada.

- Tipo de Inmunoglobulina: Idealmente debería administrarse inmunoglobulina específica frente a varicela zoster (IgVZ), pero este producto no está comercializado en España (aunque puede conseguirse como medicamento extranjero). Como alternativa puede utilizarse inmunoglobulina humana inespecífica o polivalente (Ig), ya que la población actual de la que se obtiene mantiene títulos altos de anticuerpos frente a varicela; no obstante, esta indicación no está recogida en la ficha técnica de este producto. Dado que debe iniciarse lo antes posible, la profilaxis se realizará con esta Ig polivalente, a menos que se pueda asegurar la disponibilidad de IgVZ antes de 72 horas tras la exposición.
- Pauta de administración de la Ig: debe aplicarse lo antes posible tras la exposición, preferiblemente en las primeras 72 horas (3 días), y hasta 96 horas (4 días) tras la exposición. En EE. UU. se recomienda el uso de la inmunoglobulina hasta 10 días tras la exposición.

Profilaxis post exposición y en situaciones especiales, en recién nacidos

- Hijos o hijas de madre que contrajo varicela, con debut en los 5 días anteriores al parto, o en el transcurso de las 48 horas posteriores a él.
- Lactante prematuro hospitalizado, con más de 28 semanas de gestación, con exposición significativa a varicela y cuya madre no cumpla criterios de presunción de inmunidad frente a varicela (por lo que se asume que no ha podido transmitirle inmunidad)
- Lactante prematuro hospitalizado, con menos de 28 semanas de gestación o de 1000 g de peso al nacer, con exposición significativa a varicela, independientemente de la situación inmune de la madre (ya que asumimos que la madre no ha tenido tiempo de transmitirle inmunidad).

Recomendaciones generales:

- Se recomienda valorar la situación inmune frente a la varicela de las mujeres embarazadas durante el seguimiento del embarazo y vacunar, tras el parto, a las que resulten seronegativas.
- En caso de que la madre vacunada desarrolle un exantema postvacunal debe evitarse el contacto del lactante con la lesión y cubrirla con un apósito impermeable hasta que el exantema haya desaparecido.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO

La gestación es un estado fisiológico y no aumenta el riesgo de padecer enfermedades psiquiátricas. Pero los cambios que conlleva el ser madre suponen estrés para el cuerpo y la mente de la embarazada. En condiciones normales ese estrés genera efectos positivos de afrontamiento y de fortaleza psíquica, regulados por hormonas que favorecen la armonía funcional. El cuidado de la salud psíquica y emocional de la embarazada durante la gestación es esencial para favorecer un buen desarrollo del feto y predisponer a un buen vínculo emocional entre madre y recién nacido o recién nacida. Este vínculo influye en el desarrollo de la personalidad de la hija o del hijo.

Sin embargo, cuando existe patología psíquica, falta de apoyo del entorno social o familiar, antecedentes o traumas en la historia personal, violencia o malos tratos, el mismo tipo de estrés que resulta estimulante en el caso anterior, se convierte en un estado patológico cuando los recursos de afrontamiento y de defensa de la mujer no existen. El efecto del estado mental de la embarazada entonces influye negativamente sobre su propia salud y sobre la del feto, así como sobre su desarrollo biopsicosocial tras el nacimiento.

Para prevenir manifestaciones psicopatológicas durante el embarazo, se explorará en las primeras visitas la historia de patología mental pasada, la presencia de tratamientos previos, las hospitalizaciones y/o ingresos y la historia familiar de patología mental y/o perinatal, como pueden ser las pérdidas recientes o pasadas. Cuando la embarazada presenta síntomas de depresión o ansiedad, se derivará a profesionales de salud mental con el objetivo de recibir un tratamiento individual adecuado.

En las embarazadas sin patología mental, el estrés producido por las exigencias y/o crisis cotidianas, sobre todo si estas son sumativas, puede desencadenar un estado de estrés crónico que es muy tóxico para ellas y para el feto.

ANEXO: GUÍA SALUD ORAL EN EL EMBARAZO¹

El cuidado de la boca de la embarazada

¿Cómo afecta el embarazo a mi boca?. Su boca, al igual que el resto de su cuerpo, cambia con el embarazo, pero no tiene que esperar problemas por ello.

No es cierto que el embarazo “estropee la boca” o que “cada embarazo cueste un diente”. Aunque son frases y creencias transmitidas de generación en generación, no hay base para seguir manteniéndolas; su origen se remonta a épocas donde la higiene oral no estaba generalizada y era más difícil el acceso a los recursos sanitarios. Hoy no tiene por qué seguir ocurriendo si mantiene unos sencillos cuidados.

¿Voy a tener caries por estar embarazada?

- No, salvo que descuide su forma de comer y de cepillarse. Una buena higiene oral acompañando a una dieta no azucarada es suficiente para mantener su boca sana durante todo este período.
- Ahora bien, en el caso de que usted ya tuviera caries antes de quedar embarazada, es posible que estas lesiones en los dientes, tengan tiempo para dar señales y generar molestias a lo largo del embarazo. Las revisiones periódicas antes del embarazo detectarían estas lesiones “ocultas”.

¿Cómo afecta el embarazo a mis encías?

- Los cambios hormonales durante el embarazo aumentan la irrigación de las encías, por lo que éstas pueden sangrar más fácilmente que antes. Si sus encías estaban sanas antes de quedarse embarazada, éste es el único cambio real que puede ocurrir en su boca.
- Si por el contrario ya tenía usted problemas en las encías antes del embarazo, éstos se harán más evidentes, con una tendencia mayor al sangrado o a la movilidad dentaria.
- Las siguientes señales pueden indicar problemas, por lo que es aconsejable que las consulte con el dentista de su centro de salud cuando acuda a las revisiones previstas:
 - Nota las encías sensibles, hinchadas o enrojecidas.
 - Le sangran al cepillarse, o al hacer la limpieza interdental.

[1] Guía del Embarazo, parto y Lactancia 2015, Octubre 2015 Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

- No puede eliminar el mal aliento o el mal sabor de boca.
- En ocasiones puede aparecer una tumoración benigna en las encías, que crece durante el embarazo en zonas de mala higiene oral, y que suele desaparecer después del parto. Si aparece, es conveniente que lo consulte.

¿Cómo puedo cuidar mis dientes y mis encías durante el embarazo?

El cepillado diario es la medida principal para mantener su boca sana durante el embarazo. Normas para un cepillado correcto:

- Realizar un cepillado completo (dientes, encías, carrillos y lengua), justo después de las tres comidas principales del día: desayuno, mediodía y cena.
- La duración adecuada del cepillado es de 2 minutos, pero tómese su tiempo y cepíllese sin prisas.
- Utilice cepillos blandos. Puede usar un cepillo eléctrico si lo prefiere.
- Cambie el cepillo como mínimo cada 3 meses, o antes si las cerdas están gastadas o abiertas.
- No aplique mucha presión, porque puede dañar los dientes y las encías.
- Utilice una pasta de dientes con flúor, empleando muy poca pasta en cada cepillado (como un guisante).
- Una vez al día al menos, preferentemente por la noche, es importante completar el cepillado con la seda dental o los cepillos interproximales, para la limpieza entre los dientes. También puede usar un raspador lingual para mejorar la limpieza de la lengua.
- Para comprobar si está haciendo un buen cepillado, puede emplear un revelador de placa dos o tres veces a la semana.

Otros consejos:

- Si padece vómitos, no se cepille inmediatamente después de haber vomitado. Simplemente enjuague suavemente su boca con agua para aclararla, y espere al menos 1 hora para volver a cepillarse.
- Puede usar un colutorio (enjuague) fluorado diariamente.
- Recuerde la importancia de evitar el consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo. Además de alterar el crecimiento y desarrollo del feto, también producen problemas en la boca.

Atención odontológica en el embarazo

En la Unidad de Salud Bucodental de su Centro de Salud, le ofrecerán una revisión completa de su boca, y asesoramiento sobre medidas básicas de *dieta saludable e*

higiene oral. También le orientarán sobre los tratamientos que pueda necesitar, y si es necesario le realizarán una *limpieza profesional* y una *fluoración*.

Los tratamientos de la boca durante el embarazo

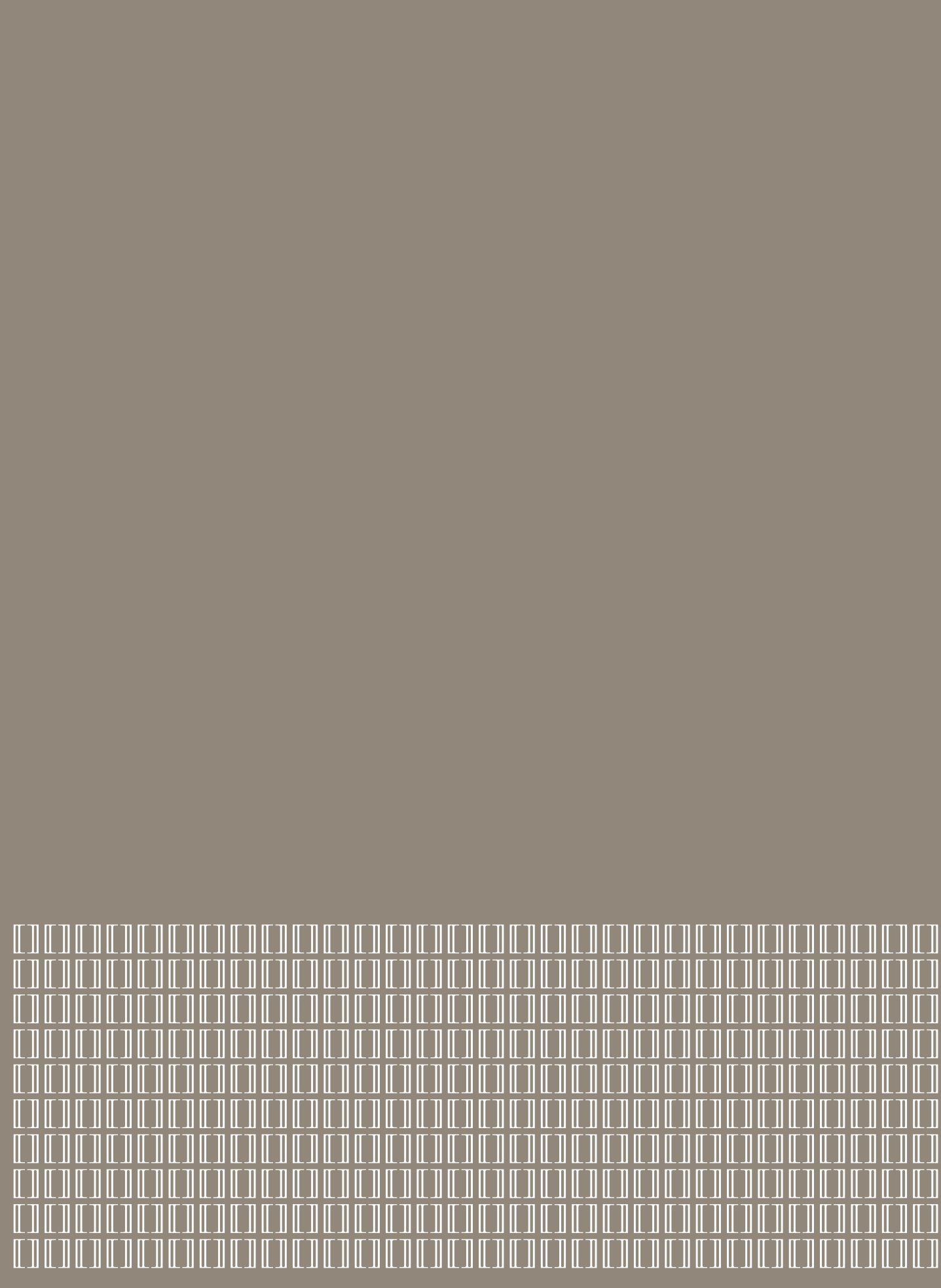
- Siempre que sea necesario se pueden realizar empastes, extracciones, limpiezas y tratamientos de la encía, sin ningún temor y sin necesidad de esperar a que de a luz. Si es posible, los tratamientos que precise es mejor realizarlos durante el segundo trimestre de la gestación.
- Necesita ser atendida en una posición cómoda para usted. La mejor posición en el dentista es la semisentada, no echada del todo, y con un cojín debajo de una de sus caderas.
- La anestesia local y los materiales que se emplean en el dentista son seguros para al feto. Incluso se pueden hacer radiografías de la boca, siempre que se utilice una protección adecuada, y si es posible, aparatos de radiografía digital (éstos reducen en un 90% la radiación que emiten los aparatos convencionales, y existen en casi todas las USBD de los Centros de Salud).
- Hay fármacos que se pueden emplear durante el embarazo, y otros que no. Consulte siempre con el profesional sanitario, antes de consumir medicinas.

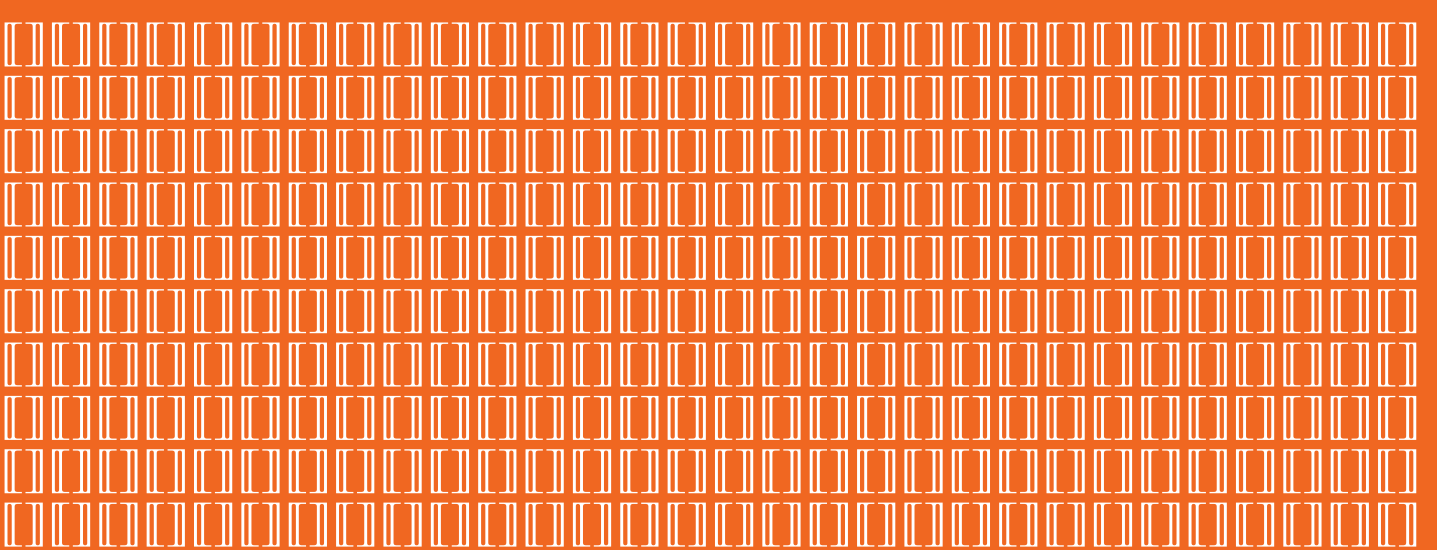
BIBLIOGRAFÍA

- Alimentación segura en el embarazo 2015
http://aesan.msssi.gob.es/AESAN/docs/docs/rincon_consumidor/triptico_embarazadas.pdf
- Arranz, E. O Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares.2010.
- Circular 1/2015 DGSP Asturias. Yodo en el embarazo y lactancia.
http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Salud%20sexual%20y%20reproductiva/Salud%20reproductiva/CIRCULAR_1_2015_DGSP%20Yodo%20en%20embarazo%20y%20lactancia.pdf
- Educación sanitaria para la maternidad. Programa de Educación maternal (soporte CD) Ediciones Mayo. 2007.
- Galiano, J. Delgado, M. Contribución de la educación maternal a la salud materno infantil Revisión bibliográfica 2014
<http://www.federacion-matronas.org/rs/1237/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/4d8/fd/1/filename/revision-educacion-maternal.pdf>
- Guía Autoayuda a la embarazada fumadora. Nacer y vivir libre de humos. DGSP 2011.
http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Guia_AutoayudaEmbarazadas.pdf
- Guía práctica salud oral y embarazo.
http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Salud%20sexual%20y%20reproductiva/Salud%20reproductiva/PREPARARSE%20PARA%20EL%20EMBARAZO.pdf
- Guía para la salud oral de la embarazada Consejería de Sanidad del Principado de Asturias DGSP 2014.
https://www.asturias.es/Astursalud/Articulos/AS_Salud Publica/AS_Salud Poblacional/Salud bucodental/LIBRO_BUCODENTAL.pdf
- Kramer, M. M. (2008). Ejercicio aeróbico durante el embarazo. Revisión Cochrane traducida. Obtenido de La Biblioteca Cochrane Plus.
<http://www.bibliotecacochrane.com/pdf/CD000180.pdf>
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008 Mar. 56 p. (Clinical guideline; no. 62)

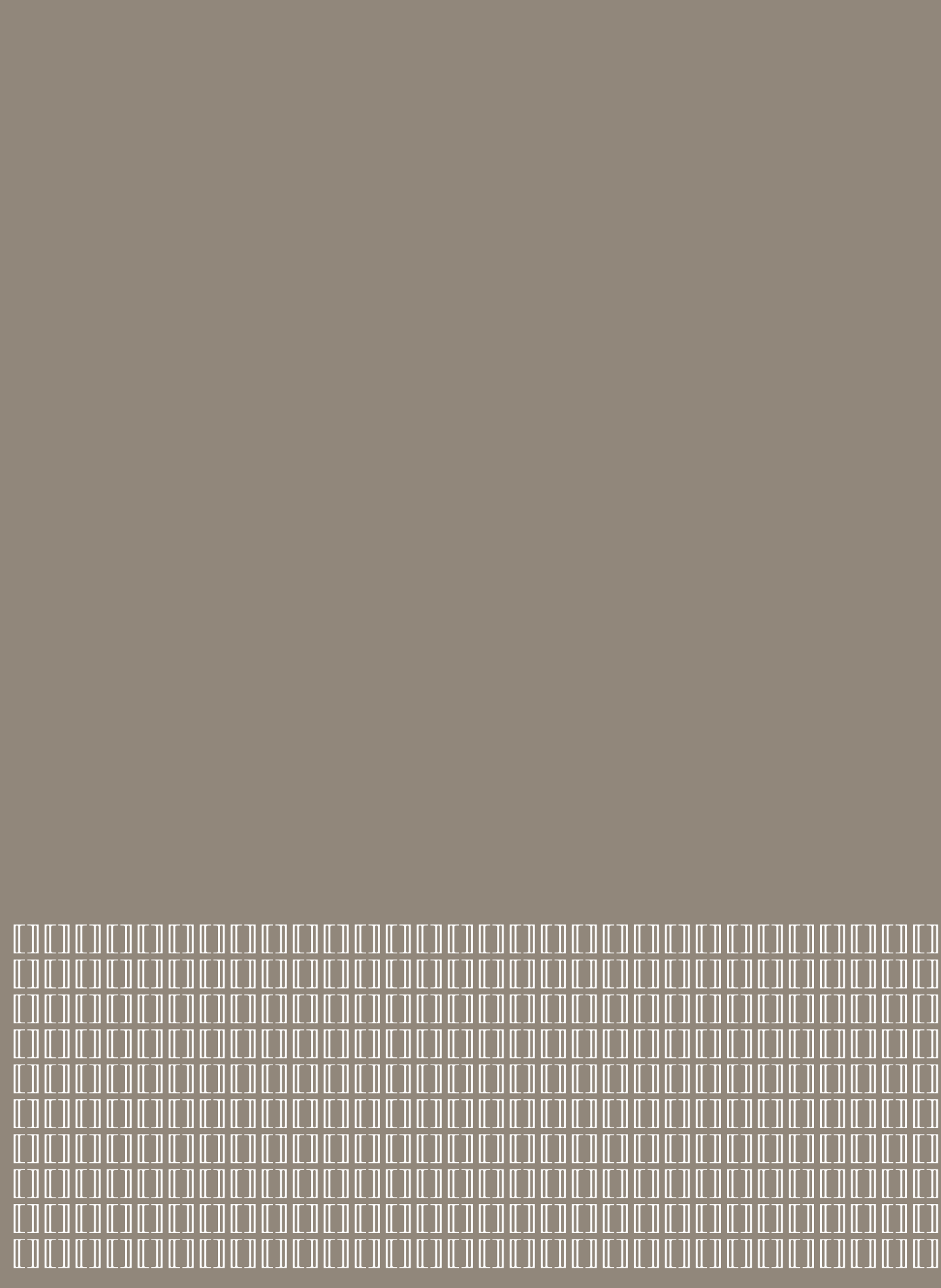
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>

- Nolan, M. (2002). Education and Support for Parenting. A guide for health professionals. London: Baillière Tindall.
- Prepararse para el embarazo. Guía de promoción del embarazo saludable. Consejería de salud y servicios sanitarios de Asturias. 2013.
http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Salud%20sexual%20y%20reproductiva/Salud%20reproductiva/PREPARARSE%20PARA%20EL%20EMBARAZO.pdf
- Paulí A. La conducción de grupos en Educación para la salud. Matronas profesión. 2005;6(1):23-29.
<http://www.federacion-matronas.org/rs/325/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/a2b/rclang/es-ES/fd/1/filename/vol6n1pag23-29.pdf>
- Recomendaciones consumo de pescado DGSP 2013
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/ESTRATEGIA%20NAOS/2013%20Recomendaciones%20consumo%20pescado%20CSanidad.pdf
- Sanchez-Perruca M.I. Objetivos educativos en Educación para la salud. Matronas profesión. 2001;2(3):23-28.
<http://www.federacion-matronas.org/rs/523/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/53a/rclang/es-ES/fd/1/filename/vol2n3pag23-28.pdf>
- Sebastià, G. (2000). Entrenamiento psicofísico en la gestante. Matronas profesión, 1-13.
<http://www.federacion-matronas.org/rs/550/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/a96/rclang/es-ES/fd/1/filename/vol1n1pag4-13.pdf>
- Sebastiani, M., Castelo-Branco Flores, C., & Siseles, N. (2005). Abordaje de la sexualidad en situaciones especiales (II): embarazo y puerperio. En C. Castelo-Branco Flores, J. De la Gándara, & A. Puigvert, Sexualidad Humana: una aproximación integral. (págs. 231-245). Madrid: Panamericana.
- Torre EM, Álvarez ED, Artal AR, Gutiérrez LS, Caballero MGR, Blanco JA & Fernández JCF (2014). Nutrición de yodo en mujeres embarazadas del área de Oviedo. ¿Es necesaria la suplementación con yodo?. Endocrinología y Nutrición, 61(8), 404-409





TEMA II.
MATERNIDAD Y PATERNIDAD
CORRESPONSABLE



SOCIALIZACIÓN. TRANSMISIÓN DE ROLES DE GÉNERO

Sexo y Género

Cuando hablamos de **sexo** nos referimos a:

Características biológicas y fisiológicas (ya en el proceso de sexuación fetal, hablamos de sexo gamético, sexo genético, sexo gonadal, sexo genital, sexo hormonal...).

Sexo se refiere a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

Cuando hablamos de **género** nos referimos a:

Características sociales. A la construcción social del hecho de ser mujer y ser hombre, a los roles, responsabilidades y oportunidades que se asignan en el momento del nacimiento en función de los genitales externos, y que predeterminarán nuestras vidas.

Roles de género

Son las tareas, responsabilidades y actividades que una cultura asigna a los sexos; el conjunto de expectativas que la sociedad tiene sobre los comportamientos que considera apropiados para cada persona según su sexo.

Socialización

La socialización, desde la infancia va imprimiendo sus condicionantes tempranamente en el desarrollo psíquico de cada persona. Los ideales sociales se transmiten a través del entorno familiar y mediante otras instancias y estímulos sociales: la escuela, los medios de comunicación, los grupos de amigos/as, de iguales... Nada es neutral en el medio social, ya que es portador de ideales y mandatos a transmitir.

Existe un consenso sobre los papeles a representar por cada sexo y una determinada organización socioeconómica que sirve de apoyo a este sistema; esto hace que se construya el imaginario social a modo de escenario y en él se representan las identidades consensuadas que responden a ese ideal socialmente construido; este ideal se incorpora en el desarrollo psíquico de las personas y va construyendo su subjetividad.

Es cierto que en nuestra sociedad se están dando importantes cambios, que hay nuevas mujeres y nuevos hombres en construcción, pero sigue teniendo una estructura jerárquica. Por tanto, las relaciones que establecemos entre mujeres y hombres aún no son igualitarias

Esta desigualdad evidente sitúa a los hombres con derecho y capacidad de decidir sobre la vida y los cuerpos de las mujeres, aunque las leyes en la mayoría de los países occidentales democráticos normativizan la no-discriminación por sexo. El ejercicio de este poder, con o sin legitimación escrita, conlleva el uso de la violencia e intimidación.

ADQUISICIÓN DE LA IDENTIDAD MASCULINA Y FEMENINA

Los consensos sociales de género han cambiado profundamente a lo largo del siglo xx, pero la transformación social y la interiorización de ideales y modelos es mucho más lenta.

Lo social y lo individual de ningún modo caminan por separado. Las personas se estructuran en un medio social del que forman parte, por lo que se construyen acorde con los ideales sociales del momento.

La educación de las mujeres iba dirigida a hacer del amor el centro de su vida. Encontrar “el príncipe azul” que satisfaría las necesidades y llenaría su existencia. Fundar una familia, ser esposas y después, madres.

Por tanto, lo trascendental era aprender cómo amar. El modelo cultural del amor para las mujeres es el amor romántico: la renuncia personal, la entrega total, el amor sin reciprocidad. A las mujeres se les asignó el papel y la responsabilidad de mantener la armonía en la pareja y la familia. Para ello, es necesario saber estar atenta a las necesidades afectivas de la familia y satisfacerlas, cuidar, agradar, estar siempre disponible, sacrificada y abnegada; renunciando a lo personal, con olvido de ellas mismas.

La educación de los hombres iba dirigida a potenciar el desarrollo de su personalidad y a través de su experiencia individual, a pensar, sentir que ser varón es: ser superior a la mujer, tener más derecho que ella a definir las reglas de la relación y poder usar la violencia como método justificado de control y dominio en determinadas circunstancias.

La identidad femenina se ha basado en:

- Dar y cuidar.
- Un “yo en relación” (Baker Miller J., 1992), la capacidad de reconocer las emociones de las otras personas, estar siempre disponible y recibir gratificación con los cuidados, lo que la ha situado en la dependencia del amor de los otros.
- La dificultad para ser asertiva, para identificar sus deseos y necesidades.
- La auto-desvalorización/sometimiento, interiorización de la agresividad/la manipulación como mecanismo de responder a la dominación, la frustración, los conflictos.
- Reprimir también las manifestaciones de placer, y exaltar las de ternura, dolor y sufrimiento.

La identidad masculina se ha basado en:

- Mantener signos de potencia.
- Mantener posición de superioridad con respecto a la mujer impidiendo expresar ternura, cariño o dolor; permitiendo expresar solamente la ira, la agresividad, la audacia y el placer.
- No cuidar y no cuidarse.

Identidad sexual: es un juicio basado en la percepción de la propia figura corporal. Está basada en las diferencias sexuales más visibles y se forma a lo largo de los tres primeros años de vida.

Identidad de género: es un juicio de auto clasificación basado en la construcción psicológica, social y cultural de las características masculinas o femeninas habitualmente atribuidas a hombres y mujeres.

MODELOS DE GÉNERO

Es evidente que en la actualidad conviven modelos de género antiguos y nuevos. Y si bien los consensos sociales de género han cambiado profundamente a lo largo del siglo xx, la transformación social y la interiorización de ideales y modelos es mucho más lenta. Es así, que hoy es posible visualizar cuatro modelos de género, que recogemos de Sara Velasco; aunque tanto mujeres como hombres puedan situarse en posiciones intermedias.

Modelo de género tradicional

- El núcleo social básico es la familia jerarquizada. Hombre y mujer se unen a través de un contrato matrimonial: conlleva permanencia, exclusividad y tener descendencia.
- El hombre es el cabeza de familia y detenta la autoridad.
- División sexual del trabajo, el productivo y el mantenimiento de la familia se asigna al hombre y lo doméstico, a la mujer.
- El hombre mantiene posiciones activas, empuje al riesgo, demostración de fortaleza y la validación de la agresividad; tiene gran riesgo de frustración ante cualquier caída de esa potencia, ya sea por la pérdida o abandono de la mujer.
- La femineidad se define por la subordinación, entrega, pasividad y realización a través de la maternidad y el amor; ser objeto del hombre y pertenecerle. Se prohíbe la agresividad y la rabia. Temor a perder al hombre, baja autoestima y autovaloración.

Modelo de género en transición

- La educación, el trabajo y la vida pública durante el siglo xx han obligado a una transición; mujeres y hombres han tenido que transgredir el modelo en el que había tenido lugar la socialización, pero se conservan valores tradicionales en la esfera íntima.
- El núcleo social básico es la pareja. El motivo de unión es el amor, la satisfacción de necesidades íntimas, compartir y crear una familia no jerarquizada.
- La descendencia es una elección y un producto del proyecto en común. La pareja no es permanente, dura lo que dura el amor, o la crianza de los hijos/as o hasta que se produce divergencia de proyectos.
- Ambos realizan trabajo productivo, pero no siempre tiene la misma remuneración y valoración.
- No hay una relación de poder/subordinación en lo social, pero sí en la intimidad. También hay dependencia afectiva mutua.

Modelo de género contemporáneo

- El núcleo social básico es el individuo.
- Se establece una relación de sujeto a sujeto.
- Las personas se unen en pareja (del mismo o distinto sexo) u otras modalidades, para cooperar en los proyectos individuales de ambos, para compartir y realizar una alianza de recursos, además de por amor y para asegurar la sexualidad.
- No hay contrato de exclusividad y permanencia.
- Si hay hijas o hijos, son un proyecto individual, que puede ser sumable al proyecto de la otra persona y haber acuerdo para tenerlos.
- La apoyatura vital son los amigos y amigas, no la pareja o la familia.
- Existe competitividad entre las personas. Los valores e ideales se centran en conseguir éxito personal y social.
- El cuerpo representa al individuo y es a través de la imagen propuesta socialmente, como se reflejan los signos del éxito, la belleza y el disfrute.

Modelo de género igualitario, de protección de la salud

- Se trata de un modelo hacia donde nos deberíamos dirigir tanto mujeres como hombres.
- Relaciones comprometidas entre los sexos sobre la base de la igualdad social e íntima.
- Ruptura de las relaciones de poder/sumisión para llegar a alcanzar posiciones igualitarias entre los sexos.
- Pareja igualitaria: puede incluir cualquier sexo y orientación sexual.
- Es un modelo en cierto modo utópico.
- Para las mujeres: autonomía e independencia, proyectos y realizaciones propias, compartiendo y conciliando el cuidado de las otras personas.
- Para los hombres: supone abandonar posiciones subjetivas de propiedad de la mujer, la necesidad de demostrar su fortaleza y compartir, conciliar y acceder a la esfera de cuidados y sostén.
- Proyectos y realizaciones propias y un empoderamiento de la red comunitaria de encuentro.

CORRESPONSABILIDAD MATERNA Y PATERNA EN EL TRABAJO DE CUIDAR

Hablamos de corresponsabilidad desde la premisa de que las personas, mujeres u hombres, comparten presencia, responsabilidades, derechos y obligaciones tanto en la esfera pública como en la privada.

En la encuesta sobre Género y Familia del Centro de Investigaciones Sociológicas, 2003, la mayoría de las mujeres españolas menores de cuarenta años, declaraba preferir el modelo familiar de dos personas sustentadoras y cuidadoras principales, en el que ambas trabajan en los cuidados domésticos y tienen un empleo remunerado. En 2011, se adscriben a esa opinión la mayoría de la población española.

Sin embargo, a pesar de los cambios normativos e ideológicos para la promoción de la implicación de los padres en el trabajo de cuidados, los avances reales han sido escasos, pues continúa siendo una de las fronteras culturales y de las resistencias sociales más difíciles de cambiar.

El diferente compromiso de las madres y los padres con los cuidados sigue anclado en la desigual distribución de la carga global del trabajo en la familia. Según datos de la Encuesta de Empleo del Tiempo del INE de 2009-10, las mujeres dedican diariamente casi 4 horas y media al trabajo doméstico y de cuidados, mientras que los hombres dedican solo 2 horas y media.

Algunos apoyos para su desarrollo

- Reconocer el valor del trabajo de los cuidados, y de las personas que los llevan a cabo.
- Reclamar que el Estado y otros agentes sociales (sindicatos, empresas, etc.) fomenten el cumplimiento de la legislación.
- Reclamar en el ámbito laboral la importancia de respetar los permisos de maternidad y paternidad para la implicación en los cuidados de la criatura, así como la ampliación de permisos de maternidad y de paternidad, independientes e intransferibles, no a costa de reducir o congelar los de maternidad, ya insuficientes.
- Paternidad implicada en los cuidados desde el nacimiento.
- Reivindicar el papel de los padres ante posibles ideas o comentarios excluyentes de miembros de la familia extensa.
- La coeducación en la familia y la escuela.

COEDUCACIÓN

Es un proceso intencionado de intervención, a través del cual se potencia el desarrollo de niños y niñas partiendo de la realidad de dos sexos diferentes, hacia un desarrollo personal y una construcción social comunes y no enfrentados.

La coeducación (Simón, 2010) está muy lejos de ser una práctica social en la mayoría de las familias y las escuelas, pues requiere de algo previo que todavía sigue ausente de las políticas públicas: el reconocimiento equitativo del valor del trabajo de cuidados realizado masivamente por las madres trabajadoras.

La coeducación es tan necesaria en el ámbito familiar como en la escuela, ya que es el primer lugar donde las niñas y los niños se socializan. Por ello, es importante que padres y madres y también otros miembros del entorno familiar cuiden los mensajes y los comportamientos desde el comienzo.

Alguna sugerencia para iniciar la coeducación

- Recordar que aprenden por imitación.
- El uso de los colores: rosa, azul, verde, amarillo... para niñas y niños.
- Pendientes: ¿dar la oportunidad tanto a niñas como a niños de que elijan cuando sean más mayores?
- Enseñar y facilitar que expresen los sentimientos: tristeza, rabia, alegría, amor. Prestar atención a frases como: “ ¡los niños no lloran!, ¡las niñas son modositas y buenas!, ¡eso es cosa de niñas! o ¡eso es de mariquitas!” .
- Ofrecer todo tipo de juegos y juguetes a niños y niñas.
- Proporcionar que jueguen a las casitas, al balón, con camiones y grúas, a disfrazarse de lo que quieran, tanto niñas como niños.
- Que los cuentos les enseñen niños y niñas en situaciones parecidas.
- Atención al uso de diminutivos, tono de voz ñoño o frases del tipo: “ ¡que mona eres!, ¡que machote eres!” .
- Potenciar que niñas y niños participen en pequeñas tareas domésticas, en función de su edad: ordenar su habitación, poner y recoger la mesa, ayudar a hacer las camas, ayudar en la cocina, etc.

VIOLENCIA DE GÉNERO

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada.” (Naciones Unidas 1993).

Consultar contenidos en “Guía Didáctica de diagnóstico e intervención en violencia de género en atención Primaria”.

Violencia de género en el embarazo

La definición de violencia de género durante el embarazo es semejante a la propuesta para la violencia de género en general, a la que se añade el estado de gestación de la mujer.

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, define la violencia durante el embarazo como violencia o amenazas de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionadas a la mujer embarazada.

La OMS, en su informe del año 2009 sobre: “Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana”, detectó que el porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia física durante al menos un embarazo, superaba el 5 % en 11 de los 15 países estudiados. La cifra más baja se observó en Japón (1%) y la más alta en Perú (28%).

A escala mundial, una de cada cuatro mujeres padece violencia física o sexual durante el embarazo. Esto aumenta la probabilidad de que se produzcan abortos y muertes de neonatos, partos prematuros y de que nazcan niños/as con poco peso. Entre el 23% y el 53% de las mujeres que sufren abusos físicos a manos de su pareja durante el embarazo, reciben patadas o puñetazos en el abdomen.

Un artículo publicado en España en 2004 (Velasco Juez. MC) indica una prevalencia del 7% en la población estudiada. En estos estudios no se tienen en cuenta las mujeres cuyo embarazo no ha terminado en un parto, se descartan todos los casos de aborto espontáneo o de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). Entre las mujeres que llevaron a cabo una IVE, el maltrato había sido del 39,5%; en esas interrupciones también habría podido influir el maltrato recibido durante las primeras semanas de embarazo. El problema es de tal magnitud que la violencia durante el embarazo es más frecuente que la diabetes gestacional, los defectos de tubo neural o la preeclampsia.

Algunas explicaciones:

- Campbell, habla de las dudas que el hombre tiene sobre su paternidad.
- Echeburua, refiere que el hombre empieza a sentirse abandonado al pensar que la mujer está priorizando al futuro hijo o hija.
- Strada Bello, en línea parecida, habla de que al centrarse la mujer en el cuidado del embarazo y preparación para el parto, siente “amenazado su derecho de propiedad” y usa la violencia como forma de marcar su posición de dominio.
- Calvo Sánchez se centra en la especial situación de vulnerabilidad tanto física como emocional de la mujer, que la llevaría a una relación de dominio- sumisión.

- Lorente Acosta dice que el embarazo, se convierte en una situación que puede ser valorada objetivamente por el agresor, para ejercer su dominio, bien con una actitud emocionalmente distante, que es una forma de ejercer violencia, maltratándola psicológicamente o incluso utilizando la violencia física directa, lo que se puede traducir en parto prematuro, bajo peso o traumas fetales, etc.

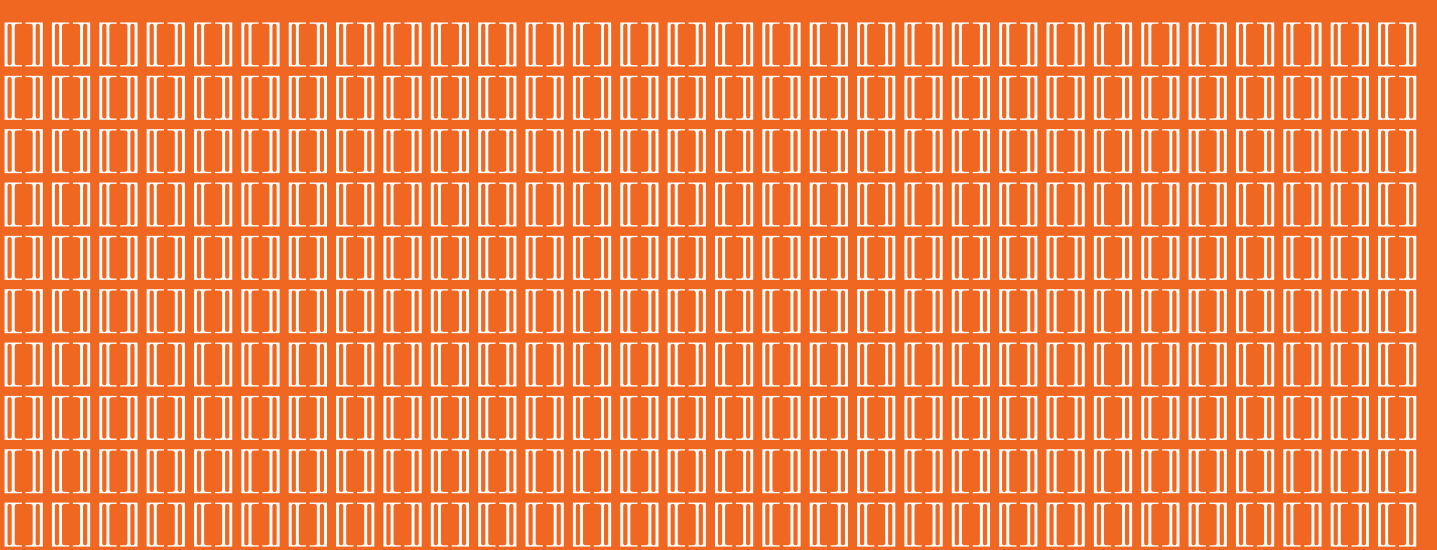
BIBLIOGRAFÍA

- López Hernández MA, Gutiérrez Díez MC. Grupo de reflexión para la maternidad y paternidad corresponsable. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Sep; 1 (3): 16-27
[http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/verano2013/Grupo Reflexion paternidad maternidad.pdf](http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/verano2013/Grupo%20Reflexion%20paternidad%20maternidad.pdf)
- Baker Miller J. Hacia una nueva psicología de la mujer. Paidós, 1992
- Velasco S. Sexos, género y salud Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Minerva Ediciones, 2009
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2003). Encuesta Género y Familia. E. 2529
http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=3674
- Maternidad y Salud. Ciencia, conciencia y experiencia. Informes, estudios e investigación 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (INE) Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-10.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25%2Fe447&file=inebase&L=0>
- Investigando en Igualdad. Fundación Cultura y Estudios de CCOO de Extremadura. 2011
http://www.fundacionculturayestudios.es/img/img_Noticias/Noticia550_1.pdf
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007: (19)
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
Versión actualizada en 2012: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf
- Guía Didáctica de diagnóstico e intervención en violencia de género en atención Primaria
<http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=fc6f9ef69dba4310VgnVCM10000098030a0aRCRD>
- Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la OMS
<http://www.bvsde.paho.org/bvsamat/VAWPregnancysp.pdf>

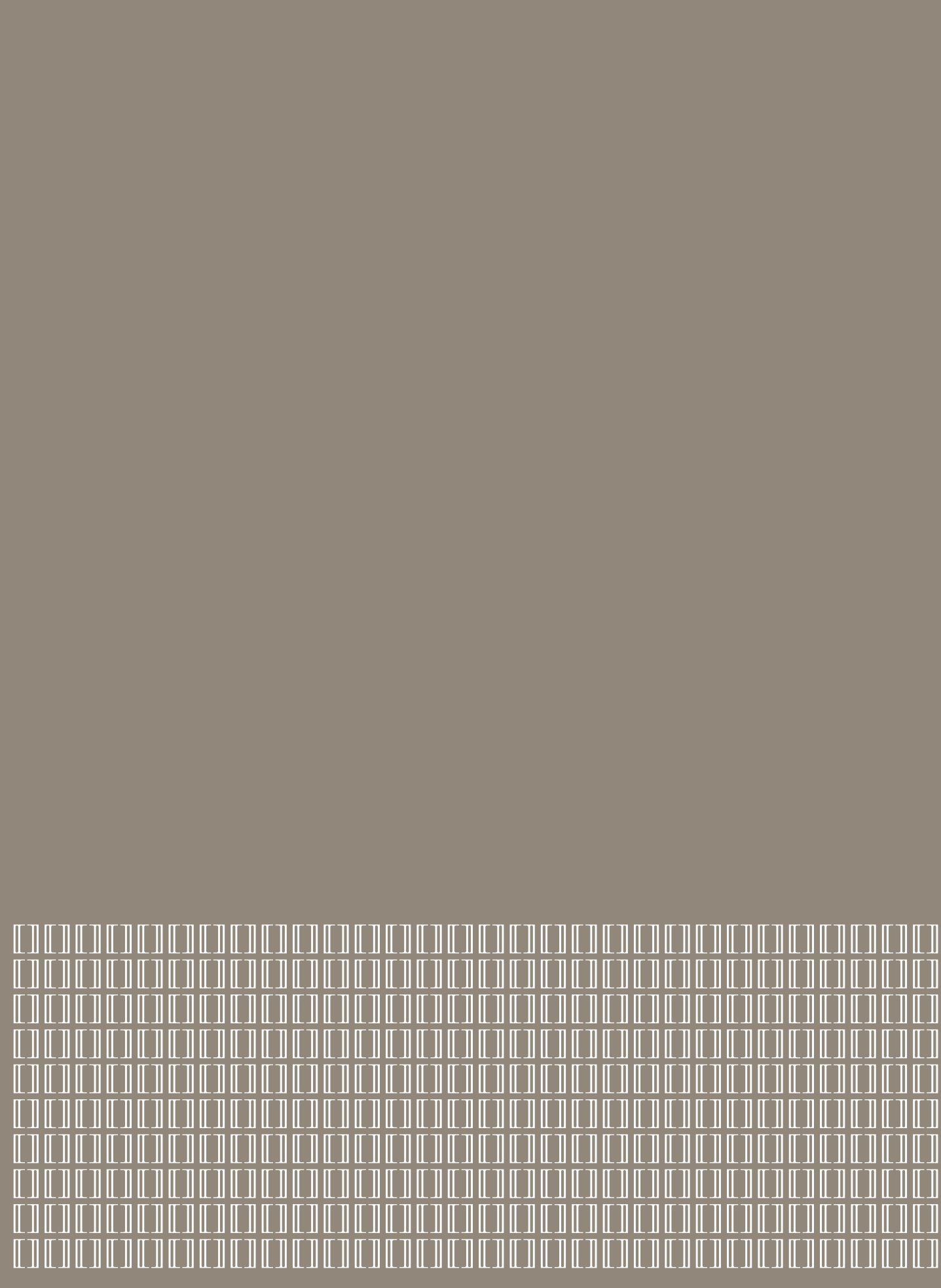
- Desmontando mitos: La violencia de género durante el embarazo
http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/122420/1/TFM_IzquierdoMoreta_Desmontando.pdf
- UNIFEM. Poner fin a la violencia contra mujeres y niñas: los hechos. El Objetivo de Desarrollo del Milenio sin cumplir
http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/EVAW%20Fact%20Sheet%20for%20KM_SP.pdf (consultado el 3 de febrero de 2014)
- Velasco Juez MC. Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo. *Matronas Prof.* 2008; 9 (3): 32-37
<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/6822/173/recomendaciones-para-la-deteccion-precoz-de-la-violencia-en-el-embarazo>
- Campbell JC. Abuse during pregnancy: progress, policy and potential, *American Journal of Public Health*, 88, 1998, págs. 185 – 187
<http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.88.2.185>
- Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Especial consideración de algunos ámbitos de victimación, En *VVAA.*, *Manual de Victimología*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2006, pág. 170.
- Strada Bello O. Embarazo y violencia de género, Conferencia en el Congreso XIII de la Asociación Nacional de Matronas
http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/06_MUJER_GENERO/06_VIOLENCIA_GENERO_EMBARAZO.pdf
- Calvo Sánchez, MD. Derecho de la mujer a la prevención sanitaria protocolizada en gestantes sometidas a violencia, pag. 33. *Ratio Legis*, Salamanca, 2011
- Lorente Acosta M. La construcción social del embarazo Dependencia, vulnerabilidad y violencia.
http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/06_MUJER_GENERO/04_CONSTRUCCION_SOCIAL.pdf (Consultado el 03/02/2014)

VÍDEOS

- Caricatura roles de género
<http://www.youtube.com/watch?v=GwQ4Ngc9GIg>
- Prevención de la violencia de género en la juventud
www.youtube.com/watch?v=4maVL0Jyvr4
- El final del cuento de hadas
http://www.youtube.com/watch?v=BXS_fZs8oBk



TEMA III. EL PARTO I



DEFINICIÓN DE PARTO

El parto es un proceso fisiológico, de comienzo espontáneo, por el cual el feto, placenta y anejos fetales salen al exterior. Ocurre entre las semanas 37 y 42 y el feto nace espontáneamente en posición cefálica. A esta definición de parto que llamamos de bajo riesgo, podrían adaptarse entre el 70% y el 80% de todas las gestantes.

Desde un punto de vista mecánico, el parto puede considerarse un balance de fuerzas y resistencias en el que se distinguen tres componentes fundamentales:

Las resistencias a la progresión del feto, constituidas por la pelvis o canal óseo y el canal blando, formado por el segmento uterino inferior, cérvix, vagina y periné.

Un móvil u objeto que se desplaza por el canal del parto hasta ser expulsado y está representado por el feto.

El motor o fuerzas del parto, formadas por las contracciones uterinas en la primera etapa del parto y las contracciones uterinas y pujos maternos en la segunda etapa.

Canal del parto

Se divide en:

- Canal óseo, formado por cuatro huesos: dos coxales (formados cada uno por la unión de isquion, ilion y pubis), el sacro y el cóccix.
- Canal blando, comprendido por el segmento uterino inferior, el cérvix, la vagina y los músculos del periné.

Objeto del parto

El feto puede influir en la mecánica del parto por sus dimensiones, estática y relación con la pelvis. En condiciones ideales se coloca en situación longitudinal, presentación cefálica, posición occipito-iliaca izquierda anterior y en actitud flexionada, debiendo acomodar sus diámetros a los de la pelvis durante el descenso y la expulsión. Los movimientos principales que realiza el feto son: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión.

Motor del parto

El motor eficiente durante la primera etapa del trabajo de parto es la contracción uterina, que ejerce presión en el cuello del útero y en el segmento uterino inferior, dando lugar al borramiento y dilatación cervical. En la segunda etapa del parto, la unión de las contracciones uterinas y la musculatura abdominal materna, durante los pujos espontáneos, conforman el motor que dará lugar a la expulsión fetal.

INICIO DEL PARTO

Causas

Fisiológicamente, el parto no se produce por una sola causa sino por un conjunto de factores que empiezan a producirse desde el inicio de la gestación.

- Factores miometriales.
- Factores ovulares.
- Factores fetales.
- Factores maternos.
- Factores cervicales.

Pródromos de parto o preparto

Es el período previo al inicio del trabajo de parto. Supone la preparación para este último. Su duración es variable, de unas pocas horas a varios días (desde 2 semanas antes del parto). Pueden aparecer algunos de los siguientes síntomas:

- Descenso de la altura uterina.
- "Aligeramiento". Mejoría respiratoria debida al encajamiento del feto en la pelvis.
- Disminución de las molestias gástricas.
- Sensación de pesadez en pelvis y miembros inferiores y aparición de calambres.
- Polaquiuria.
- Las contracciones de Braxton Hicks aumentan y se vuelven incómodas.
- Expulsión del tapón mucoso.
- Descarga súbita de energía que a menudo se traduce en limpiar, ir de compras, preparar cosas para el bebé, etc...
- Diarrea.
- Rotura de membranas.

Diagnóstico diferencial con el falso trabajo de parto

Es importante que la mujer conozca las diferencias entre estas dos entidades pero, ante la duda sobre si el parto se ha iniciado o no, es aconsejable acudir al hospital. A menudo sólo se puede distinguir un falso trabajo de parto tras la exploración cervical. El personal de partos puede ayudar a resolver las dudas que vayan surgiendo.

Falso trabajo de parto:

- Contracciones irregulares y de duración inferior a 1 minuto.
- Malestar en hipogastrio y región inguinal que se alivia con pequeños paseos o con reposo.

Trabajo de parto verdadero:

- Contracciones regulares y cada vez más frecuentes.

- Aumento de la duración e intensidad de las contracciones.
- Malestar en la región lumbar irradiada al abdomen.
- Las contracciones no ceden con el reposo.

CUÁNDO ACUDIR AL HOSPITAL

Las principales causas que requieren atención son:

- Aparición de contracciones regulares.
- Rotura de bolsa amniótica.
- Sangrado vaginal igual o mayor que una regla.
- Ausencia de movimientos fetales.

Aparición de contracciones regulares

Las gestantes, sobre todo si es su primer embarazo, se preguntan cómo es una contracción, aunque todas han tenido ya contracciones.

La contracción uterina se percibe como un endurecimiento del abdomen. El útero es un músculo y, como tal, se endurece al contraerse. Durante la exposición teórica, podemos animar a las gestantes y sus acompañantes a que intenten deprimir el abdomen suavemente con los dedos. En general el abdomen estará blando y los dedos se hundirán. Si el útero está contraído, sus paredes estarán tan tensas que no será posible realizar ese simple gesto, tampoco podrán detectar las partes fetales o percibir los movimientos fetales con claridad.

Para representar gráficamente una contracción, podemos utilizar el dibujo de una montaña. El útero relajado comienza a contraerse progresivamente hasta alcanzar un acmé o punto de máxima intensidad y después disminuye paulatinamente su intensidad hasta relajarse otra vez.

Durante la gestación, existen dos tipos de contracciones que pueden ser percibidas por la gestante:

- Contracciones de Braxton Hicks: Son contracciones fisiológicas que se pueden apreciar a partir de la segunda mitad de la gestación en forma de endurecimiento esporádico del útero. No son dolorosas, son de baja intensidad, aunque pueden resultar molestas. Preparan al útero para el momento del parto sin producir modificaciones cervicales. Estas contracciones aumentan en frecuencia e intensidad a medida que se aproxima la fecha probable de parto, por lo que pueden llegar a confundirse con las contracciones de parto.
- Contracciones de parto: Son contracciones rítmicas (alrededor de 2-3 contracciones en 10 minutos) con una intensidad importante y creciente que viene manifestada por la dureza abdominal y el dolor fuerte en zona suprapúbica,

comparable a un dolor menstrual, a veces irradiado a la zona lumbar. No obstante, el dolor varía en función del momento del parto y de las características de cada mujer. La duración de las contracciones de parto también es variable, pasando de unos 30 segundos en las primeras fases hasta unos 50-60 segundos al final. Las contracciones de parto no ceden con el reposo, sino que se mantienen durante horas.

Rotura de la bolsa amniótica

La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la rotura de las membranas amnióticas que sucede antes del inicio espontáneo del trabajo de parto. Al romperse las membranas ovulares se crea una comunicación entre la cavidad amniótica y el exterior, a través del canal endocervical y la vagina, por lo que puede haber una pérdida de líquido amniótico que, en condiciones normales es de color transparente.

A veces, la ruptura de la bolsa amniótica es muy evidente al empaparse la gestante de líquido amniótico (esto sucede cuando la bolsa se rompe por la parte baja y el líquido sale al exterior por gravedad) pero, en ocasiones, la bolsa se rompe por una zona alta y la pérdida de líquido es muy escasa, por lo que la gestante puede tener dudas. No es infrecuente, confundir el líquido amniótico con la orina o el flujo vaginal. En cualquier caso, ante la duda, es aconsejable acudir al hospital para descartar una RPM.

La mayor parte de las RPM se producen en gestaciones a término y en el 95% de los casos el parto se produce en menos de tres días. Siempre que los controles hospitalarios realizados a la gestante sean normales, se puede esperar a que el parto comience de forma espontánea (el tiempo de espera es variable según protocolo). El feto continuará produciendo líquido amniótico al orinar.

Cuando se rompe la bolsa, es importante fijarse en la hora y en el color de las aguas. Si las aguas son claras, la gestante se encuentra bien, no sufre contracciones uterinas y percibe movimientos fetales, el ingreso puede demorarse unas horas después de la ruptura (salvo pretérmino o exudado vaginal-rectal positivo). Si las aguas están teñidas de color amarillo o verde (meconiales) o de color rojo (hemáticas), se debe acudir a urgencias sin demora.

Sangrado igual o mayor que una regla

Puede confundirse con el manchado escaso que se suele producir tras realizar exploraciones vaginales, con las relaciones sexuales, con la expulsión del tapón mucoso o con modificaciones del cuello del útero por contracciones. En cualquier caso, ante la duda, es mejor acudir al hospital.

Ausencia de movimientos fetales

Los movimientos fetales en primíparas se comienzan a percibir sobre las 18-20 semanas, mientras que las múltiparas los comienzan a notar antes, sobre las 16-18 semanas de gestación. Al principio, estos movimientos son suaves, pero a medida que el embarazo evoluciona, se hacen mucho más perceptibles e incluso pueden llegar a ser molestos.

Los movimientos fetales son un indicador de bienestar. El número de movimientos que se consideran tranquilizadores no está claro. Sin embargo, la mayoría de las mujeres se dan cuenta de un cambio drástico en la actividad fetal. Es importante advertir a las mujeres y sus parejas que existen periodos de reposo y sueño del feto durante los cuales hay muy pocos o ningún movimiento.

Si no se perciben movimientos, es aconsejable ingerir algo dulce y tumbarse sobre el lado izquierdo a esperar que la criatura se mueva. Si a pesar de ello, no se perciben movimientos, lo más recomendable es una valoración hospitalaria.

¿QUÉ OCURRE EN EL HOSPITAL?

Cuando la gestante acude al servicio de urgencias, el o la profesional realiza una historia clínica, una valoración de su estado general y una valoración de las condiciones obstétricas, incluyendo un estudio del bienestar fetal y de la dinámica uterina mediante una monitorización no estresante.

En función de los resultados, el próximo “destino” de la gestante es:

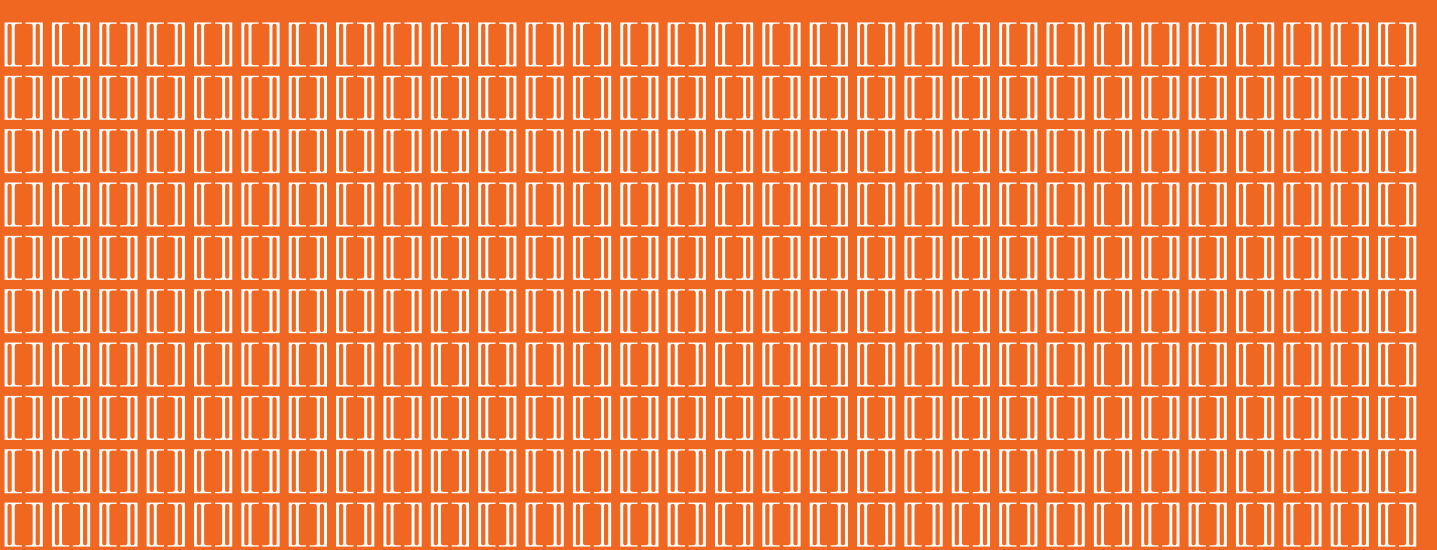
- Domicilio, en caso de falso trabajo de parto.
- Paso a la sala de dilatación, en caso de trabajo de parto activo.
- Ingreso en la planta de obstetricia (en caso de que haya algún diagnóstico que así lo indique).

La mujer puede estar en todo momento acompañada por su pareja o la persona que ella desee.

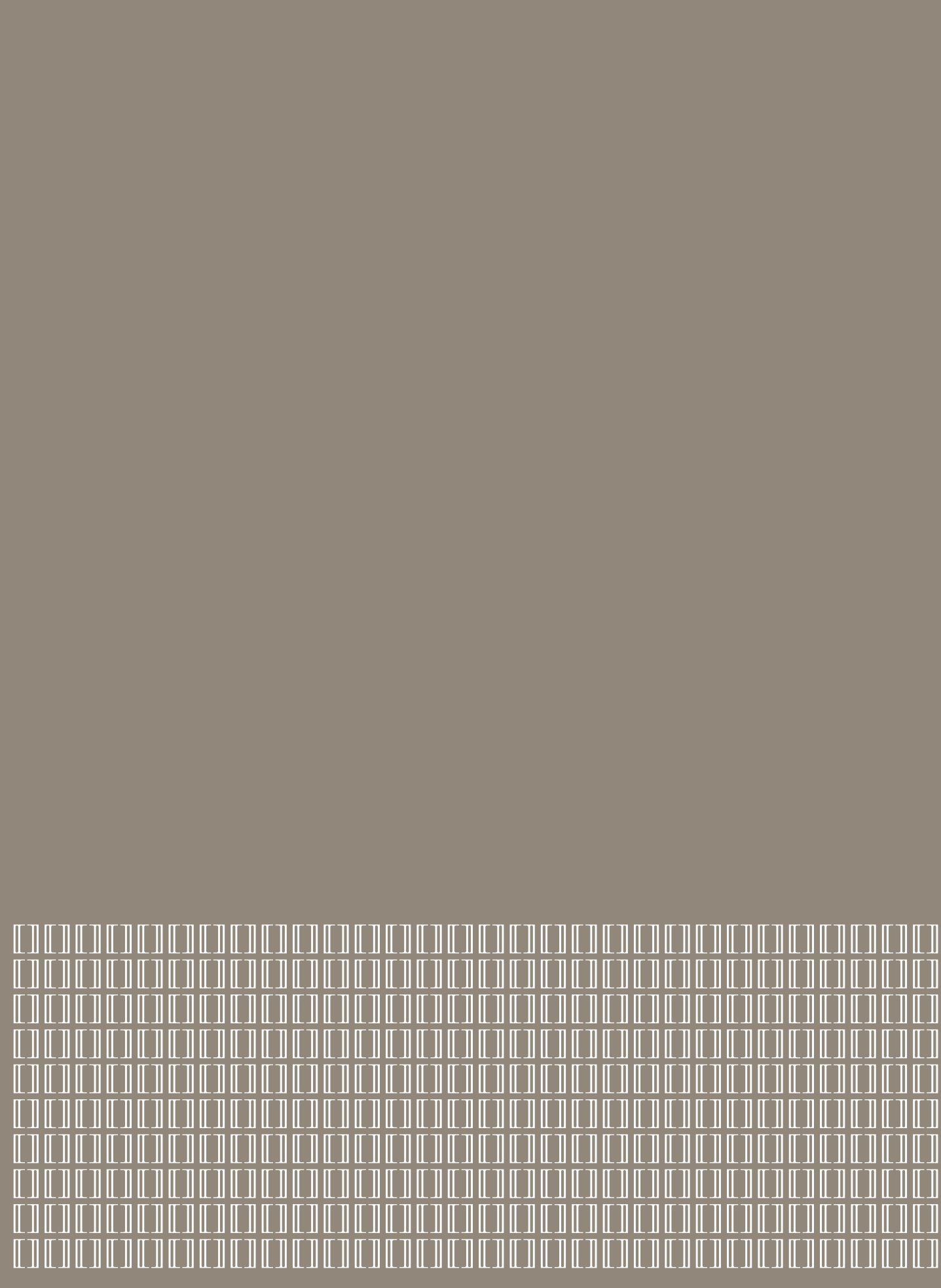
La duración del ingreso en el hospital varía entre los dos y los cuatro días, dependiendo de la vía del parto y la hora del nacimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- González JD et al. Guía Orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía. Sevilla. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014.
http://www.enfermeriapalencia.com/docs/pdfs/guias/guia_preparacion_al_nacimiento_2014.pdf
- Jané Checa M, Prats Coll R, PlasènciaTaradach A, coordinadores. Educación Maternal: Preparación para el nacimiento. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Primera edición. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2009.
http://www.llevadores.cat/images/docs/publicacions/matern_educ_esp.pdf
- FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para padres y madres. Pamplona. Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2011.
<http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01
<http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
<http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Guiaatembarazo.htm>
- Pedro Acien. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Obstetricia. 2ª edición. Alicante: Ediciones Molloy; 2008.
- Recomendaciones sobre la asistencia al parto normal. Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. 2008.
www.sego.es
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetricia. 21 Edición. Madrid: Editorial Panamericana; 2004.
- Gonzalez-Merlo J, del Sol J.R. Obstetricia. 4ª edición. Barcelona: Editorial Masson; 2003.



TEMA IV.
EL PARTO II Y EL PLAN DE PARTO



ETAPAS DEL PARTO

Periodo de dilatación (primera etapa)

Comienza cuando se inicia el parto y finaliza con la dilatación completa. Se divide a su vez en dos fases: fase latente y fase activa.

Fase latente

Las contracciones son escasas y poco intensas y la modificación cervical lenta y poco manifiesta. A veces es difícil distinguir esta fase, cuyo diagnóstico se realiza a posteriori, de un falso trabajo de parto. Su duración está influenciada por el número de nacimientos y su progresión no siempre es lineal. En el parto establecido, la mayoría de las mujeres alcanza la fase activa en las primeras 18 horas (nulíparas) o las primeras 12 horas (multíparas). Suele transcurrir en el domicilio.

La mujer soporta bien las molestias de esta fase y puede mostrarse aliviada porque se acerca el momento de conocer a la criatura. Aunque puede estar ansiosa, es capaz de reconocerlo y expresarlo y está deseosa de que contesten a todas sus preguntas. Algunas recomendaciones para afrontar la fase latente son:

- escuchar a su cuerpo y adaptarse a la situación
- la deambulación
- duchas de agua tibia
- distraerse con actividades como: leer un libro, ver una película o realizar una labor
- utilizar la pelota suiza
- técnicas de relajación
- no dejar de comer y beber (líquidos claros y comidas ligeras)
- mantener la movilidad buscando las posturas más cómodas.

Fase activa

Su inicio marca el comienzo del parto. Se considera que el parto se ha iniciado cuando se instaura una dinámica regular (2-3 contracciones en 10 minutos) y el cuello uterino está borrado y con 3-4 cm de dilatación. En múltiparas no es necesario que haya borramiento. Esta fase culmina con la dilatación completa. En nulíparas, la fase activa tiene una duración de unas 8 horas, siendo infrecuente que dure más de 18 horas y, en múltiparas, de 5 horas, siendo infrecuente que dure más de 12 horas. Suele transcurrir en la sala de dilatación.

Es prudente, aunque no necesario, tener una vía canalizada y salinizada por si fuera preciso realizar un tratamiento intravenoso urgente. Durante esta fase, se realiza una monitorización cardiotocográfica/auscultación de la frecuencia cardiaca fetal, según

evolución clínica, y un control periódico de las constantes vitales maternas (cada 2 horas). Para valorar la progresión del parto se recomienda que, en condiciones normales, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas. Las exploraciones vaginales antes de 4 horas se realizan en las mujeres con un progreso lento del parto, ante la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos. La amniorrexis y la administración de oxitocina intravenosa se practican sólo en aquellos casos en los que estén indicados y previa información a la gestante.

Durante la estancia en la sala de dilatación, se cuidarán aspectos como:

- posibilidad de acompañamiento
- ambiente tranquilo y silencioso
- intimidad
- enema, si lo desea
- métodos de control del dolor
- información sobre las tareas que realizamos, así como de la evolución del parto y el estado de la madre y el feto
- ingesta de líquidos claros
- libertad de movimientos

Periodo expulsivo (segunda etapa)

Comienza cuando se alcanza la dilatación completa y finaliza con la expulsión fetal. También se subdivide en dos fases: una fase pasiva en la que no se percibe sensación de pujo y las contracciones uterinas hacen descender al feto por la vagina, y una fase activa en la que se visualiza a la criatura y se producen contracciones de expulsivo o la mujer siente deseos de empujar. La duración de la fase pasiva del expulsivo es de hasta dos horas en nulíparas, tanto si tienen epidural como si no la tienen, mientras que la fase activa puede durar hasta 1 hora sin epidural y hasta dos horas con epidural. En multíparas, la fase pasiva dura hasta 1 hora sin epidural y hasta 2 horas con epidural, mientras que la fase activa dura hasta 1 hora, tanto si tienen epidural como si no. El expulsivo tendrá lugar en la misma sala de dilatación o en otra sala específica según el centro sanitario.

La oxigenación fetal se ve gradualmente disminuida en el momento en que se reduce la circulación placentaria debido a las fuertes contracciones y al pujo activo de la mujer. La matrona o el matrn monitorizarán al feto de forma eficaz para evaluar su estado en todo momento.

En la segunda etapa del parto, es recomendable que la mujer adopte la posición que le resulte más cómoda, evitando permanecer tumbada sobre la espalda. Las posiciones verticales y laterales, comparadas con la supina o litotomía, se asocian a un expulsivo más corto, menos partos asistidos, tasas menores de episiotomía, menos dolor agudo y menos patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal. También se

asocian a un mayor número de desgarros de segundo grado y a mayor número de hemorragias posparto de más de 500 ml. La posición manos y rodillas (cuadrupedia) se asocia a menor dolor lumbar persistente y las mujeres que la adoptan refieren mayor comodidad para dar a luz, menor dolor perineal posparto y percepción de un parto más corto (aunque no haya diferencias reales de duración). La posición sentada es un factor protector del trauma perineal y proporciona un mayor confort y autonomía a la madre en el nacimiento. En mujeres con analgesia epidural se observa una reducción de la duración del parto en posiciones verticales.

En cuanto a los pujos, es aconsejable que sean espontáneos, aunque aquellas mujeres que no perciben la sensación de pujo, ni las contracciones, necesitan que se les indique cuándo pueden empujar, una vez que haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto. En este último caso, el personal de partos explicará a la gestante la forma correcta de empujar.

Pueden aplicarse compresas calientes en el periné, evitando el masaje perineal. La episiotomía se realiza sólo en caso de necesidad clínica, como puede ser un parto instrumental o una sospecha de compromiso fetal.

Una vez que se produce el desprendimiento de la cabeza y tras comprobar que no existen circulares de cordón, se desprenden los hombros protegiendo el periné durante todo el proceso.

Periodo de alumbramiento (tercera etapa)

Se inicia con la salida de la criatura y concluye con la expulsión de la placenta y membranas ovulares. El alumbramiento puede ser espontáneo o dirigido (con administración de oxitocina). La evidencia científica aconseja un alumbramiento dirigido, para minimizar el riesgo de hemorragia postparto. Se considera que el alumbramiento es prolongado cuando se demora más de 60 minutos con manejo espontáneo o más de 30 con manejo activo.

Una vez comprobada la salida completa de placenta y membranas, se aplicará masaje uterino, infusión de oxitocina I.V., revisión y reparación, si precisa, del canal del parto.

Si no existen contraindicaciones por parte de la madre ni de la criatura recién nacida, ésta se coloca sobre el abdomen desnudo de la madre facilitando el **contacto piel con piel**, secándola suavemente con un paño precalentado. Se recomienda evitar la separación de la madre y la criatura dentro de la primera hora de vida y hasta que haya finalizado la primera toma. Los cuidados rutinarios de la criatura recién nacida sana no son urgentes y pueden realizarse posteriormente. Tras el nacimiento, el bebé se encuentra en un estado muy especial en el que está despierto, atento a lo que sucede

alrededor, con los ojos abiertos, el sentido del olfato muy agudizado y los reflejos activos. Es conveniente conocer la importancia de este período, que apenas dura dos horas, ese primer contacto en el que su bebé y usted se miran, tocan y huelen, es una experiencia inolvidable que potencia el vínculo entre ambos.

El contacto piel con piel en este período, ayuda a estabilizar la temperatura y las constantes vitales del bebé, disminuye su llanto, y es muy grato para la madre y para él. Además facilita la instauración de la lactancia materna, ya que la criatura, instintivamente, busca y encuentra el pezón, se agarra de manera espontánea, e inicia la primera toma. La matrona les ayudará en la primera toma si su deseo es amamantar.

Las mujeres que no desean amamantar a sus bebés, no deben privarse de los otros beneficios de esta práctica. Puede evitarse que el bebé alcance el pezón y succione, o bien permitirle esta primera succión sin continuar posteriormente con otra toma.

Para poder efectuar el contacto piel con piel con seguridad, es necesario que la madre y/o su acompañante estén alerta, observando la actividad y el color del bebé, y vigilando que no se obstruyan sus fosas nasales. La matrona les explicará como hacerlo. Si la madre está muy cansada o adormilada, esta vigilancia puede ser realizada por la pareja o acompañante, que incluso puede suplirla en el contacto piel con piel, en el caso de que la madre no pueda mantenerlo.

El resto de cuidados que describimos a continuación, incluido pesar a la criatura, deben esperar a que transcurra el tiempo de contacto piel con piel.

EL CONTACTO PIEL CON PIEL

El contacto piel con piel tiene múltiples **beneficios**:

- Formación del vínculo madre-criatura.
- Inicio precoz de la lactancia materna.
- Termorregulación.
- Disminución del estrés.
- Disminución del llanto.
- Normalización de la respiración.
- Colonización de la criatura por las bacterias de su madre.
- Secreción de oxitocina en la madre.

Precauciones: Coincidiendo con la aplicación cada vez más generalizada del contacto piel con piel entre la madre y su hijo o hija recién nacida, en la sala de partos y en las maternidades, han comenzado a describirse casos en la literatura médica, de criaturas que han presentado episodios aparentemente letales y muertes súbitas durante este procedimiento. Ocurren sobre todo en las primeras 24 horas de vida, en especial en las 2 primeras horas y con frecuencia alrededor de la primera toma al pecho. Se trata de criaturas sanas, nacidas por vía vaginal y sin registro en la historia que haga sospechar alguna patología. Por eso, cuando se practique el piel con piel debemos hacer una serie de recomendaciones para que se haga de forma segura y minimizando los posibles riesgos. Debe hacerse siempre bajo vigilancia, bien sea profesional o acompañante de la madre. En este último caso, debemos asegurarnos de que la persona responsable conoce los riesgos, los signos de alarma (color, tono, temperatura, actividad) y las recomendaciones de seguridad.

Las recomendaciones para la seguridad en el contacto piel con piel son:

- Evitar que la boca y la nariz se obstruyan.
- Si la puérpera está muy cansada o adormilada, se recomienda que otra persona haga el contacto piel con piel.
- La posición ideal es semifowler con una almohada bajo la cabeza.
- Si en algún momento no es posible la vigilancia, debe suspenderse el contacto piel con piel.
- No distraerse con actividades que puedan reducir la atención (teléfonos, fotos, familiares...).

CUIDADOS RUTINARIOS DE LA CRIATURA RECIÉN NACIDA

- Test de Apgar al minuto y a los cinco minutos. Se puede realizar sin interrumpir el contacto piel con piel.
- Identificación: Se realiza en presencia de la madre, según la normativa de cada centro.
- El pinzamiento tardío del cordón umbilical (a los 2 minutos o cuando deje de latir). De esta manera mejoran los depósitos de hierro, además de permitir una transición al medio aéreo más suave. En algunos hospitales, los padres tienen la opción de donar de forma altruista sangre de cordón umbilical tras el parto. El pinzamiento tardío no permite recoger el volumen necesario para la donación, por lo que se deberá elegir una u otra opción.

- Vitamina K 1 mg IM. Se realiza para prevenir el raro, aunque grave y a veces fatal, síndrome de hemorragia por déficit de vitamina K. Se recomienda administrarla en las primeras 2-4 horas tras el nacimiento, sin retrasarla más allá de las 12 primeras horas de vida.
- Profilaxis oftálmica. Se realiza para prevenir la oftalmia neonatal, también llamada conjuntivitis neonatal, una inflamación de la superficie ocular causada principalmente por bacterias y menos frecuentemente por virus o agentes químicos. Puede conducir a una lesión ocular permanente y a la ceguera. El contagio se produce principalmente en el canal del parto, aunque también puede producirse intraútero o tras el nacimiento, por secreciones contaminadas del personal sanitario o miembros de la familia.
- Somatometría: peso, talla y perímetro cefálico.
- No se recomienda el baño del bebé en las primeras horas.

CUANDO EL PARTO DEJA DE SER DE BAJO RIESGO

Existen múltiples factores que hacen que el parto deje de ser de bajo riesgo:

- Patología materna: estados hipertensivos, diabetes insulínica, enfermedades infecciosas, cardiopatías, etc.
- Patología fetal y ovular: oligoamnios, hidramnios, CIR, placenta previa, prematuridad, gestación prolongada, distocias de presentación, líquido meconial, muerte fetal intraútero.
- Urgencias obstétricas: DPPNI, prolapso de cordón...
- Distocias de dilatación.
- Desproporción pélvico cefálica.
- Gestaciones múltiples.

Estas y otras muchas causas pueden ser indicación de inducción de parto, parto instrumental o cesárea electiva o no electiva. En todos estos casos, aunque la mujer seguirá siendo informada y tenida en cuenta su opinión, el personal sanitario que la atiende trabajará para conseguir el mejor resultado posible para ella y su criatura.

INDUCCIÓN DE PARTO

Es el desencadenamiento del parto de forma artificial, que se realiza cuando los beneficios para el feto son mayores finalizando la gestación, que siguiendo adelante con el embarazo.

Cuando las condiciones locales son muy desfavorables, se comienza madurando el cérvix con prostaglandinas o con otros medios mecánicos como el balón de Cook, para posteriormente inducir las contracciones con un goteo de oxitocina.

Es importante que la mujer y su familia tengan información completa y detallada sobre las indicaciones de la inducción, así como lo que deben esperar en cuanto a tiempos, resolución del parto, etc.

TIPOS DE PARTO

Parto instrumental

Cuando el proceso del parto no evoluciona de forma fisiológica o existe alguna anomalía que impida el parto espontáneo, se utilizan recursos materiales para ayudar a la extracción del feto. Existen distintos instrumentos para ayudar en la extracción y cada uno tiene unas indicaciones concretas y una técnica específica.

Fórceps: es un instrumento obstétrico constituido por 2 ramas metálicas que permiten la prensión, tracción y rotación del feto.

Espátulas: es un instrumento de uso más reciente constituido por dos ramas no articuladas entre sí, que permiten el ensanchamiento del canal blando del parto para facilitar la salida del feto.

Ventosa: consiste en la aplicación de una cazoleta o campana sobre la cabeza fetal, a la que se le aplica presión negativa para que se adhiera a la cabeza y permita ejercer tracción sobre el feto.

Cesárea

Es una intervención quirúrgica mayor, mediante la cual se extrae el feto, la placenta y las membranas, realizando una incisión en la pared abdominal y otra en el útero.

Si la cesárea es programada, la gestante y su familia tienen tiempo para interiorizar la información y prepararse. Si se trata de una cesárea no programada, la mujer suele conocer la indicación con poco tiempo, siendo por tanto, un momento muy estresante para ella. Siempre que sea posible, se facilitará a la mujer y su acompañante un tiempo para asimilar la información y afrontarla de la mejor manera posible.

A diferencia del parto vaginal, en una cesárea, las prácticas hospitalarias vigentes hacen más difícil el establecimiento del vínculo y el inicio de la lactancia materna.

PLAN DE PARTO

El plan de parto es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto; facilitará la comprensión del proceso y la participación activa, tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer está centrada en el proceso vivencial.

Características del plan de parto

Debe de ser flexible, ya que el parto es un proceso dinámico y es necesario adaptarse a los posibles cambios que puedan surgir. En este caso, se adoptarán las medidas necesarias para garantizar la seguridad de la madre y la criatura recién nacida, siempre previa comunicación de las mismas y con el consentimiento expreso de la madre.

Sólo debe admitir prácticas recomendadas por la evidencia científica que están recogidas en la Estrategia de atención al parto normal, la Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva y la Guía clínica de atención al parto normal publicadas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Puede elaborarse en cualquier momento del embarazo, siendo el momento idóneo entre la semana 28 y 32 de gestación y también puede modificarse en el momento que la mujer lo considere oportuno.

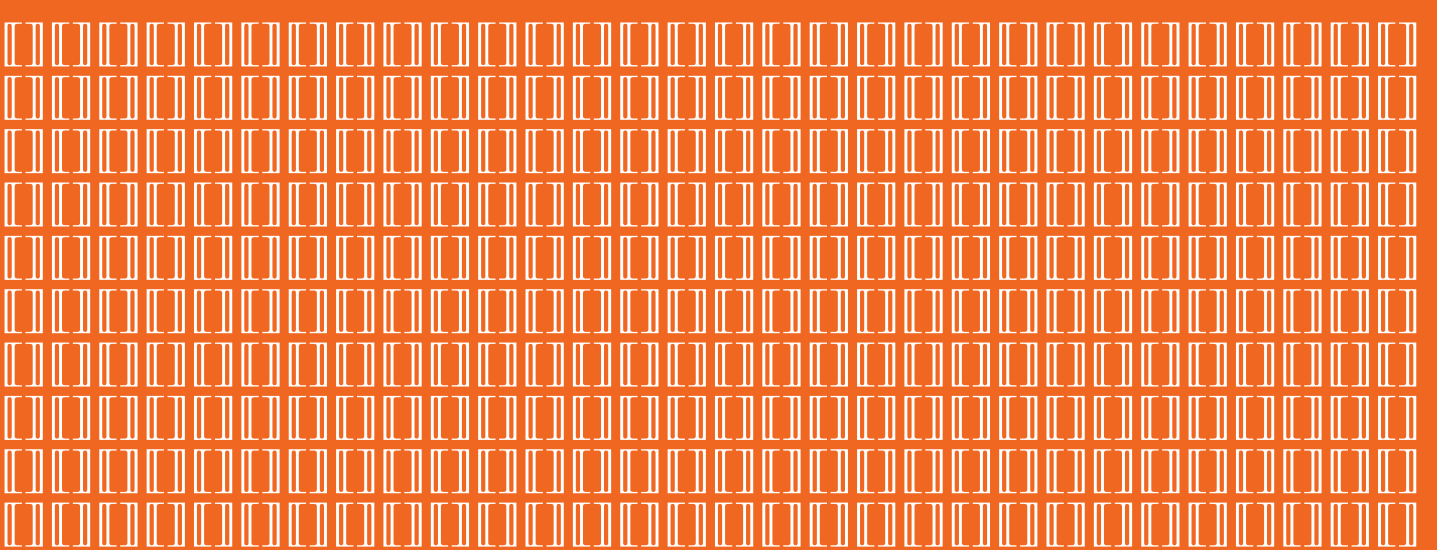
Además de los datos personales, debe de reflejar las preferencias de la mujer en cuanto a: acompañamiento (sola, pareja, familia, amistades...) necesidades especiales (idioma, cultura, discapacidad...) técnicas habituales durante el parto (rasurado, enema, episiotomía) métodos de control del dolor (movilización, ducha, fármacos..) monitorización fetal, posición durante el expulsivo, cuidados de la criatura recién nacida (contacto piel con piel, lactancia materna precoz, higiene, vitaminas, vacunas)

Para que cumpla estas condiciones, la mujer debe de recibir una información completa (considerando riesgos y beneficios) adecuada a sus necesidades, comprensible (utilizando un lenguaje claro), adecuada al momento en que se da la información y preferentemente por escrito (además de la información verbal).

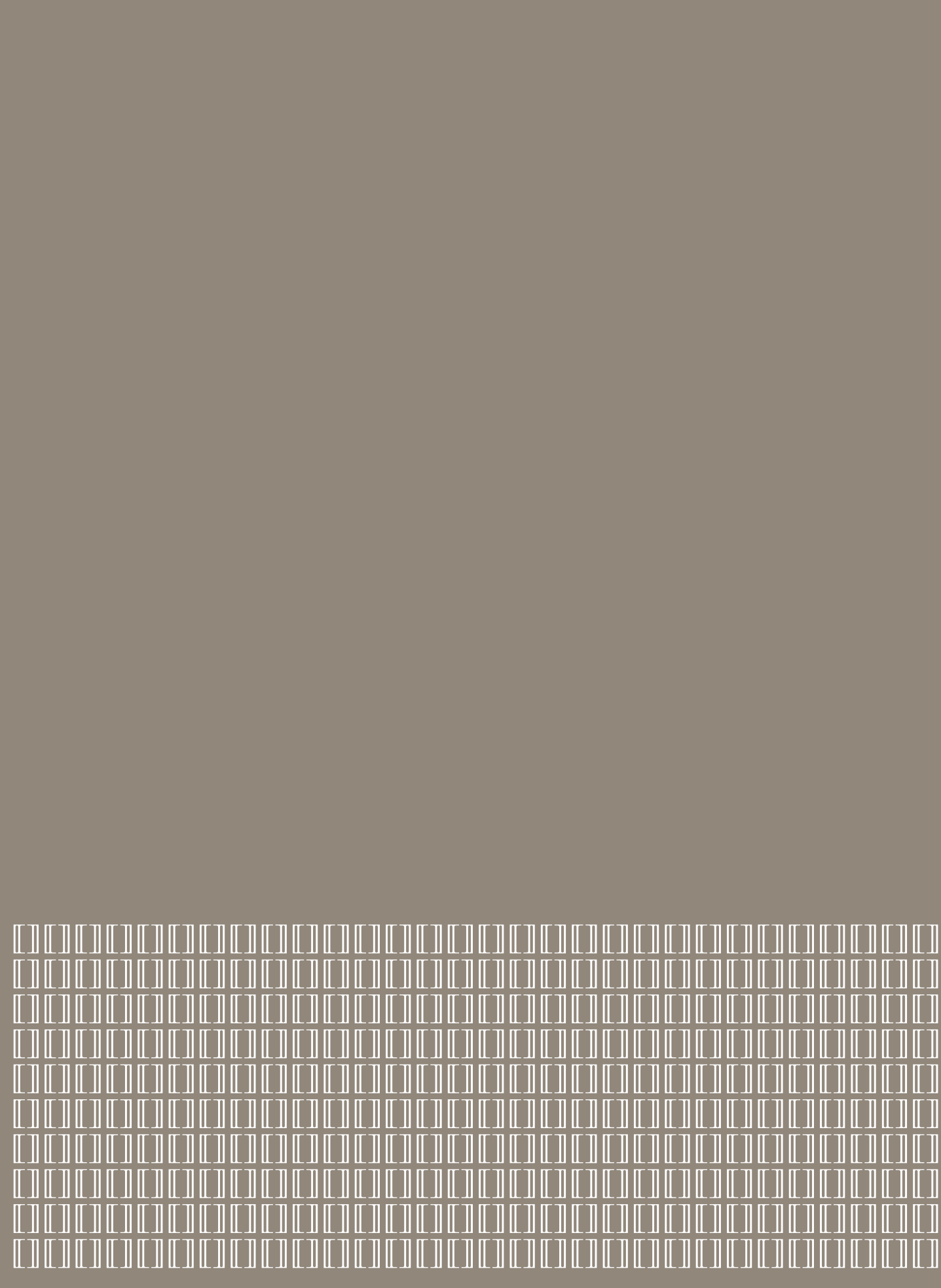
BIBLIOGRAFÍA

- Consideraciones en relación con la seguridad del contacto precoz piel con piel tras el parto. Anales de Pediatría: Elsevier; 2014.
<http://www.pediatria-12deoctubre.com/docencia/docs/2014-abril-neonatologia-contacto-precoz-piel-con-piel.pdf>
- González JD et al. Guía Orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía. Sevilla. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014.
http://www.enfermeriapalencia.com/docs/pdfs/guias/guia_preparacion_al_nacimiento_2014.pdf
- Jané Checa M, Prats Coll R, Plasència Taradach A coordinadores. Educación Maternal: Preparación para el nacimiento. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Primera edición. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2009.
http://www.llevadores.cat/images/docs/publicacions/matern_educ_esp.pdf
- FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para padres y madres. Pamplona. Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2011.
<http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Guiaatembarazo.htm>
- Pedro Acien. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Obstetricia. 2ª edición. Alicante: Ediciones Molloy; 2008.
- Recomendaciones sobre la asistencia al parto normal. Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. 2008.
www.sego.es

- Macías J, Gómez J. Enfermería Maternal y del Recién Nacido. Primera Edición. Madrid: FUDEN: 2007.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetricia. 21 Edición. Madrid: Editorial Panamericana; 2004.
- González-Merlo J, del Sol J.R. Obstetricia. 4ª edición. Barcelona: Editorial Masson; 2003.
- Olds SB, London ML, Ladewig PA. Enfermería Maternoinfantil. Madrid: Interamericana, McGraw-Hill;1994.



TEMA V.
MANEJO DEL DOLOR



DOLOR Y MENTE

En nuestra sociedad, tenemos aversión no solo al dolor, sino a la mera idea del dolor. Esta es la razón por la que acudimos rápidamente a tomar medicamentos, incluso antes de tener dolor, cuando solo lo sospechamos. Esta aversión al dolor, es un obstáculo para poder trabajar con él. Es decir, no es siempre el dolor por sí mismo, sino la forma en que lo vemos y reaccionamos a él, lo que determina el grado de dolor que experimentamos.

En el actual paradigma, pensamos en nuestro cuerpo como si fuera una máquina. Cuando algo no va bien en una máquina, buscamos el problema y lo arreglamos. De la misma manera, cuando tenemos un dolor vamos a un médico o médica para que arregle lo que no está bien, igual que haríamos si algo no fuese bien en nuestro coche. Pero nuestro cuerpo no es ninguna máquina, sino un sistema y el dolor del parto no es el indicador de un problema.

“Los impulsos sensoriales que se originan tanto en la superficie como en el interior del cuerpo, son transmitidos a través de fibras nerviosas hasta el cerebro, donde son grabados y traducidos como dolor. Ello debe producirse antes de que el organismo los considere dolorosos. Sin embargo, existen en el interior del cerebro y del sistema nervioso central, rutas bien conocidas a través de las que unas funciones cognitivas y emocionales más elevadas, pueden modificar la percepción del dolor. La perspectiva que sobre el dolor tienen los sistemas, deja la puerta abierta a numerosas y diversas maneras de utilizar la mente para, de forma expresa, influir en la experiencia del dolor”. Es decir “...nuestro cuerpo y nuestra mente no son dos entidades separadas y distintas y, por tanto, el dolor siempre contiene un componente mental, lo que significa que siempre podemos influir de alguna manera en la experiencia del dolor, movilizándolo los recursos internos de la mente.”

Cuando el dolor del parto aparece, tenemos básicamente dos opciones: una es olvidarlo, ignorarlo, en definitiva, buscar elementos de distracción y la otra es sintonizar con las sensaciones que nos produce ese dolor.

Las técnicas de distracción o huida, como hacer otra actividad o las respiraciones de dilatación, pueden aliviar el dolor y ayudar, pero más que aceptar nuestra situación y aprender a vivir con ese dolor, lo que hacemos es aguantarlo.

Varios estudios realizados con personas que sufren dolores agudos, han demostrado que sintonizar con las sensaciones es una forma más eficaz de disminuir el nivel de dolor experimentado, cuando este es intenso y duradero, que intentar no pensar en él.

MÉTODOS INTRÍNSECOS NO FARMACOLÓGICOS DEL ALIVIO DEL DOLOR

Dentro de los métodos no farmacológicos de alivio del dolor, los métodos intrínsecos representan el foco de trabajo prioritario, ya que representan la base del empoderamiento de la mujer y, por lo tanto, son claramente salutogénicos.

Los métodos intrínsecos comprenden:

- La respiración / relajación
- La libertad de movimientos
- El pujo espontáneo
- Entrar en un estado alterado de conciencia
- Las 3 erres

La respiración/relajación

Partiendo de la base de que cuanto más sencillo y entrenado más efectivo, podemos decir que solo hay dos respiraciones para el parto: la lenta y la rápida (referencia en material complementario: “respiraciones en la dilatación”).

El mecanismo de acción de la respiración no está muy claro pero el llevar la atención a la respiración (sobre todo en la rápida), permite no centrarse tanto en el dolor, lo que ayuda a percibirlo de manera distinta. Al igual que la respiración, la capacidad de llevar la atención donde queremos se puede entrenar (mindfulness).

La libertad de movimiento

Aunque parezca obvio, es necesario recalcar y repetir insistentemente que el “parto es movimiento”. Más que ejercicios físicos, las mujeres deben conocer los distintos “bailes” que pueden realizar durante la dilatación y debemos de transmitirles la idea de que no hay un movimiento ideal a recordar en el momento del parto, sino que es el instinto de cada mujer lo que le conducirá a moverse como más le alivie. Una mujer con dolor, estática, rígida y aguantando la respiración es un mal indicador de afrontamiento, que suele llevar al agotamiento y al sufrimiento.

Una herramienta muy interesante es la “Danza Oriental”. Aunque en el mundo occidental se ha explotado más su cara sensual y seductora, su origen parece estar más ligado a ritos de fecundidad y nacimiento. A través de ella se puede trabajar el movimiento, el vínculo y la confianza. En esencia, se trata de usar sus herramientas para el beneficio de la maternidad, no de aprenderse una coreografía para bailar en un escenario.

El pujo espontáneo

Todas las mujeres deben tener esta información: cuando empujas, el dolor suele disminuir o incluso suele desaparecer. Es un recurso que permite a la mujer con sus propios esfuerzos y su propio cuerpo auto administrarse un respiro y un alivio. Para muchas mujeres es la frontera entre el puedo y el no puedo.

Entrar en un estado alterado de conciencia

Una mujer pariendo es una mujer centrada en su mundo, en su parto y desconectada en gran medida de su entorno. Es lo que Michel Odent llama "irse al planeta parto". Para entrar en este estado alterado de la conciencia hace falta no tener miedo y confiar. Esto lleva a que la oxitocina y las endorfinas estén en los niveles más altos y las catecolaminas en los niveles más bajos.

Desde la preparación al nacimiento podemos hacer mucho para facilitar que la mujer que quiera, pueda llegar a este estado. Para ello, hay que trabajar con la mente y con técnicas que incidan directamente en la misma. Es importante recordar que el beneficio de estas herramientas no es solo para el parto, sino que aumentan el bienestar en el embarazo y son pieza clave en la crianza. Estos dos recursos son:

- La meditación: Mindfulness (referencia a material complementario).
- La visualización (referencia a material complementario).

Las 3 erres

Las 3 erres nacen de la observación de mujeres de parto, que han tenido un buen afrontamiento del mismo. Parece que estas mujeres se comportan con un denominador común: Ritmo, Ritual y Relajación. Este concepto engloba casi todos los métodos intrínsecos no farmacológicos.

- Ritmo: la mujer utiliza un movimiento y/o sonido y/o respiración rítmica durante la contracción. La elección de este elemento es muy personal y es la propia mujer la que debe encontrarlo. Desde nuestra posición, podemos darle información y entrenamiento de las respiraciones y sonidos de dilatación y los movimientos, bailes de cadera o de danza oriental, para que cuando llegue el momento tenga recursos para elegir.
- Ritual: Ese ritmo se repite de manera ritual en todas las contracciones.
- Relajación: Entre contracciones, la mujer se relaja y manifiesta control.

Hay veces que la mujer no encuentra su ritmo o no lo ritualiza o no se relaja. Es preciso prestar atención a cada uno de los tres elementos y acompañarla con imaginación y

creatividad hacia ellos. Esta labor la puede realizar perfectamente la persona acompañante que la mujer elige para el parto, si está entrenada para ello.

MÉTODOS EXTRÍNSECOS NO FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR (MENOFAD)

Apoyo continuo

Como dicen los autores de la Revisión Cochrane *“Apoyo continuo para las mujeres en el parto”* de Hodnets Ed, Gates S. Hofmeyr G.J., Sakala C. (2012), “Esta revisión aporta las pruebas de un fenómeno de relación dosis-respuesta: una dosis fuerte y prolongada de apoyo continuo puede ser sumamente eficaz. El apoyo continuo en el trabajo de parto, parece ser más eficaz cuando es proporcionado por cuidadores o cuidadoras que no son empleados de una institución (y por lo tanto no tienen ninguna obligación que no sea la mujer en trabajo de parto) y que se centran exclusivamente en esta tarea. El apoyo continuo, que comienza en una etapa temprana del trabajo de parto, parece ser más eficaz que el apoyo que comienza en una etapa posterior del trabajo de parto. Las mujeres con apoyo intraparto continuo probablemente tengan un trabajo de parto algo más corto, mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo y menor probabilidad de recibir analgesia intraparto o de informar insatisfacción con sus experiencias de parto.”

Extraído también de esta revisión Cochrane, “En muchos ámbitos, las salas de parto funcionan de acuerdo con un enfoque hacia la atención orientada a los riesgos y dominada por tecnología. Es probable que el personal institucional no pueda ofrecer a las mujeres en trabajo de parto beneficios equivalentes a los de las personas que no son miembros del personal, si no se realizan cambios fundamentales en la organización y el suministro de atención de maternidad”. Mientras estos cambios llegan es necesario tener presente en la preparación al nacimiento, que cada mujer pueda contar con una persona de su confianza para el parto, la cual debe de ser formada e informada.

Hay estudios que demuestran que el apoyo continuado disminuye las respuestas fisiológicas y neuroendocrinas ante eventos estresantes. Hasta el creer que existe apoyo o el contemplar los recursos de apoyo que se tienen de forma continua, pueden proporcionar efectos benéficos. Los efectos calmantes son mayores cuando el apoyo proviene de familiares, que cuando proviene de personas desconocidas.

De la misma manera que para dar apoyo informativo hay que saber hacerlo y tener los conocimientos suficientes, para dar apoyo emocional (personas cercanas) también. La persona proveedora de apoyo emocional conocerá el parto desde factores saluto-

génicos más que desde factores de riesgo. Fomentará interacciones positivas y evitará las interacciones negativas. Será consciente de que el acontecimiento puede llegar a afectarla y poner en peligro el apoyo emocional. Será más empática que simpática.

EMPATÍA	SIMPATÍA
Tiende a la conexión	Tiende a la inconexión
Escucha para comprender	Escucha para responder
Se centra en la emoción	Busca la aprobación
Requiere aprendizaje	Espontáneo
Respuesta no verbal	Respuesta verbal
No juzga	Juzga
No mutua	Mutua
Plano emocional	Plano intelectual
Escucha los sentimientos	Escucha las palabras
Se centra en la persona	Se centra en la solución

Pelota de parto

Un ensayo clínico aleatorio realizado en Taiwan¹ comparó el dolor y la autosuficiencia en 48 parturientas que utilizaron, durante su parto, una pelota de parto para la comodidad y el movimiento, frente a 39 mujeres que recibieron la atención habitual. Encontraron que la pelota de parto aporta beneficios estadísticamente significativos en la autosuficiencia y el dolor del parto, tanto a los 4 como a los 8 cm de dilatación. Las mujeres del grupo experimental, que habían practicado con el balón antes del parto, pasaron más tiempo en posición vertical, tuvieron primeras etapas más cortas, y sintieron una mayor satisfacción con la participación de sus parejas, que las mujeres del grupo de atención habitual. Los resultados de medir el efecto de los ejercicios prenatales con la pelota de parto sobre el dolor del parto, indicaron que haber hecho los ejercicios de forma prenatal condujo a sentimientos de autosuficiencia (confianza en su capacidad para hacer frente al dolor del parto).

Un segundo ensayo clínico² asignó al azar a 60 nulíparas a usar o no usar una pelota de parto. El grupo de la pelota de parto recibió instrucción previa en su uso y se les instruyó en sentarse en la pelota durante 30 minutos, meciéndose hacia adelante y hacia atrás o en círculo durante este tiempo. El grupo control recibió la atención de rutina, que consistía en descansar en la cama. El dolor se midió mediante una escala

[1] Gau ML, Chang CY, Tian SH, Lin KC. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery* 27, 2011; e293:e300

[2] Taavoni S, Abdollahian S, Haghani H, Neysani L. Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor: a randomized controlled trial. *J Midwifery Womens Health* 2011; 56:137

analógica visual. Las puntuaciones de dolor en el grupo de la pelota de parto fueron significativamente inferiores a los 30, 60 y 90 minutos. No hubo diferencias en la duración ni en las contracciones del parto entre los dos grupos.

El agua en el parto

La revisión Cochrane: “Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto” de Elizabeth R. Cluett y Ethel Burns (2009), llega a las siguientes conclusiones:

- Que a pesar de las limitaciones en la validez y la fiabilidad de las pruebas, hasta la fecha provenientes de estudios clínicos aleatorizados, debidas al diseño de los ensayos, la reducción estadísticamente significativa de la tasa de analgesia epidural/espinal/paracervical, indica que la inmersión en agua durante el período dilatante reduce la necesidad de esta forma de analgesia farmacológica e invasiva, que perturba la fisiología del trabajo de parto. A las mujeres se les puede informar que el uso de la inmersión en agua en el período dilatante puede reducir la incidencia de analgesia epidural /espinal /paracervical, y las y los profesionales asistentes del parto pueden indicar la inmersión en agua, como parte de la estrategia de tratamiento del dolor durante el trabajo de parto.
- También concluyeron que no hubo diferencias en los partos vaginales asistidos, las cesáreas, el traumatismo perineal o la infección materna. No hubo diferencias en la puntuación de Apgar menor de 7 a los cinco minutos, los ingresos en las unidades neonatales ni las tasas de infección neonatal.

El uso del agua en la fase latente del parto está menos estudiado. El conocimiento empírico nos dice que el uso de agua en estas fases precoces, las cuales pueden llegar a ser muy intensas y molestas, puede tener un resultado satisfactorio. Por esto, informaremos a las mujeres que pueden hacer uso de la bañera doméstica como recurso para afrontar el dolor de las contracciones. Si bien, en la fase activa, se recomienda no meterse en el agua antes de los 5 cm de dilatación, ya que puede frenar el parto, en la fase latente, la disminución o desaparición de las contracciones puede ser beneficioso y un oasis en momentos de agotamiento. La temperatura del agua no debe sobrepasar los 37° C y se puede utilizar con la bolsa rota.

Inyección de agua estéril

Consiste en la aplicación de cuatro inyecciones subcutáneas de 0.1 a 0.5 ml, en la zona lumbar durante la contracción.

Aunque hay ensayos clínicos que concluyen que la inyección de agua estéril reduce significativamente el dolor de las contracciones, cuando afectan a la zona lumbar (parto de riñones), la Revisión Cochrane, *“Inyección de agua estéril intracutánea o*

subcutánea comparada con controles cegados para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto.^[1] concluyó que había un alto riesgo de sesgo y poca evidencia sólida de alivio significativo del dolor. Se necesita más investigación.

El conocimiento empírico, apunta a que la aplicación de esta técnica alivia el dolor lumbar en gran parte durante al menos tres horas. También es verdad que la aplicación es molesta. No se han descrito complicaciones ni efectos secundarios para la madre o la criatura.

Masaje

Consiste en la manipulación deliberada y sistemática de los tejidos blandos del cuerpo, con fines terapéuticos. No se han documentado efectos nocivos. La preparación aumenta la efectividad.

En la Revisión Cochrane de 2012, *“Masaje, reflexología y otros métodos manuales para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto”*^[2], se encontraron seis estudios, con datos disponibles de cinco ensayos en 326 mujeres, que consideraron el uso del masaje durante el trabajo de parto para el tratamiento del dolor. No hubo estudios sobre ninguno de los otros métodos curativos manuales. Los seis estudios fueron de calidad razonable, aunque se necesitan más participantes para proporcionar información consistente. Se encontró que las mujeres que utilizaron masaje, sintieron menos dolor durante el trabajo de parto, en comparación con las mujeres que recibieron atención habitual durante la primera etapa.

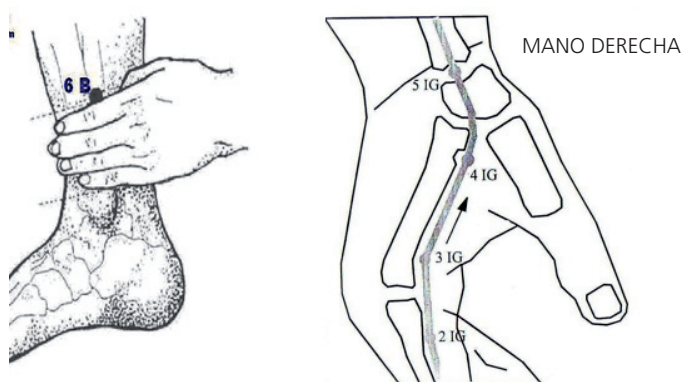
Tener una formación técnica básica sobre masaje en el embarazo parece que mejora los resultados, aunque un aspecto imprescindible es la sensibilidad a las necesidades de la mujer, que permitirá diseñar sobre la marcha, tanto la técnica como las zonas a masajear.

[1] Derry S, Straube S, Moore R, Hancock H, Collins S. Inyección de agua estéril intracutánea o subcutánea comparada con controles cegados para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11.

[2] Smith C, Levett K, Collins C, Jones L. Masaje, reflexología y otros métodos manuales para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 2.

Acupresión

Consiste en presión con la punta del dedo en zonas que corresponden a puntos de acupuntura. Existen varios puntos a utilizar, pero los más usados y estudiados son el 6 de Bazo (6B) y el 4 de Intestino Grueso (4IG).



En la Revisión Cochrane del 2011 *“Acupuntura o acupresión para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto”*^[1], en cuatro ensayos clínicos se detectó que la intensidad del dolor se redujo en el grupo de acupresión, en comparación con un control placebo. En tres ensayos clínicos de acupresión se estudió el punto Bazo 6 y encontraron beneficio en la disminución del dolor del parto y, dos de ellos, también encontraron que la duración del trabajo de parto se acortó.

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR

Analgésicos sistémicos

Se utilizan opiáceos o benzodiazepinas, siendo comunes la petidina y el diazepam vía oral, intramuscular o endovenosa.

Para el tratamiento farmacológico del dolor en una gestante, se deben tener en cuenta varios factores, siendo uno de los más importantes la relación entre la administración del fármaco y el momento del nacimiento. Si los efectos del fármaco están aún presentes en la madre, el opioide puede afectar a la criatura. El uso de estos fármacos debe limitarse a la primera etapa del parto.

[1] Smith C, Collins C, Crowther C, Levett K. Acupuntura o acupresión para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 7.

Tienen además posibles efectos secundarios sobre la gestante: depresión respiratoria o circulatoria, riesgo de aspiración, falta de colaboración o somnolencia. En muchas ocasiones este tipo de analgesia es insuficiente.

Analgesia neuroaxial

De todas las técnicas de analgesia locorreional existentes la más utilizada es la analgesia epidural.

En España, en la década de los 70 irrumpen las técnicas neuroaxiales en obstetricia. Su alta eficacia promueve una rápida expansión en las décadas siguientes convirtiéndose en la técnica de referencia para la analgesia del parto, siendo aplicada en nuestra Comunidad Autónoma en un 65-70% de los partos vaginales en los últimos tres años (*Informe de situación de la Estrategia de Atención al Parto Normal y a la Salud Reproductiva, 20 de abril de 2015, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias*).

Las técnicas locorreionales en obstetricia aunque no están exentas de riesgos, adecuadamente administradas, y teniendo en cuenta sus contraindicaciones, cumplen satisfactoriamente con los requisitos de la analgesia obstétrica: mínimo riesgo y efectos secundarios para la madre, el feto y el neonato y escasa repercusión sobre la progresión del parto. Lo que sí es cierto es que obliga a una más intensa monitorización materno-fetal y a la realización de procedimientos invasivos.

La analgesia epidural consigue un intenso alivio del dolor, al interrumpir temporalmente la transmisión de los impulsos nociceptivos en la médula espinal mediante la utilización de fármacos (anestésicos locales solos o asociados a opioides) en su proximidad y consiguiendo, por ello, minimizar al máximo la exposición fetal a los mismos, al mismo tiempo que se logra una disminución de la sensación dolorosa en la zona inferior del cuerpo.

Se realiza en la zona lumbar y la colaboración materna es imprescindible para realizar la técnica con seguridad. Antes de realizar la técnica epidural se desinfecta la zona de piel correspondiente y se infiltra una pequeña cantidad de anestésico local para que la punción resulte menos dolorosa. Mediante una aguja especial, el anestesiólogo localiza el espacio epidural donde posteriormente dejará un tubo fino de plástico (catéter) a través del cual se administrará la medicación que producirá el alivio del dolor. Tras inyectar la primera dosis se seguirá administrando la medicación de manera continua mediante una bomba de infusión o bien mediante bombas de analgesia controlada por la propia gestante (bombas de PCA) por lo que el control del dolor se mantiene durante todo el tiempo que dure el parto.

La administración de la analgesia epidural es totalmente voluntaria, siendo necesaria previamente la lectura, comprensión y firma del documento de consentimiento informado. Como cualquier técnica médica existen situaciones en las que está contraindicada su

administración (alergia a anestésicos locales, alteraciones de la coagulación, infección generalizada o en el sitio de punción, así como cualquier enfermedad materna que impida la utilización de esta técnica anestésica).

El alivio del dolor no es inmediato sino gradual; se notará a los 10-20 minutos tras la inyección de la primera dosis por el catéter epidural. Hoy en día las bajas dosis de anestésicos locales utilizadas consiguen una acción más selectiva sobre las raíces sensitivas con un nulo o mínimo bloqueo motor. La mujer podrá mover libremente las piernas e incluso podría deambular ("walking epidural"), la musculatura abdominal conservará la fuerza necesaria para el trabajo de parto y las contracciones para la dilatación y expulsión fetal serán indoloras. Se puede sentir un cierto grado de debilidad, pesadez o adormecimiento en abdomen y piernas, siendo variable de una embarazada a otra. Después del alumbramiento, se retira el catéter epidural y las sensaciones retornan en unas horas.

Hay ocasiones, en torno a un 5% de los casos, en las que a pesar de que la técnica haya sido correctamente realizada, no se alcanza la analgesia en su totalidad, e incluso puede haber un fallo completo de la misma.

La evidencia apoya la administración de la analgesia neuroaxial en fases tempranas de la primera etapa del parto (no es necesario alcanzar una determinada dilatación cervical), debiendo ofrecerse individualizadamente y retrasar su administración cuando es solicitada no constituye una buena práctica clínica. La analgesia epidural en la fase latente del parto no aumenta la incidencia de partos instrumentados ni de cesáreas, no supone un incremento de las complicaciones maternas ni ofrece resultados neonatales adversos. *Wang F, Shen X, Guo X, Peng Y, Gu X. Epidural analgesia in the latent phase of labor and the risk of cesarean delivery: a five-year randomized controlled trial. Anesthesiology. 2009;111:871-880.*

Asimismo, se recomienda mantener la analgesia epidural durante el periodo expulsivo, el alumbramiento y la reparación del periné si se precisa. No existe suficiente evidencia en la literatura que demuestre que la interrupción de la analgesia epidural durante la segunda etapa del parto mejore la tasa de parto espontáneo ni otros resultados clínicos. *Torvaldsen S, Roberts CL, Bell JC, Raynes-Greenow CH. Discontinuation of epidural analgesia late in labour for reducing the adverse delivery outcomes associated with epidural analgesia. (Cochrane Review). In: Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue Oxford, 2005; Oxford Update Software.*

En relación a la interferencia de la analgesia epidural en el parto se han realizado una enorme cantidad de estudios al respecto, que junto con la experiencia, nos indican que la analgesia epidural acorta la primera etapa del parto, aunque puede prolongar la segunda etapa del parto, pudiendo existir un aumento del riesgo de parto instrumental y el uso de oxitocina. Las mujeres también tiene mayor riesgo de hipotensión, de pre-

sentar fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ y de retención urinaria. *Anim-Sommuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. (Cochrane Review) Cochrane Database of Systematic Reviews 2005;Oxford: Update Software.*

Según la GPC de la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Política Social se debería informar a las mujeres con un grado de recomendación A que la analgesia neuroaxial es el método más eficaz para el alivio del dolor, pero que puede producir hipotensión, retención urinaria, fiebre y puede prolongar la segunda etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumental, pero no aumenta la incidencia de cesáreas. *Cambic C., & Wong C. (2010). Labor analgesia and obstetric outcomes. British Journal of Anesthesia, 105(51), 150–160.*

Una alternativa a la analgesia epidural convencional es la analgesia combinada epidural-intradural que persigue unir las ventajas de las dos técnicas con un comienzo de acción más rápido, un bloqueo sensitivo potente y menores cantidades de fármaco. Sin embargo, las ventajas reales quedan poco claras y aparecen con mayor frecuencia efectos adversos como prurito lo que cuestiona la utilización de una técnica más invasiva. *Simmons SW, Cyna AM, Dennis AT, Hughes D. Analgesia espinal y epidural combinadas versus analgesia epidural en el trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2 Oxford: Update Software Ltd Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2 Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd) 2008.*

Según las GPC de la Atención al Parto Normal se recomienda con un grado A cualquiera de las técnicas neuroaxiales a bajas dosis (epidural o combinada) y si se precisa un rápido establecimiento de la analgesia se recomienda la utilización de técnica combinada.

Óxido Nitroso

Es gas inhalado que se compone de 50% Oxígeno + 50% N_2O (Kalinox®). Se utiliza mediante inhalación autoadministrada y ofrece una analgesia moderada a 30" de la inhalación, no deprime la contractibilidad uterina y la absorción y eliminación del N_2O es por vía pulmonar y muy rápida.

Posee efectos secundarios que desaparecen rápidamente: náuseas, vómitos, somnolencia, parestesias. Es seguro para la madre y la criatura.

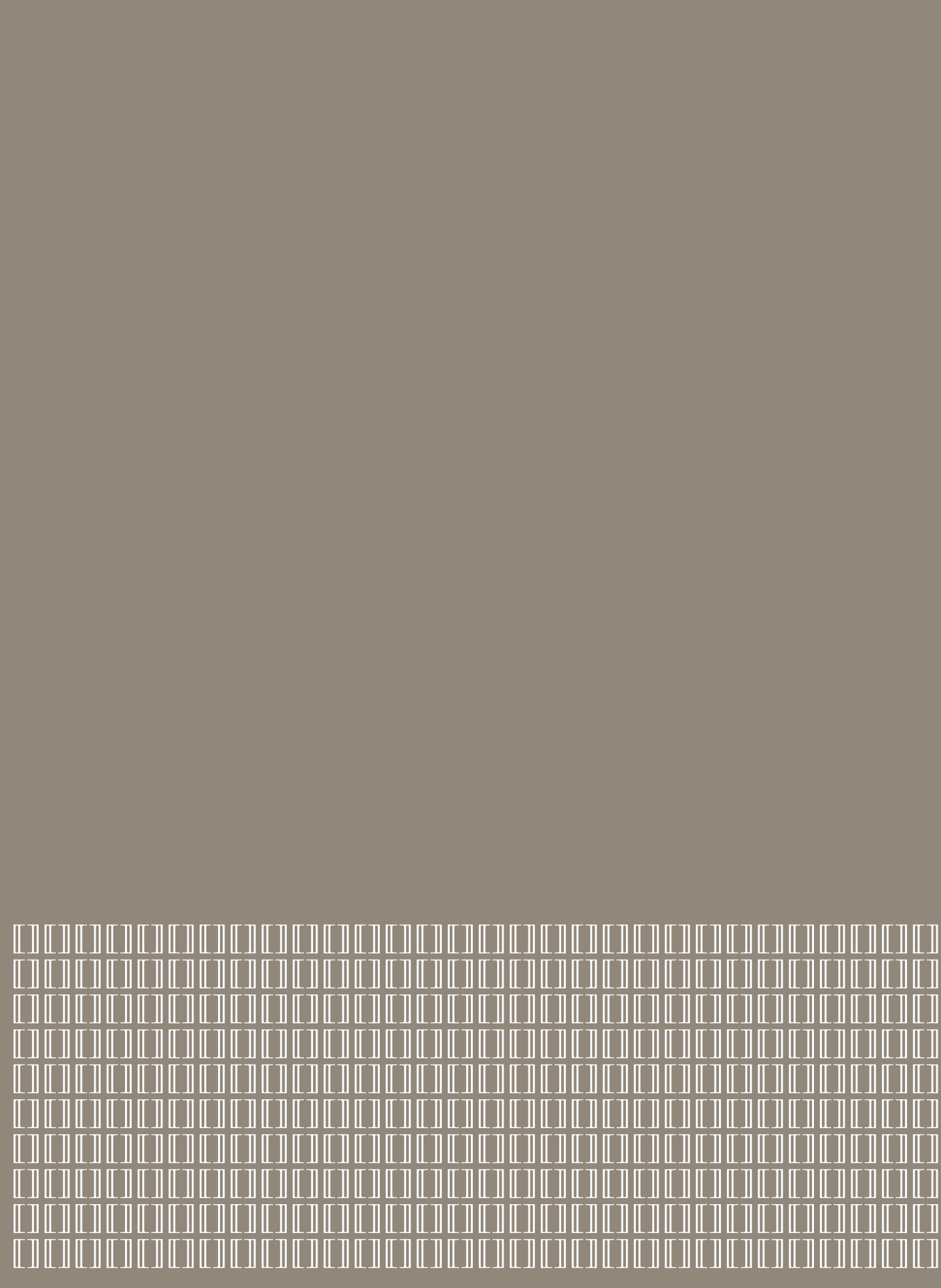
La evidencia científica apoya su utilización, aunque no esté disponible en todos los hospitales, la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal en 2010¹, lo recomienda con nivel de evidencia 2 +.

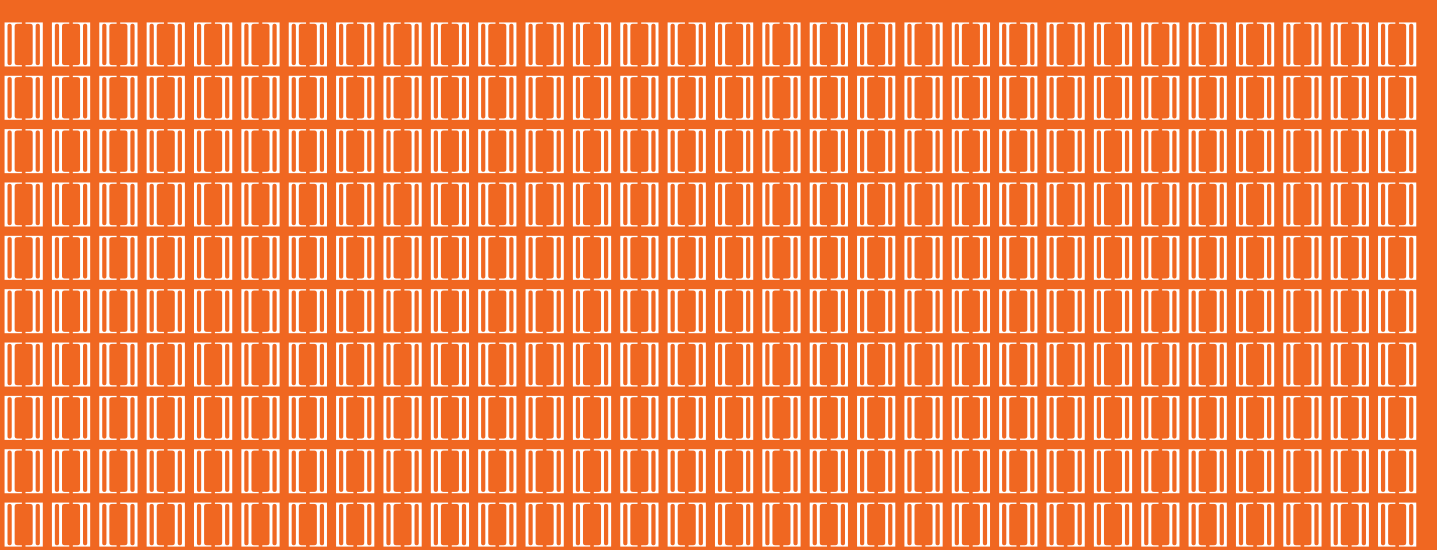
[1] Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal en el SNS- 317 páginas. Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, 2010.

BIBLIOGRAFÍA

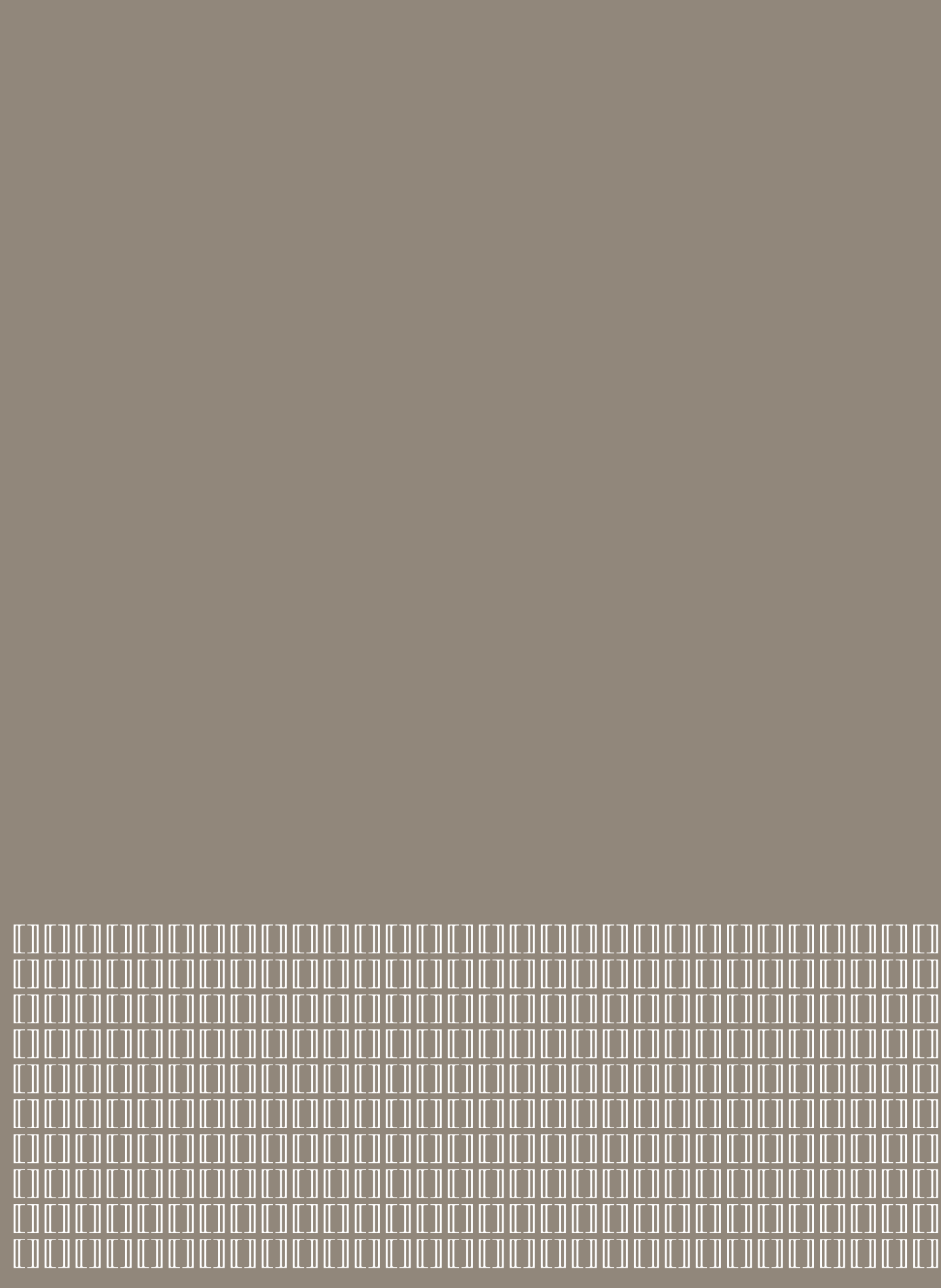
- Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico Documenta Universitaria. 2010.
- Simkin P, Ancheta R. Ther Labor Progress. Handbook. Wiley-Blackwell. 2011
- Lazarus R. S. Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Desclée De Brouwer. 2000.
- Shelley E. Taylor. Psicología de la salud. Mc Graw-Hill. 2007.
- Bardacke N. Mindful birthing. HarperOne. 2012.
- Kabat-Zinn J. Vivir con plenitud la crisis. Como utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Kairós. 2004.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. <http://childbirthconnection.org/pdfs/CochraneDatabaseSystRev.pdf>
- Gau ML, Chang CY, Tian SH, Lin KC. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. Midwifery 27 (2011); pags. 293-300. [http://ballonforme.com/PDF/20121130-Article scientifique.pdf](http://ballonforme.com/PDF/20121130-Article%20scientifique.pdf)
- Taavoni S, Abdollahian S, Haghani H, Neysani L. Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor: a randomized controlled trial. J Midwifery Womens Health 56 (2011); pags. 137-140.
- Cluett ER, Burns E. Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto (Revision Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000111>
- Derry S, Straube S, Moore R, Hancock H, Collins S. Inyección de agua estéril intracutánea o subcutánea comparada con controles cegados para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. <http://www.cochrane.org/es/CD009107/inyeccion-de-agua-esteril-intracutanea-o-subcutanea-comparada-con-controles-cegados-para-el-tratamiento-del-dolor-durante-el-trabajo-de-parto>

- Smith C, Levett K, Collins C, Jones L. Masaje, reflexología y otros métodos manuales para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 2.
<http://www.cochrane.org/es/CD009290/masaje-reflexologia-y-otros-metodos-manuales-para-el-tratamiento-del-dolor-durante-el-trabajo-de-parto>
- Smith C, Collins C, Crowther C, Levett K. Acupuntura o acupresión para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 7.
<http://www.cochrane.org/es/CD009232/acupuntura-o-acupresion-para-el-tratamiento-del-dolor-durante-el-trabajo-de-parto>
- Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET) para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD007214>
- Villacieros P. Masaje durante el embarazo. Cúpula. 2010.





TEMA VI.
CUIDADOS GENERALES DE LOS NIÑOS
Y NIÑAS RECIÉN NACIDOS



CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DE LAS RECIÉN NACIDAS Y LOS RECIÉN NACIDOS (RN)

Peso: El peso medio es de unos 3.300 gr para los niños y 3.200 gr para las niñas.

En los 3-4 primeros días de vida, se produce una pérdida fisiológica de peso que puede llegar a ser del 10%. Esta pérdida se recupera alcanzándose de nuevo el peso al nacimiento hacia los 10-12 días.

Talla: 48-52 cm.

Frecuencia cardiaca: 120-160 lat/min con variaciones.

Temperatura : en torno a 37 °C.

Frecuencia respiratoria: 40-60 resp/min.

La respiración periódica: es normal un ritmo regular con periodo de ausencia de respiración de 5-10 segundos.

Aspecto general: tiene un cráneo grande, tórax largo, cuello corto y extremidades cortas. Destaca la tendencia a la flexión en las 4 extremidades.

En el cráneo, es posible observar la existencia de fontanelas (tejido conjuntivo blando de forma triangular o romboidal).

La intumescencia mamaria neonatal: Se debe al paso de las hormonas maternas durante el embarazo y aparece a los pocos días del nacimiento. Es absolutamente normal y se resolverá, sin ningún tratamiento. La mama está también roja o inflamada y puede aparecer una secreción blanca a través del pezón llamada *leche de brujas*. No se debe tocar ni exprimir. En las niñas puede, además, aparecer hasta un mínimo sangrado (pseudo menstruación).

Peculiaridades de su piel

Al nacimiento, la piel está cubierta por un unto grasiento o vermicaseosa, que aísla del medio y ayuda a conservar la temperatura.

Hay presencia de vello o lanugo, sobre todo en hombros y espalda, con tendencia a la caída en los primeros días o semanas.

Puede haber malformaciones vasculares planas en frente, párpados, raíz nasal y nuca, que desaparecerán con el tiempo.

En la región sacra y espalda, pueden presentar manchas de color pizarroso llamadas manchas mongólicas.

Los primeros días aparece una descamación fisiológica más manifiesta en RN con edad gestacional más alta (> 40 semanas).

El eritema tóxico es una lesión cutánea inflamatoria benigna, de origen desconocido. Aparece entre el primer y el tercer día de vida y dura 48-72 horas.

El cutis marmorata fisiológico es debido a una gran inestabilidad vasomotora que puede producir una característica coloración cutánea, semejante al veteadado marmóreo.

La ictericia fisiológica: coloración amarillenta de piel y mucosas ocasionada por el depósito de bilirrubina. Se observa en RN cuando la bilirrubinemia sobrepasa la cifra de 5 mg/dL. Clínicamente se aprecia a partir del segundo día de vida, la mejor profilaxis es:

- La alimentación precoz y tomas frecuentes para favorecer el peristaltismo intestinal.
- Luz ambiental abundante.

Se estudiará por pediatría si aparece en las primeras 24 h de vida, alcanza unos niveles muy altos de bilirrubina o si la bilirrubina directa es superior a 2 mg/dl y si dura más de una semana (salvo en la lactancia materna).

Preguntas frecuentes

¿Qué es lo que hace un niño o una niña a esta edad?

Durante el primer mes, la criatura se pasa durmiendo gran parte del día, pero se despierta a menudo, durante cortos períodos para comer (de 7 a 12 veces al día) Al principio, sonríe por razones desconocidas. Pero, sobre el mes de vida, empieza a sonreír cuando ven una cara conocida.

¿Es normal que tenga tanto hipo?, ¿y qué estornude?, ¿tendrá catarro?

Es cierto que tiene hipo y estornuda con frecuencia por causas desconocidas. Pero no se debe a problemas digestivos o respiratorios. No hay que preocuparse por ello.

¿Es normal que se asuste tanto?

Por debajo de 1 mes presenta sobresaltos fáciles con el menor estímulo. A veces, incluso tiembla sin causa aparente. Según va creciendo, estos movimientos son más suaves y menos llamativos.

¿Nace con visión?

Cuando nace ve a escasa distancia. Poco a poco, va centrando la mirada. Lo primero que reconoce es el rostro materno. Al principio, puede *meter los ojos*. Generalmente, eso se va corrigiendo al crecer.

¿Cómo sé que no presenta estreñimiento?

Hay un amplio margen de normalidad. Puede defecar 4 ó 5 veces al día. Aunque a veces llega a las 10 veces y otras hace caca 1 vez cada 2 o más días. Las deposiciones típicas cuando toma el pecho son amarillas o verdosas y líquidas.

No olvidar que las primeras deposiciones que hace, en sus primeras 24 h de vida son negras y pegajosas (meconio).

¿Cómo es el sueño en esta etapa?

El sueño es un hábito, es una actividad cambiante que se modifica constantemente, y no tiene nada que ver, el sueño de la o del recién nacido, con el de un niño o niña de 3 años. Durante los primeros días de vida, la criatura permanece dormida más de 16 horas al día, distribuidas en varios episodios. Cada 3-4 horas se despierta. Necesita comer, que la cambien y que hablen con ella.

Después de comer, inicia lo que llamamos «sueño activo»: mueve los globos oculares, hace muecas, respira irregularmente, emite algún quejido y realiza pequeños movimientos con las extremidades. Aunque parezca que está inquieta, este tipo de sueño es totalmente normal y se recomienda no interrumpir.

Se sustituye el sueño diurno por el sueño nocturno según va creciendo, siendo normal que tenga despertares nocturnos. Existe un claro patrón secuencial de emergencia de ritmos biológicos, entre las 6 y 18 semanas de edad postnatal, iniciada por la secreción de cortisol y vinculada con el establecimiento de un sueño nocturno consolidado.

Va aprendiendo a asociar estímulos externos, como son, el ruido y la luz con la vigilia, y el silencio y la oscuridad con el sueño. Estos estímulos externos, junto con los hábitos, rutinas del sueño y los horarios de las comidas, ayudarán a configurar una diferenciación correcta del ciclo vigilia-sueño.

Para las familias se puede consultar:

<http://www.familiaysalud.es/crecemos/el-primer-mes/el-recien-nacido-consejos-para-el-primer-mes-de-vida>

Si hay sospecha de alteraciones del sueño el cuestionario BISQ (Brief Infant Sleep Questionnaire) es una herramienta de cribado dirigida a detectar factores de riesgo de muerte súbita del/la lactante, rutinas para dormir y detección por parte de la familia de problemas de sueño en lactantes.

Me gustaría compartir la cama con mi bebé, ¿es aconsejable el colecho?

Hay hábitos culturales y tendencias actuales que recomiendan compartir la cama con el o la bebé. Es necesario conocer ventajas y riesgos o contraindicaciones de esta práctica.

- Ventajas: favorece la lactancia materna y el desarrollo de vínculos de apego.
- Riesgos, especialmente relacionados con el síndrome de muerte súbita:
 - si el padre o la madre fuman o toman alcohol
 - si se hace con hermanos/as, o con hacinamiento
 - si no es la cama adecuada (blanda, almohadas o mantas pesadas)

EL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

Durante estos años se han producido mejoras en la salud infantil, un mayor conocimiento de los grupos de riesgo asociados a distintas enfermedades y han ido apareciendo pruebas de que la intervención precoz en los primeros años de vida puede producir resultados positivos en la salud y mejorar los hábitos de vida, con repercusión en la morbilidad de la edad adulta.

Comprende acciones de promoción y educación para la salud y la vida, así como acciones preventivas, orientadas hacia la detección precoz de enfermedades.

Dentro de la prevención de enfermedades congénitas, se le ofrecerá la realización de la “prueba del talón”: Se trata de un sencillo pinchazo en el talón del bebé, que se realiza a las 48 horas de vida (antes del alta hospitalaria). La prueba es voluntaria, si bien recomendamos su realización, ya que permite detectar precozmente varias enfermedades, cuyo pronóstico mejora sensiblemente con el tratamiento precoz. Las enfermedades que se pueden detectar, así como la organización del programa puede encontrarlo en www.astursalud.es bien en Ciudadanía - Tu salud - Prevención de enfermedades – “Prueba del talón” (folleto divulgativo); o en Profesionales – Práctica clínica – Programas de detección y prevención – Programa de Cribado neonatal.

Es recomendable realizar la primera revisión de salud a la semana de vida.

Para consultar el Calendario Oficial de Vacunaciones, está disponible en www.astursalud.es - Profesionales – Práctica clínica – Programas de detección y prevención – Programa de Vacunaciones.

MOTIVOS DE CONSULTA FRECUENTES EN LOS PRIMEROS MESES DE VIDA

Cólicos del/la lactante

Es un problema frecuente durante los 3-4 primeros meses de la vida. La definición más aceptada es la de: "episodios de llanto e irritabilidad durante más de 3 horas al día, más de 3 días a la semana y por más de 3 semanas de duración" y pueden tener predominio vespertino. Seguimos sin conocer su causa.

Clínicamente, vemos expresión de dolor, flexión de extremidades inferiores, enrojecimiento cutáneo intenso y eliminación de gases por recto.

Los objetivos del tratamiento son:

- Reducir, si es posible, el número de horas de llanto. Se sugieren cambios:
 - Revisar técnica de lactancia tanto materna, como adaptada (biberones con válvula).
 - Masaje infantil (ver material complementario).
- Asesorar a madres y padres adecuadamente.
- Evitar medidas terapéuticas de dudosa eficacia e innecesarias.

Evidencia científica en el cólico del lactante:

- No hay evidencia de que alguna intervención terapéutica sea verdaderamente efectiva.
- Respecto a los fármacos, no hay evidencia de efectividad de los mismos, por ejemplo: la dimeticona.
- La administración de probióticos, como *lactobacillus reuteri*, en estudios ha mejorado la sintomatología, pero no se puede establecer actualmente una recomendación firme para administrarlos como tratamiento.

Infección respiratoria de vías altas

Se pueden presentar entre seis y ocho infecciones respiratorias al año.

La clínica es de mucosidad nasal (rinorrea) y/o tos, con o sin fiebre.

Su tratamiento es únicamente sintomático: limpieza, aspiración nasal e hidratación.

La regurgitación

Es el desplazamiento, sin esfuerzo, del contenido gástrico hacia el esófago y la cavidad oral; mientras que el vómito se define, como la expulsión forzada del contenido gástrico por la boca. Los vómitos son signos de alerta, no así las regurgitaciones que se presentan como síntoma aislado.

La eficacia del complicado sistema antirreflujo para evitar el paso retrógrado gastroesofágico, está limitada en RN y en lactantes, ya que la barrera anatómica antirreflujo, la peristalsis esofágica, la competencia del esfínter esofágico inferior y la anatomía del esófago intraabdominal, entre otras, maduran con la edad postnatal.

MEDIDAS PRENATALES QUE FAVORECERÁN UNA MEJOR SALUD DE LOS Y LAS RN EN SU DESARROLLO HASTA LA VIDA ADULTA

Evitar el sobrepeso y la obesidad infantil

La aparición de la actual epidemia de obesidad (OB) y sobrepeso (SP) infantiles ha obligado a analizar los factores involucrados en este fenómeno.

Por ello, es recomendable hacer un consejo dietético (CD), que es una herramienta para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El consejo tiene más probabilidades de conducir a mejores hábitos, si la persona tiene algún motivo para querer cambiar; por ello, se comenzará en la etapa prenatal, momento en que las madres y las familias están más receptivas.

Los factores prenatales que parecen estar involucrados en el futuro desarrollo de la OB y que deben ser abordados son:

- La obesidad preexistente en algún progenitor o en ambos.
- La nutrición fetal antenatal. Sabemos que tanto el peso bajo para la edad gestacional como el peso elevado, se asocian con mayor riesgo de OB. En el caso de la desnutrición intrauterina, sobre todo si se sigue de un incremento rápido del peso, hay más probabilidad de que además la persona desarrolle síndrome metabólico.
- La lactancia materna es un factor protector. Es importante abordarlo en esta etapa, puesto que la decisión de amamantar se reflexiona fundamentalmente durante el embarazo. La alimentación al pecho es un modelo natural y promocionable. En general se observa que los y las bebés que maman, engordan más lentamente que quienes toman fórmula adaptada.

Evitar el síndrome de alcoholismo fetal

Los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF) son un grupo de alteraciones que pueden presentarse en una persona, cuya madre haya consumido bebidas alcohólicas durante el embarazo. Estos efectos pueden incluir problemas físicos, de la conducta y del aprendizaje. El consumo de alcohol durante el embarazo también puede provocar abortos, partos prematuros y muerte prenatal. Para prevenirlo, se aconseja a la mujer el no consumo de alcohol durante el embarazo.

Evitar exposición prenatal a compuestos organohalogenados (OH)

Entre 2004 y 2008 un total de 482 madres asturianas y sus RN participaron en el estudio INMA. El equipo analizó en las muestras tomadas en: sangre, cordón umbilical y placenta, las concentraciones existentes de diferentes Compuestos Orgánicos Persistentes (organoclorados, policlorobifenilos o PCBs, y policlorobifenilos éter), que están presentes en muchos plásticos). Los resultados revelaron que todos los y las RN presentaban niveles detectables de contaminantes organohalogenados. El estudio concluye que la vida prenatal, es la fase del desarrollo humano más sensible a los contaminantes medioambientales, y una temprana exposición a los Compuestos Orgánicos Persistentes puede aumentar el riesgo de padecer problemas de salud durante la infancia y la vida adulta.

Se sugiere:

- Procurar no perder peso durante el embarazo y la lactancia, ya que se movilizan los depósitos grasos, donde se almacenan la mayor parte de estos compuestos (son lipofílicos), que pasarán a la sangre y la leche materna.

Disruptores endocrinos (DE)

Los disruptores endocrinos, son sustancias químicas exógenas, que tienen efectos adversos para la salud de un organismo intacto o su descendencia, ya que pueden producir cambios en la función endocrina de éste.

Ejemplos de DE:

- Bisfenol A (BPA): Actualmente se utiliza en la fabricación de policarbonato, presente en botellas de agua, envases alimentarios de comida, latas con revestimiento plástico interior; también se utilizaba en la fabricación de biberones. Cuando se calienta en determinadas condiciones, existe el riesgo de que pequeñas cantidades de bisfenol A se desprendan de los recipientes, y pasen a los alimentos y bebidas que contienen. En la Unión Europea, a

partir del año 2011, la Directiva 2011/8/UE¹ restringe el uso de Bisfenol A en los biberones de plástico para lactantes; aunque en los biberones fabricados a partir de esa fecha ya no esté presente, si se utilizan biberones adquiridos hace años, conviene asegurarse de que no lo contengan.

- Ftalatos: Pueden estar presentes en envases alimentarios, tetinas y mordedores infantiles, cosméticos, y ropa infantil con dibujos impresos. Algunos de ellos (no todos), han sido clasificados como tóxicos para la reproducción humana, por lo que solo están autorizados para determinados usos.
- Ácido perfluorooctanoico (PFOA) y Sulfonato de perfluorooctano (PFOS): presentes en tejidos impermeabilizantes, y revestimiento de sartenes y utensilios de cocina (teflón...). No se han clasificado aún como tóxicos para la reproducción y la salud humana, si bien se está investigando su influencia sobre ellas.
- Parabenos: Los parabenos se utilizan como conservantes en los productos cosméticos. En el Reglamento (UE) nº 358/2014 se prohíben algunos conservantes de la familia de los parabenos; otros están permitidos con concentraciones máximas de uso. En cualquier caso, la "Guía de cosméticos seguros para niños pequeños, para fabricantes y evaluadores de seguridad"², recomienda que en los cosméticos para niños, no se incluyan disruptores endocrinos probados, y que se procuren utilizar envases cuya contaminación resulte difícil, para poder utilizar menor cantidad de conservantes.

Alérgenos

Algunos de los compuestos (no todos), utilizados como perfumantes en los cosméticos, son alérgenos de contacto.

La normativa aplicable permite el uso del término FRAGANCIA O PERFUME, como denominación genérica que incluye los diferentes ingredientes perfumantes en un producto cosmético. No obstante, un grupo de ellos, recogidos en la ANEXO III del Reglamento 1223/2009, como alérgenos de contacto probados y/o probables, deberán aparecer con su nombre, en la lista de ingredientes de un producto cosmético, cuando su concentración sea superior a la indicada en dicha lista, para que el usuario tenga conocimiento de que está presente en éste.

Conviene recordar que los productos naturales también pueden contener sustancias alergénicas.

[1] Directiva 2011/8/UE de la Comisión de 28 de enero de 2011, que modifica la Directiva 2002/72/CE por lo que refiere al uso de bisfenol A en biberones de plástico para lactantes.

[2] Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Madrid, España para la versión en español. NIPO: 681-13-001-7. Cosméticos seguros para niños pequeños 1ª Edición. Guía para fabricantes y evaluadores de la seguridad redactada por el Comité de Expertos en Productos Cosméticos (P-SC-COS) 2013.

Terpenos

La presencia de terpenos como el *alcanfor*, *eucaliptol* o *mentol* en los productos cosméticos o en aceites esenciales puede provocar efectos no deseados graves en niños. Se han notificado efectos neurológicos adversos (por ejemplo, convulsiones) tras uso tópico de preparados con terpenos en esta población.

Debe evitarse usar en niños productos que contengan alcanfor, eucaliptol y mentol. Esta recomendación no es aplicable para productos de higiene bucal. En el etiquetado de aquellos productos que contengan alcanfor, eucaliptol y mentol destinados a consumidores adultos debe incluirse una advertencia especial para desaconsejar su uso en niños.

En 2008, la Agencia francesa de Seguridad de Productos Sanitarios (AFSSAPS) recomendaba que se evitase el uso de alcanfor, eucaliptol y mentol en productos cosméticos para niños, independientemente de su origen. Sin embargo, esta agencia consideró admisible la presencia de estas sustancias en baja concentración, por ejemplo en perfumes, aunque impuso los siguientes límites (alcanfor: 0,015 % (150 ppm), eucaliptol: 0,1 % (1000 ppm), mentol: 0,45 % (4500 ppm).

A continuación se enumeran algunos ejemplos (de forma no exhaustiva) de aceites esenciales de plantas que contienen alcanfor, eucaliptol y mentol: *Artemisia ssp*, *Basilicum*, *Calamintha nepeta*, *Chrysanthemum balsamita*, *Chrysanthemum parthenium*, *Cinnamomum camphora*, *Elettaria cardamomum*, *Eucalyptus ssp*, *Lavandula ssp*, *Mentha ssp*, *Ocimum*, *Rosmarinus officinalis*, *Salvia ssp*, *Santolina chamaecyparissus*, *Tanacetum vulgare* y *Thymus mastichina*.

Productos de protección solar

Debe recordarse que los menores de 1 año no deben exponerse directamente a la luz solar y en el caso de los niños de más edad nunca deben hacerlo sin una protección adecuada, ya sea ropa, gorros, gafas de sol y cremas solares de protección (muy) alta. Estos productos deben aplicarse generosamente y repetir su aplicación frecuentemente, especialmente después del baño o tras secarse con la toalla. Debe evitarse la exposición directa al sol en condiciones extremas y durante las horas centrales del día (desde 2 horas antes de las horas de máxima radiación UV hasta 2 horas después).

Recomendaciones sobre el uso de productos químicos

- En caso de utilizar un biberón de plástico, consultar la etiqueta para asegurarse de que no contiene Bisfenol A.

- Evitar el uso en niños de productos que contengan alcanfor, eucaliptol y mentol. Esta recomendación no es aplicable para productos de higiene bucal.
- En caso de utilizar productos cosméticos de adultos, consultar el etiquetado para asegurarse de que no se desaconseja su uso en niños.
- Si bien algunos de los productos cuyos efectos sobre la salud humana están en fase de investigación están presentes en el mercado, *por precaución se sugiere*, tanto para las futuras madres como para los bebés:
 - Siempre que sea posible, utilizar recipientes de vidrio o acero inoxidable sin recubrimiento interior, para el agua y los alimentos.
 - Evitar calentar los alimentos en envases de plástico.
 - Usar preferiblemente agua del grifo, siempre que ésta tenga control sanitario.
 - Para la ropa que va a estar en contacto con la piel, escoger preferentemente tejido natural, sin impresiones, para evitar la exposición a posibles DE o alérgenos de contacto.
 - Siempre que sea posible, utilizar productos cosméticos específicos para niños pequeños, preferiblemente con envases que dificulten la contaminación (“meter la mano”), ya que llevarán menor cantidad de conservantes.
 - Si es posible, utilizar cosméticos sin perfume o fragancia. Puede resultar difícil encontrarlos en el mercado, por lo que en caso de que el niño o la niña tenga alguna reacción alérgica, se deberá revisar la lista de componentes del etiquetado, para evitar la sustancia o sustancias que provocan la reacción.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO Y LA RECIÉN NACIDA (RN)

Higiene y aseo personal

El lavado facial: hacerlo con agua, suavemente, y procurando no obstruir orificios. El secado se hará mediante una toalla de rizo de algodón con toda suavidad y evitando hacer erosiones.

El pabellón auricular se limpiará con el dedo meñique envuelto en un paño húmedo, siguiendo los surcos y hendiduras. En cuanto al cerumen, solo se retirará el que aflore por el conducto, con el mismo paño, sin introducir ningún objeto en el mismo.

Las fosas nasales se limpiarán en su entrada de costras o secreciones mucosas desecadas, pero sin introducir elementos romos.

Los ojos no precisan ningún lavado especial en condiciones normales. Si tiene legañas en los ojos, se han de lavar con suero fisiológico (una gasa para cada ojo). La mucosa bucal no necesita limpieza de ninguna clase. Está contraindicado introducir los dedos en la boca con fines de limpieza.

En las niñas, se tomará la precaución al lavar la vulva de pasar la esponja desde la región del vientre hacia el ano (y no en sentido contrario) para evitar la introducción de residuos en la zona vulvar.

En los varones no se debe forzar la piel del prepucio del pene.

Usar las toallitas limpiadoras en circunstancias particulares (fuera de casa).

El secado se llevará a cabo cuidadosamente con una toalla de algodón, evitando frotar excesivamente.

Se aconseja sujetar a la criatura por debajo de la axila, apoyada en el brazo de quien lo baña.

Para muchas criaturas, el hacerlo en las últimas horas del día, antes de una de las tomas de alimento, resulta sedante y favorece el sueño y el descanso nocturno.

Antes del baño, se procurará que la temperatura de la habitación sea caliente (a unos 22° C aproximadamente). La temperatura del agua será cercana a la del cuerpo humano, resultando la más adecuada de 34 a 36° C.

Las aplicaciones del jabón (neutro, en escasa cantidad y a ser posible, sin disruptores endocrinos, por ejemplo parabenos) y las frotaciones se efectuarán con las manos o con esponjas finas y no erosionantes.

Terminado el baño, se envolverá en una toalla de algodón y se procederá a su secado con movimientos suaves.

Cuidado del cordón umbilical

Se aconseja el baño aunque no se haya caído el cordón umbilical.

Hay estudios que comparan la efectividad del baño con secado natural, con la práctica del alcohol de 70°, encontrándose, que el primero reduce el tiempo de caída del cordón y no se encontró un riesgo mayor de infecciones.

El uso de soluciones antisépticas o antibióticas tópicas, se recomienda en aquellas situaciones en las que la atención neonatal y las medidas higiénicas sean deficitarias.

Por ello, se recomienda tomar las siguientes medidas para el cuidado del cordón umbilical:

- Lavarse las manos antes de su cuidado.
- Limpiar la zona del cordón con agua tibia y jabón. Posteriormente secarlo bien.

El cordón umbilical puede tardar en caerse de 6 a 15 días. Se vigilará si tiene mal olor, calor o enrojecimiento. En estos casos, se consultará en pediatría. A veces, puede producirse un pequeño sangrado normal con su caída.

Cuidado de las uñas

Suele ser necesario su corte muy precozmente. Se usarán tijeras romas y se procederá a su corte en sentido recto, sin picos, pero alejados del pulpejo del dedo.

No usar limas u objetos puntiagudos para la limpieza de las uñas (la limpieza se hará con un cepillo suave y una frotación prudente).

El vestido

Se sugiere que las prendas de vestir sean:

- Simples: usar el menor número posible.
- Sencillas: evitar confecciones complicadas que dificulten el acto de ponerlas o quitarlas.
- De tejido no irritante: es preferible de fibra natural o de algodón a tejidos sintéticos. Es recomendable no lavar las prendas con lejías o blanqueadores ni con suavizantes; usar jabón neutro.
- Adaptadas: el tamaño de las prendas ha de ser adecuado al tamaño y no demasiado apretadas.
- Evitar cadenas, pulseras, alfileres, cintas o cordones (riesgo de asfixia).

La casa: su habitación

Si es posible, tendrá ventilación directa por ventana propia y para recibir los rayos solares algún rato al día. Hay que ventilarla a diario.

Mantener una temperatura adecuada, evitando excesos. La temperatura idónea se sitúa entorno en un rango entre 20-22°C, aunque otros profesionales también considerarán un rango adecuado entre los 21-24°C.

Las instalaciones de aire acondicionado no resultan las más apropiadas, y procuraremos evitar estufas de butano o petróleo.

La cuna debe estar homologada.

El colchón ha de ser duro y no se recomienda usar almohadas o cojines hasta los 2 años de edad (riesgo de asfixia mientras duerme).

El ambiente

Durante los primeros días de vida son habituales las visitas. Es conveniente dosificarlas hasta la recuperación de la madre, y el necesario tiempo para el acoplamiento familiar tras el nacimiento de la criatura.

Evitar el contacto con personas acatarradas, especialmente otros niños o niñas.

Evitar fumar en casa, así como otros humos (chimeneas, frituras, etc.).

Higiene en la preparación de los biberones

Antes de preparar el biberón, se recomienda lavarse las manos con agua y jabón.

Las leches en polvo no son estériles, por lo que es recomendable seguir los siguientes consejos de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátricas:

- Es aconsejable preparar los biberones en cada toma.
- Se desechará la leche sobrante, que no se haya consumido en las dos horas siguientes a su preparación¹.
- Lo más higiénico es preparar el alimento de nuevo para cada toma y administrarlo de inmediato. Ello se debe a que el alimento preparado ofrece las condiciones idóneas para la proliferación de bacterias, especialmente si se mantiene a temperatura ambiente. Si se necesita preparar tomas por adelantado para alimentar al bebé más adelante, ha de prepararse cada biberón por separado, enfriar los biberones rápidamente y meterlos en el frigorífico (a menos de 5°C). Desechar toda toma refrigerada que no haya sido utilizada en 24 horas.
- Los biberones, una vez preparados, no han de guardarse en termos o en calentadores. Lo que sí se puede mantener caliente es el agua, para añadir el polvo justo antes de la toma.

[1] Agencia de Salud Pública de Cataluña. Fichas de seguridad alimentaria Consejos para preparar el biberón con seguridad.

- Para diluir los preparados en polvo se puede utilizar agua del grifo, si donde se vive hay un buen control sanitario del agua para consumo humano. También pueden usarse aguas envasadas con bajo contenido en sales minerales (aptas para alimentación infantil).
- En función de la calidad del agua del grifo, puede ser recomendable hervirla un minuto durante los primeros meses de vida. Pero hacerlo durante más de 5 minutos aumenta la cantidad de nitratos y puede ser perjudicial.
- Si se calienta el agua en el microondas hay que tener precaución, pues no calienta por igual todo el biberón por lo que hay que agitarlo bien.
- Para la comprobación de la temperatura son adecuados los métodos clásicos, derramando unas gotas del biberón en el dorso de la mano o en la parte anterior de la muñeca: si apenas se nota, es que está a la temperatura adecuada.
- Antes de añadir el polvo, siempre debe ponerse primero el agua templada en el biberón y luego añadir los cacitos rasos de leche en polvo. Como norma general, 1 cacito por cada 30 ml. de agua. De forma que los biberones serán de 60, 90, 120 ml., etc. Aunque al añadir el polvo subirá un poco la cantidad total.
- No es preciso hervir los biberones. Tanto los biberones como las tetinas deben lavarse como el resto de la vajilla, de forma manual o en máquina, con agua y jabón, asegurándose de que no queden restos de leche.

Las casas comerciales han introducido diversidad de costosos productos, basándose en el concepto de la importancia de la esterilización. Pero diferentes estudios mostraron hace tiempo, que la contaminación bacteriana era similar entre los lavados y los esterilizados y que la incidencia de gastroenteritis no variaba.

Importancia del contacto físico y del masaje del bebé

El apego infantil se define como el vínculo que establece la criatura con las personas adultas significativas, que la lleva a permanecer junto a ellas en el tiempo y espacio y le otorga protección y seguridad. Para desarrollar un apego seguro el niño y la niña se requieren de un cuidador o cuidadora sensible, que muestre afectos positivos y sincronía en la interacción. No es un momento puntual; es algo que se va construyendo desde el momento del parto. El contacto físico piel con piel y la lactancia materna son las primeras formas de comunicación con la criatura. El llanto es su lenguaje, expresa sus necesidades físicas y emocionales.

La piel es el órgano por el que más estímulos llegan y a través del masaje, se está alimentando el vínculo que le une a padres, madres y persona cuidadora.

Otras actividades que fomentarán el vínculo afectivo son: alimentar, cambiar el pañal, bañar, cantar, acariciar, coger en brazos...

Prevención de la muerte súbita del o de la lactante (SMSL)

El SMSL, se define como la muerte súbita de un o una lactante de menos de un año, cuya causa permanece inexplicada después de una minuciosa investigación del caso, que incluya autopsia.

Recomendaciones grado A:

- Evitar la posición de prono (boca abajo) durante el sueño, en lactantes hasta los 6 meses de edad. El decúbito supino (boca arriba) para dormir, es la postura más segura y claramente preferible al decúbito lateral.
- Recomendar la lactancia materna a demanda.
- Desaconsejar el tabaquismo de padres y madres, especialmente de la madre, durante la gestación, aunque también después del nacimiento. Se aconseja que nadie fume delante de la criatura.

Recomendaciones grado B:

- Ambiente del dormitorio durante el sueño: La cuna en la habitación de la madre y/o pareja constituye el lugar más seguro. Es prudente no rechazar el uso del chupete para el sueño durante el primer año de vida.
- Aconsejar control adecuado de la gestación y periodo perinatal.
- Evitar el consumo prenatal y postnatal de alcohol y drogas.
- Hay estudios que concluyen que el colecho, bien practicado, evitando los factores de riesgo ya mencionados en el apartado dedicado al mismo, no guarda relación con el SMSL.

Prevención de accidentes

Los accidentes están entre las tres primeras causas de muerte en población infantil hasta los 14 años y la mayoría de ellos son evitables.

En el domicilio:

- Proteger estufas y braseros. Las casas con chimenea, brasero, estufa de leña o eléctrica, tienen mayor riesgo de que se produzcan quemaduras o incendios, por lo que debe disponerse de extintores. Además hay que revisar las calderas de gas por riesgo de intoxicación por CO₂.
- Todos los domicilios deben disponer de interruptor diferencial y los enchufes tener toma a tierra y estar protegidos.
- Usar las placas traseras de la cocina o vitrocerámica y no cocinar con el niño o la niña en brazos. Tener precaución al trasladar alimentos calientes de un lugar a otro, por el riesgo de tropiezo.

- Tener cuidado con la temperatura del agua del baño (se recomienda abrir primero el grifo de agua fría y después buscar la temperatura adecuada con el agua caliente).
- Desenchufar los electrodomésticos durante el baño.
- Evitar caídas del cambiador, la cama, la trona o la sillita de paseo.
- Evitar atragantamientos con partes pequeñas de juguetes o con globos. Consultar la guía de seguridad de productos infantiles potencialmente peligrosos:
<http://www.msssi.gob.es/va///profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/GuiaSegProductosPeligrosos.htm>
- Evitar el uso de bombillas de bajo consumo, por contener mercurio. No hay riesgo con las bombillas tipo Led.
- Los animales domésticos deben estar correctamente vacunados, domesticados y adiestrados para evitar ataques y mordeduras.
- Asegurarse de que el entorno es seguro también en casa de otros familiares y en la guardería.

En el automóvil

- El uso correcto de los sistemas de retención infantil en el automóvil, constituye una medida preventiva eficaz y efectiva que puede reducir en un 40% la mortalidad, y hasta en un 70% la cifra de lesiones graves en caso de accidente.
- Es necesario que los dispositivos de retención infantiles se ajusten a la talla y peso para aumentar la protección, que sean colocados en el asiento trasero y siempre en sentido contrario a la marcha.
- No usar estos dispositivos para pasear o como sistema de retención del niño en otro lugar que no sea el coche, POR RIESGO DE ASFIXIA.

Para consultar los consejos y normativa existente acudir a:

<http://www.dgt.es>

BENEFICIOS DEL VÍNCULO AFECTIVO Y MASAJE INFANTIL

El inicio de la vida es una etapa de grandes cambios. En nuestra especie somos especialmente vulnerables y dependientes, por lo que necesitamos vincularnos a una persona adulta sensible a nuestras necesidades para asegurar la supervivencia.

El punto central de la teoría del apego formula que la persona desde el nacimiento hasta la muerte vive en un contexto interpersonal e intersubjetivo, y es aquí donde desarrolla vínculos de apego con la madre, el padre o persona sustituta, así como con alguna más con quienes desarrolla una relación cercana.

Debido a la importancia que tienen estos vínculos iniciales es muy recomendable favorecer su desarrollo antes del nacimiento y en los primeros meses de vida.

Una de las actividades relacionadas con el establecimiento del vínculo es el masaje infantil. Éste, realizado de forma regular, favorece la comunicación mediante el contacto físico y ocular directo que se establece entre la criatura y la persona que lo realiza. Por ello le dedicaremos especial atención desarrollando la técnica por partes del cuerpo para facilitar el aprendizaje y su posterior realización.

Vínculo y apego

Las primeras relaciones interpersonales de las criaturas con sus figuras de referencia (madre, padre o personas a cargo de su atención) establecen la base para la formación del vínculo y apego necesario para su desarrollo.

Más allá de la relación que se establezca entre madres, padres, hijos e hijas; niñas, niños y adolescentes sanos, viven normalmente en familias, grupos o sistemas interpersonales. Cualquier cosa que suceda en estos sistemas afectará necesariamente a cada uno de los y los miembros, por lo que para el establecimiento del vínculo debe tomarse en cuenta la complejidad del contexto familiar en el que tiene lugar el temprano desarrollo del niño o la niña.

Hay distintos aspectos que contribuyen de manera importante a la seguridad del apego, como son: la ausencia de violencia familiar, la presencia de las parejas en el hogar, el apoyo mutuo, el hecho de que exista poco conflicto y como vivan algunos padres la paternidad (involucrándose más en el cuidado y la crianza).

La teoría del apego de Bowlby define éste como “el vínculo emocional que desarrolla la criatura con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad” (Bowlby, 1990).

Bowlby establece tres tipos de apego diferentes, “que presentarán características específicas dependiendo del cuidado y la disposición de la madre o cuidador, lo que dará como resultado uno de los tres tipos de apegos” (Bowlby, 1996).

Tipos de apego

- **Apego seguro:** La criatura lo desarrollará cuando su madre, o persona cuidadora respondan con prontitud a sus demandas de cuidado y cariño, proporcionándole seguridad y apoyo oportunos y eficaces. Debido a ello, la criatura tendrá la seguridad para explorar su medio y aprender de él. Además tendrá la confianza para acudir

a su persona de referencia cuando sienta angustia o ansiedad con el fin de retornar a la tranquilidad.

- Cuando su persona o personas de referencia se muestran ambiguas en su trato hacia la criatura, y su respuesta emocional y de cuidado no es constante ni eficaz, desarrollará un tipo de **apego ansioso-ambivalente**, caracterizado por la inseguridad frente al apoyo de sus personas de referencia en los momentos de angustia y frente a la capacidad de estas para suplir sus necesidades siempre que lo necesite. Por ello, estas criaturas suelen reaccionar con angustia e intensa ansiedad ante el riesgo de cualquier separación y combinan conductas de apego con protestas, enojo y resistencia.
- Por último, el **apego inseguro-evasivo**, se dará a partir de la incapacidad de las personas de referencia para brindar seguridad a la criatura, tanto física como emocional. No funcionan como una base segura para su desarrollo. Lo que en la criatura se reflejará en conductas caracterizadas por un aparente desinterés y desapego en la presencia de quien les cuide, poca confianza en que serán ayudados, inseguridad hacia los demás, miedo a la intimidad y que prefieran mantenerse distanciados del resto de las personas.

Según esta teoría podría inferirse que con un tipo de apego seguro tienen mayor probabilidad de establecer relaciones interpersonales satisfactorias. No obstante, hay que tener en cuenta la enorme plasticidad del cerebro humano, para poder desarrollar recursos que faciliten el establecimiento de tales relaciones en la etapa adulta, a pesar de no haber desarrollado un apego seguro en la infancia (Doltó, 1981).

Fases del desarrollo evolutivo del apego

Fase 1: Preapego (del nacimiento a las 6 semanas)

La criatura comienza aplicando sus reflejos innatos. Lloro, agarra, orienta la vista hacia quienes le cuidan, responde positivamente a los acercamientos y caricias, y ya reacciona y distingue la voz de la persona de referencia (habitualmente su madre), de la de otras personas por las claves emocionales que aparecen en esta, pero aún no muestra conductas de apego, acepta a cualquier persona que le proporcione comodidad y seguridad. Busca contacto físico.

Fase 2: Etapa de formación del apego (de las 6 semanas a los 6-8 meses)

La criatura ya muestra con su conducta que distingue a la persona de referencia de otras personas. Sonríe y balbucea con más facilidad a ésta, y se muestra más tranquila y calmada cuando es esta persona quien la tiene en brazos. Lo que más le molesta es perder el contacto humano.

Fase 3: Etapa de apego (de los 6-8 meses a los 18-24 meses)

Las reacciones de enfado y ansiedad ante la separación de la persona de referencia, son ya una muestra clara del apego que la criatura tiene con ella. A partir de los 8 meses, empieza a tener preferencia clara por su figura de apego, y todas sus acciones en esta etapa están orientadas a conseguir una mayor presencia de ella (gatear, manipular objetos, etc.).

Fase 4: Etapa de las relaciones recíprocas (de los 18-24 meses en adelante)

A partir de aquí, tiene ya la capacidad de representar mentalmente a la persona de referencia cuando ésta no está, lo que unido al comienzo del habla, provoca un cambio de conducta. Disminuye la ansiedad de separación, porque ya comprende que no es una separación definitiva, y porque la persona de referencia puede explicarle cómo y cuándo va a regresar. Esto es importante, ya que se ha demostrado que cuando se explican las razones de la separación y el tiempo que durará, se consigue una reacción mucho más serena por parte de la criatura. No conviene engañar, porque esto creará más problemas a la larga.

Cuidados y actitudes que pueden favorecer el establecimiento del vínculo:

- Contacto piel con piel desde el nacimiento, y contacto físico continuado con la criatura.
- Masaje infantil.
- Lactancia materna a demanda.
- Uso de los sistemas de porteo infantil.
- Respuesta rápida y sensible a las peticiones de la criatura.

El masaje infantil

Para la realización del masaje conviene tener en cuenta que es un momento de ocio y disfrute. Por ello es bueno que tanto la criatura como la persona que aplica el masaje estén relajadas (por ejemplo, podemos realizar una breve relajación al inicio) y escoger un momento adecuado del día. Antes de realizar el masaje le pediremos permiso a la criatura y respetaremos siempre sus señales si no desean recibirlo.

El masaje infantil es una práctica ancestral y sabemos que tiene numerosos beneficios, entre los que se encuentran:

- Bienestar y relajación.
- Fomenta el vínculo.
- Favorece el tránsito intestinal.
- Estimula el sistema nervioso, circulatorio, digestivo, inmunológico, y respiratorio.
- Integración del cuerpo, de su imagen corporal.
- Fomenta la autoestima y el respeto.
- Estimula la psicomotricidad.

El porteo

Otra práctica que favorece el desarrollo del vínculo es el porteo. Llevar a las criaturas en sistemas de porteo o porta bebés, también se ha realizado desde siempre. Actualmente disponemos de una amplia oferta en estos sistemas teniendo cada uno sus propias características.

Dentro de los porta bebés hay un amplio abanico. Por ello debemos conocer cuáles son ergonómicos para el correcto sostén y desarrollo de una postura fisiológica: la espalda del bebé se redondea hacia delante adquiriendo una forma de C que protege el desarrollo de su columna; las rodillas se mantienen por encima del nivel de las nalgas de manera que dibujan una M, ambas piernas mantienen entre ellas un ángulo de 90° (esto favorece el correcto desarrollo de la cadera); la cabeza va apoyada sobre el cuerpo de quien portea, firme, pero suavemente sujeta por la tela del porta bebés; las vías respiratorias están libres (es importante que quien portea pueda revisar que la barbilla no toque con su pecho para evitar la asfixia). Esta postura además activa el bloqueo cervical protegiendo el cuello.

Desde el punto de vista de quien portea, la criatura queda colocada suficientemente alta para que su peso descansa en las caderas a la vez que las tiras de los hombros son anchas y separadas del cuello para distribuir bien el peso en la espalda.

Beneficios del porteo

- Favorece el vínculo y apego.
- Las criaturas porteadas manejan mejor el estrés, lloran menos, duermen mejor.
- Favorece el contacto, integración social y la comunicación.
- Toman conciencia del mundo que les rodea y perciben el calor, olor, voz de quien portea, a la vez que se perciben mejor sus expresiones faciales y su forma de relacionarse con el entorno.
- Facilita su regulación de la temperatura corporal, el ritmo respiratorio, y digestivo, alivia los síntomas del reflujo gastroesofágico, ayuda en la prevención de los cólicos.
- Reduce las apneas y la respiración irregular.
- Estabiliza la frecuencia cardiaca.
- Estimulación motriz, táctil y visual.
- Mejora su motricidad, tono muscular y coordinación.
- Favorece un correcto desarrollo de la columna, fémur, caderas.
- Evita la plagiocefalia.
- Favorece el desarrollo de su equilibrio y desarrollo psicomotor.
- Facilita la lactancia en cualquier parte, su prevalencia y duración.

Medidas de seguridad en el porteo

- Permanecer siempre visible la cara de la criatura.
- Vigilar con frecuencia su postura.
- Vigilar que respira libremente.
- Evitar que la cara se apoye contra el cuerpo de quien portea.

- Utilizar siempre porta bebés apropiados, en función del peso y la edad.
- Comprobar diariamente la tela, las costuras, la presencia de pliegues y los broches o cremalleras del sistema.
- Evitar su uso si se van a practicar actividades con riesgo de caídas (montañismo, montar a caballo o en bicicleta, patinar, etc.).
- Evitar zonas deslizantes que puedan ocasionar caídas.
- Comprobar en caso de porta bebés de espalda, que no puede coger cosas peligrosas.
- Evitar cocinar mientras se portea, para evitar quemaduras.

Tipos de porteo

Fular

Es un rectángulo de tela que permite hacer multitud de nudos diferentes con diferentes posiciones para cada momento del día o de la edad. Sobre la cadera, en la espalda o en el vientre, de cara a quien portea, en apoyo sobre sus nalgas y muslos. Su espalda está sostenida por el tejido que sigue su forma en toda su longitud y la redondea. Sus muslos están elevados y separados, sus caderas se encuentran en una posición correcta previniendo problemas de cadera como la luxación. En casos leves de displasia congénita de cadera está especialmente indicado.

Bandolera de anillas

Es sencilla, práctica y versátil. También llamada hamaca de anillas, Sling o Ring Sling. Es un rectángulo de tela que lleva en un extremo dos anillos en los que insertamos el otro extremo formando así una bolsa de asiento. Podemos llevarla en el vientre, en la espalda o en la cadera, desde el nacimiento hasta los tres años, en función del peso.

Mei tai

El mei tai es de origen asiático. Consiste en un cuerpo central que hace de asiento y un respaldo. Dos tiras cortas salen de las esquinas inferiores y dos tiras más largas de las superiores. Las más cortas se atan a la cintura con un doble nudo, justo por debajo del pecho, con el asiento de la criatura en la posición en la que se desee llevar.

Mochila ergonómica

Las mochilas ergonómicas están inspiradas en el Mei Tai. Son el sistema que se usa durante más tiempo, desde el nacimiento (aunque algunas precisan adaptadores) hasta los 15-20 Kg. Mantienen la postura fisiológica y son fáciles de poner y quitar. Generalmente son las mejor aceptadas.

ANEXO: GUÍA SALUD ORAL EN EL EMBARAZO Y LA PRIMERA INFANCIA¹

El cuidado de la boca en la primera infancia

Alimentación sana para la boca del bebé

- La lactancia materna es la mejor alimentación posible para el bebé; favorece el desarrollo y el funcionamiento correctos de las estructuras (dientes, huesos, músculos, etc.) que forman su boca y su cara. Además le ayudará a prevenir la deglución atípica y las maloclusiones.
- Es mejor evitar el uso de chupetes y biberones durante el periodo de inicio de la lactancia materna y usarlos sólo cuando esté bien establecida (alrededor de las dos semanas). En general es aconsejable que no se usen los chupetes o tetinas después de cumplir un año.
- Recuerde que tanto la leche artificial como los zumos, contienen azúcares que pueden provocar caries en los primeros dientes.
- *NO* moje nunca el chupete en miel, en azúcar o en zumo.

Higiene de la boca del bebé

- Debe empezar a limpiarle la boca, aún antes de que aparezcan los primeros dientes. Después de comer utilice una gasa humedecida o cepillos especiales de silicona para limpiarle las encías, las mejillas y la lengua.
- Tenga en cuenta que los gérmenes que pueda tener usted en la boca llegan fácilmente a la de su bebé, por lo que es muy importante que siga dedicando tiempo al cuidado de sus dientes y encías.
- Para evitar esta transmisión de los gérmenes que producen caries o enfermedad de las encías a la boca del recién nacido, *“no chupe su chupete”*.
- Una vez que le salgan los dientes, cepíleselos después de comer con un cepillo suave y pequeño adaptado a su edad.

[1] Guía del Embarazo, parto y Lactancia 2015, Octubre 2015 Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

- Cuando el niño tenga 1 año le podrá dar un cepillo para que empiece a familiarizarse con él, y en el momento que complete su dentición de leche, le podrá enseñar la correcta técnica de cepillado que consiste en movimientos verticales desde la encía al diente, “*del rojo al blanco*”.
- El cepillado dental deberá ser supervisado por adultos hasta los 8-9 años, sobre todo por la noche.
- Es aconsejable el uso de pasta fluorada (1000 a 1500 ppm de flúor), en pequeñas cantidades, en la siguiente manera:
 - A partir de la aparición de los *primeros dientes*, y *hasta los 3 años*, use un “grano de arroz” de pasta en el cepillo.
 - *Desde los 3 años* utilice un “guisante” de pasta en cada cepillado.
- En todos los casos, vigile que NO TRAGUE la pasta. Además se recomienda ESCUPIR el sobrante al finalizar el cepillado SIN ENJUAGAR la boca, para no estimular al niño o niña a tragar ese exceso, y para mantener el contacto del flúor que contiene la pasta, con sus dientes.

Los primeros dientes

- Los dientes temporales (*de leche*) son fundamentales para la masticación completa de los alimentos y para formar las palabras. Además se ocupan de mantener el espacio y de guiar la salida de los dientes permanentes. Por estas razones es necesario conservarlos hasta que salgan los definitivos.
- El primer diente de leche suele aparecer a los 6 meses y el último a los 24 meses, aunque estas edades pueden variar mucho de forma natural y sin que suponga nada extraño.
- No hay pruebas concluyentes sobre la relación entre la aparición de los dientes de leche y diversas molestias (diarrea, fiebre, malestar,...). En cualquier caso, de aparecer coincidiendo con la erupción de un diente, no suelen tener importancia y suelen tratarse con frío local o analgésicos tipo paracetamol.

BIBLIOGRAFÍA

- Características y cuidados del recién nacido normal. M. Cruz, R. Jiménez, F. Botet. Manual de Pediatría. Ed Ergon. 2003.p. 43-51
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención-2011. Primaria. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_489_Trastorno_sue%C3%B1o_infadol_Lain_Entr_resum.pdf
- Joseph D, Chong NW, Shanks ME, Rosato E, Taub NA, Petersen SA, Symonds ME, Whitehouse WP, Wailoo M. Getting rhythm: how do babies do it? Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2015;100:F50-F54 doi:10.1136/archdischild-2014-306104
- Mindell JA, Li AM, Sadeh A, R Kwon, Goh DY. Bedtime Routines for Young Children: A Dose-Dependent Association with Sleep Outcomes. Sleep. 2014 Oct 17. pii: sp-00385-14.
- Programa de Salud Infantil (PSI) (AEPap). Ed Exlibris,SL.2009.p.11-32
- Comité asesor de vacunas de la AEPED. Calendarios de vacunación. Asturias <http://vacunasaep.org/profesionales/calendario-vacunas/asturias>
- Douglas P, Hill P. ¿Qué hacemos con ese bebé que llora...?. Current Opinion in Pediatrics, 2011, vol. 23, p. 523-529.
- Álvarez Buñuel, J.C., Guarch Ibáñez, R., Llerena Santa Cruz, E. Pediatría Basada en la Evidencia. Rev Pediatr, 2012, vol. 14, p. 83-87
- Sung V, Collett S, de Googer T et al. Probiotics to prevent or treat excessive infant crying: systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. 2013;167(12):1150
- Shields MD, Bus A et al. British Thoracic Society Cough Guideline Group. Thorax. 2008; 63 Suppl 3:iii1.
- World Health Organization. Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children. 2001. <http://www.who.int>
- García Merino A, Carvajal Urueña I. La tos, en el catarro ¿tiene tratamiento?. FAMIPED. Volumen 3. Nº 3. Septiembre 2010.

- E. Ramos Polo, C. Bousoño García. El manejo del niño vomitador. Protocolos de Gastroenterología AEPED.2002
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17-vomitador.pdf>
- Armas H, Ramos. L. Ortigosa del Castillo. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. SEGHNP. Ed Ergón. 2012 Capítulo: Reflujo gastroesofágico y esofagitis en niños. p11-27
- Estudio de prevalencia de la obesidad infantil: Estudio ALADINO (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad). Pediatría Atención Primaria versión impresa ISSN 1139-7632. Rev Pediatr Aten Primaria vol.13 no.51 Madrid jul.-set. 2011.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000300015>
- El consejo dietético en Atención Primaria dirigido a la prevención de la obesidad infantil. Martínez Rubio A, Grupo PrevInfad GP. Fapap. 2013, vol. 6, nº 4
- Mahrshahi S, Battistutta D, Magarey A, Daniels LA. Determinants of rapid weight gain during infancy: baseline results from the NOURISH randomised controlled trial. BMC pediatrics. BioMed Central Ltd. 2011; 11(1):99 [en línea].
<http://1.usa.gov/ZtTouP>
- De Onis M (Coord) and the WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. 2006 [en línea].
http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf
- World Health Organization. Proteger al feto contra los daños del alcohol. 2014
<http://www.who.int/features/2014/aboriginal-babies-alcohol-harm/es/>
- Vizcaino E, Grimalt JO, Glomstad B, Fernández-Somoano A, Tardón A. Gestational weight gain and exposure of newborns to persistent organic pollutants. Environ Health Perspect. 2014 Aug; 122(8):873-9. doi: 10.1289/ehp.1306758. Epub 2014 May 2.
- Olea, N.; Molina, J.M.; Fernández, M.F. Exposición materno-infantil a disruptores endocrinos. En: Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria (ed.) Curso de Actualización Pediatría 2012. Madrid: Exlibris, 2012. pp. 173-177.
<http://hdl.handle.net/10481/24878>
- State of the science of endocrine disrupting chemicals 2012. Group of experts for the United Nations Environment Programme and World Health Organization.2012
<http://www.who.int/ceh/publications/endocrine/en/>

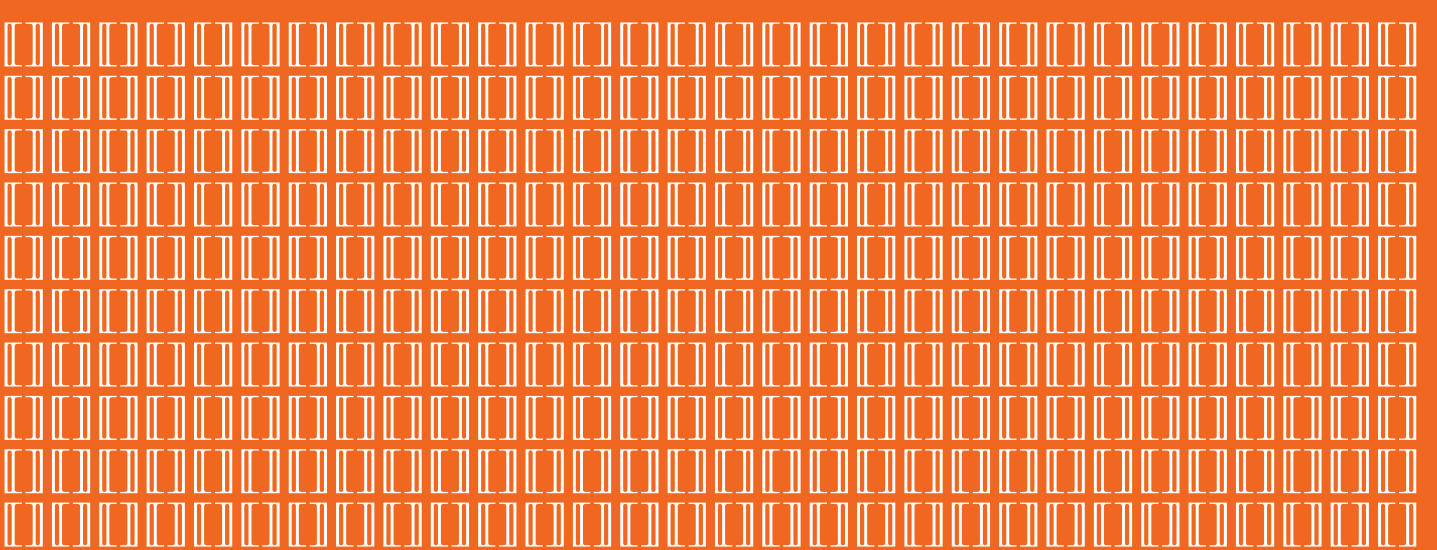
- Puericultura. J Plaza Montero. Ed Marban libros SL. 2010. Capítulo 10.
- Programa de Salud Infantil (PSI) (AEPap). Ed Exlibris, SL. 2009. p.294-5; p381-3
- COVAS, María del Carmen, et al. Higiene del cordón umbilical con alcohol comparado con secado natural y baño antes de su caída, en recién nacidos de término: ensayo clínico controlado aleatorizado. Archivos argentinos de pediatría, 2011, vol. 109, no 4, p. 305-313.
- En familia: los biberones y el bisfenol A. AEPED.
<http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/biberones-bisfenol>
- Alcocer Bloch E, García Tornel S. Cartas al director. An Esp Pediatr 1996;44:524525.
- AEPAP. Familia y Salud. El primer mes.
<http://www.familiaysalud.es/crecemos/el-primer-mes/desarrollo-psicomotor-en-el-primer-mes-de-vida-llega-un-nuevo-miembro-casa>
- Prevención en la infancia y la adolescencia AEPap prevención del SMSL-Javier Sánchez Ruiz-Cabello y Grupo PrevInfad, 2013
http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_smsl.pdf
- Recomendaciones del Task Force on Sudden Infant Death Síndrome de EE. UU. (Octubre 2011)
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/USPSTF/grades.htm>
- Landa Rivera L, Díaz-Gómez M, Gómez Papi A, Paricio Talayero JM, Pallás Alonso CR, Hernández Aguilar MT y cols. El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante. Dormir con los padres. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012; 14:53-60.
- Prevención en la infancia y la adolescencia AEPap: guía de actividades preventivas por grupos de edad. Olga Cortés Rico et al. Grupo PrevInfad, 2014
http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_actividades.pdf
- Asociación Española de Atención Primaria: Decálogo de la prevención de accidentes infantiles. 2014.
http://www.familiaysalud.es/sites/default/files/decalogo_de_accidentes_def_poster_a-3_1.pdf
- Programa de salud infantil. AEPAP. 2009. Anexo2: Consejos preventivos de accidentes según el entorno.
<https://aepap.org/sites/default/files/accidentes.pdf>

- En familia: los biberones y el bisfenol A. AEPED.
<http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/biberones-bisfenol>
- Sánchez Serna N. Tipo de apego infantil con las figuras primarias y construcción de relaciones interpersonales en el escenario escolar. Poiésis [Internet] 2013; (26)
<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/download/999/890>
- Bowlby, J. Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 1996
- Bowlby, J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 1993
- Marrone M. La teoría del Apego. Un enfoque actual. 2001.
- Schneider V. Masaje infantil. Guía practica para el padre y la madre. Ediciones Medici
- Feldman et al. "Testing a Family Intervention Hypothesis: The contribution of Mother-Infant skin to skin contact, kangaroo care, to Family interaction, proximity and touch" 2003. March Journal of Family Psychology vol.17, 94-107
[http://www.researchgate.net/profile/Ruth_Feldman/publication/10830714_Testing_a_family_intervention_hypothesis_the_contribution_of_mother-infant_skin-to-skin_contact_\(kangaroo_care\)_to_family_interaction_proximity_and_touch/links/0912f510103bdd9af](http://www.researchgate.net/profile/Ruth_Feldman/publication/10830714_Testing_a_family_intervention_hypothesis_the_contribution_of_mother-infant_skin-to-skin_contact_(kangaroo_care)_to_family_interaction_proximity_and_touch/links/0912f510103bdd9af)
- Field, T. (2003). Touch (Bradford Books). Cambridge, The MIT Press
- Kostandy RR et al, "Kangaroo Care reduces crying response to pain in preterm neonates: Pilot results." Pain Management Nursing 2008 9:55-65.Lawn et al.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647362/pdf/nihms-9570.pdf>
- Lawn, Joy E., et al. "'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications." International journal of epidemiology 39.suppl 1 (2010): i144-i154.
http://ije.oxfordjournals.org/content/39/suppl_1/i144.full.pdf+html
- McCain, Get al. "Heart rate variability responses of a preterm infant to Kangaroo care" 2005 Journal of Obstetrics, Gynaecologic, and Neonatal Nursing 34 (6) 689-694.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2133345/>
- Messmer P.et al. "Effect of Kangaroo Care on sleep time for neonates" 1997 Paediatric Nursing 23, 4, 408-414.

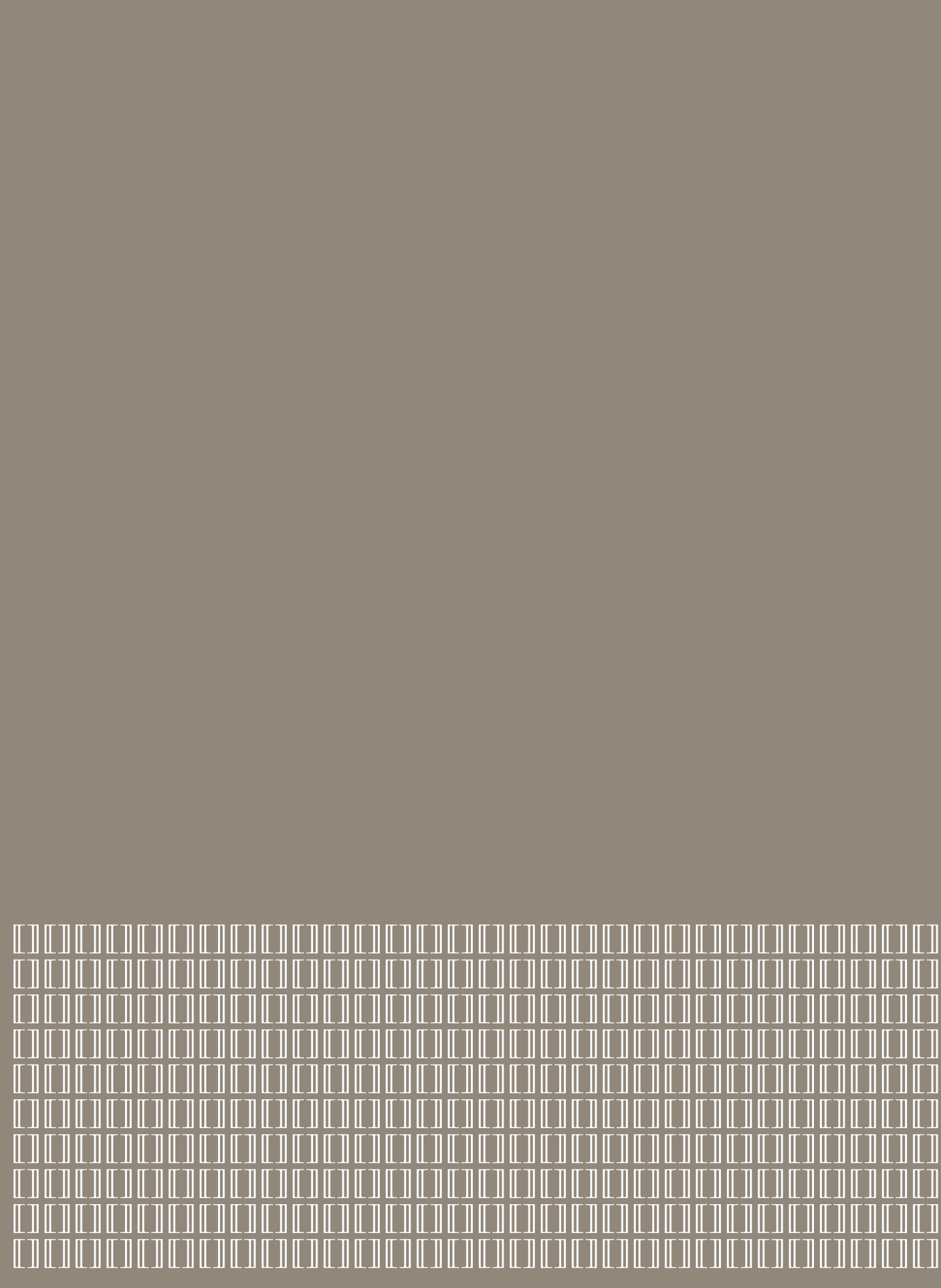
- Tasker,A. Dettmar,P.W. Panetti,M. Koufman,J.A.,Birchall,J.Pand Pearson, J.P. (2002) "Is gastric reflux a cause of otitis media with effusion in children?" The Laryngoscope, 112:1930-1934.
- Antunovik, E. "How your baby's body's adapted to being carried" Growth, health and wellness. (web)
<http://www.boba.com/blog/how-your-babys-body-is-adapted-to-being-carried>

RECURSOS WEB SOBRE MASAJE Y PORTEO

- Red Canguro: Asociación Española por el Fomento del Uso de Portabebés
<http://redcanguero.org/>
- Asociación Española de Masaje Infantil
<http://www.masajeinfantil.es/joomla/>
- Asociación Española de Pediatría
www.aeped.es
- Documento Comité de Seguridad y Prevención de Lesiones no intencionadas en la Infancia 2014. "Recomendaciones de uso de los cabestrillos portabebés"
<http://www.aeped.es/comite-seguridad-y-prevencion-lesiones-no-intencionadas-en-infancia/documentos/recomendaciones-uso-l>
- Carceler Benito F, Leal de la Rosa J. Plagiocefalia posicional: nuevas recomendaciones para el diagnóstico precoz y registro en la cartilla sanitaria del niño
http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_1382444179.pdf
- International Chiropractic Pediatric Association. Baby Wearing: Suggestions for Carrying your baby
<http://icpa4kids.org/Wellness-Research/baby-wearing-suggestions-for-carrying-your-baby.html>



TEMA VII. EL PUERPERIO



CAMBIOS FISIOLÓGICOS MÁS IMPORTANTES EN EL PUERPERIO

Involución uterina: inmediatamente después del alumbramiento, el útero llega hasta la mitad de la distancia que existe entre el ombligo y la sínfisis del pubis, y 24 horas más tarde, alcanza o supera el nivel del ombligo. Paulatinamente, este nivel irá disminuyendo entre medio y un centímetro al día. La buena evolución se comprobará mediante la vigilancia de la altura y el tono uterinos. Durante los primeros días del post-parto, la mujer puede padecer dolores abdominales, provocados por la contracción del útero durante la involución (se conocen como *entueritos*).

Loquios: se llama así a las secreciones vaginales exudativas compuestas por sangre, decidua, restos epiteliales y microorganismos, propias del puerperio. Los primeros días son muy abundantes y de color rojo vivo, a continuación rosado (durante la primera y segunda semana) y finalmente, a partir de la tercera semana, tienen un color blanco. Los loquios presentan un fuerte olor característico.

Cuello uterino: el cuello permanece permeable a dos dedos durante los primeros dos o tres días, para favorecer la expulsión de los loquios y va recuperando progresivamente sus características. El orificio cervical externo se convierte en una cisura transversal.

Mamas: Durante el embarazo, las mamas se van preparando para la lactancia por la acción de varias hormonas: estrógenos, progesterona, esteroides suprarrenales y la prolactina. Esta última, no puede actuar por el bloqueo de los estrógenos, pero inmediatamente después del parto, con la brusca caída de los niveles estrogénicos, se desbloquea la glándula mamaria y se inicia la fabricación de la leche materna, que irá aumentando progresivamente con la estimulación del pecho por la criatura.

Temperatura: se considera que la temperatura hasta los 38 °C es normal en las primeras 24 h.

Cambios endocrinos: los estrógenos y la progesterona disminuyen bruscamente y aumenta la producción de prolactina y oxitocina, que van a favorecer la subida de la leche y la salida de la misma.

Cambios hematológicos: anemia por hemodilución y leucocitosis sin neutrofilia, que se normaliza una semana después. Tendencia a la hipercoagulabilidad.

Cambios del sistema urinario: en el post-parto inmediato, puede aparecer menor sensibilidad ante una presión mayor, con sobredistensión de la vejiga e incontinencia por rebosamiento, debido al edema de la mucosa vesical como consecuencia del parto y a la debilidad muscular.

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Durante este periodo, la mujer puede presentar:

- Labilidad emocional con cambios de humor, irritabilidad y euforia.
- Marcada sensibilidad con tendencia al llanto.
- Sensación de agobio y agotamiento.
- Trastornos del sueño y del apetito.

Todos estos síntomas no se consideran patológicos, llegando a afectar al 30-80% de las púerperas y no asocia una sintomatología seria.

Se trata de un trastorno adaptativo (*maternity blues*), al que se le han atribuido factores desencadenantes como: dolores secundarios al parto, molestias propias de la lactancia, fatiga y falta de sueño, aumento de la prolactina, ansiedad por el manejo y atención a la criatura recién nacida, cambios en la relación de pareja...

Se inicia a partir de las 24 horas del parto y el cuadro florido se instala al 4º-5º día, soliendo ceder en 10-14 días. No requiere tratamiento farmacológico, solo información y acompañamiento, tanto profesional como familiar. Entre un 8 y un 15% de los casos, progresan a la depresión puerperal, por lo que a pesar de la benignidad, se vigilará la evolución, y la normalización del estado anímico.

Para ayudar a la mujer durante este tiempo y prevenir trastornos psicológicos más graves, animaremos a la madre a que cuide su alimentación, su aspecto físico y respete sus momentos de reposo, que acepte la dependencia entre ella y su bebé, y sobre todo, que comparta con su pareja todas sus emociones y preocupaciones y no dude en pedir ayuda si la necesita, tanto a su familia como a profesionales que la acompañan en este proceso.

El trastorno psicológico más grave es la psicosis puerperal, que tiene una incidencia muy baja (0,1-0,2 %) pero una gravedad extrema. Su diagnóstico conlleva el ingreso inmediato para evitar el suicidio o el infanticidio.

La guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, recomienda indagar sobre el estado anímico de la mujer, en cada visita puerperal, utilizando la escala post-natal de Edimburgo como instrumento para descartar la depresión post-parto.

CUIDADOS HABITUALES

Dieta: será variada y equilibrada, rica en proteínas, vitaminas e hidratos de carbono para que cubra las necesidades de recuperación de los tejidos. La ingesta de líquidos se

realizará en función de la sed. También es importante aumentar la fibra para prevenir el estreñimiento. La dieta debe de incluir: carnes, pescados, huevos, fruta, verduras, legumbres y leche o derivados lácteos.

En caso de lactancia materna: se recomienda consumir diariamente unas 500-600 calorías adicionales y 3 raciones de lácteos, además de sal yodada. Solo se recomendarán suplementos de yodo (200 mcg diarios), cuando no se alcance el consumo citado de lácteos o esté contraindicada la sal yodada.

Higiene: la habitual, es decir, ducha diaria (no se recomienda el baño en bañera), y prestar especial atención a la zona perineal, que debe de mantenerse lo más limpia y seca posible para una correcta cicatrización. Se recomienda hacer los lavados con jabón y agua corriente a chorro y siempre en dirección vagina-ano. El secado será completo y el cambio de compresa frecuente, para mantener la zona lo más seca posible. Es importante observar el aspecto de los loquios, tanto en cantidad como en olor. Las mamas no requieren cuidados especiales.

Reposo: en este periodo se recomienda hacer reposo relativo, que facilite la recuperación musculo-esquelética de la madre. El reposo absoluto está contraindicado, pero la actividad normal tampoco es conveniente. El retorno a la normalidad será paulatino.

Ejercicio: se aconseja evitar todo tipo de esfuerzos. A los pocos días del parto es conveniente iniciar los ejercicios de recuperación del suelo pélvico (Kegel). Comenzaremos con pocas repeticiones, que iremos aumentando progresivamente. Es preferible hacerlos acostadas hasta las 6-8 semanas post-parto, en que ya se pueden hacer además, de pie y/o sentadas.

También se pueden hacer en este periodo, ejercicios de respiración diafragmática que ayuden a recuperar el tono abdominal. **Están contraindicados los abdominales clásicos** y están especialmente recomendados los ejercicios de gimnasia abdominal hipopresiva que se iniciaran de 2 a 3 meses después del parto.

No se recomienda utilizar faja post-parto, pero sí la faja o cinturón pélvico que sirve para estabilizar las articulaciones de la pelvis (aliviando las molestias a ese nivel) y ayuda a la recuperación del suelo pélvico.

Síntomas de alarma

Se informará a la mujer y su pareja sobre aquellos síntomas que pueden suponer la aparición de complicaciones: fiebre, dolor intenso (abdominal, perineal, en la pantorrilla, mamas, torácico) aparición de pérdidas anormales (en olor o cantidad), problemas con las mamas, dificultad respiratoria, cefalea intensa, alteraciones visuales, alteraciones psicológicas... En caso de presentar alguno de ellos, se pondrá en contacto con matronería o ginecología.

Revisión puerperal

La “Guía de práctica clínica para la atención al embarazo y el puerperio 2014”, recomienda realizar la primera visita puerperal, a las 24-48h, tras el alta hospitalaria, para identificación temprana de problemas.

Al finalizar el puerperio (aproximadamente 6 ó 7 semanas después del parto) la mujer acudirá a la consulta, para comprobar su estado de salud, tanto física como psicológica. Además de la exploración física, se aprovechará esta consulta para asesorar sobre:

- Planificación familiar.
- Refuerzo de la lactancia materna.
- Programas de detección precoz del cáncer ginecológico.
- Actualización de vacunas.
- Recuperación del suelo pélvico.

INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN

La GPC de atención en el embarazo y el puerperio editada por el ministerio de Sanidad recoge en un apartado específico los distintos **Tipos de anticoncepción durante el puerperio**¹.

No se ha realizado una búsqueda bibliográfica específica para esta sección. Se realiza un resumen narrativo a partir de la *serie Faculty of Sexual and Reproductive Health Care* del RCOG británico (*Royal College of Obstetricians and Gynecologists*). Para una correcta evaluación de la calidad de la evidencia se debería formular preguntas específicas para cada uno de los tipos de anticonceptivos que se consideren de interés en esta situación.

Por otro lado, los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la OMS proporcionan una serie de recomendaciones sobre criterios médicos de elegibilidad, de los diferentes tipos de anticonceptivo (OMS, 2011). Aunque en este apartado se recogen las principales contraindicaciones recogidas en este documento, es aconsejable su consulta para individualizar la decisión de acuerdo con las características y antecedentes de cada mujer.

Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)

Debido a que los parámetros de coagulación y fibrinólisis se normalizan aproximadamente a las 3 semanas tras el parto, los anticonceptivos hormonales combinados

[1] Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Junta de Andalucía, 2014.

se pueden iniciar tras las 3 semanas en mujeres que no realizan lactancia materna, siempre que no existan contraindicaciones formales al tratamiento.

Los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la OMS (OMS, 2011), desaconsejan en las mujeres que no amamantan a sus bebés el uso de AHC antes de los 21 días tras el parto, extendiendo el periodo hasta los 42 días tras el parto para las mujeres con algún factor de riesgo de tromboembolismo venoso. En mujeres lactantes desaconsejan el uso de los AHC hasta los 6 meses tras el parto.

El uso de los anticonceptivos hormonales combinados en mujeres que realizan lactancia materna no se contempla en la ficha técnica del producto aunque la guía del RCOG británico detalla que su uso entre las 6 semanas tras el parto y hasta los 6 meses en mujeres lactantes sólo se debe considerar si los otros métodos no pueden utilizarse.

Anticonceptivos orales con progestágenos

Los anticonceptivos orales con progestágenos pueden usarse en cualquier momento tras el parto tanto en mujeres que realizan lactancia materna como en las que no. Si se inicia este tipo de anticonceptivo a partir del día 21 tras el parto, se debe aconsejar el uso de un método anticonceptivo adicional al menos durante las primeras 48 horas y preferiblemente durante los primeros 7 días.

Los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la OMS (OMS, 2011) indican que las mujeres lactantes solamente pueden usar este método cuando han transcurrido 6 semanas tras el parto, y no establecen restricciones para las madres que no amamantan.

Anticonceptivos inyectables con progestágenos

Los métodos inyectables se contraindican en los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la OMS (OMS, 2011) para aquellas mujeres que están lactando al menos hasta 6 meses después del parto, y en mujeres que no amamantan se aconseja retrasar el inicio del método más allá de los 42 días tras el parto.

En las mujeres que no realizan lactancia materna, los anticonceptivos inyectables con medroxiprogesterona se deben iniciar durante los primeros 5 días tras el parto. Aunque el uso de los anticonceptivos inyectables con medroxiprogesterona en mujeres que realizan lactancia materna no se contempla en la ficha técnica del producto, se puede considerar su inicio entre el día 21 y las 6 semanas tras el parto en el caso de riesgo de embarazo y no aceptación del uso de otros métodos anticonceptivos. Se debe advertir del riesgo de sangrado, sobre todo en el puerperio inmediato.

Implantes anticonceptivos con progestágenos

Los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la OMS (OMS, 2011) indican que las mujeres lactantes pueden usar este método a partir de las 6 semanas posparto y en las mujeres que no lactan en cualquier momento tras el parto.

Aunque los anticonceptivos implantables con progestágenos no se asocian a un aumento de los sangrados, se debe advertir que se notifique cualquier caso para excluir otras causas.

Dispositivos intrauterinos

Debido a que la tasa de expulsión de los dispositivos intrauterinos puede ser más elevada si se realiza su inserción tras el parto y para reducir el riesgo de perforación, se sugiere su inserción a partir de las 4 semanas tras el parto. Su uso es adecuado independientemente del tipo de parto (vaginal o por cesárea) o de si se realiza lactancia materna o no. Los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la OMS (OMS, 2011) no sugiere ninguna restricción a la inserción de un DIU cuando se realiza más allá de las 4 semanas tras el parto. En caso de que se realice una inserción de un dispositivo, antes de transcurrir 48 horas después del parto, se debe evitar el DIU liberador de levonorgestrel en mujeres que están amamantando.

Se debe informar a las mujeres a las que se vaya a insertar un dispositivo intrauterino de los signos de expulsión y que deben acudir a la consulta para su revisión o si se detectan problemas.

Métodos de barrera

Los condones (masculino o femenino) pueden usarse en cualquier momento tras el parto. Incluso en los casos en los que se esté utilizando otro método anticonceptivo se debe advertir de su uso correcto para evitar enfermedades de transmisión sexual.

Debido a los cambios anatómicos durante el puerperio, se aconseja el uso de los diafragmas a partir de las 6 semanas tras el parto. En el caso que la mujer quiera utilizar este método se le debe advertir que probablemente deba cambiar el tamaño del diafragma durante este periodo. En los casos en los que el diafragma no se pueda colocar correctamente, se debe usar otro tipo de método anticonceptivo. Se debe recomendar además el uso de diafragma con espermicida.

Los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la OMS (OMS, 2011) no establecen ninguna contraindicación de este método tras el parto.

Esterilización

La esterilización masculina o femenina se considera un método anticonceptivo definitivo, por este motivo se debe proporcionar información detallada sobre el procedimiento (los inconvenientes y el potencial riesgo de embarazo) y de todos los otros métodos anticonceptivos adecuados en cada caso. Debe insistirse en que algunos métodos como los dispositivos intrauterinos o los implantes anticonceptivos tienen una tasa de embarazo similar a la esterilización femenina con la ventaja de que son reversibles. Se debe informar que la vasectomía se asocia a mayor eficacia y menores complicaciones en comparación con la ligadura de trompas.

Métodos de urgencia

La anticoncepción de urgencia con progestágenos orales puede usarse después del día 21 tras el parto, tanto en mujeres que realizan lactancia materna como en las que no.

Los dispositivos intrauterinos impregnados de cobre como la anticoncepción de urgencia con progestágenos orales pueden usarse durante el puerperio por lo que las mujeres deben recibir información sobre estos métodos además de informar de que no se requieren en el caso de una relación coital desprotegida antes del día 21 tras el parto.

Los dispositivos intrauterinos impregnados de cobre no deben insertarse antes del día 28 tras el parto. En el caso de una relación coital desprotegida entre el día 21 y 27 tras el parto, estos dispositivos puede utilizarse entre el día 28 y hasta el día 33 tras el parto. El dispositivo puede permanecer hasta el siguiente periodo menstrual o bien ser utilizado como método anticonceptivo –sin retirarse y según el tipo– hasta 5 años.

Antes de indicar un método anticonceptivo de urgencia se debe discutir con la mujer sobre los potenciales riesgos en caso de presentar un embarazo aún no detectado y por lo que se recomienda una visita de seguimiento a partir de la tercera semana de una relación coital desprotegida.

Método MELA

El empleo de la lactancia como protectora contra embarazos no deseados se conoce como el método MELA. Este método puede iniciarse inmediatamente tras el parto, y conlleva la asociación de las siguientes condiciones:

- que la lactancia se realice todo o prácticamente durante todo el día y la noche,
- amenorrea,
- y un tiempo inferior a los 6 meses desde el último parto.

La guía publicada por la *Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare* de Reino Unido (*Postnatal Sexual and Reproductive Health*) (FSRH, 2009) recomienda que las mujeres que decidan elegir este método deberían ser informadas de que la eficacia de este método decrece cuando la frecuencia de la lactancia disminuye, cuando aparece la menstruación o cuando transcurren más de 6 meses después del parto.

Resumen de la evidencia

Calidad baja	La mayoría de las mujeres presentan la primera ovulación y la primera menstruación más allá de los primeros 45 días tras el parto. (Jackson, 2011)
Calidad baja	La tasa de embarazos a los 6 meses de las mujeres que realizan lactancia materna exclusiva y persisten amenorreicas es inferior al 1,2%. (Van der Wijden, 2003).
Otras guías de práctica clínica	El puerperio supone una oportunidad para que profesionales sanitarios y las mujeres y sus parejas creen un espacio propicio para abordar de una manera adecuada los consejos sobre la anticoncepción y las vivencias sobre la sexualidad (MSPSI, 2011).
Otras guías de práctica clínica	Los "Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos" de la OMS proporcionan una serie de recomendaciones sobre criterios médicos de elegibilidad, destinadas a ofrecer una orientación sobre qué indicaciones tienen los diferentes tipos de anticonceptivo ante determinadas circunstancias (OMS, 2011).

De la evidencia a la recomendación

La fuerza y dirección de las recomendaciones fue establecida considerando los siguientes aspectos:

1. Calidad de la evidencia. La literatura valorada en este apartado corresponde a estudios observacionales y en ningún caso se ha podido considerar aumentar la calidad de la evidencia.
2. Balance entre beneficios y riesgos. Se ha considerado la población de mujeres que no presentan riesgo de transmitir o adquirir una enfermedad de transmisión sexual. Si presentan factores de riesgo, la decisión clínica debe basarse en la elección del método más eficaz para evitar la transmisión de enfermedades y no basarse en el tiempo hasta la introducción de métodos contraceptivos.
3. No se identificaron estudios que analizaran los costes y uso de recursos o valores y preferencias de las gestantes.

La dirección de las siguientes recomendaciones fue formulada considerando que la literatura disponible muestra que la gran mayoría de las mujeres que no realizan lactancia materna, no son fértiles antes de los 21 días. Entre las mujeres que realizan lactancia materna exclusiva y que persisten amenorreicas hasta los 6 meses, el riesgo de embarazo es bajo. Esto determinó la fortaleza de las recomendaciones.

Recomendaciones

✓	Se sugiere que los/las profesionales sanitarios promuevan durante el puerperio espacios en los que se pueda tratar con las mujeres y sus parejas aspectos relacionados con el consejo contraceptivo y la vivencia de la sexualidad en esta etapa.
✓	Se sugiere consultar los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la OMS para individualizar la elección del método anticonceptivo más adecuado de acuerdo con las características y antecedentes de cada mujer.
Fuerte	En mujeres que desean planificar sus futuros embarazos y que no mantienen lactancia materna exclusiva se recomienda informar sobre la necesidad de anticoncepción y la introducción del método que mejor se adapte a su situación, a partir de los 21 días tras el parto.
Débil	En las mujeres sin riesgo de transmitir o adquirir una infección de transmisión sexual, se sugiere recomendar el método lactancia-amenorrea (MELA) hasta los 6 meses tras el parto siempre que persista la amenorrea y se realice lactancia materna exclusiva.

CAMBIOS EN LA RELACIÓN DE PAREJA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La evidencia científica muestra que, tras convertirse en padres y madres, la mayoría de las parejas experimenta un declive en la calidad de su relación. Se trata de un declive leve a moderado y transitorio. Algunas investigaciones apuntan que se trata de una fase que existe en todas las parejas, pero parece que es más acusado en parejas que pasan por la experiencia de convertirse en madres y padres.

El período del embarazo es vivido por la mayoría de las parejas como una *luna de miel*. Esto podría también influir en la sensación de *declive* posterior.

Estar bien como pareja es parte del trabajo de ser padres y madres. En presencia de conflicto, la calidad de la relación con el niño o la niña también se deteriora.

La maternidad y la paternidad se viven de forma diferente. Tener el objetivo de repartir todas las tareas al 50% es utópico e inefectivo.

El optimismo y la satisfacción marital previa promueven adaptación positiva a la maternidad. El apoyo conyugal parece ser el factor protector más importante en la transición, de forma que el declive es menor en la medida en que no se siente que se es padre o madre a costa de ser menos pareja.

Los cambios que experimentan las madres son más intensos y más numerosos que los que experimentan los padres.

Al tener una criatura, los roles tienden a hacerse más tradicionales, incluso si eran más equilibrados previamente. Esto se produce con mayor intensidad en parejas que han tenido más hijos o hijas.

La satisfacción de la pareja aumenta cuando se consideran uno al otro buena o buen progenitor. Esta percepción es más notoria en el caso de las mujeres.

Ambos se benefician del apoyo del cónyuge, en su rol paternal/maternal. Pero los hombres van un paso más allá, tienden a necesitarlo. Es posible, que en parte, esto sea debido a que los hombres tienen una vinculación menor, al ser el cuidado un rol asignado a las mujeres.

En general, los hallazgos de estudios bien diseñados apuntan a que, de alguna manera, el sentimiento maternal es más intenso en mujeres.

Puntos clave

- Es un momento difícil para la mayoría de las parejas.
- Pueden surgir roces y desencuentros. Es más efectivo tratar de darles menos importancia que tratar de evitarlos.
- Visualizar en pareja: anticipar situaciones con la criatura antes de que llegue.
- Huir de expectativas irrealistas. Transmitir la idea de que ser madres y padres es bonito y gratificante, pero también exigente.
- Entender que cada miembro de la pareja vivirá su realidad desde su condición de mujer/ hombre. Una madre no es lo mismo que un padre, no se comportan igual ni sienten igual. Asumirlo es mejor que tratar de luchar contra esas diferencias.
- Encontrar siempre un momento para los dos, recordar que ser padres y madres exige tener salud como pareja.
- Cada mujer, cada hombre y cada pareja viven esta etapa de forma diferente. Lo más importante es que los dos encuentren su propio equilibrio. Esto requiere tiempo, quizá algo de esfuerzo y sobre todo, paciencia.
- Informar de recursos en la web y bibliográficos.

Los cambios físicos y emocionales que experimenta la mujer en este período condicionan en gran medida la actividad sexual. Cuando hay relaciones con penetración son habituales:

- Dolor o miedo al dolor. Especialmente si hubo afectación del suelo pélvico, el dolor puede estar presente durante el coito. Los casos de dispareunia son más habituales en caso de episiotomía que en caso de desgarro de 2º grado. También los partos instrumentales provocan dolor más habitualmente.
- Auto percepción corporal. Es muy habitual la sensación de *sentirse poco atractiva* en las mujeres en el período posterior al parto. Esto no tiene por qué coincidir con el período del puerperio y es independiente del tipo de parto.
- Lubricación insuficiente. La lactancia natural es una situación sobre-estrogénica que produce disminución en la lubricación vaginal. Si la pareja desconoce esta situación, la mujer puede experimentar dolor coital o evitación de las relaciones por miedo al dolor.
- Expulsión de leche durante la relación. Esto se debe a la liberación de oxitocina que ejerce su efecto sobre la mama, liberando leche. Puede resultar incómodo o vergonzoso para la mujer.
- Miedo a despertar a la criatura o a no oírla. Tanto si duerme en la misma habitación como si no, ambas situaciones son bastante frecuentes. Además, también es habitual la sensación de *choque* de la expresión sexual con la expresión maternal: el erotismo en una madre, especialmente si es reciente, tiene una connotación social negativa, y esto influye en su propia vivencia de la sexualidad en esta etapa.
- Sensaciones diferentes. Las mujeres lactantes suelen expresar menor apetencia por los encuentros sexuales, así como orgasmos menos intensos. Esta situación es transitoria, ligada exclusivamente al período de lactancia. Fuera de este período, no es infrecuente que ocurra la situación contraria, algunas mujeres experimentan orgasmos más intensos que antes de ser madres.
- Sangrado vaginal. Puede resultar molesto o vergonzoso para la mujer, o para el hombre.
- Cansancio.

Puntos clave

- El sexo cambia durante los primeros años. Disminuye la frecuencia y la duración de los encuentros coitales, especialmente durante el primer año.
- El momento en el que reiniciar relaciones coitales debe decidirlo la pareja. Sólo hay que tener en cuenta que se debe producir la cicatrización de la zona perineal antes de realizar un coito.

- Suelen ser ellas las que más cambios experimentan en su erótica tras el parto. Es como si el sexo se *feminizara* temporalmente.
- Esos cambios pueden ser vistos por los hombres, o por ambos miembros de la pareja, como un rechazo a la vuelta a la *sexualidad normal*. Pero es importante asumir que se trata de una fase diferente de la erótica, igual que lo es de la pareja. Y es responsabilidad de ambos asumir esos cambios y adaptarse a ellos.
- El cuerpo de la mujer cambia en el posparto. Esto a veces hace sentir a las mujeres poco atractivas, pero se ha visto que esto no suele influir en el deseo que tienen sus parejas. Es mejor asumirlo como un cambio transitorio que agobiarse escondiéndose ó avergonzándose del cuerpo.
- Recordar que las relaciones sexuales son beneficiosas, aunque sean distintas, y que no son incompatibles con ser madres ó padres. Al igual que en el embarazo, vinculan a la pareja fomentando su unión y por lo tanto trabajando la base de la maternidad y paternidad.
- Las parejas satisfechas suelen asumir estos cambios con mayor facilidad, es decir, el impacto del cambio es menor porque tienen recursos de comunicación, de confianza, etc. que les hace vivirlo con mayor naturalidad.
- En cuanto a los hombres, es habitual que ellos tengan deseos de tener coito antes que sus parejas. Ellos no han experimentado los cambios con tanta intensidad como ellas. Esto no quiere decir que sean unos egoístas. La base de una adaptación sana es la comunicación y la expresión de deseos mutuos y el respeto a la decisión de la mujer que es quien ha pasado por la experiencia del embarazo y parto.

BIBLIOGRAFÍA

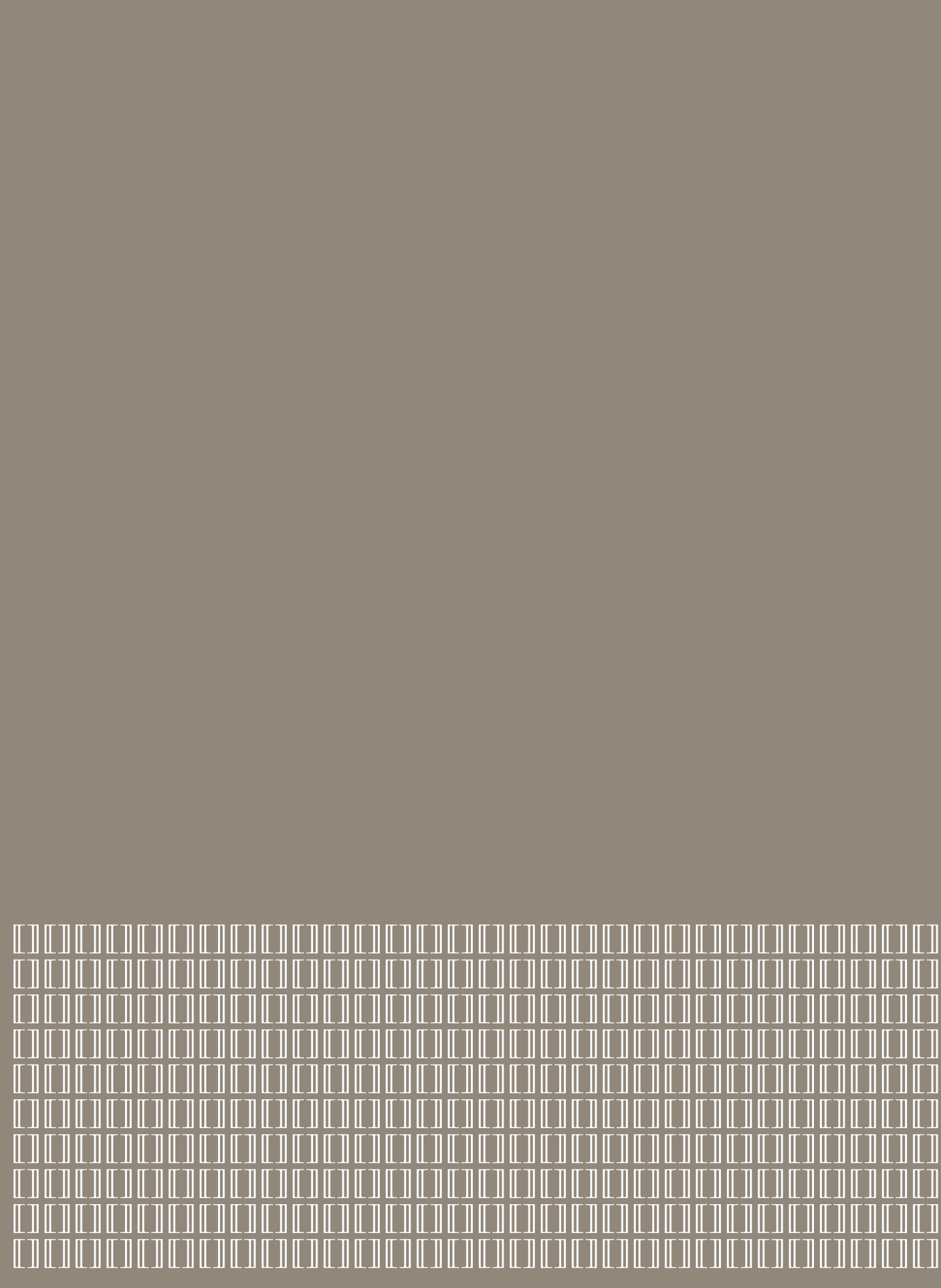
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Edita el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Junta de Andalucía. 2014
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Guiaatembarazo.htm>
- NICE clinical guidelines. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance
<https://www.nice.org.uk/> (CG192). Diciembre 2014
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- Grupo de trabajo sobre asistencia al parto y puerperio normal de la S.E.G.O. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Ed. E. Fabr  Gonzalez. Zaragoza 1995
- Protocolos S.E.G.O. Puerperio normal y patológico. 2008
- González-Merlo J. Obstetricia 4^a edición. Ed Masson. Barcelona 1997
- Calais-Germain Blandine. El periné femenino y el parto. 1^a edición Ed. Los libros de la liebre de marzo. Barcelona 1998
- Federación de asociaciones de Matronas de España. Como superar el puerperio y no rendirse en el intento. Barcelona. 2014
<http://www.federacion-matronas.org/rs/1126/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/300/fd/1/filename/puerperio.pdf>
- Educación maternal y posparto
<http://www.vivirlamaternidad.com/educacion-maternal-y-posparto>
- Guía de salud materno-infantil Junta de Castilla y León Consejería de sanidad
<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/protege-salud/salud-mujer/salud-materno-infantil/guia-salud-materno-infantil>
- Menéndez S, Hidalgo V. La pareja ante la llegada de hijos e hijas. Evolución de la relación conyugal durante el proceso de convertirse en padre y madre. Infanc aprendiz. 2003; 26 (4): 469-483.
http://www.researchgate.net/profile/Susana_Menendez_Alvarez-Dardet/publication/233618798_La_pareja_ante_la_llegada_de_los_hijos_e_hijas._Evolucin_de_la_relacin_conyugal_durante_el_proceso_de_convertirse_en_padre_y_madre_Becoming_parents_Changes_in

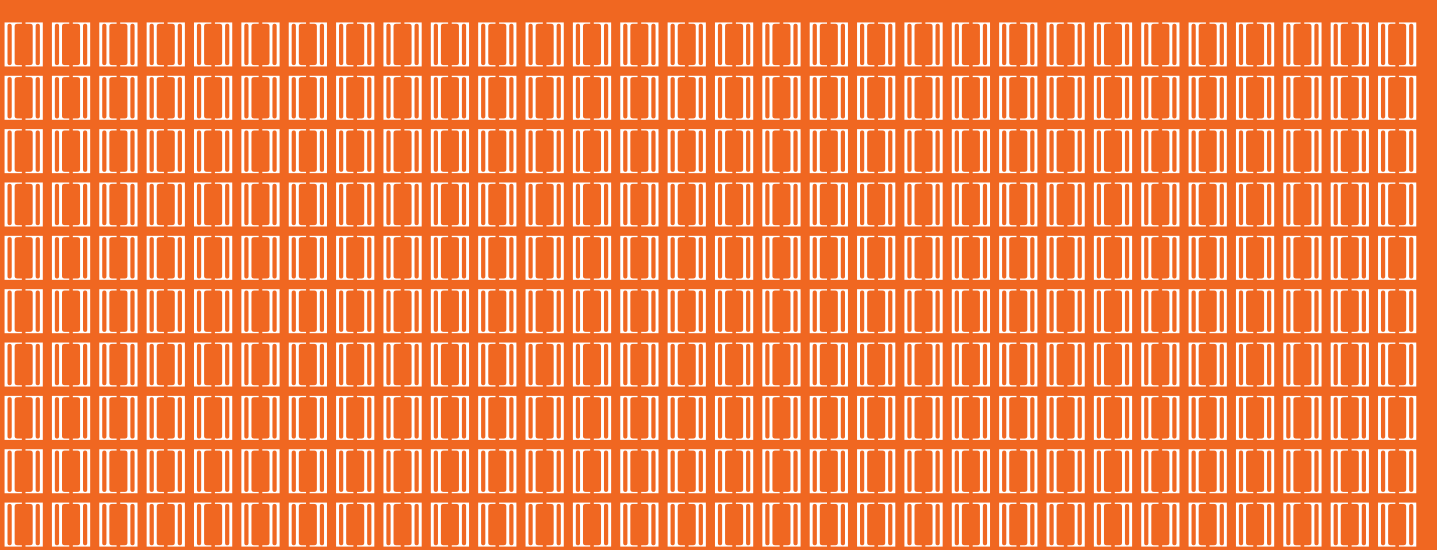
- Lawrence E, Rothman AD, Cobb RJ, Rothman MT, Bradbury TN. Marital satisfaction across the transition to parenthood. *J Fam Psychol.* 2008; 22(1): 41-50.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2367106/pdf/nihms46221.pdf>
- Botía Morillas, C. Paternidades en transición en España. Dinámicas y tensiones en las relaciones de género de jóvenes padres que viven en pareja y acaban de tener su primer bebé [tesis doctoral]. Universidad de Sevilla [Tesis doctoral leída el 12 de abril de 2011 en el Departamento de Sociología de la Universidad de Sevilla]; 2011.
http://www.cime2011.org/home/panel1/cime2011_P1_CarmenBotia.pdf
- Menéndez S, Hidalgo MV. La evaluación de varones y mujeres de sus papeles como cónyuges y como padres y madres: análisis de las relaciones entre ambos roles. *Anu psicol.* 2003; 34(1): 81-99.
http://www.researchgate.net/profile/Susana_Menendez_Alvarez-Dardet/publication/39109400_La_evaluacion_de_varones_y_mujeres_de_sus_papeles_como_cnyuges_y_como_padres_y_madres_anlisis_de_las_relaciones_entre_ambos_rols/links/09e415147f45b2bf7e000000
- Trice-Black S. Perceptions of women's sexuality within the context of motherhood. *The family journal.* 2010; 18(2): 154-162.
http://stblack.wmwikis.net/file/view/Perceptions_of_women%27s_sexuality_within_the_context_of_motherhood.pdf
- Instituto de sexología [sede web]. Madrid: [Acceso el 3 de Mayo de 2013].
<http://www.sexologiaenincisex.com/>
- Gutman L. La maternidad y el encuentro con la propia sombra, crisis vital y revolución emocional. RBA libros; 2006.
- Preparación a la maternidad y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (P.A.S.A.R.). Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias. 2009.
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/feced7e9-a458-11df-aeed-9fdc164fb562/GUAMaternidadLIBRO.pdf>
- Programa de preparación para la maternidad y paternidad. Consejería de Sanidad y servicios sociales. Gobierno de Cantabria. Junio 2010.
http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/Programa_Preparaci%C3%B3n_Maternidad_4-11-10.pdf

- Guía técnica del proceso de Educación maternal, prenatal y posnatal. Guías técnicas de plan de Atención integral a la salud de la mujer. Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia. Julio 2008.
<http://www.sergas.es/gal/Muller/docs/PMG05.pdf>
- Cowan CP, Cowan PA. When partners become parents: the big life change for couples. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 2000.

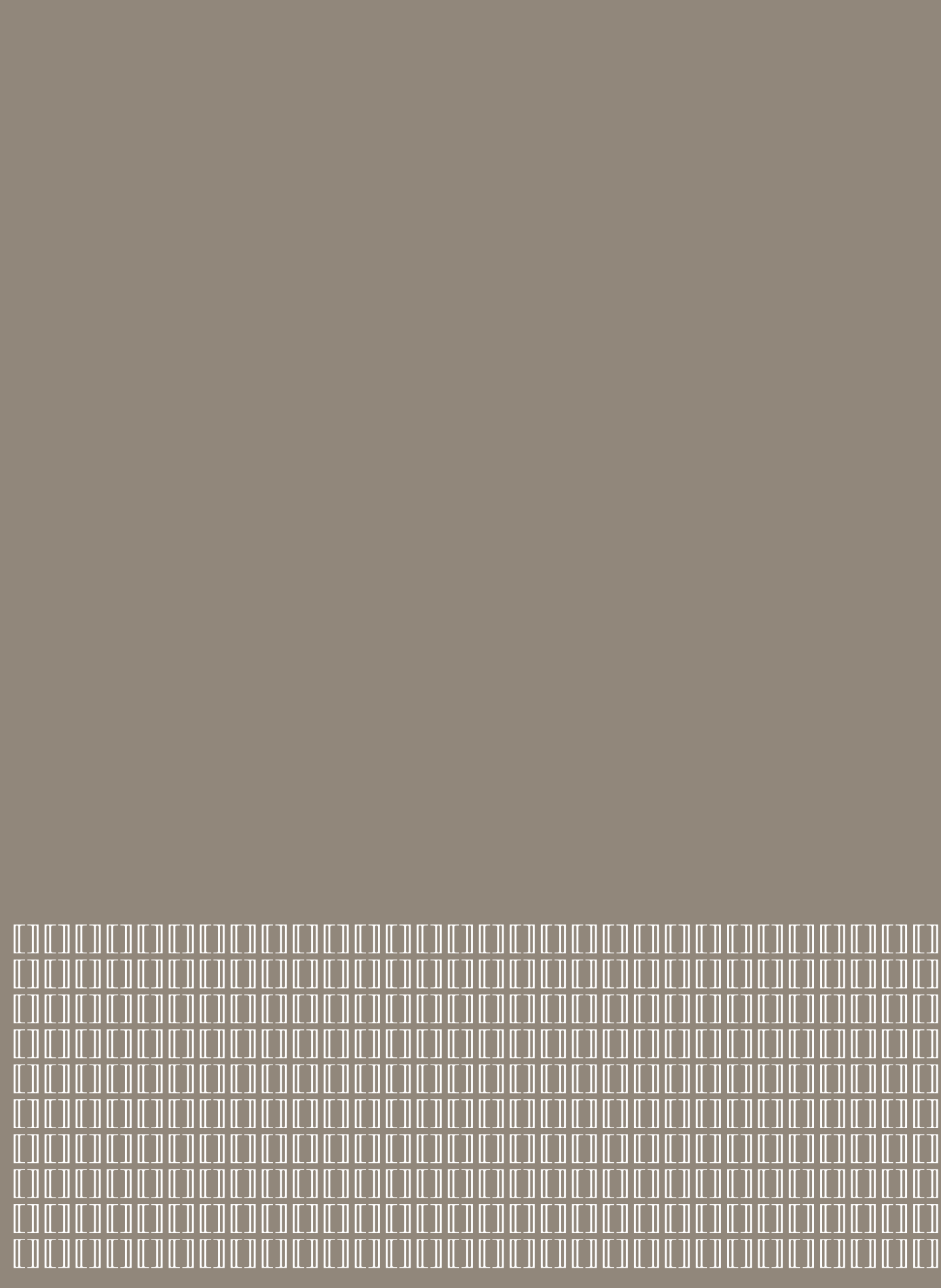
RECURSOS WEB SOBRE PAREJA Y SEXUALIDAD

- <http://www.parentalidad.com/>
- <http://www.crececontigo.gob.cl/>





TEMA VIII. LACTANCIA MATERNA



La lactancia materna es la mejor forma de alimentación durante los primeros años de vida puesto que está especialmente diseñada para cada criatura. Está recomendada de forma exclusiva durante los 6 primeros meses y complementada con otros alimentos hasta al menos 2 años de vida. Influye positivamente tanto a nivel biológico como a nivel emocional en el estado de salud de la madre y de su hijo o hija aportando numerosos beneficios para su desarrollo. Esta recomendación es avalada por la Organización Mundial de la Salud y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría.

La lactancia materna es un derecho de las mujeres, no un deber, por lo que las mujeres que decidan no amamantar contarán con el mismo respeto, apoyo y asesoramiento.

FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

Como normal general las tomas deben ser a demanda, es decir cada vez que el niño o la niña tenga hambre.

Dos hormonas, la prolactina y la oxitocina, son responsables de la producción de leche en la mama. El contacto con la criatura (la sensación de ésta mamando, su olor, su cercanía, su contacto) y el efecto de vaciado de las mamas, mandan señales al cerebro para que las produzca. La prolactina ayuda al pecho a producir la leche y la oxitocina a que la leche fluya cuando la criatura se agarra. Pero además, la leche materna contiene una proteína llamada FIL (Factor Inhibidor de la Lactancia) que ayuda al pecho a regular la cantidad de leche. Así, si queda leche en el pecho, habrá mucho FIL. Por el contrario, cuando el pecho se vacía quedará poco FIL. De este modo, los pechos pueden dejar de producir leche si, la criatura no mama y ajustar la cantidad de leche según lo que mame. Por eso, cuanto más se vacía un pecho, más leche acaba produciendo.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La leche materna es específica para nuestra especie, todos los alimentos empleados para sustituirla son inferiores tanto en calidad como en ventajas. Además, su composición se adapta a las necesidades de cada criatura aportando en cada momento los requerimientos necesarios.

Las ventajas de la lactancia materna son múltiples tanto para la madre como para su hijo o hija. Las madres tienen derecho a conocer los beneficios e inconvenientes de los distintos métodos de alimentación para así poder tomar una decisión informada y libre al respecto. La información y el apoyo que estas mujeres reciben van a influir

notablemente en su decisión y deben ser responsabilidad de las autoridades sanitarias y las y los profesionales de la salud asegurar que todas las familias disponen de ellos.

Ventajas para la madre

- Facilita la involución uterina.
- Recuperación más rápida del peso habitual.
- Ayuda a prevenir cáncer de mama premenopáusico y de ovario.
- Disminuye el riesgo de fracturas de cadera y espinales por osteoporosis posmenopáusicas.
- Reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Menos riesgo de padecer depresión posparto.
- Aumenta la autoestima, da confianza y seguridad.
- Ahorro económico.
- Ahorro de tiempo.
- Siempre disponible a temperatura adecuada.

Ventajas para la criatura

- Favorece la liberación de la hormona del crecimiento y óptimo desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico.
- Menos riesgo de infecciones comunes, transfiere inmunidad.
- Disminuye o retrasa la aparición de problemas de tipo inmunológico.
- Previene de enfermedades en la edad adulta: diabetes, cardiopatías, hipercolesterolemia...
- Se relaciona con un mayor desarrollo de la inteligencia emocional y cognitiva.
- Disminuye el riesgo de muerte súbita, obesidad y enfermedad celíaca.

- Muy digestiva: disminuye el reflujo gastroesofágico, ayuda a eliminar el meconio y favorece la maduración intestinal.
- Favorece un correcto crecimiento maxilofacial.
- Protege de caries.

Ventajas para ambas

- Estrecho vínculo afectivo materno filial, mejor apego de madre y criatura.
- Mejor comunicación.

CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

La leche materna se adapta a las necesidades de la criatura, por lo que su composición y volumen se van modificando en función de éstas. Sabemos que en esas modificaciones influyen también otros factores como la edad gestacional, el intervalo entre tomas y el estrés.

Se distinguen varios tipos de leche según su composición:

Calostro

Primera leche que se comienza a producir en el último trimestre. Aspecto espeso, amarillento y de escaso volumen. Contiene más minerales y proteínas, pero menos lactosa y grasa que la leche. Muy rico en inmunoglobulinas. También contiene vitamina A, D, K y E, enzimas intestinales que ayudan en la digestión y factores de crecimiento. Facilita la expulsión del meconio y favorece la maduración intestinal.

Leche de transición

Leche resultante de la conversión de calostro en leche madura a lo largo de las semanas siguientes. Mayor volumen y concentración de lactosa que el calostro, aportando más calorías y nutrientes. Rica en grasa y vitaminas. Menor contenido en proteínas e inmunoglobulinas.

Leche madura

Leche producida cuando la lactancia ya está establecida hasta el destete. Se compone de agua 88%, proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas, minerales, enzimas, hormonas, factores de crecimiento y sustancias inmunológicas.

CARACTERÍSTICAS DE LA TOMA

- Frecuencia: a demanda desde el inicio. La madre ofrecerá el pecho siempre que se detecten signos de querer mamar (movimientos de búsqueda, sacar la lengua). El llanto es un signo tardío de hambre y también puede deberse a otras causas.
- Duración: no debe limitarse la duración de las tomas. Hay que respetar los diferentes ritmos de la criatura. La toma durará hasta que el niño o la niña suelte espontáneamente el pecho, con signos de saciedad: somnolencia, puños abiertos, desinterés por el pecho... Al principio tomará leche inicial más baja en calorías y al final de la toma leche más rica en grasa y más nutritiva, de ahí la importancia en mantener a la criatura lactante al pecho hasta que no quiera más; si se desea continuar se puede ofrecer el otro pecho.
- Enganche: debe tomar el pezón y buena parte de la areola, sobre todo inferior. La boca bien abierta, labio inferior evertido, mejillas redondeadas, no hundidas y se observa movimiento mandibular. El dolor es un signo de agarre ineficaz; en este caso se debe corregir para mejorar el agarre.
- Transferencia de leche: la madre puede sentir sueño, sed, relajación, placer... A veces gotea el otro pecho. Al finalizar la toma tiene sensación de pecho más vacío. La criatura traga de forma audible y visible. Succiona, deglute y respira coordinadamente.
- Posición: depende de las preferencias de la madre y las circunstancias; lo importante es que ella y la criatura estén cómodas y el agarre sea efectivo: sentada, tumbada sobre la espalda, tumbada de lado, de pie, cuadrupedia...

Es importante valorar:

- La criatura toma el pecho de frente, sin torcer la cara.
- Acercar la barriga de la criatura a la de su madre lo más posible.
- Evitar colocar los dedos en forma de tijera en el pecho.
- La nariz, al inicio, debe estar al nivel del pezón, de manera que la boca quede más abajo. Una vez introducido el pezón en la boca, éste quedará orientado hacia la parte superior de la cavidad bucal.

PROBLEMAS EN LA LACTANCIA

- **Pezones planos o invertidos:** En ningún caso se contraindica la lactancia materna, ya que es la succión de la areola lo que hace extraer la leche. Los ejercicios de preparación de los pezones durante el embarazo son ineficaces. La forma del pezón no es determinante.
- **Pezones doloridos y grietas:** La principal causa es la mala posición de la criatura al mamar. Otros factores favorecedores son: el lavado frecuente del pezón, técnicas restrictivas de lactancia, uso de biberones y chupetes o frenillo sublingual corto. La mejor medida para prevenir y tratar las grietas es corregir la posición y agarre. También se aconseja alternar diferentes posturas, aplicar gotas de la propia leche en la zona y utilizar si precisa, lanolina y/o escudos aireadores.
- **Ingurgitación:** Retención de leche cuando se produce más de la que el o la lactante extrae. Se manifiesta como dolor y edema. Aconsejaremos en estos casos:
 - Aplicar calor húmedo y realizar masaje suave y circular antes de la toma.
 - Extraer un poco de leche antes de iniciar la toma, de esta forma ablandamos la mama y facilitamos el agarre.
 - Comprobar que la posición y agarre sean correctos.
 - Aumentar la frecuencia de las tomas; si es necesario completar con vaciado manual o con sacaleches.
 - Frío local entre tomas.
 - Utilizar sujetador de lactancia las 24 horas.
 - Analgésicos o antiinflamatorios si precisa.
- **Obstrucción de un conducto:** Bulto hinchado caliente y doloroso en uno de los pechos. Se soluciona con masaje en la zona, calor húmedo antes de la toma y frío después. Adoptar posturas en las que la barbilla de la criatura esté próxima a la zona indurada (facilita el vaciado de esa zona).
- **Mastitis:** Proceso inflamatorio, no siempre infeccioso, que puede ser unilateral y cursar con fiebre, dolor, signos inflamatorios y malestar general. Las principales medidas de prevención son el vaciamiento correcto de las mamas, corregir la postura y agarre y evitar utilizar sujetadores que compriman excesivamente el pecho. En caso de mastitis no se debe suspender la lactancia, por el contrario es aconsejable insistir en un vaciado adecuado del pecho (seguir recomendaciones para ingurgitación) y en caso de no experimentar mejoría seguir el protocolo específico para el manejo de la mastitis puerperal.
- **Absceso mamario:** Complicación de la mastitis que requiere drenaje quirúrgico. No es necesario suspender la lactancia materna.

- Hipogalactia: Escasa producción de leche. Se debe amamantar de forma frecuente sin limitar ni el número ni la duración de las tomas, evitando en la medida de lo posible el empleo de biberones. Es aconsejable también, que la madre asocie la lactancia a un momento de tranquilidad y placer, ya que sabemos que el cansancio y el estrés pueden disminuir la producción láctea.

A lo largo de la lactancia, se pueden identificar periodos transitorios en los que se produce menos leche de la que necesita la criatura. Esta situación se resuelve ofreciendo más a menudo el pecho para adaptar la producción de leche a las necesidades en cada etapa.

Existen hipogalactias de etiología patológica, aunque son excepcionales.

- Confusión tetina-pezón: Producida por la utilización temprana de las tetinas y/o biberones; por ello es recomendable evitar su uso las 4 primeras semanas de vida. En estos casos puede ayudar la utilización de pezoneras.

COMO SABER SI LA CRIATURA ESTÁ COMIENDO ADECUADAMENTE

- Se encuentra satisfecha tras la toma.
- Aspecto saludable.
- Realiza al menos 8 tomas en 24 horas.
- Micciones y deposiciones adecuadas para su edad.
- Ganancia de peso adecuada (pérdida inferior al 10%).

LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES ESPECIALES

Cesárea

No existe ningún problema desde el punto de vista fisiológico, pero si se ha demostrado que la rutina de las maternidades puede afectar a la cantidad de leche y la instauración de la lactancia: separación madre-criatura, retraso en la primera toma, estrés de ambas, tipo de anestesia empleada, chupetes y biberones mientras la madre se recupera... Se aconseja acortar el periodo de separación y cuando sea posible colocar a la criatura desnuda en el pecho de su madre en el quirófano. Si esto no es posible se

recomienda comenzar precozmente en la sala de recuperación o en planta. Es importante también cubrir las necesidades de analgesia de la madre para que encuentre una postura cómoda y sin dolor para amamantar. Estas mujeres requieren apoyo continuado y ayuda no solo en el hospital sino en el hogar también tras el alta hospitalaria.

Embarazo múltiple

Es posible dar el pecho a criaturas gemelas y a trillizas. El principal obstáculo en estos casos no es la cantidad de leche sino el tiempo de amamantamiento. A menudo son niños o niñas prematuros con lo que aumenta la dificultad, pero también los beneficios. Estas mujeres precisan ayuda adecuada tanto en casa como por parte de profesionales.

Ingreso de la criatura

Las madres de criaturas que precisan ingreso deben contar con la información y la ayuda necesarias para establecer y mantener el suministro de leche. Sería deseable que las unidades neonatales contaran con política de puertas abiertas y con la posibilidad de aplicar el Método Madre Canguro. También deberían disponer de facilidades para la extracción y conservación de la leche.

Ingreso de la madre

Siempre que sea posible, permitir la estancia con la criatura en la misma habitación. Valorar la compatibilidad de la lactancia materna con los tratamientos médicos administrados (www.e-lactancia.org).

EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

Existen diversas situaciones en las que puede ser necesaria la extracción de leche materna:

- Facilitar la estimulación de los pechos y mantener un flujo regular de leche.
- Tras el parto, cuando por alguna circunstancia madre-criatura han de permanecer separadas o la criatura tiene algún problema que le impide lactar.
- Pechos congestionados y endurecidos.
- Incorporación de la madre al trabajo.

El momento más adecuado para extraer la leche puede ser: si el niño o la niña solo mama de un pecho extraer del otro al mismo tiempo entre toma y toma, después de

la primera toma de la mañana, cuando los pechos están más llenos, cuando se salta alguna toma o al finalizar, si un pecho no se ha vaciado completamente.

La leche se puede extraer de forma manual o con la ayuda de un sacaleches; dependerá de las preferencias y circunstancias de la madre. De una u otra forma es recomendable el lavado de manos previo, preparar el pecho con calor y suave masaje con movimientos rotatorios y elegir un momento rodeado de tranquilidad, con una posición cómoda y relajada. Se exprimirá rítmicamente el pecho hasta que el flujo de leche vaya disminuyendo.

Existen dos tipos distintos de extracción de leche materna:

- Manual: más natural y barato aunque precisa de un proceso de aprendizaje. La leche debe exprimirse sobre un recipiente limpio y de boca ancha. La técnica Marmet es de las más utilizadas:
 - Postura: inclinada hacia delante, pecho en péndulo.
 - Se coloca pulgar e índice y medio formando una letra “C” unos 3-4 cm. por detrás del pezón.
 - Empujar con los dedos hacia atrás, hacia las costillas.
 - Se ruedan los dedos y el pulgar hacia el pezón, con movimiento como de rodillo, exprimiendo suavemente.
 - Repetir el movimiento rítmicamente rotando la posición de los dedos alrededor del pecho.
 - Repetir el proceso en ambos pechos hasta que el volumen de la leche extraída sea escaso.
 - Evitar maniobras como exprimir, deslizar o estirar; la extracción no debe doler.

- Mecánica: con la ayuda de un aparato que puede ser manual (más baratos pero extracción más lenta) o eléctricos.

Una vez extraída la leche se puede mantener a temperatura ambiente, en frigorífico o en el congelador, dependiendo del tiempo que se desee almacenar.

CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA					
TIPO DE LECHE	FUERA DE LA NEVERA	NEVERA	CONGELADOR DENTRO DE LA NEVERA	CONGELADOR (** COMBI)	CONGELADOR (**** -19°C)
Calostro	27-32 °C, 12h	3 a 5 días	2 semanas		
Recién extraída, guardada en recipiente cerrado	15 °C: 24 h	4 a 7 días Fondo del frigo, a menos de 4°C	2 semanas	3 a 4 meses	6 a 12 meses
	19-22 °C: 10 h				
	22-25 °C: 4-6 h				
Descongelada en frigorífico	Lo que dure la toma	24 horas	NO VOLVER A CONGELAR		
Descongelada con agua caliente	Lo que dure la toma	4 horas	NO VOLVER A CONGELAR		

Normas para la conservación de la leche

- No almacenar en la puerta del frigorífico, temperatura menos estable.
- No llenar recipientes hasta su capacidad total, ya que al congelarse aumenta el volumen.
- Se puede mezclar leche extraída durante el mismo día. No mezclar leches a distintas temperaturas.
- Antes de congelar la leche, enfriar en el frigorífico.

Normas para la descongelación

- Descongelar la noche anterior depositando el envase en la nevera, o si se necesita inmediatamente descongelar poniendo el biberón cerrado bajo el chorro de agua caliente o dentro de un recipiente con agua caliente.
- Utilizar siempre la leche con fecha más antigua.
- No calentar al fuego directo, ni al baño maría, ni en el microondas ya que las altas temperaturas destruyen anticuerpos y nutrientes.

- Mantener la leche descongelada en frigorífico un máximo de 24 horas, después desechar
- Evitar el calentamiento en envases de plástico, usar preferentemente envases de vidrio (la exposición a Compuestos Orgánicos Persistentes en una fase temprana del desarrollo, puede favorecer la aparición de problemas de salud en un futuro).

Normas para el transporte de la leche extraída

- Utilizar un medio frío y rápido: termo, nevera portátil, bolsa nevera con acumuladores de frío, entre paquetes de hielo...

EL PROCESO DEL DESTETE

Nos referimos al destete como el proceso por el cual se suprime la lactancia materna. Debe realizarse de forma gradual ya que de esta manera, se conseguirá una mejor adaptación tanto en la madre como en la criatura. Es un proceso que precisa ajustes nutricionales, inmunológicos y psicológicos para ambos.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y complementar progresivamente con la introducción del resto de alimentos hasta los dos años de vida. Sin embargo, la madre y su hijo o hija deben ser quienes decidan durante cuánto tiempo amamantar.

El ritmo que llevara este proceso dependerá de lo que la madre desee y las circunstancias que le rodean, así como de la edad de la criatura y de sus hábitos dietéticos.

GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA

La creación de los grupos de apoyo a la lactancia materna es una de las recomendaciones establecidas por la OMS y UNICEF en “Los diez pasos hacia una Feliz Lactancia Natural” que surgen en 1991 de la Declaración de Innocenti, y posteriormente concretado en la 45ª Asamblea Mundial de la Salud en 1992.

Estos grupos tienen como objetivo la promoción y protección de la lactancia materna. El pilar fundamental es la participación de madres lactantes que se reúnen con cierta regularidad y comparten sus experiencias. La asistencia a estos talleres permite a las madres aclarar dudas, resolver dificultades y aprender nuevas técnicas.

CUIDADOS DE LA MADRE DURANTE LA LACTANCIA

Alimentación

Dieta equilibrada y sana. Evitar dietas adelgazantes. La ingesta de líquidos debe ser abundante, cercana a los 3,5 litros de agua al día, No es necesario retirar ningún alimento de la dieta. Casi todos los alimentos pueden modificar el sabor de la leche materna, este hecho permitirá al lactante tomar contacto con nuevos sabores facilitando la posterior introducción de diferentes alimentos.

Medicamentos

La mujer informará a su médico o médica, si se presenta la necesidad de prescribir medicación durante el periodo de lactancia. Aunque la mayor parte de medicamentos pueden pasar a la leche, es un error recomendar el destete sistemático si no disponemos de información actualizada y fiable sobre el fármaco concreto y la lactancia. Se deben consultar fuentes de información científicas, de prestigio y avaladas (www.e-lactancia.org).

Otras sustancias

- Alcohol: un consumo excesivo puede ser perjudicial para la salud de la madre y de la criatura, así como producir problemas en la salida de la leche.
- Café: tomado con moderación carece de efectos sobre la criatura. No obstante si se observan signos de marcada irritabilidad en el niño o la niña se reducirá el consumo de café y otros estimulantes: té, mate, chocolate, refrescos de cola...
- Tabaco: perjudicial tanto para la madre como para la criatura. Evitar la exposición de ésta al humo del tabaco.
- Drogas: pasan fácilmente a la leche por lo que la criatura sufrirá sus efectos así como los del síndrome de abstinencia.

Anticoncepción

Durante la lactancia, aún en presencia de amenorrea, la mujer puede ovular, por lo tanto el amamantamiento no protege en todos los casos de un nuevo embarazo. La mujer puede optar por el método anticonceptivo que más se ajuste a sus necesidades y circunstancias, teniendo en cuenta que sean compatibles con la lactancia materna.

EL ÉXITO DE LA LACTANCIA

El éxito radica en:

- Convencimiento de querer dar de mamar.
- Confiar en la capacidad para amamantar.
- Paciencia.
- Inicio precoz de la primera toma.
- Colocación correcta de madre y criatura.
- Tomas frecuentes, a demanda.
- Vaciamiento del primer pecho y ofrecer el otro si se precisa.
- No precipitarse en el uso de biberones ni chupetes.

* En Asturias contamos con una guía específica de lactancia materna donde se abordan estos y otros temas. Recurriremos a ella para ampliar conceptos y abordar todos los temas relativos a la lactancia, tanto durante el embarazo como en los grupos posparto que posteriormente se detallarán.

Ir a astursalud: Inicio/Profesionales/Práctica Clínica/salud de las mujeres/Lactancia materna

BIBLIOGRAFÍA

- Comité de LM de la AEP. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Ed. Médica Panamericana, 2008.
- Consejería de Sanidad, Servicio Canario de Salud, Gobierno de Canarias. Preparación a la maternidad y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (P.A.S.A.R). Las palmas de Gran Canarias; 2009.
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/feced7e9-a458-11df-aeed-9fdc164fb562/GUIMaternidadLIBRO.pdf>
- Consellería de Salut i Consum, Govern de les Illes Balears. Guia de Lactancia Materna. Islas Baleares: Consejería de Salud y Consumo; 2009.
<http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST335ZI101920&id=101920>
- Consellería de Sanitat. La aventura de ser padres, guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio. Valencia: Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat; 2004.
<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5209-2004.pdf>
- Guía de Lactancia Materna para profesionales de la Salud. Consejería de la Salud del Gobierno de La Rioja. 2010.
http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/af_protocolo_lactancia.pdf
- Guía de Lactancia para Profesionales
<https://www.asturias.es/Astursalud/...Salud%20Publica/...Promocion%20d>.
- Escudero Gomis, A., Maroto Páez, R. Protocolo del manejo de la mastitis puerperal. Asturias; 2014
- Guía técnica del proceso de Educación maternal, prenatal y posnatal. Guías técnicas de plan de Atención integral a la salud de la mujer. Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia. Julio 2008.
<http://www.sergas.es/cas/Muller/docs/PMG05.pdf>
- Proceso asistencial integrado. Embarazo, parto y puerperio. Consejería de Salud Junta de Andalucía. 2005.
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/embarazo_parto_puerperio_nuevo/embarazo_parto_puerperio_septiembre_2014.pdf

RECURSOS WEB SOBRE LACTANCIA MATERNA

- Consultas sobre compatibilidad de medicamentos y otras sustancias con la lactancia materna
<http://www.e-lactancia.org/>
- Asociación Española de Pediatría
<http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos-sobre-lactancia-materna>
- La Liga de la Leche
<http://www.lilli.org/langespanol.html>
- Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia materna
<http://www.fedalma.org/>
- Alba Lactancia Materna
<http://www.albalactanciamaterna.org/>
- The World Alliance for Breastfeeding Action (WABA)
<http://www.waba.org.my/>

APOYO A LA LACTANCIA MATERNA:

Recursos en Internet

ORGANISMOS INTERNACIONALES

- OMS, Guía de Lactancia Materna
www.who.int
- Organización Panamericana de la Salud en español
www.paho.org/default_spa.htm
- UNICEF en español
www.unicef.org/spanish/ffl/04/1.htm

ASOCIACIONES DE PROFESIONALES SANITARIOS

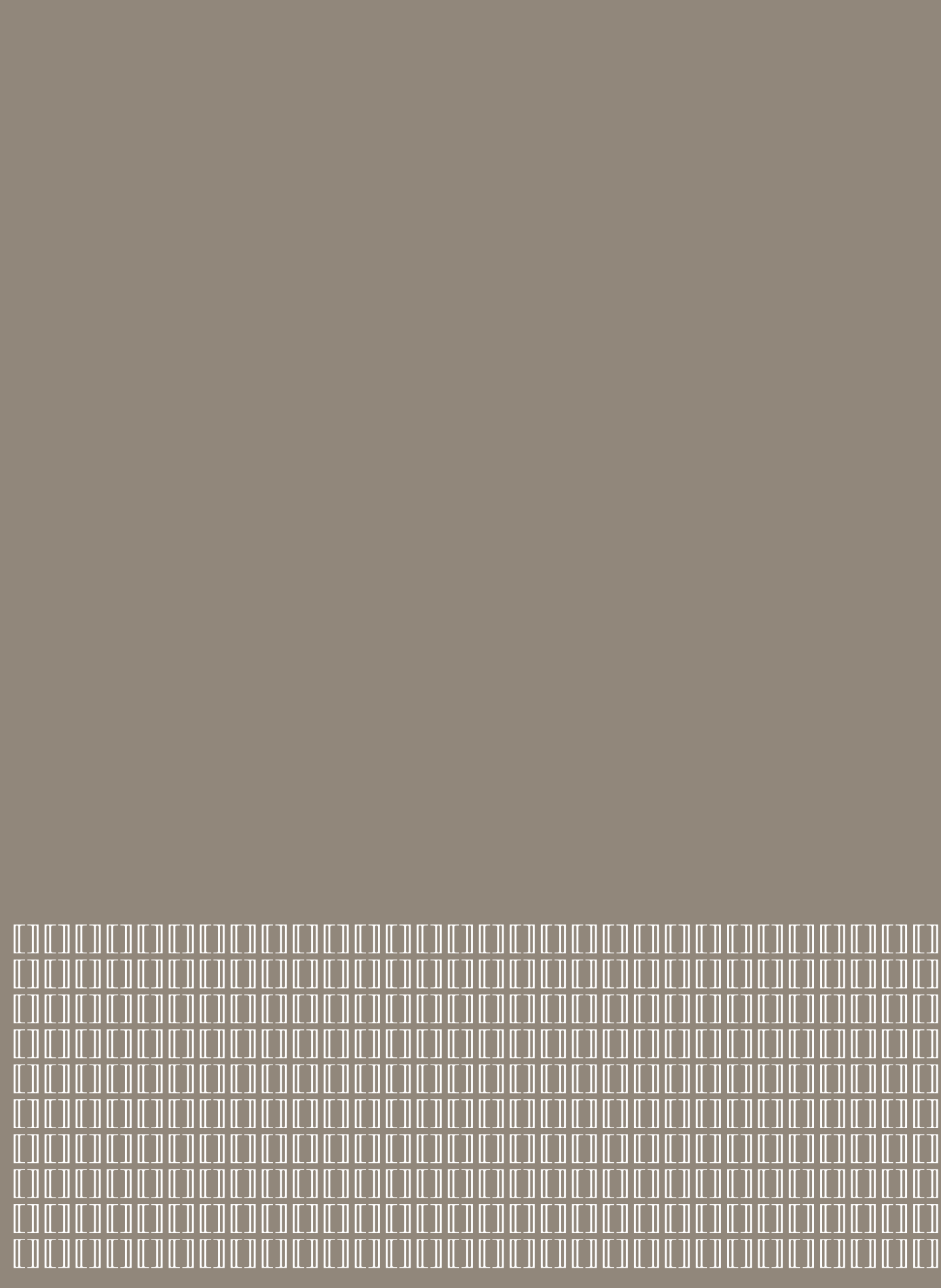
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría
<http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna>
- Asociación Española de Bancos de Leche Humana
<http://www.aebhlh.org/>

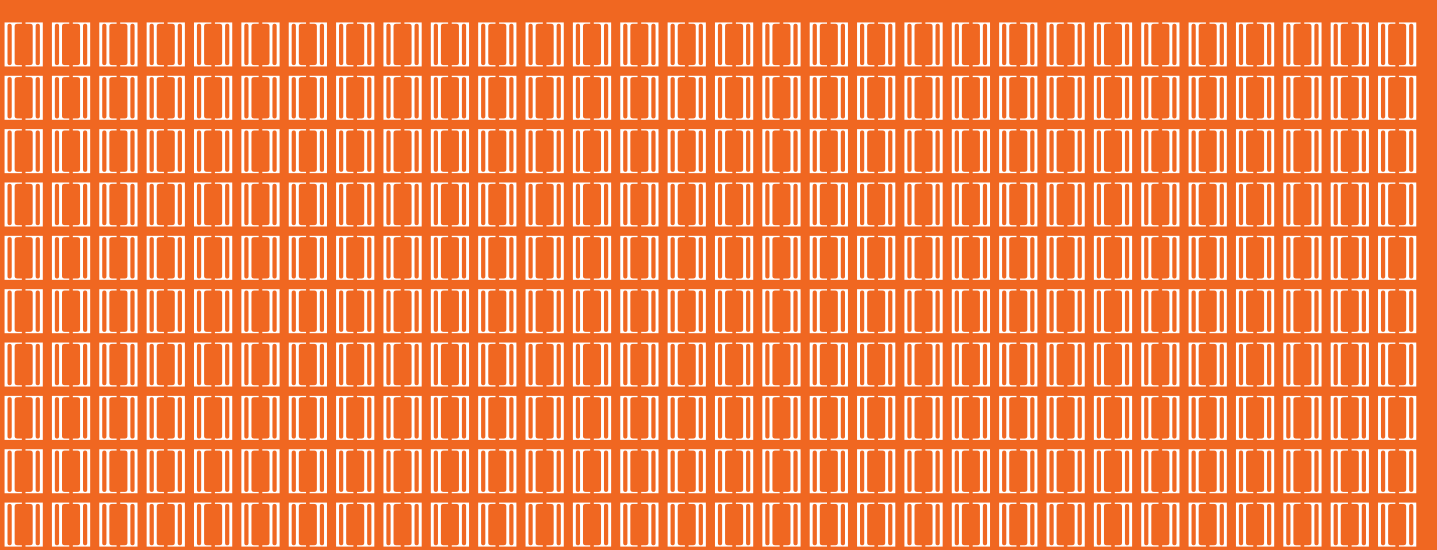
GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

- Asturias
amamantarasturias.blogspot.com.es
- Listado y teléfonos de contacto de todos los grupos de apoyo a la lactancia materna en España, por Comunidades Autónomas
<http://www.ihan.es/index3.asp>
- La Liga de la Leche internacional
www.lalecheleague.org/LangEspanol.html
- FEDALMA. Federación Española de Asociaciones Pro Lactancia Materna
<http://www.fedalma.org/>

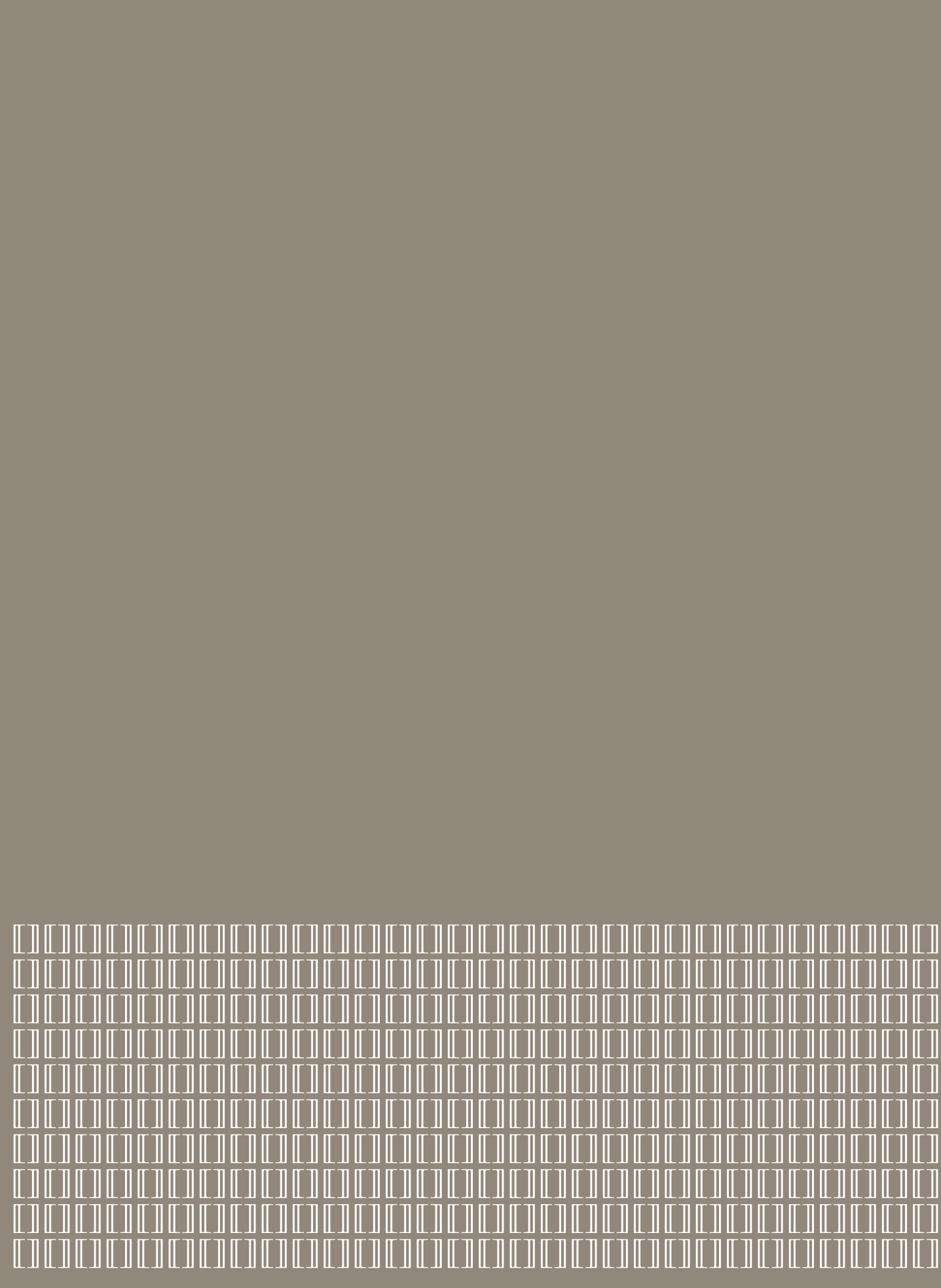
OTRAS PÁGINAS DE INTERÉS

- Consulta de Fármacos y Lactancia Materna
www.e-lactancia.org





TEMA IX.
TRÁMITES ADMINISTRATIVOS
DESPUÉS DEL NACIMIENTO



TRÁMITES ADMINISTRATIVOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO

Inscripción en el registro civil

Es el primer trámite administrativo a realizar. La inscripción en el Registro Civil, legitima la autenticidad de los datos del nacimiento, lo que garantiza los derechos y obligaciones de la ciudadanía. Se registrarán todas las criaturas nacidas en España independientemente de la nacionalidad de origen de madres y padres.

Con la entrada en vigor en octubre de 2015 de la Ley 19/2015, de 13 de julio, la comunicación para la inscripción de los recién nacidos y las recién nacidas en el registro civil ya se puede realizar en los centros sanitarios a modo de “ventanilla única”. Con esta ley se pretende evitar al ciudadano, en la mayoría de casos posibles, la necesidad de desplazarse a las oficinas del Registro Civil y facilitar la realización de los trámites administrativos.

Para formalizar la inscripción es necesario aportar el certificado médico de nacimiento que proporciona el propio hospital, el DNI o pasaporte de ambos progenitores y del solicitante si es otra persona, así como el libro de familia o el certificado de matrimonio, en el caso de que exista, y cuando falte, la firma del padre o de la madre.

Una vez realizado este trámite, que se debe llevar a cabo en las 72 horas posteriores al nacimiento, la familia recibirá la documentación original aportada y el justificante de haber realizado la comunicación al registro civil. Posteriormente, se le hará llegar el certificado literal de nacimiento, por correo ordinario o en formato electrónico. La solicitud que se comunica desde el hospital tiene total validez, de modo que las familias ya no tendrán que desplazarse hasta el registro civil.

Por lo general, los servicios están ubicados en el área administrativa de los hospitales y permanecen abiertos de lunes a viernes, de 9.00 a 14.00 h.

Inscripción en el INSS

Es el trámite necesario para obtener la tarjeta sanitaria de la criatura. Pueden realizarla indistintamente padres o madres (y ser beneficiaria de cualquiera de las dos personas). Se realiza en la oficina de la Seguridad Social más cercana y es recomendable pedir cita previa. Teléfono: 901106570. Internet: www.seg-social.es (Sede Electrónica/Ciudadanos/Servicios sin certificado digital).

Documentación a presentar:

- Libro de familia.
- Cartilla de la seguridad social de la persona que la vaya a incluir como beneficiaria.
- D.N.I. del o la titular de la cartilla.

Esto lo pueden hacer indistintamente madres o padres.

Solicitud de tarjeta sanitaria y asignación de pediatra

La Tarjeta Sanitaria Individual, sirve para identificar a los usuarios y usuarias del Sistema de Salud. Para solicitarla es preciso acudir al centro de salud que nos corresponda, aportando la cartilla de la seguridad social donde ya está incluida la criatura y cubrir un formulario que nos facilitan allí mismo. Se hará entrega de un resguardo que hará la función de Tarjeta Sanitaria hasta recibir la misma y que servirá para pedir las citas en el centro de salud.

En este mismo momento, se asignará pediatra y enfermería.

PERMISOS Y PRESTACIONES

Permiso retribuido por Maternidad

La prestación consiste en:

- Permiso retribuido de 16 semanas ininterrumpidas, ampliables en convenio colectivo, y también en caso de: parto, adopción, o acogimiento múltiple, discapacidad, u hospitalización del bebé.
- Percepción de una prestación equivalente al 100% de la base reguladora para la incapacidad temporal por contingencias comunes.
- *En caso de parto*, las 6 primeras semanas tras el mismo son de reposo obligatorio para la madre.
- Las 10 semanas restantes, si ambos progenitores trabajan, podrán ser cedidas por la madre total o parcialmente al otro progenitor, que podrá disfrutarlas de manera simultánea o sucesiva (siempre a continuación del permiso de paternidad). Estas 10 semanas podrán disfrutarse en régimen de jornada completa o a tiempo parcial, previo acuerdo entre la empresa y el o la trabajadora.

- *En caso de que la trabajadora o trabajador no haya cotizado el período mínimo establecido que corresponda a su caso, la duración del permiso retribuido es de 6 semanas, que se amplían en familia monoparental, numerosa, parto múltiple, o discapacidad. Tiene derecho a disfrutar del permiso durante las 10 semanas restantes, sin prestación económica.*

Quién tiene derecho:

- Las trabajadoras y trabajadores, por cuenta ajena o por cuenta propia, dados de alta en la seguridad social o situación asimilada al alta, en caso de maternidad biológica, adopción, acogimiento familiar, o tutela.
- *Si la gestación no llega a su fin, la trabajadora tendrá derecho al permiso por maternidad, cuando la interrupción del embarazo sea posterior a los 180 días de gestación.*
- *En caso de fallecimiento de la madre, la Seguridad Social reconoce el derecho del otro progenitor a acceder a la prestación por maternidad.*
- *En caso de que la madre no tuviera derecho a prestaciones por suspender su actividad profesional, de acuerdo con las normas que regulen dicha actividad, el otro progenitor tendrá derecho a suspender su contrato de trabajo por el período que hubiera correspondido a la madre, que deberá iniciar a continuación del permiso de paternidad.*

Permiso retribuido por Paternidad

La prestación consiste en:

- Permiso retribuido de 13 días ininterrumpidos, además de los 2 por nacimiento (reconocidos en el Estatuto de los Trabajadores), ampliables en convenio colectivo. Ampliable también en caso de parto, adopción o acogimiento múltiple, y familia numerosa o con una persona discapacitada.
- Percepción de una prestación equivalente al 100% de la base reguladora para la incapacidad temporal por contingencias comunes.
- Pueden disfrutarse a partir del permiso por nacimiento y como muy tarde, inmediatamente después de la finalización del período de suspensión o permiso por maternidad.

Quién tiene derecho:

- Los trabajadores por cuenta ajena que se encuentren afiliados en la Seguridad Social o situación asimilada al alta, y acrediten el periodo mínimo de cotización establecido.

Prestación por riesgo durante el embarazo, y/o durante la lactancia natural

La prestación consiste en:

- Suspensión temporal de contrato con derecho a reserva del puesto de trabajo, y prestación económica, a cargo de la Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de su empresa (MATEPSS), del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), o del Instituto Social de la Marina (ISM), según proceda.
- Percepción de una prestación equivalente al 100% de la base reguladora de contingencias profesionales.
- La empresa mantiene la cotización de la trabajadora a la Seguridad Social.
- En caso de riesgo durante el embarazo, la trabajadora debe comunicar a la empresa el día del parto, momento que se extingue dicha prestación.
- En caso de riesgo para el bebé durante la lactancia natural, la trabajadora tiene derecho a la prestación hasta que el niño o niña cumpla 9 meses. No es necesaria la incorporación al puesto de trabajo para realizar la solicitud de la misma. Esta prestación se interrumpe durante el permiso por maternidad.

Quién tiene derecho:

- *Cuándo:* En el caso de que las condiciones de trabajo impliquen riesgo para el embarazo y/o para la lactancia, y no sea posible para la empresa la *adaptación de las condiciones laborales, del tiempo del mismo, o un cambio de puesto que no conlleve estos riesgos.*
- *Beneficiarias:* Trabajadoras por cuenta ajena o por cuenta propia (incluido el trabajo en el hogar), dadas de alta en cualquier régimen de la Seguridad Social, en la fecha que inicien la suspensión. No requiere un periodo mínimo de cotización.
- *Información:* Puede solicitarla en el servicio de prevención de riesgos laborales de su empresa (evaluación de riesgos).

Permisos para exámenes prenatales y clases de preparación del parto

- Cuando sea necesario realizar los exámenes prenatales y las técnicas de preparación al parto dentro de la jornada laboral, tiene derecho a permisos por el tiempo indispensable para ello, conforme a lo establecido en el convenio de su empresa.
- Debe avisar previamente a la empresa, justificando que la atención no se puede hacer fuera del horario de trabajo.

Permisos y prestaciones, en caso de hospitalización del bebé

- En los casos en los que el bebé precise hospitalización a continuación del parto por un período superior a siete días, el permiso por maternidad se ampliará en tantos días como éste se encuentre hospitalizado, con un máximo de trece semanas adicionales, ampliables en convenio colectivo.
- En los casos en los que el bebé precise hospitalización a continuación del parto *ambos progenitores* tendrán derecho a un permiso retribuido de una hora diaria, si no están disfrutando el permiso de maternidad, paternidad o por hospitalización, tras comunicación a su empresa.
- Asimismo, *ambos progenitores* tendrán derecho a reducir su jornada de trabajo hasta un máximo de dos horas, con la disminución proporcional del salario, tras comunicación a su empresa.

Permiso retribuido por lactancia

La prestación consiste en:

- Una hora de permiso retribuido al día, que se puede dividir en dos medias horas a elección de los progenitores, *hasta que el bebé cumpla 9 meses*. En caso de parto prematuro se cuentan los nueve meses a partir de la 40 semana de gestación.
- Este permiso se puede acumular en jornadas completas, siempre que se recoja expresamente en el convenio colectivo, o tras acuerdo individual con la empresa.
- El derecho es el mismo con independencia del tipo de lactancia, natural o artificial, al igual que si el hijo es biológico o adoptado. Es compatible con la reducción de jornada si la ha solicitado, y tiene particularidades en el trabajo a turnos, y en partos múltiples.

Quién tiene derecho:

- Cualquiera de los dos progenitores, según decisión de la madre, en caso de que ambos trabajen.
- Si lo disfruta el padre, la norma permite hacerlo durante la baja maternal de la madre.

Excedencia por maternidad, no retribuida:

Consiste en:

- Un periodo de **EXCEDENCIA SIN SUELDO**, a contar desde el nacimiento del bebé, o de la resolución judicial o administrativa, en los casos de adopción de niños o niñas menores de 8 años.
- La empresa tiene la obligación de reservar su puesto de trabajo durante el primer año de excedencia y no es necesario que precise la duración del permiso en el momento de solicitarlo, simplemente tendrá que preavisar al empresario con dos semanas de antelación, cuando decida reincorporarse al trabajo. La solicitud se puede efectuar en cualquier momento, antes de que el niño o la niña cumpla los 3 años.
- Durante el segundo y tercer año de excedencia sigue conservando el derecho a reingresar en la empresa, pero en este caso no tienen obligación de ofrecerle el mismo puesto de trabajo que tenía, sino uno que se corresponda con el mismo grupo profesional o categoría equivalente.
- El periodo de excedencia computa a efectos de antigüedad y no modifica el contrato de trabajo ni la categoría laboral del trabajador. Los dos primeros años de excedencia para el cuidado de hijos, se consideran como cotizados a la Seguridad Social a efectos del derecho a prestaciones.

Quién tiene derecho:

- Cualquiera de los dos progenitores.

Reducción de Jornada no retribuida, por cuidado de hijo o hija:

Consiste en:

- Es posible solicitar una reducción de la jornada laboral, entre un tercio y un octavo de la misma, con la consiguiente reducción proporcional de su sueldo, para cuidar a un hijo o una hija menor de 12 años.
- La trabajadora o el trabajador pueden decidir cómo organizar el tiempo de trabajo (siempre que se ajuste a su jornada laboral habitual) y puede optar por trabajar dos o tres horas menos cada día, o faltar un día completo a la semana.
- La solicitud se puede efectuar en cualquier momento antes de que la niña o el niño cumpla los 3 años.

Quién tiene derecho:

- Cualquiera de los dos progenitores.

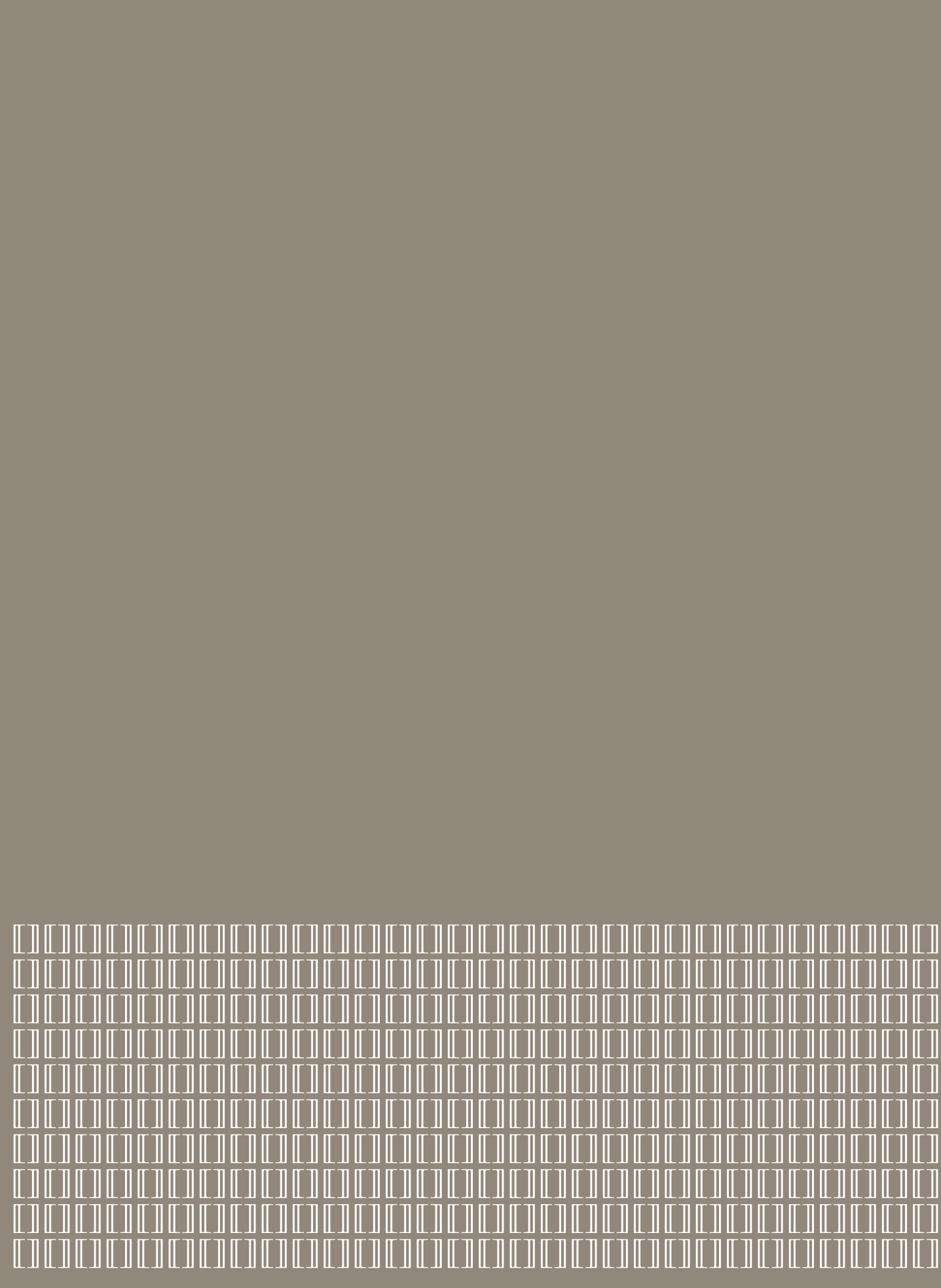
Deducción por maternidad y otras prestaciones

Existe una deducción por maternidad (actualmente de 100 euros mensuales), a la que tienen derecho las mujeres con hijos menores de 3 años, que realicen una actividad por cuenta propia o ajena y que estén dadas de alta en el régimen correspondiente de la seguridad social. Información y solicitud en las oficinas de la Agencia Tributaria, o en la página Web: www.agenciatributaria.es.

Existen también prestaciones dirigidas a familias numerosas, monoparentales, parto múltiple y/o madre con una discapacidad superior al 65%, cuya cuantía suele depender del número de hijos y de los ingresos familiares. Información y solicitud en las oficinas del INSS o en la página Web: www.seg-social.es.

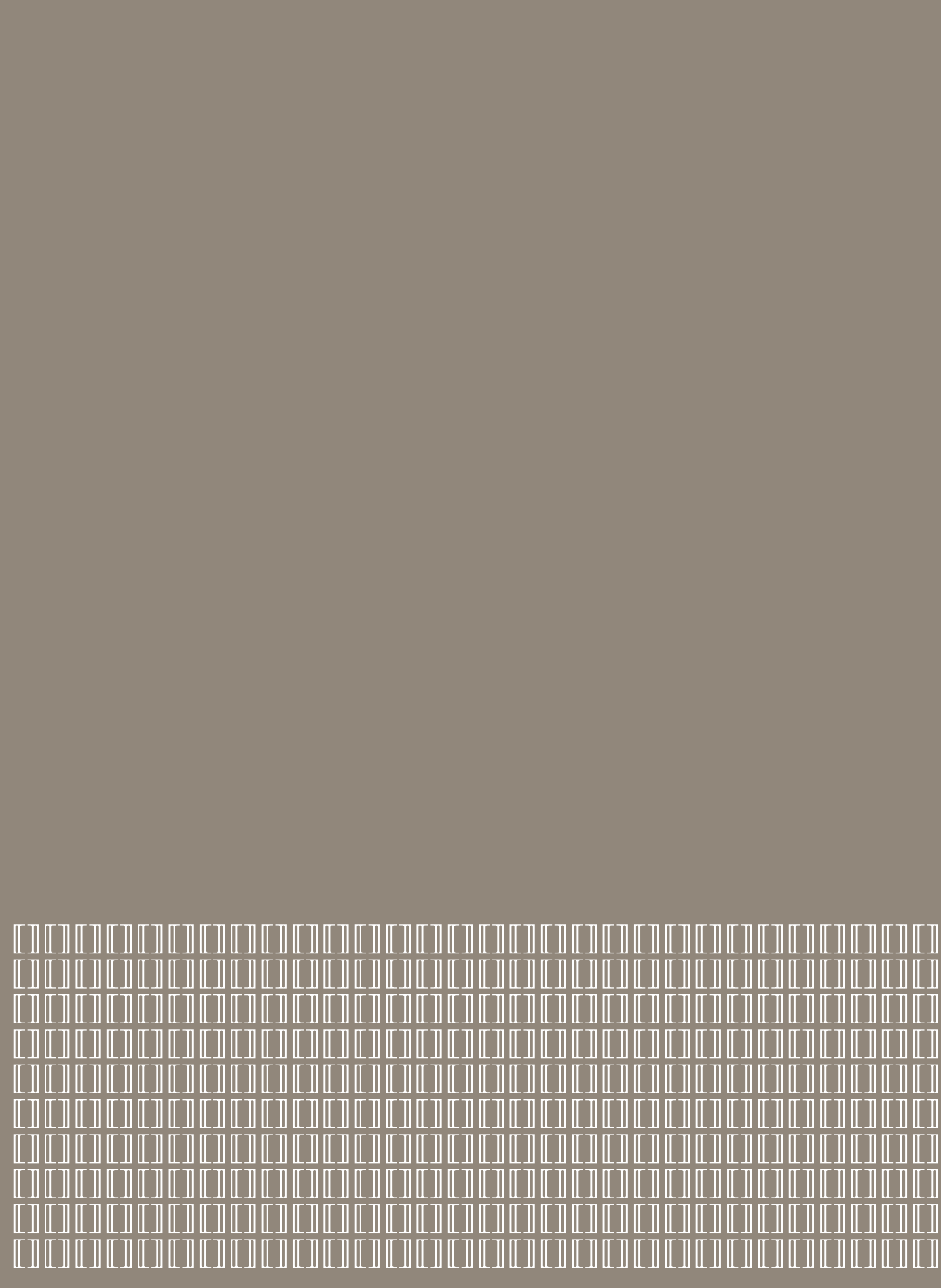
DNI DEL RECIÉN NACIDO O RECIÉN NACIDA

Este trámite no es obligatorio hasta los 14 años, aunque sí es necesario en caso de vuelos internacionales y en algunos nacionales. Más información en la web del Ministerio del Interior: www.interior.gob.es o el Portal Oficial sobre el DNI electrónico www.dnielectronico.es





RESPIRACIÓN, RELAJACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO



La documentación para la Actividad Física Preparatoria al Parto es una guía útil para la puesta en práctica de las siguientes actividades:

- Respiración.
- Relajación.
- Ejercicio físico.
- Masaje perineal.

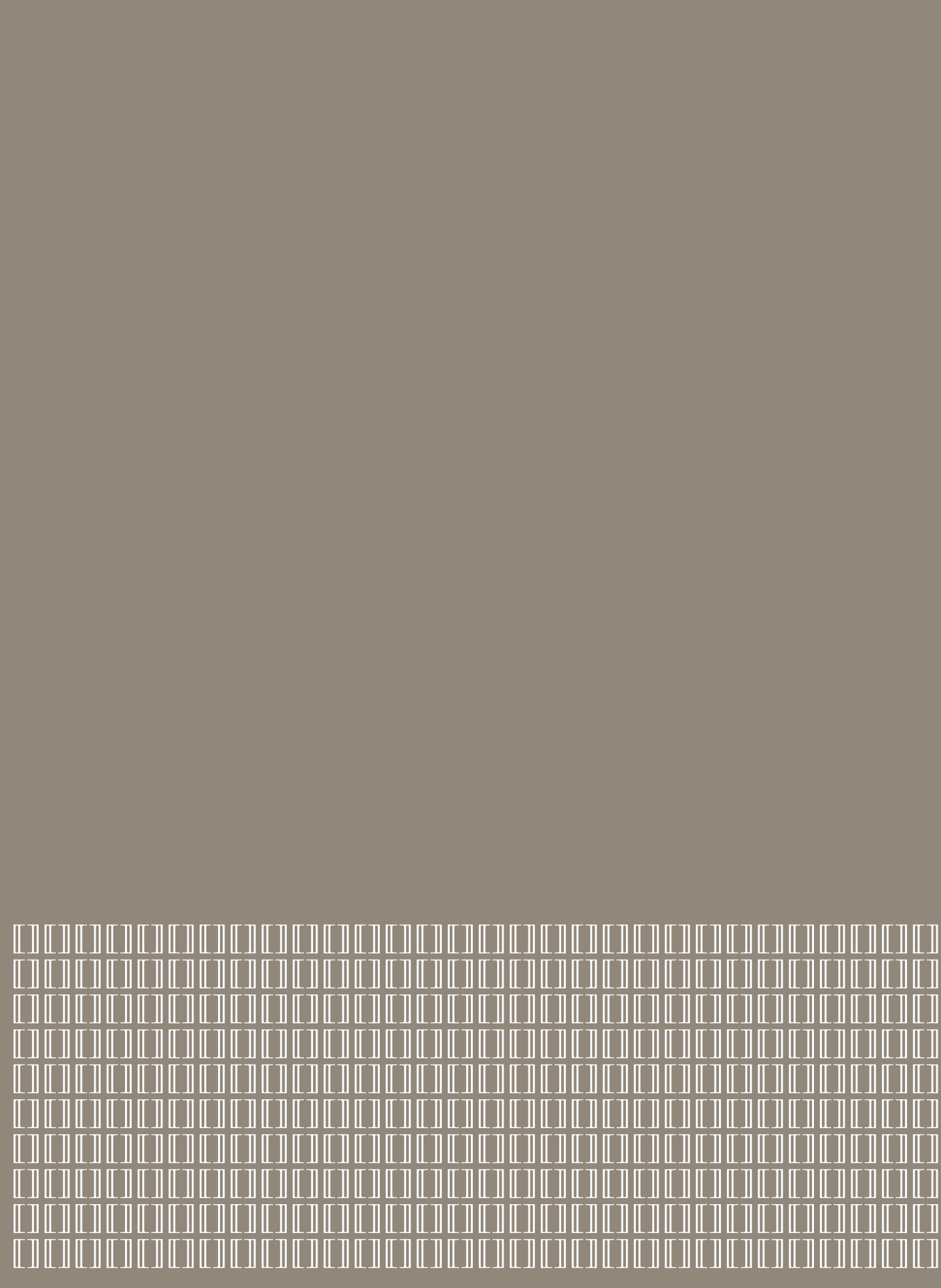
INTRODUCCIÓN A LA RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN

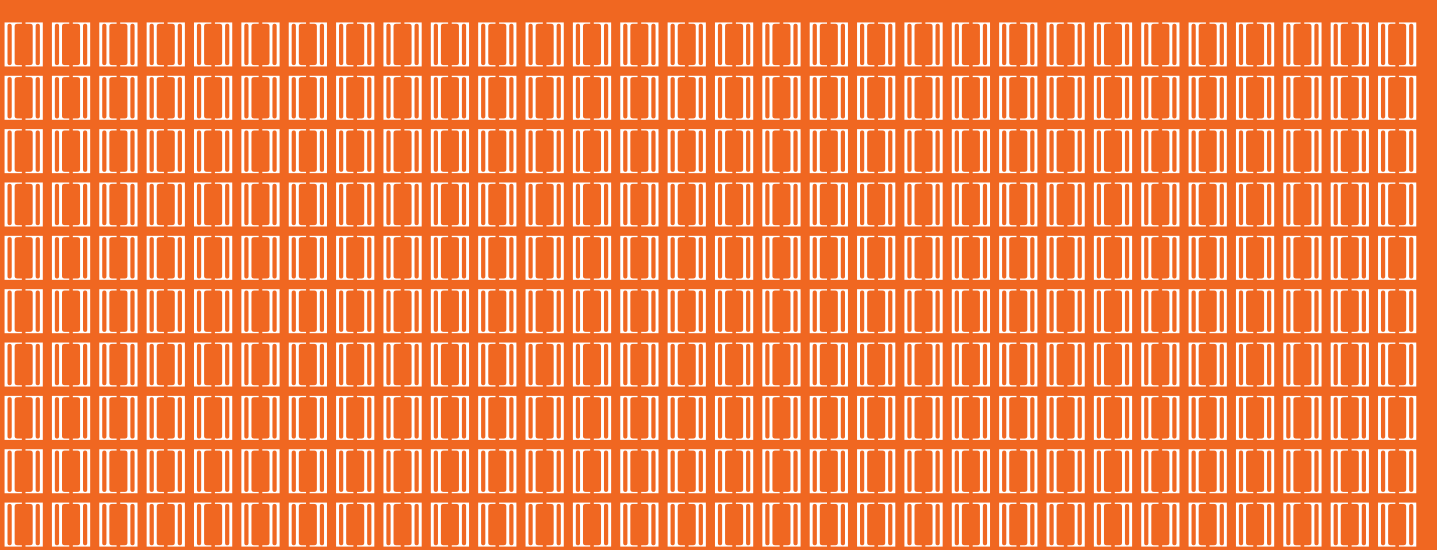
El embarazo, el parto, el posparto no sólo son una experiencia emocional y fisiológica, también son una situación social; envuelven relaciones humanas, en una época a veces de tensión y difícil de la vida.

La utilización de prácticas de respiración y relajación ayudan a prevenir las posibles consecuencias del estrés y preparan a la mujer y su pareja para que puedan afrontar esta experiencia de la vida con mayor serenidad, aumentando la confianza en ellas mismas y decidiendo cómo quieren vivirla. En el parto, no se trata de huir de las contracciones, sino de aceptarlas cómo necesarias para el nacimiento de la criatura, de ajustarse a ellas y responder con un grado de activación óptimo, esto es, un grado de actividad mental y corporal que permita el funcionamiento adecuado y una experiencia positiva, de bienestar. La activación deseable u óptima varía de una persona a otra y depende de los estímulos a que están sometidas.

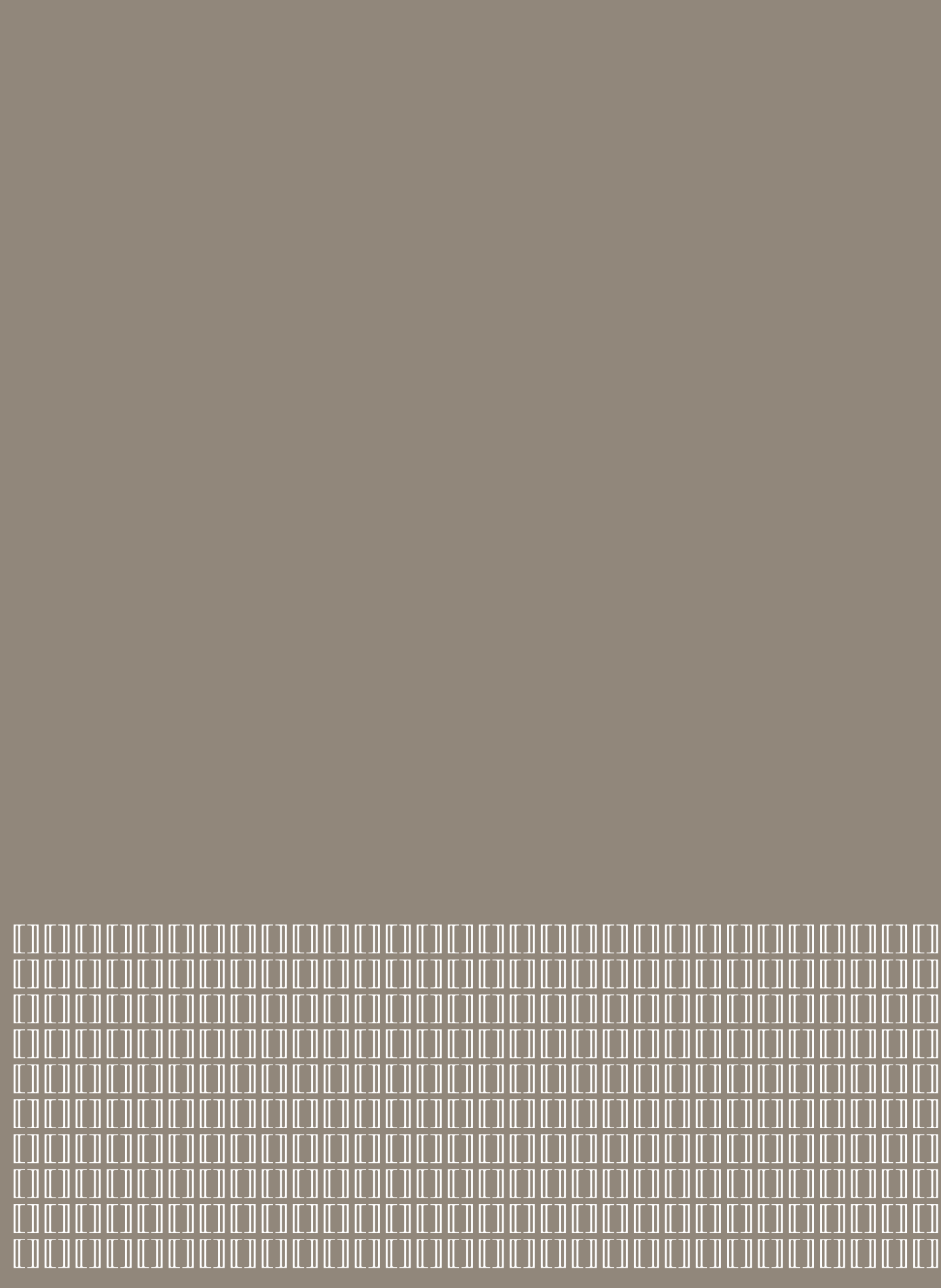
Las personas somos capaces de modificar intencionadamente nuestro nivel de activación y situarlo donde nos resulte óptimo. Podemos desarrollar diversas estrategias para lograrlo e incluirlas entre nuestro repertorio de habilidades.

Existen distintas alternativas que permiten modificar el nivel de activación. La relajación y respiración, junto con otras menos conocidas en occidente, como la meditación, la visualización, la atención plena (mindfulness) o el yoga. Podemos decir que constituyen estrategias de afrontamiento del estrés y de desarrollo de bienestar de probada eficacia.





RESPIRACIÓN



Respirar es vivir. La respiración es un acto imprescindible, un proceso involuntario y automático.

Respirar bien es una fuente de salud. Es la llave y la puerta para la relajación efectiva. Con una buena respiración, se aumenta el volumen y la capacidad de revitalizar el sistema respiratorio y circulatorio y se notan efectos inmediatos con sólo unos minutos que se practique. En el embarazo se lleva a cabo también la oxigenación del feto.

La respiración consta de dos fases:

- Inspiración, proceso de coger el aire por la nariz, para calentarlo, humedecerlo y librarlo de impurezas.
- Espiración, proceso de soltar el aire; mejora si se realiza lenta y prolongadamente, de manera silenciosa y con mayor duración que la inhalación. El aire puede expulsarse por la nariz o por la boca.

Hay tres tipos de respiración: abdominal, costal y clavicular. La respiración completa es la respiración que unifica estas tres respiraciones.

PRÁCTICA DE ATENCIÓN PLENA A LA RESPIRACIÓN

Sentada, sentado, con los pies apoyados en el suelo, los brazos reposando y las manos apoyadas sobre los muslos.

Llevamos la atención a la respiración, procurando no atender a otras sensaciones, percepciones o pensamientos. Se trata de hacer consciente mi respiración en este momento, se trata de sentirla, no de pensar en ella.

Respiro a mi manera, no trato de cambiar nada... tan sólo dejo fluir.

Noto la entrada y salida del aire, y estoy atenta/o a lo que sucede.

En qué parte del cuerpo noto yo la respiración, nariz... tórax... abdomen...

Cómo es mi respiración: rápida, lenta... superficial, profunda... tranquila, agitada...

Como es, está bien... no trato de cambiarla, la recibo, la acepto. Sigo su ritmo, el subir y bajar del tórax, del abdomen.

Me fijo únicamente en los movimientos de mi respiración, aquí, ahora... noto la entrada y salida del aire.

Si algún pensamiento o sensación aparece, que interrumpe mi atención al acto de respirar, con calma, lo dejo ir y vuelvo a llevar mi atención a la respiración, a lo que sucede ahora... en este momento... aquí.

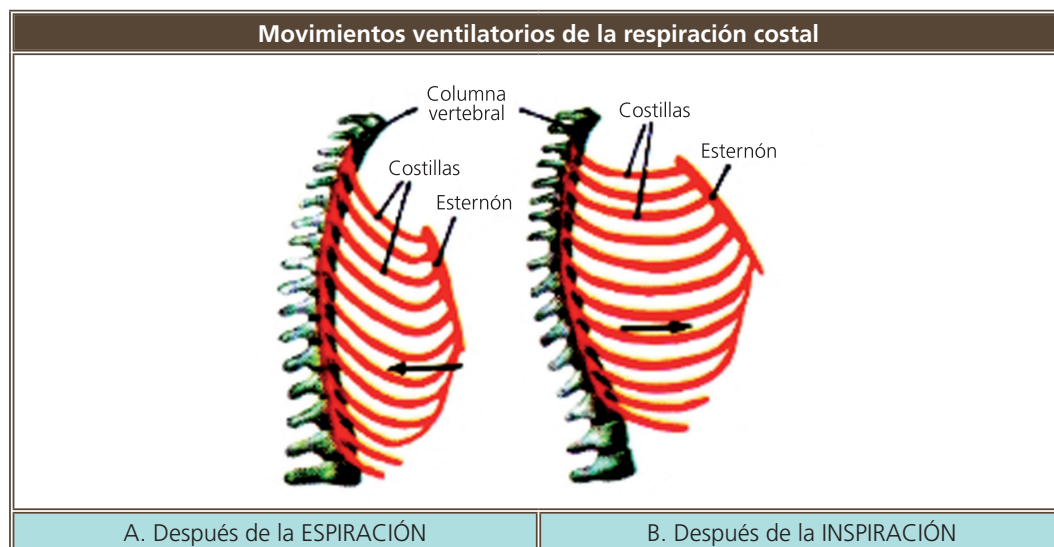
Me dejo ir... al ritmo de mi respiración... Con cada inspiración percibo que mi atención aumenta... y con cada espiración, aflojo... suelto... relajo...

Vamos a permanecer así unos 2 minutos.

Ahora, vamos a experimentar distintos tipos de respiraciones. Hacemos plenamente consciente cada movimiento de nuestros músculos así como las sensaciones que tenemos. Si tenemos que colocar una mano en el abdomen, lo hacemos con total atención. Si aparecen pensamientos, los dejamos marchar y centramos nuestra atención en el presente, en el aquí y ahora.

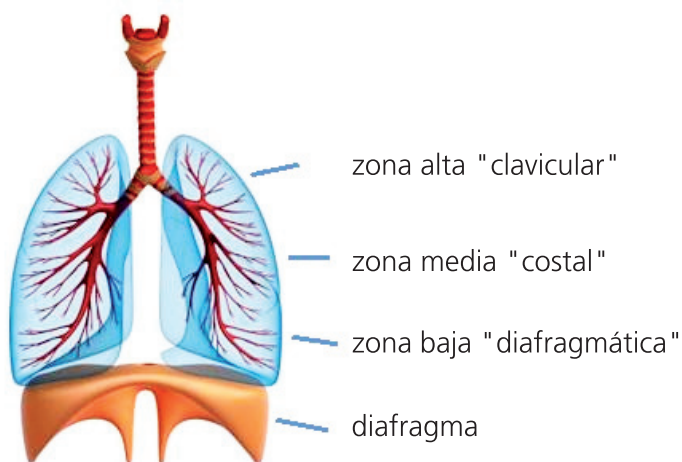
Entre cada tipo de respiración nos tomaremos 2 minutos para centrar la atención en nuestra respiración, espontánea, involuntaria.

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN COSTAL O TORÁCICA



Permanece sentada/o; ello facilita percibir los movimientos de las costillas. Te ayudará colocar tus manos a los lados, sobre las costillas.

- Inspiración. Coge aire manteniendo contraído el abdomen. Notarás que el aire entra y las costillas se separan.
- Espiración: expulsa el aire de forma lenta y continúa. Notarás como las costillas descienden.



- 2 minutos de atención plena a nuestra respiración espontánea.

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN ABDOMINAL

Seguimos en posición sentada. Cerrar los ojos puede ayudar a concentrarse.

Espiración al inicio de la práctica, varias veces, incluso emitiendo algunos suspiros, después de los cuales contrae los músculos abdominales para expulsar los últimos restos de aire.

Inspiración para llenar los pulmones. La musculatura abdominal debe estar relajada, no se trata de hinchar el vientre mediante un trabajo de la cintura abdominal

Espiración, larga, y pausada, emite el sonido OM, que ayuda a espirar lentamente, a fondo, y como el sonido debe ser uniforme, te permite dosificar el flujo del aire a voluntad. Mientras pronuncias el OOOOMMMMM largo y grave haciendo vibrar el MMMM en la caja craneana, lleva tu atención a la cintura abdominal, tomando conciencia de los movimientos de los diversos músculos que la componen.

Inspiración, que irás notando más profunda y con el abdomen; es el diafragma el que trabaja, el abdomen se hincha y se levanta a consecuencia del aplastamiento de la cima del diafragma y no por una contracción de los músculos de la cintura abdominal.

- 2 minutos de atención plena a nuestra respiración espontánea.

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN CLAVICULAR O RESPIRACIÓN ALTA

Sentada/o. Procurar levantar las clavículas al mismo tiempo que se inspira. Es el modo de respirar menos eficiente. Sólo es útil integrada en la respiración completa.

- 2 minutos de atención a nuestra respiración espontánea.

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN COMPLETA

Es la integración de las tres respiraciones antes descritas.

Seguimos sentadas/os. Ambiente cálido, tranquilo, y ojos cerrados puede facilitar la práctica.

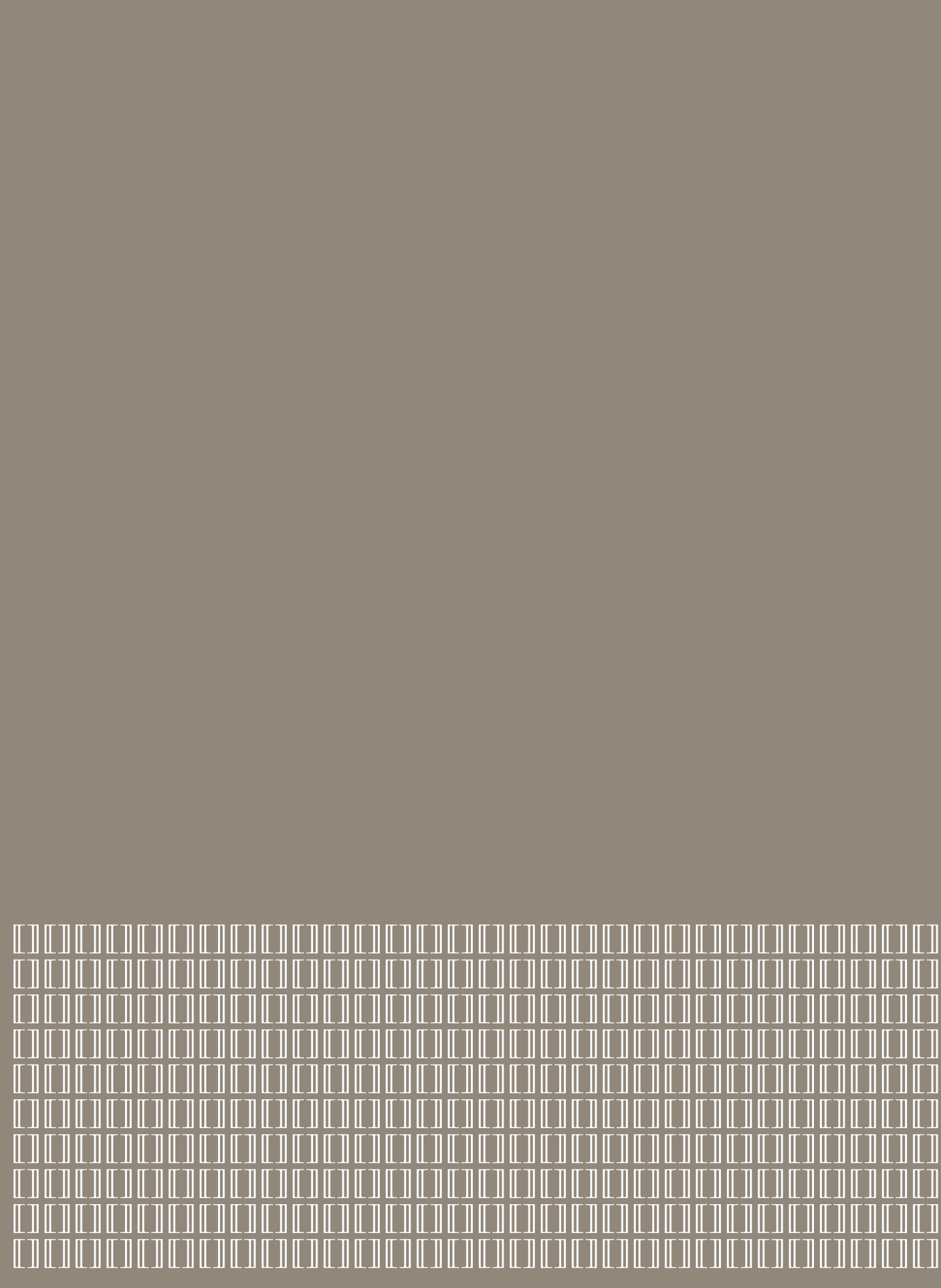
- Inspiración, por la nariz, primero llenar los pulmones con el descenso del diafragma (abdominal), dilatar las costillas y levantar las clavículas.
- Espiración, expulsar el aire, lenta y relajadamente, primero bajando las clavículas, las costillas y finalmente, sube el diafragma y baja el abdomen. Puedes emitir el sonido OM como en la respiración abdominal.
- 2 minutos de atención a nuestra respiración espontánea.

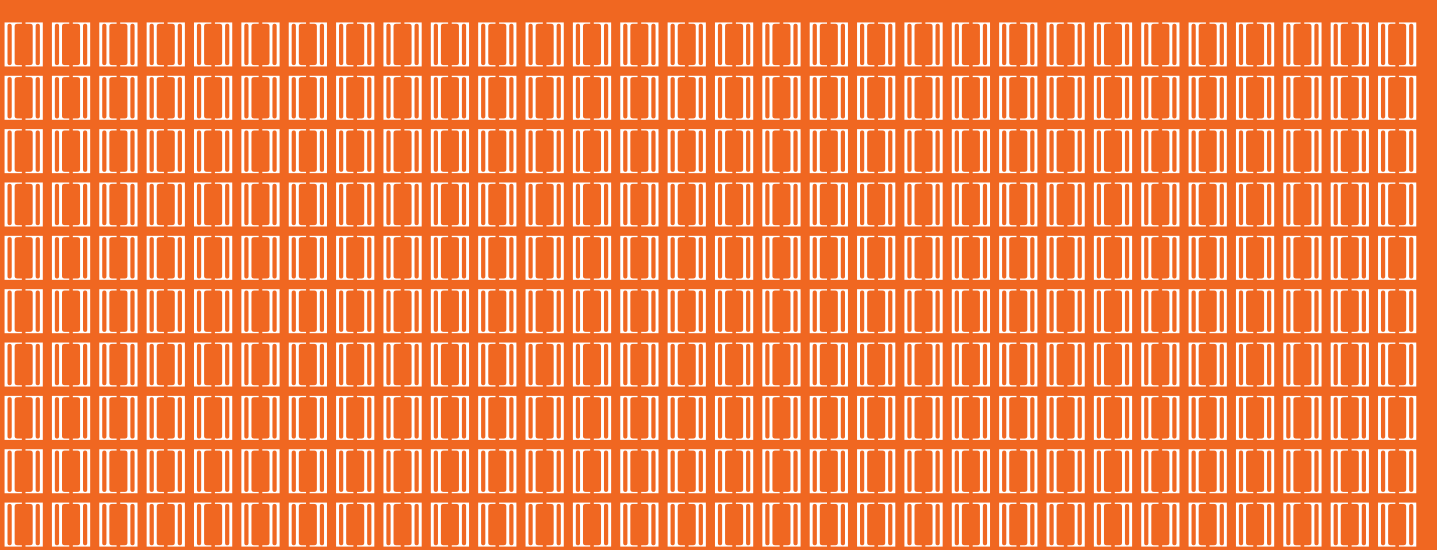
Ahora, hacemos dos o tres respiraciones profundas... , vamos percibiendo otros estímulos de fuera... realizamos pequeños movimientos con los dedos de las manos... con los dedos de los pies... y a nuestro ritmo, sin prisa... vamos abriendo los ojos y conectando con lo que nos rodea.

EJERCICIOS RESPIRATORIOS PARA LA DILATACIÓN

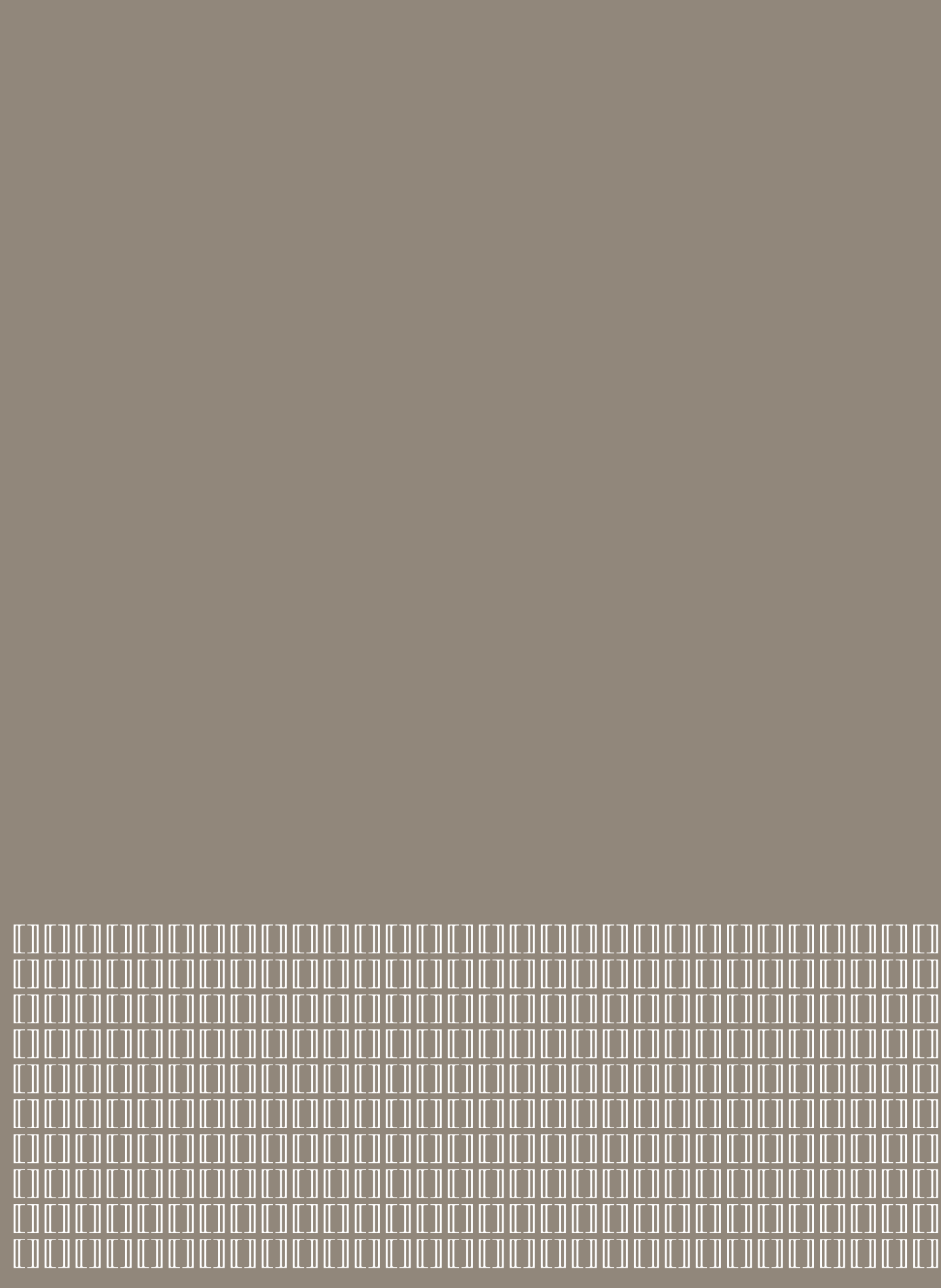
Por regla general, la mejor respiración para afrontar las contracciones del parto es la respiración lenta y profunda. No es necesario hacerla de ninguna manera especial. Solo inspirar lenta y profundamente y espirar de la misma manera, volviendo a una respiración espontánea y normal entre contracciones.

Puede llegar un momento en el que esta respiración no sea suficiente para poder afrontar las contracciones. Es cuando el cuerpo pide respirar de otra manera. La respiración rápida y superficial es un buen método de afrontamiento para estos momentos. Las características peculiares de esta respiración hace que su entrenamiento la haga más efectiva y menos peligrosa. La técnica consiste en inspirar y espirar poco aire y muy deprisa, como si al tener la llama de una vela a un palmo de la boca no la quisiéramos apagar. Solo tiene un inconveniente y es la hiperventilación, con los consabidos síntomas de mareo, acorchamientos de las manos y de la zona peri bucal, etc. El abordaje es sencillo: se le pide a la mujer que junte las manos en forma de cazo y cubra su boca y nariz a la vez que hace respiraciones lentas y profundas respirando su propio aire. De esta manera el déficit de CO₂ provocado por la hiperventilación se equilibra y desaparecen los síntomas. La prevención de la hiperventilación es igual de sencilla: se intercalan entre las respiraciones rápidas y superficiales (RS) inspiraciones y espiraciones profundas y rápidas (PR), 1PR cada 10 - 15 SR. El entrenamiento reduce este problema.





RELAJACIÓN



La relajación es un elemento importante que ayuda en la vida, facilitando la adaptación a los cambios y a las nuevas situaciones.

El embarazo y el parto son procesos que generan habitualmente estrés y ansiedad en las mujeres y sus parejas. Incorporar la práctica de la relajación, facilita la vivencia del embarazo, parto, maternidad y paternidad, con mejor equilibrio físico y emocional.

BENEFICIOS DE LA RELAJACIÓN

Físicos

Mejora el funcionamiento de los órganos internos.

Ayuda a la eliminación de las toxinas.

Aumenta el nivel de serotonina.

Disminuye el nivel de cortisol y norepinefrina.

Aumenta la vasodilatación general, lo que consigue una mayor oxigenación periférica.

Se reducen los niveles de colesterol y grasas en sangre.

Mayor nivel de reposo con lo que se obtiene un descanso más profundo.

Aumentan las frecuencias cerebrales Alfa.

Disminuye el ritmo respiratorio y se regula la respiración, lo que aporta mayor nivel de oxígeno al cerebro y a las células.

Estimula el riego sanguíneo.

Disminuye la tensión muscular.

Aumenta el nivel de producción de leucocitos, lo que refuerza el sistema inmunológico. Esto aumenta la capacidad de recuperación y prevención de enfermedades.

Psicológicos

Aumenta la capacidad de aprendizaje y concentración.

Mejora la capacidad de memoria.

Aumenta el nivel de conciencia.

Aumenta la capacidad de enfrentarse a situaciones estresantes.

Mejora el nivel de recuperación tras los esfuerzos.

Predominio de los pensamientos positivos.

Refuerza la confianza en sí mismo/a.

GUÍA DE UNA RELAJACIÓN

Todo ejercicio de relajación consta de 3 fases:

- La fase de descenso o entrada: es progresiva y su duración dependerá del entrenamiento. Es útil iniciar esta fase con varias respiraciones abdominales para estimular el sistema nervioso parasimpático y ayudar a la respuesta de relajación. La duración de esta fase oscila entre 10 a 15 minutos al principio, acortándose a medida que la persona está más entrenada.
- La fase de pausa: es la de aprovechamiento de la relajación, al principio es aconsejable utilizarla solamente para el bienestar personal. En esta fase es donde se incorpora la visualización en relajación.
- La fase de recuperación: es también progresiva y deben seguirse una serie de pasos siguiendo un orden establecido. La fase de recuperación es válida en cualquier momento de la relajación. Ésta, ante todo, tiene que ser confortable y positiva, si despierta en algún momento ideas o visiones desagradables, debe iniciarse la fase de recuperación para recobrar la tranquilidad, pero sin olvidar los pasos a realizar para lograr una buena recuperación.

Posición

La posición adoptada para la realización de los ejercicios, incluye 2 requisitos fundamentales, ser:

- Estable: porque vamos a relajar la musculatura y si no se reúne esta condición, podemos deslizarnos en la silla o no mantener la posición de pie.
- Confortable: esta condición se debe a que al principio los ejercicios tienen una duración de 30 minutos aproximadamente y si la posición es incómoda constituirá un impedimento para lograr la relajación.

Descripción de las posiciones

- Sentada/o.
- En una silla o sillón.
- La espalda estará totalmente alineada (recta) y tocando al respaldo de la silla.
- La cabeza puede estar erecta o ligeramente caída hacia delante.
- Los brazos estarán apoyados en los reposa-brazos o encima de nuestros muslos, sin estar cruzados.
- Los pies estarán perfectamente apoyados en el suelo sin cruzarse.

Tumbada/o

- Acostada/o en el suelo, boca arriba, con las piernas flexionadas colocando un cojín bajo las rodillas. Los brazos, extendidos al lado del cuerpo.
- Acostada/o en el suelo, sobre el lado izquierdo; pierna izquierda extendida y pierna derecha, flexionada sobre la izquierda. Brazo izquierdo hacia atrás, brazo derecho hacia delante y arriba. Cabeza girada hacia la izquierda.

DIRECCIÓN DE UN EJERCICIO DE RELAJACIÓN

A tener en cuenta:

Ambiente del local

Aunque no es necesaria ninguna ambientación especial, facilita el inicio:

- Habitación tranquila, sin interrupciones
- Penumbra en la habitación
- Sillones o divanes, colchonetas...
- Utilización de música, olores... ambiental

Si bien es cierto que en un primer momento facilita la relajación, luego se convierte en un condicionante, que en caso de faltar, dificulta o puede dificultar las posibilidades de relajación.

Los primeros días de entrenamiento en relajación pueden resultar algo difíciles, pero en pocas sesiones se aprende a aislarse de los estímulos externos: ruidos, luces... que molestan e incluso pueden aprovecharse para apoyar la consecución de la relajación.

Elegir un local con temperatura ambiental agradable, sin corrientes de aire.

Ropa

Que no moleste al cuerpo durante la práctica de los ejercicios, por lo tanto se aflojarán todas las prendas que produzcan presión: cinturón, corbata, cuello de camisa, sujetadores, faja, zapatos, etc.

Indicado: ropa deportiva ancha y cómoda para lograr que nada oprima el cuerpo.

Horario

Para elegir la hora de la práctica se considera:

- Momento del día en que sea más fácil disponer de 30 minutos libres
- Al levantarse o al acostarse la mente no está lo suficientemente despejada, clara, como es de desear
- Si se efectúa después de comer, facilitará la digestión, pero el sopor mental que acompaña a la digestión, no es el más óptimo para aprender a dirigir la distensión sistemática de la musculatura y tampoco para la reflexión.
- Antes de las comidas puede realizarse, haciendo previamente una serie de ejercicios suaves (andar, calentar o terminar de cocinar alguno de los platos, preparar la mesa...) para aumentar el tono y preparar el cuerpo para la comida.
- Una vez elegida la hora, es aconsejable mantenerla todos los días, así el cuerpo y la mente se acostumbran con mayor facilidad.

Terpnos Logos

Es un término que deriva del griego y significa modo de hablar placentero, agradable.

Durante las primeras sesiones, es importante la guía explicativa y para ello debe emplearse el tono, timbre y frecuencia adecuada.

En cuanto a la utilización de sonido, es preferible no crear vínculos condicionantes. Por este motivo en la relajación se indica a las personas que cambien la voz de quien dirige por la suya propia.

Para la dirección se utilizara la primera persona del singular o del plural yo/nosotras/os y el tiempo verbal, el presente de indicativo.

Explicación de la técnica

Se explican todos los detalles de la técnica para no sorprender en ningún momento, como también se indica que se puede suspender la práctica si no están cómodas/os o no va bien por la razón que sea.

Con estas medidas se evita que la persona se crea que estará en "poder" de quien dirige, es la propia persona la que ejerce el control de la situación y va al paso que ella desea.

Explicación de la técnica en sí:

- Adoptar una postura estable y confortable. Hacer hincapié en ambas cosas, ya que si no es estable, al relajarse profundamente es fácil que se deslice y si no es confortable, distraerá a la persona por las molestias que ocasiona.
- Suele iniciarse el ejercicio con la utilización de la respiración abdominal, con el patrón de inspiración más corta que la espiración, ya que de esta forma se estimula la respuesta de relajación.
- Se pasa a la dirección del método escogido.
- Al finalizar la dirección del método se puede hacer un repaso del esquema corporal, para relajar las tensiones que persisten.
- Mente alerta y fresca, que la persona viva su estado de calma y sea observadora de lo que ocurre.
- Inicio de la recuperación con cambio de ritmo respiratorio. Adoptar un patrón de mayor volumen e intensidad
- Mover dedos de los pies y de las manos, para aumentar el tono muscular y adquirir el tono de vigilia
- Desperezarse, por el mismo motivo que el punto anterior
- Situarse en el presente: lugar, día, hora...
- Abrir los ojos

Es importante efectuar la recuperación correctamente, si se efectúa con brusquedad, puede dar paso a reacciones vegetativas como náuseas, cefaleas, mareos...

La dirección de la relajación se aconseja que al principio, no dure más de 20-25 minutos. Puede modificarse a gusto de cada persona siempre que las respuestas sean positivas.

Deben estimularse las respuestas de relajación como la salivación, ruidos intestinales.

Atención plena (Mindfulness)

Referida a un estado mental no-crítico, receptivo, en el que se observan los pensamientos, sensaciones físicas, percepciones y estados afectivos, tal como son, sin tratar de suprimirlos o negarlos; una atención sostenida al contenido mental pero sin pensar sobre él.

Es una práctica budista, muy antigua, que en la actualidad se conoce también como Mindfulness. Jon Kabat-Zinn, doctor en biología molecular, profesor de medicina, ha introducido esta práctica en la medicina de occidente hace más de 30 años; fundó la Clínica de Reducción de Estrés en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts. Allí introducía a los/las pacientes a la práctica de Mindfulness para el tratamiento de problemas físicos, psicológicos, dolor crónico, y otros síntomas asociados al estrés.

Jon Rabat-Zinn define el Mindfulness como “Prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar”.

Este tipo de atención nos permite aprender a relacionarnos de forma directa con aquello que está ocurriendo en nuestra vida, aquí y ahora, en el momento presente. Es una forma de tomar conciencia de nuestra realidad, dándonos la oportunidad de trabajar conscientemente con nuestro estrés, dolor, enfermedad, pérdida o con los desafíos de nuestra vida. En contraposición, una vida en la que no ponemos atención, en la que nos encontramos más preocupadas/os por lo que ocurrió o por lo que aún no ha ocurrido, nos conduce al descuido, el olvido y al aislamiento, reaccionando de manera automática y desadaptativa.

La atención plena nos ayuda a recuperar nuestro equilibrio interno, atendiendo de forma integral a los aspectos de la persona: cuerpo, mente y espíritu. Practicando la atención plena desarrollamos una mayor capacidad de discernimiento y de compasión. La práctica de esta atención abre la puerta hacia nuevas posibilidades, nos trae al aquí y al ahora, nos invita a vivir una vida de manera plena y en el presente.

El Neurobiólogo Vicente Simón (2007) define mindfulness desde una perspectiva más psicológica, señalando que mindfulness es:

“La capacidad humana universal y básica, que consiste en ser conscientes de los contenidos de la mente, momento a momento. En un contexto terapéutico, su significado puede concentrarse en tres elementos: 1) Conciencia, 2) de la experiencia presente, 3) con aceptación”.

La atención plena es una habilidad, que puede entrenarse y aprenderse. Su práctica, va desde la más tradicional, la meditación vipassana, a estrategias de intervención terapéutica, o a la respiración realizada en lo cotidiano, ya sea en el espacio privado o público. La práctica continuada nos da la oportunidad de observar, relacionarnos de manera especial con nosotras/os mismas y con los acontecimientos que nos suceden.

Visualización

Los ejercicios de visualización son un medio de lograr estados de relajación intensos a través de la conexión neurológica que existe en nuestro cerebro entre las áreas motoras y emocionales.

La técnica de la visualización es una técnica muy fácil de enseñar y aprender, así como de gran potencial de participación de la persona.

Cada persona responde de una manera diferente ante las mismas escenas relajantes, por lo cual es importante que elabore su propio guión.

Este método proporciona una herramienta para que las preocupaciones que genera el momento del parto y el posparto sean restauradas poco a poco por una expectativa positiva.

MODELOS DE RELAJACIÓN

Técnica de sofronización o por metamerias

Los ojos pueden permanecer abiertos o cerrados según la elección de la persona.

La duración del ejercicio es de 15 a 20 minutos.

Fase de descenso o relajación física

- Respiro profundamente varias veces.
- Relajo la frente... las arrugas de la frente... siento mis ojos y los párpados que cierran suavemente mis ojos... fijo la atención en mi nariz... su forma... incluso me parece sentir la entrada y la salida del aire... entra fresco... sale templado... aflojo la boca... los labios... trago saliva si lo necesito. Siento mi cara floja, relajada... es como si me quito la máscara de tensión que llevo puesta... y me coloco una más serena, más tranquila...
- Fijo la atención en mis hombros, los siento y mentalmente los aflojo un poco más... aflojo los brazos... las muñecas... las manos... los dedos. Siento una agradable sensación de calma... serenidad...
- Al relajarme siento la forma del cuello y de la nuca... siento la forma de mi espalda... de arriba abajo... de lado a lado...

- Ahora... relajo un poco más el tórax... el abdomen, al relajar los músculos del abdomen, la respiración es más libre... más tranquila... mi abdomen se eleva en cada movimiento respiratorio... se eleva al tomar el aire... desciende al dejarlo salir... y yo me dejo llevar suavemente... en calma...
- Nada me molesta fuera de mi cuerpo... todo me atrae dentro de mi propio mundo interior... todas las sensaciones son agradables y me producen serenidad... aflojo la parte inferior de mi cuerpo... sin tensiones... siento la forma de las caderas... nalgas y genitales... aflojo los muslos... las piernas... los pies... los dedos de los pies...
- Percibo la calma... la siento y me dejo llevar al ritmo lento de la respiración... sin esfuerzo, me dejo llevar al borde mismo del sueño... como si estuviera a punto de dormir...

Fase de relajación mental

Vamos a buscar un lugar donde nos encontremos muy bien, un lugar favorito, donde nada malo pueda sucedernos, que nos dé armonía y seguridad, allí vamos a permanecer durante 5 minutos. Si algún pensamiento acude... lo dejamos ir... como si fuera la imagen que vemos desde un tren.

Fase de salida

- Respiramos profundamente 3 o 4 veces.
- Lentamente movemos los dedos de las manos, las manos, los dedos de los pies, los pies.
- Nos desperezamos, nos estiramos.
- Abrimos los ojos.
- Miramos a nuestro alrededor los colores, las luces, el aquí y ahora.
- Nos incorporamos a la actividad normal lentamente.

Relajación progresiva de Jacobson

La relajación progresiva de Jacobson nos hace tomar conciencia sobre la existencia de un músculo tenso y un músculo relajado en todo el territorio muscular del cuerpo.

Los ojos pueden permanecer abiertos o cerrados según la elección de la persona.

La duración del ejercicio es de 15 a 20 minutos.

Fase de descanso o relajación física

Mientras pasamos de un ejercicio a otro, mantenemos la relajación anterior y percibimos la sensación de relajación del ejercicio efectuado.

- Distensión de los brazos
 - Elevamos el brazo dominante con los dedos unidos, mantenerlo en tensión en el aire y doblamos la muñeca, hasta que la mano forme un ángulo recto con el brazo. Mantenemos esta posición de 15 a 30 segundos hasta que se perciba la sensación de tensión.
 - Dejamos caer el brazo lentamente, aflojamos los dedos y los separamos.
 - Permanecemos en reposo percibiendo las sensaciones correspondientes a la relajación.
 - Repetimos el ejercicio con el otro brazo y después con los dos brazos a la vez.
- Distensión de las piernas
 - Extendemos la pierna dominante, rodilla bloqueada, colocamos el pie en ángulo recto respecto de la pierna, los dedos extendidos y juntos. Mantenemos esta postura durante 15 o 20 segundos, hasta notar la sensación de tensión.
 - Detenemos la tensión y permanecemos en reposo percibiendo la sensación de relajación.
 - Después lo realizamos con la otra pierna y luego con las dos a la vez.
- Respiración
 - Respiramos 2-3 veces con más profundidad de lo habitual (sin que sea exagerada) Percibimos como se tensa el tórax al inspirar y como se relaja al espirar.
- Distensión de la frente
 - Elevamos los músculos de la frente, las cejas y los párpados hasta percibir un estado de contracción.
 - Detenemos la tensión hasta apreciar la relajación.
- Distensión de los ojos
 - Sin mover la cabeza, miramos a la derecha y permanecemos así durante 15 -20 segundos, hasta sentir la tensión en los ojos.
 - Volvemos la mirada a la posición normal y sentimos la distensión de los músculos oculares.
 - Repetimos el ejercicio mirando a la izquierda, arriba y hacia abajo. Notamos en todos los casos la relajación muscular correspondiente.
- Cara
 - Intentamos poner la cara lo más fea posible incluso sacar la lengua.
 - Soltamos la tensión hasta apreciar la relajación,

- Distensión al hablar
 - Contamos lentamente hasta 10 en voz alta, observamos la actividad de los labios, la lengua, las mandíbulas, el cuello y el tórax.
 - Dejamos de hablar y relajamos los músculos que han intervenido. Repetimos el ejercicio en voz baja.
 - Volvemos a repetirlo contando mentalmente. Al dejar de contar observamos que aún sin haber hablado hay relajación de los músculos que intervienen en el habla.

Fase de relajación mental

Vamos a buscar un lugar donde nos encontremos bien, un lugar favorito, que nos dé armonía y seguridad, allí vamos a permanecer durante 5 minutos. Si algún pensamiento acude... lo dejamos ir... como si fuera la imagen que vemos desde un tren.

Fase de salida

- Respiramos profundamente 3 o 4 veces.
- Lentamente movemos los dedos de las manos, las manos, los dedos de los pies, los pies.
- Nos desperezamos, nos estiramos.
- Abrimos los ojos.
- Miramos a nuestro alrededor los colores, las luces, el aquí y ahora.
- Nos incorporamos a la actividad normal lentamente.

Visualización para el embarazo

- Cerramos los ojos.
- Nos concentramos en la respiración.
- Inspiramos profundamente y después espiramos y repetimos mentalmente las palabras me relajo.
- Nos concentramos en la cara y sentimos cualquier tensión que haya en ella, por ejemplo los músculos que rodean los ojos, como dos lazos que se aprietan cuando están tensos (imaginamos) y luego imaginamos como se relajan, como se aflojan y todo se hace más cómodo, como una goma elástica que se suelta.

- Sentimos como se relajan todas las partes de la cara, los ojos, la frente, las mejillas, los labios, la boca, la barbilla, las orejas y poco a poco vamos a sentir como se va relajando todo el cuerpo.
- Notaremos como el cuello esta relajado, la espalda relajada de arriba abajo y de lado a lado... los hombros relajados, los brazos, las manos, los dedos están relajados... el pecho, el vientre... , las caderas, los muslos... las piernas, los tobillos, los pies, los dedos de los pies.
- Ahora imaginamos un lugar agradable donde todo es cómodo y el color es suave... el sonido nos adormece.
- Imaginamos nuestro útero grande y acogedor, en el que se encuentra nuestro/a bebé, en un líquido cálido y suave.
- Nos imaginamos una criatura fuerte y sana... que disfruta en este lugar, abre los ojos y mira a su alrededor... y los latidos de nuestro corazón la tranquilizan y adormecen.
- Ahora nos vamos a imaginar dentro de unos meses, cuando esté en nuestros brazos, es una criatura fuerte y sana que nos mira y sonrío... mama y disfruta... y le gusta estar junto a su familia.
- Volvemos un poco atrás, pues todavía quedan unos meses... nos sentimos bien con nuestro embarazo, disfrutamos del momento actual y de cómo va progresando.
- Permanecemos así, disfrutando de esta sensación de confort durante unos minutos.

Fase de salida

- Respiramos profundamente 3 o 4 veces.
- Lentamente movemos los dedos de las manos, las manos, los dedos de los pies, los pies.
- Nos desperezamos, nos estiramos.
- Abrimos los ojos.
- Miramos a nuestro alrededor los colores, las luces, el aquí y ahora.
- Nos incorporamos a la actividad normal lentamente.

Relajación en pareja (Atención Plena/Mindfulness)

La pareja sentada en el suelo, espalda con espalda; las nalgas, lo más cerca posible. Revisar la postura, y ajustar hasta que sea cómoda y estable para las dos personas.

Nos cogemos de las manos, cerramos los ojos, y llevamos la atención a la respiración.

Realizamos una espiración larga... y a continuación dos o tres respiraciones abdominales.

Podemos realizar pequeños movimientos... con la cara... los hombros... los brazos... la espalda... las nalgas... las piernas... los pies... hasta que estemos cómodas/os.

Intentamos coordinar la respiración... la pareja intenta seguir y acoplarse al ritmo de respiración de la mujer.

Ahora se trata de sentir... no tiene que ocurrir nada especial... lo que ocurra, está bien.

Imaginamos el bebé, la bebé... está en el útero... confortable... con buena temperatura... recibiendo todo cuanto necesita a través del cuerpo de su mamá... cuerpo que alberga... para dejar partir cuando esté preparada, cuando esté preparado.

Este es un momento especial... también para el/la bebé. Miramos su cara... sonreímos... imaginamos su sonrisa.

Hacemos una respiración muy profunda... y así... enviamos nuestro sentimiento de amor.

Miramos cómo sonrío... y disfrutamos con esta sensación.

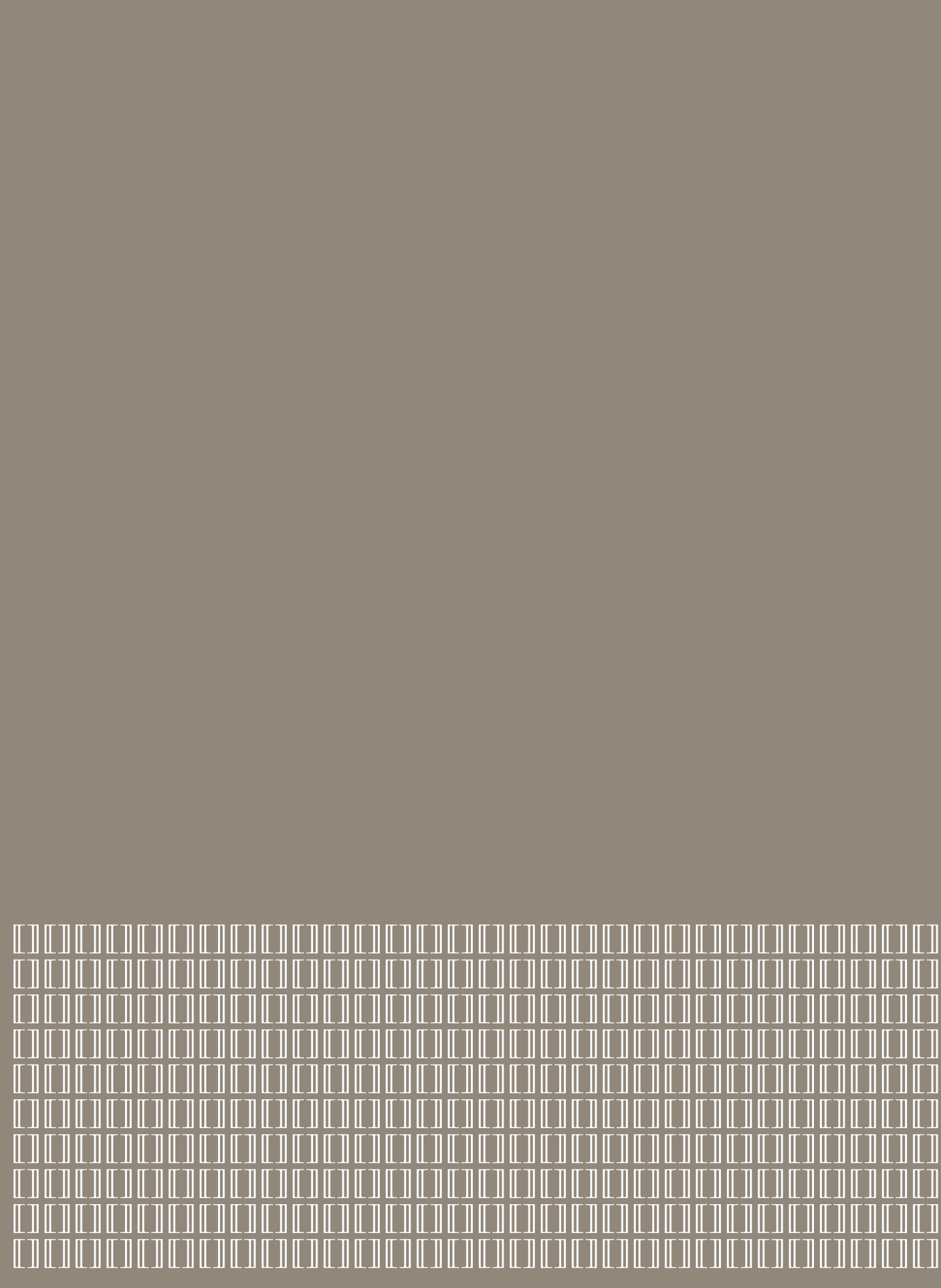
Permanecemos así unos minutos... sólo sintiendo... aquí y ahora... en conexión con quien... a través nuestro... nacerá... será nuestra hija o hijo... y ya, podemos darle amor.

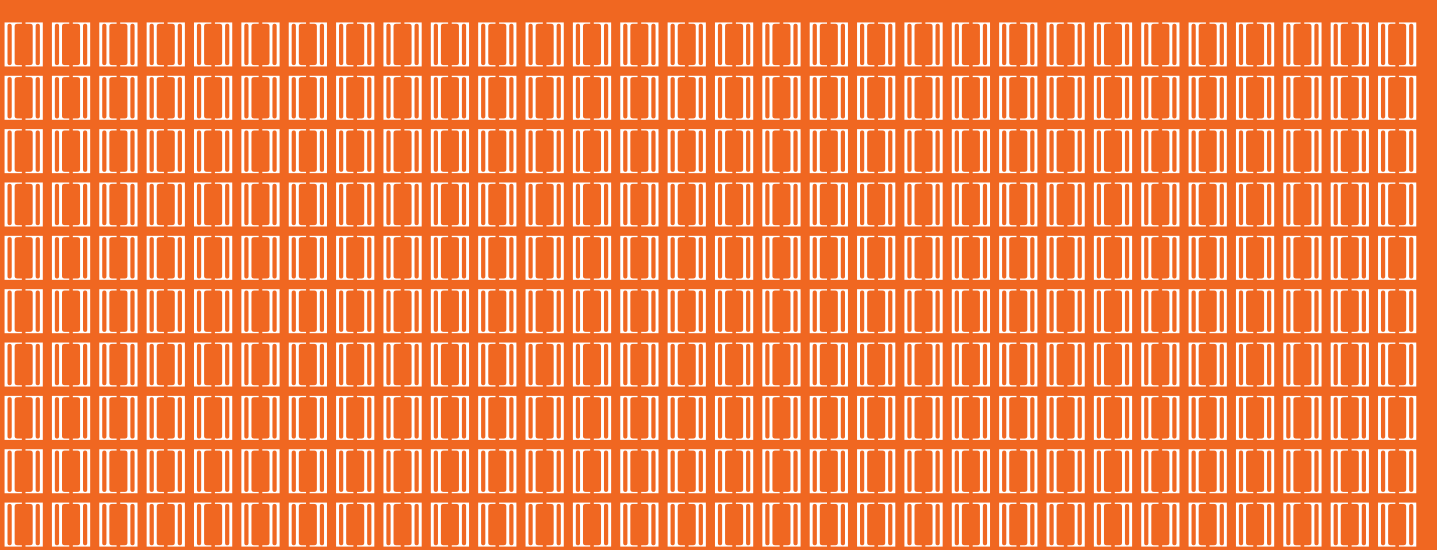
Sólo sentir.

Pasados los minutos previamente pactados, dirigir la salida de la relajación.

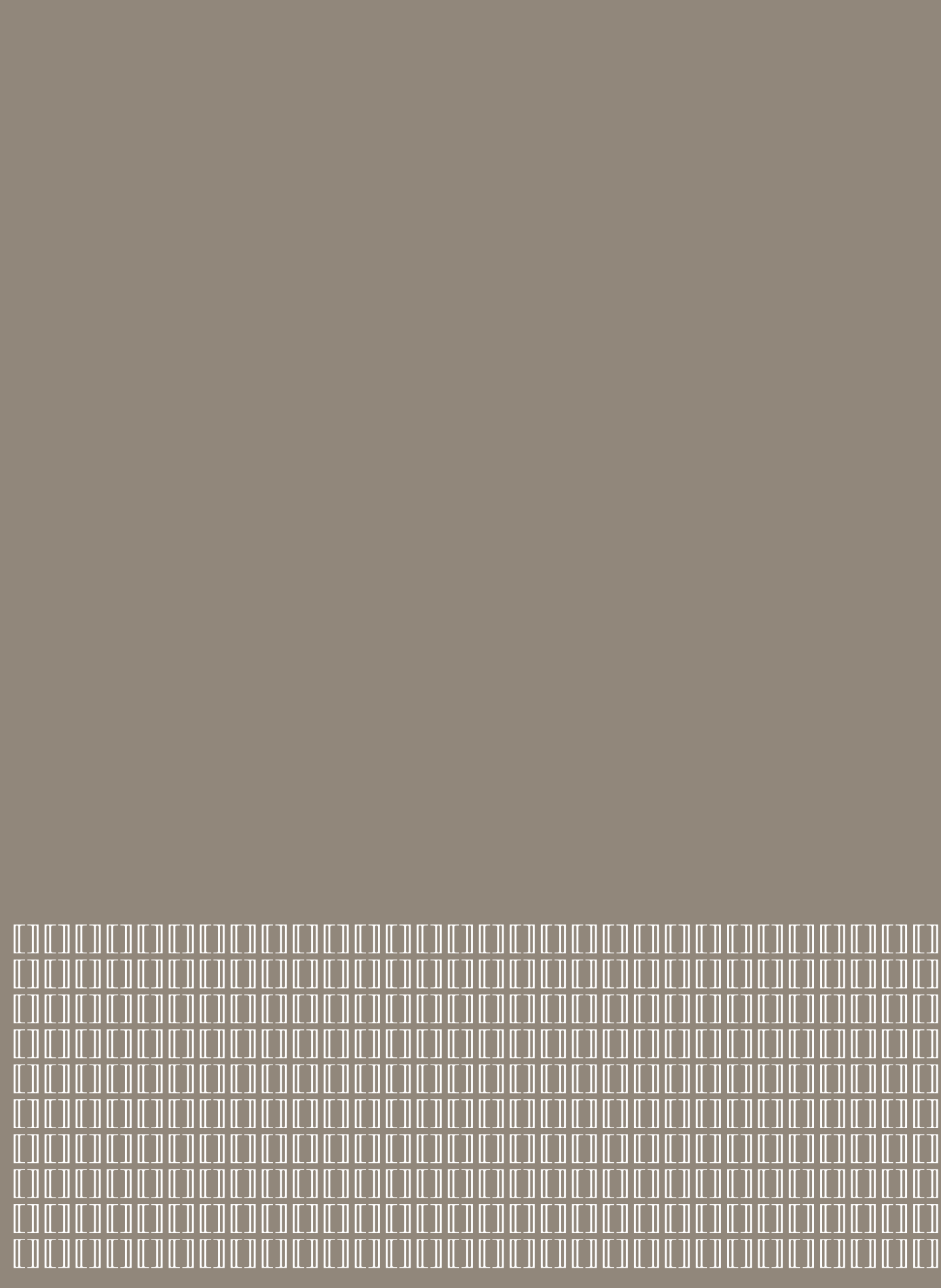
BIBLIOGRAFÍA

- Curso Técnicas de relajación. aul@bierta IAAP. Actualización Enero 2011.
- Ana Falk, Sofrología y Relajación. Nuevas terapias. Libro-Hobby-Club, S.A. Madrid 2000
- Jon Rabat-Zinn, Vivir con plenitud las crisis. Editorial Kairos
- Claudio Araya Veliz. Mindfulness y cambio terapéutico.
<http://www.mindfulness-salud.org/articulos/mindfulness-y-cambio-terapeutico/>
- Carsi Costas, Nuria. Bachelor of Science in Nursing. Enfermería clínica I. Técnicas de relajación en la atención de enfermería. Módulo European University. Domo 1994





EJERCICIO FÍSICO



INTRODUCCIÓN

Practicar ejercicio físico es una recomendación constante a lo largo de nuestra vida para mantener una buena salud. Durante el embarazo, la realización de ejercicio se asocia con menores tasas de preeclampsia, diabetes gestacional, dolor de espalda, ansiedad, insomnio, calambres en las piernas y menor número de cesáreas.

Se recomienda realizar ejercicios que mejoren el estado cardio-respiratorio (aeróbicos) y músculo-esquelético (de resistencia). Los más recomendados son: caminar, nadar, bicicleta estática, baile.

No se recomiendan las actividades que incrementan el riesgo de caída o traumatismo, las que supongan un sobreesfuerzo de las articulaciones y los deportes que conllevan un alto nivel de contacto corporal.

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO DURANTE EL EMBARAZO
- CONTROL DEL AUMENTO DE PESO
- MEJOR BIENESTAR PSICOLÓGICO
- MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE AVD
- MENOR INCIDENCIA DE DIABETES GESTACIONAL Y PREECLAMPSIA
- DISMINUCIÓN Y ALIVIO DEL DOLOR LUMBAR

En ausencia de complicaciones médicas el ejercicio debe realizarse de forma continuada desde el inicio del embarazo y se aconseja ir adaptándolo a la evolución del mismo.

La práctica de ejercicio debe hacerse de forma regular por lo que se recomiendan sesiones de 30-40 minutos realizadas 2 ó 3 veces por semana. Preferentemente en espacios abiertos, vigilando la alimentación y la hidratación. Se iniciará siempre la sesión con ejercicios de calentamiento y se finalizará con ejercicios de relajación muscular.

Es muy importante prestar atención al dolor y suspender el ejercicio en el momento que aparezca.

Contraindicaciones Absolutas	Contraindicaciones Relativas	Síntomas de Riesgo Obstétrico
<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardiaca • Tromboflebitis • Enfermedad pulmonar restrictiva • Enfermedad hipertensiva grave • Incompetencia cervical • Hemorragia genital • Crecimiento intrauterino retardado • Ausencia de control prenatal • Sospecha de sufrimiento fetal • Riesgo de parto prematuro • Placenta previa después de la semana 26 	<ul style="list-style-type: none"> • Palpitaciones • Historia de CIR • Historia de parto pretérmino • Anemia grave • Enfermedad tiroidea mal controlada • Contracciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Hemorragia o sangrado vaginal • Disnea previa al ejercicio • Dificultad para respirar • Taquicardia • Mareo • Desfallecimiento

Los ejercicios van encaminados fundamentalmente a la preparación músculo-esquelética para el parto y a aliviar las molestias propias del periodo en el que se imparte.

EJERCICIOS DE MOVILIZACIÓN CERVICAL Y DE HOMBROS

Sentadas, flexionar el cuello hacia adelante, hacia atrás y hacia los lados.

En la misma posición, hacer giros con la cabeza hacia derecha e izquierda y finalmente rotaciones.

Rotar los hombros hacia adelante y hacia atrás.

Elevar y bajar los hombros.

EJERCICIOS DE PECTORALES

Juntar las manos a la altura del pecho y hacer fuerza una contra otra.

En la misma posición anterior, separar ligeramente las manos y hacer fuerza con los dedos.

Doblar los brazos colocando los puños a la altura de la cara y a continuación abrir los brazos llevándolos hacia atrás a la vez que cogemos aire por la nariz y volver a juntarlos delante de la cara a la vez que expulsamos el aire por la boca.

EJERCICIOS PARA DISMINUIR LA PRESIÓN DEL ÚTERO SOBRE EL DIAFRAGMA

De pie y con los pies paralelos y abiertos a la medida de la pelvis: con los brazos estirados, entrelazar los dedos e ir subiendo los brazos por encima de la cabeza a la vez que inspiramos por la nariz. Una vez situados, dar la vuelta a las manos de manera que las palmas nos queden hacia arriba y estirar bien durante unos segundos. Dar nuevamente la vuelta a las manos e ir bajando los brazos a la vez que se expulsa el aire por la boca.

Sentadas con la espalda bien apoyada en la pared, estirar los brazos hacia los lados y colocar las palmas de las manos pegadas a la pared e ir subiéndolas en esta posición mientras podamos (a la vez que inspiramos por la nariz) Cuando nos moleste, damos la vuelta a las manos y seguimos subiéndolas hasta que nos queden por encima de la cabeza, estirando bien los brazos y manteniendo la posición durante unos segundos, al cabo de los cuales iremos bajando lentamente los brazos (siempre pegados a la pared) a la vez que espiramos por la boca.

EJERCICIOS DE MOVILIZACIÓN PÉLVICA

De pie, con las rodillas ligeramente flexionadas y los pies paralelos y abiertos a la medida de la pelvis: hacer balanceos de pelvis antero-posteriores, laterales y rotaciones a ambos lados.

Sentada en la pelota suiza, repetir los movimientos anteriores.

A cuatro patas, con la pelvis ligeramente por detrás de las rodillas, la espalda arqueada y la cabeza flexionada, iniciar un movimiento de anteversión de pelvis a la vez que se va deflexionando la cabeza y poniendo la espalda recta. El aire lo tomamos por la nariz. Aguantamos en esta posición durante unos segundos y posteriormente se va expulsando el aire por la boca a la vez que volvemos a la posición inicial. Este ejercicio se conoce como la posición del gato enfadado.

A cuatro patas, elevar la pierna izquierda flexionada (similar a como lo hacen los perros) a la vez que inspiramos por la nariz. Volver a la posición inicial espirando por la boca.

Acostada en decúbito supino y con las piernas flexionadas, inspirar por la nariz a la vez que hacemos un movimiento de anteversión de pelvis y espiramos por la boca haciendo una retroversión pélvica estirando bien toda la espalda (que contacte bien con la colchoneta).

Acostada en decúbito lateral izquierdo: con las piernas juntas y colocadas de tal forma que los muslos formen un ángulo recto con el cuerpo y otro con las piernas. Separar la rodilla derecha dejando los pies juntos y luego dejar las rodillas juntas separando el pie derecho. Hacer varias repeticiones de las dos maneras. Respiración libre.

Repetir el ejercicio anterior en decúbito lateral derecho.

De rodillas y sentadas sobre los tobillos, dar un impulso hacia arriba, moviendo la pelvis hacia adelante a la vez que elevamos los brazos estirados por encima de la cabeza y vamos inspirando por la nariz. Después de unos segundos volver a la posición inicial expulsando el aire por la boca.

Sentada en posición de sastre, con la espalda arqueada y la cabeza flexionada, inspirar por la nariz a la vez que vamos moviendo la pelvis hacia adelante, estirando la espalda y deflexionando la cabeza. Mantener esta posición durante unos segundos y volver a la posición inicial expulsando el aire por la boca.

EJERCICIOS CIRCULATORIOS

Sentada o acostada, mover los dedos de los pies hacia adelante y hacia atrás.

En la misma posición, mover los pies hacia adelante y hacia atrás (teniendo cuidado no estirarlos demasiado para evitar los calambres).

En la misma posición, hacer rotaciones de los pies hacia derecha y hacia la izquierda.

EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO Y PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria se define como una pérdida involuntaria de orina que ocasiona un problema social y/o higiénico con un gran impacto en la vida de la mujer en el ámbito social, físico, emocional y sexual.

El proceso de la maternidad supone uno de los principales factores de riesgo para este problema. Los cambios producidos durante el embarazo, el proceso del parto, y

el manejo del mismo, afectan notablemente a la musculatura pélvica. En ocasiones la incontinencia urinaria manifestada tras el parto puede ser temporal, en cambio, otras mujeres padecen estos problemas a largo plazo.

Todas las mujeres que vuelven a casa tras su parto deben beneficiarse de estos consejos y de la estimulación precoz de esta musculatura. Sin embargo, la carga física, emocional y social de la etapa de posparto supone en ocasiones un impedimento para el autocuidado de la mujer. Estas actividades deben ser realistas y de fácil incorporación en la vida diaria de las nuevas madres.

Denominamos suelo pélvico al conjunto de músculos que cierran la pelvis menor. Esta estructura está formada por dos capas:

- Superficial: músculos fibrosos y alargados que comúnmente llamamos periné. Forman un conjunto que se extiende de delante hacia atrás desde pubis hasta cóccix. Lateralmente limitan con ambos ísquiones.
- Profunda: músculos anchos y gruesos, también denominado diafragma pélvico. Situados por encima de los músculos de la capa superficial.

También forman parte de esta estructura músculos mucho más pequeños que corresponden a los orificios de los tres esfínteres situados en la zona: uretra, vagina y ano. El resto de músculos se entrecruzan y rodean estos orificios. La zona donde se produce este cruce de músculos recibe el nombre de núcleo fibroso, también llamado centro tendinoso del periné. Aquí se insertan la mayoría de músculos de la región. Es una zona muy resistente situada en el centro de la estructura y supone un punto fuerte para la capacidad de resistencia de este conjunto de músculos.

Funciones del suelo pélvico

- Cierre de la cavidad abdominal.
- Garantiza la estática lumbopélvica.
- Control de uretra, vagina y ano.
- Sostiene a las vísceras de la parte baja del abdomen.
- Permite el parto.
- Desempeña un papel fundamental en las relaciones sexuales.

Factores lesivos para el suelo pélvico

- Embarazo y parto.
- Cirugía en la zona de la pelvis.
- Traumatismos.
- Neuropatías periféricas.
- Menopausia.
- Envejecimiento.

- Herencia.
- Radioterapia.
- Obesidad.
- Afecciones respiratorias.
- Estreñimiento.
- Hábitos diarios.

En general cualquier factor que contribuya a aumentar la presión en la cincha abdominal manométrica y a que estas presiones no se gestionen bien va a suponer un factor de riesgo para el suelo pélvico. Para una buena gestión de las presiones vamos a necesitar una buena estática de la columna (evitar hiperlordosis lumbar), un músculo transversal competente y un diafragma móvil.

Embarazo como factor de riesgo para el suelo pélvico

- Aumento de los niveles de determinadas hormonas.
- Crecimiento uterino.
- Relajación de la musculatura abdominal y aumento de la lordosis lumbar. Aumento desproporcionado del peso materno.
- Modo de vida y práctica de determinados deportes.
- Estreñimiento.
- Aumento del volumen de sangre.

Las modificaciones propias de la gestación suponen un factor de riesgo predisponente para daños en el suelo pélvico. Los cambios fisiológicos en el cuerpo de la mujer durante el embarazo la sitúan en un nivel de riesgo considerable para el desarrollo de patología del suelo pélvico durante el embarazo y/o a más largo plazo.

Algunos de estos cambios pueden ser modificables o controlables (aumento de peso, hábitos de vida, tonificación muscular...) Los objetivos prioritarios durante el embarazo serán trabajar la estática lumbopélvica, reforzar el transversal y el suelo pélvico, conseguir una respiración justa e incorporar hábitos de vida saludables y modificar aquellos que aumenten el riesgo de lesiones.

Parto como factor de riesgo para el suelo pélvico

- Número de embarazos y partos.
- Duración del periodo de dilatación y expulsivo.
- Peso de la criatura al nacimiento.
- Partos múltiples.
- Presentaciones posteriores.
- Partos instrumentales.
- Epidural.

- Tipo de pujo.
- Postura de parto.
- Episiotomía o desgarros espontáneos.

El traumatismo obstétrico consecuencia del parto es uno de los principales factores de riesgo de lesiones de la musculatura del suelo pélvico. Aspectos como el número de partos o el peso de la criatura afectarán en mayor o menor medida al posible daño de la zona. Sin embargo, el posible traumatismo durante el parto va a depender en gran medida del modo en que la criatura sale: salida muy rápida o muy prolongada, pujos dirigidos/no espontáneos, maniobra de Kristeller, episiotomía, instrumentación del parto...

Entrenamiento en la contracción selectiva de los músculos del suelo pélvico

Los ejercicios musculares son efectivos para resolver problemas del suelo pélvico tras el parto y reducen la posibilidad de padecerlos en el futuro. Un programa de ejercitación muscular del suelo pélvico mejora la frecuencia con el que las mujeres realizan los ejercicios frente a aquellas mujeres que tan solo reciben instrucciones por escrito. Es aconsejable comprobar que conocen su riesgo individual, la importancia de estos ejercicios, su correcta realización y animar a la realización diaria de los mismos dentro de un plan realista adaptado a su nueva situación. Como último, sería recomendable también, realizar seguimientos con cierta regularidad para valorar la evolución.

- Posición inicial: sentada en una silla o colchoneta, espalda recta y piernas estiradas o en posición de sastre.
- Contraer hacia dentro y hacia arriba solo los músculos del suelo pélvico, evitando contraer abdominales, abductores y glúteos. Mantener 4 ó 5 segundos la contracción.
- Relajar el doble del tiempo de contracción, 8 ó 10 segundos.
- Hacer 10 contracciones seguidas.
- Respiración libre, sin apneas.
- Informar sobre la pauta correcta de ejercicios para realizar en casa: 2 ó 3 repeticiones de la serie de 10 contracciones en distintas posiciones: tumbada, sentada, de pie, cuadrupedia...

A tener en cuenta

Al inicio del entrenamiento es importante comprobar la correcta realización del ejercicio. Para ello sería recomendable realizar un tacto muscular vaginal. Si esto no fuera posible, bastaría con una valoración del núcleo fibroso central. Esta valoración se realiza colocando el dedo corazón sobre el núcleo, si al realizar la contracción observamos una presión fuerte hacia fuera, el ejercicio no se está realizando de manera

correcta y puede afectar negativamente. No debería de iniciarse de nuevo el entrenamiento hasta asegurar la correcta realización de los ejercicios.

Ejercicios abdominales hipopresivos

El método hipopresivo fue creado en 1980 por el Dr. Caufriez como terapia posparto con el objetivo de recuperar la faja abdominal y el suelo pélvico de la mujer, evitando los efectos negativos de los clásicos abdominales (prolapsos, problemas de incontinencia, diastasis).

Estas técnicas provocan una disminución de la presión intraabdominal activando a su vez la musculatura del suelo pélvico y de la faja abdominal. Se consigue que el diafragma se eleve y actúe, por un lado elevando el paquete visceral (útero, vagina, uretra, vejiga, recto e intestinos) y por otro provocando una contracción de la musculatura del suelo pélvico.

Están contraindicados para personas con tensión arterial elevada, cardiopatía, disfunción obstructiva inspiratoria, embarazadas o antes de seis semanas tras el parto.

Principios técnicos

- Apertura del arco costal, movilización del ombligo hacia dentro y hendidura en las fosas claviculares (se hace una espiración completa, a la vez que se mete ombligo hacia adentro, y a continuación se eleva tórax, pero sin realizar inspiración).
- Auto elongación: estiramiento axial de la columna para provocar una puesta en tensión de los espinales profundos y extensores de la espalda.
- Doble mentón: Empuje del mentón hacia abajo, que provoca tracción de la coronilla hacia el techo.
- Apnea espiratoria: fase de espiración total de aire y apnea mantenida (10-25 segundos). Se contraen los músculos espiratorios (intercostales internos y abdominales: transverso, oblicuo menor y mayor y recto abdominal) que empujan los órganos abdominales contra el diafragma relajado, aumentando su forma de cúpula y disminuyendo por tanto el diámetro de la cavidad torácica.

Las extremidades superiores pueden adoptar diferentes posiciones y en algunos ejercicios se combina rotación interna de los hombros, flexión de codos y flexión dorsal de las muñecas.

Ejercicios

Contracciones y relajaciones lentas del suelo pélvico.

Contracciones y relajaciones rápidas.

Contracciones y relajaciones progresivas.

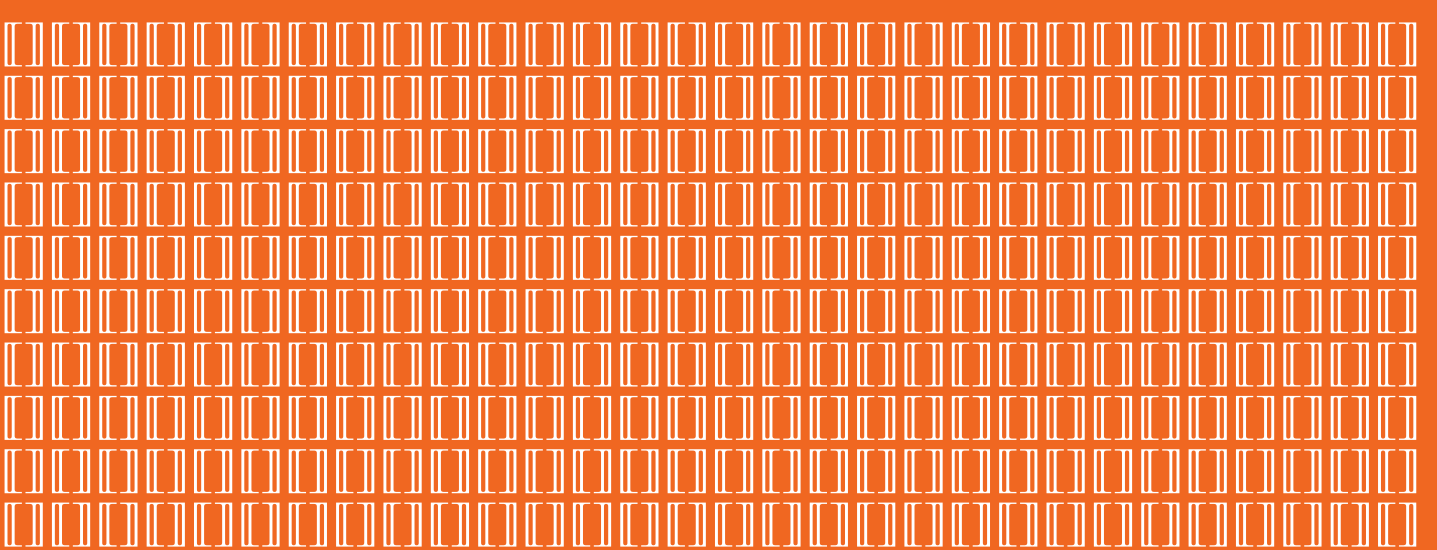
Ejercicios para disminuir la presión suprapúbica

Acostada en decúbito supino y con las piernas flexionadas, inspirar haciendo un movimiento de retroversión e ir elevando la pelvis, manteniéndose unos segundos en esta posición. Ir bajando hasta la posición inicial a la vez que se va espirando por la boca.

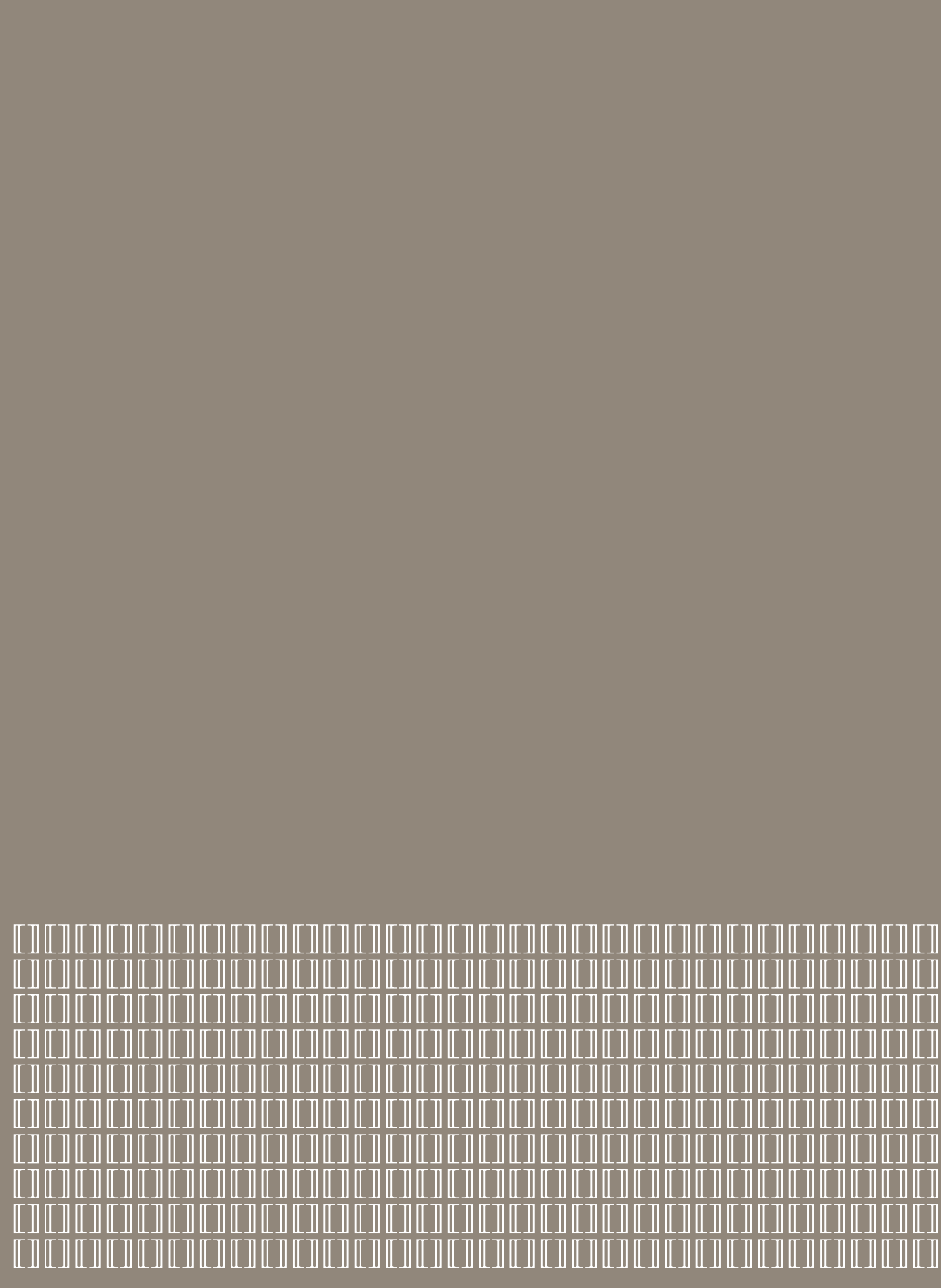
A cuatro patas y apoyando los brazos, colocar la cabeza sobre estos, con lo que la pelvis quedará un poco más elevada que los hombros disminuyendo la presión de la cabeza sobre la pelvis. Permanecer unos segundos en esta posición. Respiración libre.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández Fernández Arroyo M, Martín Jiménez E, Calleja de Frutos C. Gimnasia posnatal conjunta “madre-hijo”. *Matronas Profesión* 2003; vol. 4(12): 4-12
<http://www.federacion-matronas.org/rs/405/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/849/rclang/es-ES/filename/vol4n12pag4-12.pdf>
- Consejería de Sanidad, Servicio Canario de Salud, Gobierno de Canarias. Preparación a la maternidad y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (P.A.S.A.R). Las palmas de Gran Canarias; 2009
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/feced7e9-a458-11df-aeed-9fdc164fb562/GUIMaternidadLIBRO.pdf>
- Calais-Germain. El periné femenino y el parto. La liebre de Marzo. 1998.
- Educación maternal: preparación para el nacimiento. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Barcelona. 2009.
http://comatronas.es/contenidos/2012/03/textos/Preparacion_para_el_nacimiento.pdf
- Haddow G, Watts R, Robertson J. 2005. The effectiveness of a pelvic floor muscle exercise program on urinary incontinence following childbirth: a systematic review. *International Journal of Evidence Based Healthcare*. 3(5):103-146.
- Cabañas Armesilla MD, Chapinal Andrés A. Revisión de los fundamentos teóricos de la gimnasia abdominal hipopresiva. *Apunts Med Esport*. 2014;49:59-66
<http://www.elementssystem.com/pdfs/Hipopresivos.pdf>
- Rial T, Pinsach P. Principios técnicos de los ejercicios hipopresivos del Dr. Caufriez.
http://tamararial.net/articulos/art_cientificos/principios-tecnicos.pdf



MASAJE PERINEAL



El masaje perineal es una forma de estimular la elasticidad del tejido perineal, a través de la manipulación táctil de la zona. Conocer esta parte del cuerpo y las sensaciones que puede tener durante el parto, prepara para lo que podemos sentir en ese momento, a la vez que hace más elástico el tejido y puede prevenir la aparición de lesiones.

Se realizará a partir de la semana 32 – 34 de gestación, hasta el momento del parto. Puede realizarse a diario, o varias veces por semana, durante unos 5 minutos.

TÉCNICA

Lavar bien las manos.

Vaciar la vejiga.

Utilizar un lubricante, aceite o pomada específica para el masaje, que se aplicará en la zona realizando movimientos circulares alrededor de los genitales externos a fin de incrementar la circulación sanguínea.

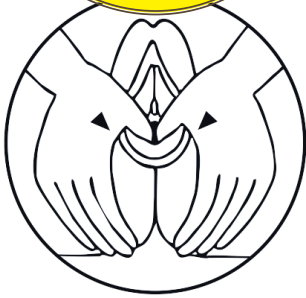
Puede ser automasaje, para lo que usaremos el dedo pulgar. Si lo realiza nuestra pareja u otra persona, será más cómodo con los dedos índice y corazón.

Introducir el pulgar o los dedos unos 3 cm. en la vagina, presionando hacia abajo y hacia los lados con un movimiento de balanceo firme pero delicado, estirando la zona hasta que se sienta una leve sensación de quemazón o escozor; de esta forma el periné se habituará al estiramiento que ocurrirá durante el parto. A continuación se desliza el dedo desde la vagina hacia fuera y viceversa, manteniendo una ligera presión durante 2 minutos.

Mientras se mantiene una delicada presión, se realiza un movimiento en forma de "U" alrededor de la vagina, de forma que se reproduzca la sensación de presión de la cabeza del bebé sobre el periné.

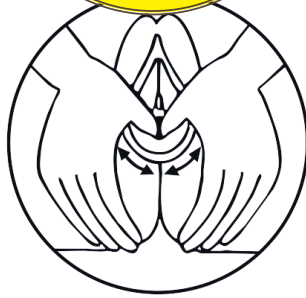
1.

Introducir los
pulgares en la vagina
unos 2-3 cm (hasta los
nudillos inferiores) y hacer
una **ligera presión hacia
el ano** hasta sentir un
ligero hormigueo.



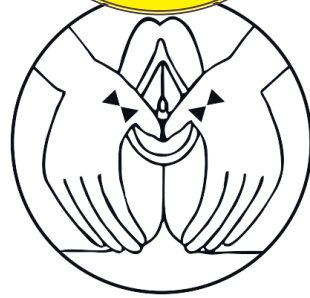
2.

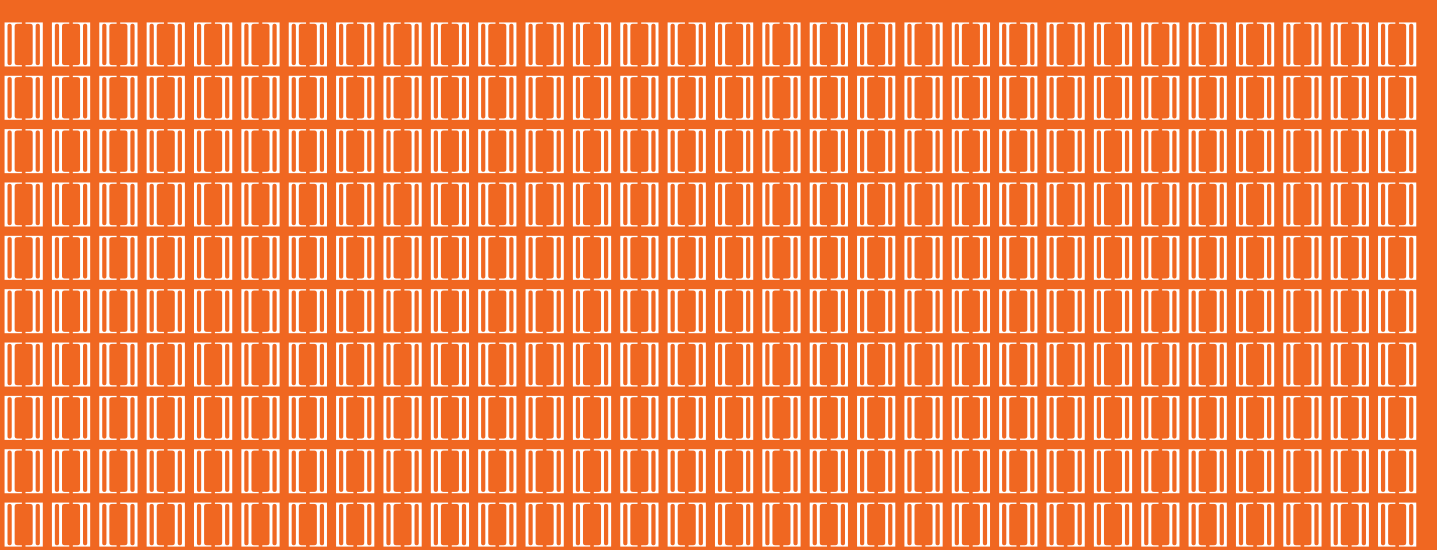
Realizar un
**movimiento de
balanceo de ida y vuelta**
con los dedos, como el de
las agujas del reloj, unos
2-3 minutos o hasta que
se sienta adormecida
la zona.



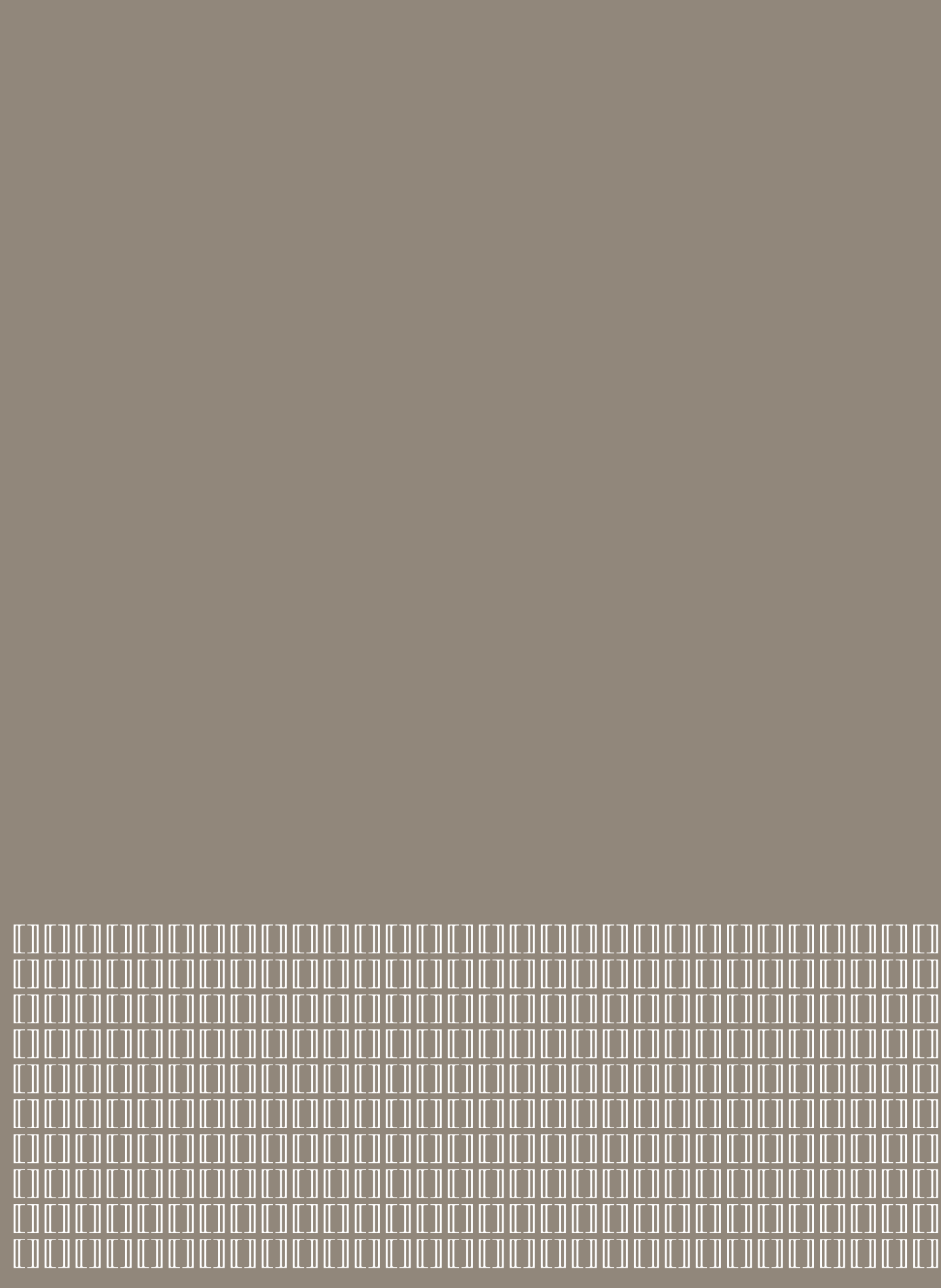
3.

Realizar una **ligera
presión hacia el ano
y hacia fuera al mismo
tiempo**, durante unos 2-3
minutos o hasta sentir
entumecimiento.





EVALUACIÓN



La valoración de la guía se desarrollará en dos fases.

En una primera fase se busca la aprobación de la guía por evaluadores y evaluadoras externos, que serán miembros expertos del Comité Regional De Buenas Prácticas en Embarazo, Parto y Lactancia. Para realizarla, se utilizará el Instrumento AGREE de evaluación de guías de Práctica Clínica, adaptado a la evaluación de la Guías y Protocolos elaborados por grupos de trabajo del SESPA.

La evaluación de la guía abarcará las siguientes dimensiones:

- Alcance y objetivos: se refiere al propósito general, a las preguntas específicas y a la población diana.
- Participación de las personas implicadas: se refiere al grado en el que la guía o protocolo representa los puntos de vista de las y los usuarios a quienes está destinada.
- Rigor en la elaboración: se refiere al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas.
- Claridad y Presentación: con relación al lenguaje y formato de la guía.
- Aplicabilidad: hace referencia a las posibles implicaciones de la aplicación de la guía o protocolo en aspectos organizativos, de comportamiento y de costes.

Cada persona que sea miembro del Comité enviará su evaluación individual de la guía, con sus respectivas aportaciones de mejora, al Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados de la Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios.

Una vez analizadas las evaluaciones, desde el Servicio de Coordinación Asistencial, se consensuará con las y los autores de la guía, las pertinentes modificaciones sugeridas por las y los miembros del Comité Regional, con el fin de implementar la guía en todos los centros de salud en los que se imparta educación materna.

El concepto de esta guía es el de un documento dinámico, modificable a razón de la nueva evidencia científica y de las necesidades de la sociedad. Por lo que proponemos una segunda fase de evaluación, una vez que la guía esté implementada en todo el Sistema Asturiano de Salud.

Una vez desarrollado el programa, el personal de matronería u otro personal sanitario que lo desarrolle, cubrirá un cuestionario de evaluación de las sesiones del programa, que junto con las encuestas de satisfacción cubiertas por las y los asistentes, serán el modulador de cambio en metodología y contenido que la guía irá precisando, al tiempo que se adecua a los nuevos conocimientos y avances tecnológicos.

EVALUACIÓN DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA POR LA MATRONA

Marcar con un X la Sesión correspondiente:

- SESIÓN 1: Cambios normales durante el embarazo, promoción de estilos de vida saludables, cuidados durante el embarazo y aspectos psicológicos durante el embarazo.
- SESIÓN 2: Maternidad, paternidad corresponsable. Visibilización de la violencia de género.
- SESIÓN 3: El Parto I.
- SESIÓN 4: El Parto II y Plan de Parto.
- SESIÓN 5: Manejo del dolor en el Parto.
- SESIÓN 6: Cuidados del o de la Recién Nacida.
- SESIÓN 7: Puerperio.
- SESIÓN 8: Lactancia Materna.

1. ¿Cómo ha sido la participación de las personas asistentes en la Sesión?

- Muy participativas e interesadas (hacen preguntas, comentarios, etc).
- Hacen lo que se les pide pero no realizan preguntas.
- Participan en la mayoría de actividades pero no en todas.
- Participan poco.

2. En relación con el tema tratado, crees que las personas asistentes:

- Están muy satisfechas.
- Cuestionan o plantean problemas a algunas actividades o temas.
Especifica cuáles
.....
.....
- Están poco satisfechas.

3. En relación con la metodología empleada, crees que las personas asistentes:

- Están muy satisfechas.
- Cuestionan o plantean problemas a algunas actividades o temas.
Especifica cuáles
.....
.....
- Están poco satisfechas.

4. Cómo valorarías la metodología propuesta para esta Sesión:

- Muy apropiada.
- Apropiciada.
- Poco apropiada.
- No la he utilizado. He utilizado otra.

5. ¿Ha habido situaciones de incomodidad en alguna de las personas participantes?

No.

Si. ¿Por qué?.....

.....

.....

Cómo las resolviste?.....

.....

.....

6. Incidencias de la sesión

.....

.....

.....

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA POR LAS PERSONAS ASISTENTES

1. ¿Crees que te han sido de utilidad las sesiones del Programa?

No.

Si.

2. ¿Has tenido problemas para poder acudir a las sesiones?

No.

Si.

En caso de respuesta afirmativa, comenta brevemente las dificultades que has tenido:

.....

.....

3. Valora los siguientes aspectos:

	Nada adecuado	Poco adecuado	Adecuado	Muy adecuado
Inscripción				
Trato del personal no sanitario				
Horario				
Lugar				
Metodología				

4. Con una escala del 1 al 10 (dónde el 1 significa poco interesante y el 10 muy interesante) valora el interés que ha tenido para ti cada uno de los temas tratados:

- SESIÓN 1: Cambios normales durante el embarazo, promoción de estilos de vida saludables, cuidados durante el embarazo y aspectos psicológicos durante el embarazo.
- SESIÓN 2: Maternidad, paternidad corresponsable. Visibilización de la violencia de género.
- SESIÓN 3: El Parto I.
- SESIÓN 4: El Parto II y Plan de Parto.
- SESIÓN 5: Manejo del dolor en el Parto.
- SESIÓN 6: Cuidados del o de la Recién Nacida.
- SESIÓN 7: Puerperio.
- SESIÓN 8: Lactancia Materna.

5. ¿Añadirías o quitarías alguna sesión?

.....
.....
.....

6. Observaciones y/o sugerencias:

.....
.....
.....

