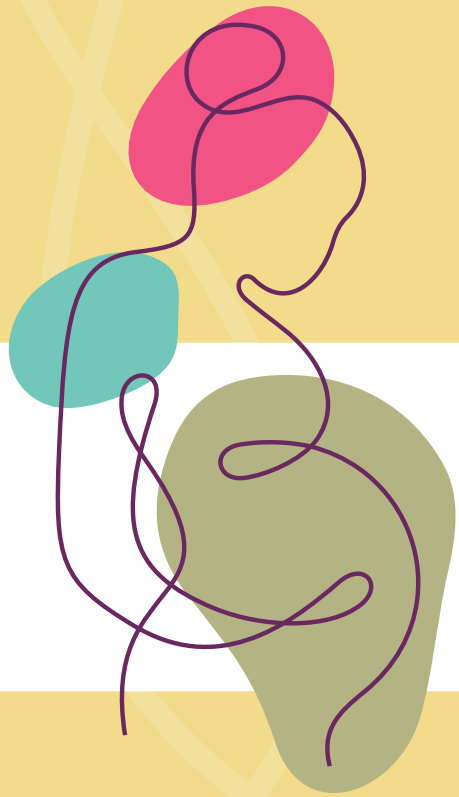
0

INTRODUCCIÓN



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL EMBARAZO

Promueve
Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental.

Edita
Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental.
Servicio de Salud Poblacional.

Coordinación del documento
Elena Sánchez Huerta.
Técnica de Salud del Servicio de Salud Poblacional.
Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Metal.

Diseño y maquetación
Estudio Creativo We.

Impresión
Fotomecánica Principado.

Depósito legal
AS 03302-2025

Para citar el documento
Consejería de Salud.
Gobierno del Principado de Asturias.
Guía Profesional para la Educacion Parental durante el Embarazo y el Posparto.
Oviedo 2025.

Copías adicionales de este documento pueden obtenerse en versión electrónica a través de www.astursalud.es

Agradecimiento
A todas las personas que han colaborado en esta edición y en ediciones anteriores, sin las que este trabajo no habría sido posible, y a las entidades que han participado en su revisión.

A Inés Zamanillo Rojo, técnica de salud de la Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental, por su impulso y apoyo.

0

INTRODUCCIÓN

Índice

INTRODUCCIÓN	4
CARACTERÍSTICAS DEL MATERIAL	5
CÓMO DESARROLLAR LAS SESIONES	7
VALORACIÓN DEL PROGRAMA	9
INDICADORES	10

INTRODUCCIÓN

Estrategia de Salud
de las Mujeres de Asturias
2024 - 2030

La Estrategia de Salud de las Mujeres de Asturias 2024-2030 (en lo sucesivo ESMA) se enmarca dentro del compromiso político adquirido por el Gobierno del Principado de Asturias para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género.

Se trata de un documento muy exhaustivo que tiene como objetivo convertirse en "hoja de ruta" para mejorar la salud las mujeres de Asturias, desde los determinantes de la salud, con la desigualdad de género y la interseccionalidad como principales factores. En ella se establecen áreas de actuación, objetivos y acciones orientados a la mejora de la salud de las mujeres a través de la promoción de un modelo de atención sanitaria integral.

La salud reproductiva se encuentra entre las tres áreas primordiales de la ESMA. En este marco, se inició en 2024 la actualización de la Guía Profesional para la Educación Maternal-Paternal de Embarazo y Parto, cumpliendo así con las siguientes acciones:

Acción 3.2.4. Actualizar la Guía Profesional para la Educación Maternal-Paternal del Embarazo y Parto, en base a las nuevas recomendaciones basadas en la evidencia sobre atención al parto, incorporar un apartado sobre la exposición a agentes tóxicos ambientales y laborales con capacidad disruptora endocrina y sobre la atención durante el embarazo a mujeres con morbilidad crónica.

Acción 3.8.1. Incorporar dentro de la Guía Profesional para la Educación Maternal-Paternal del Embarazo y Parto, un módulo sobre educación para la salud del suelo pélvico antes y después del parto.

Acción 4.1.3. Incorporar talleres educativos grupales sobre corresponsabilidad en los cuidados durante el embarazo y puerperio destinados a familias en Atención Primaria.

La nueva Guía Profesional para la Educación Parental, en sus dos vertientes: Embarazo y Posparto, se ha elaborado con el objetivo de actualizar la guía de 2016, y dotar de contenido estructurado a los grupos de apoyo al posparto que algunas matronas ya han puesto en marcha de forma voluntaria desde Atención Primaria.

Así como los nuevos grupos de apoyo al posparto nacen con el ánimo de ser multidisciplinares, los grupos de embarazo están pensados para ser implementados por la matrona de Atención Primaria, dejando abierta la posibilidad de que se impliquen tanto fisioterapeutas como higienistas dentales.

Finalmente, es importante remarcar que la promoción de la salud en las familias y los materiales que se facilitan en la guía no deben estar reñidos con la necesidad de las familias de expresarse y compartir inquietudes. Es decir, en ningún caso queremos que se pierda el sentido del "grupo de iguales como espacio de apoyo, aprendizaje y soporte". El mensaje que queremos trasladar no debe estar nunca por encima de las familias y sus intervenciones.

CARACTERÍSTICAS DEL MATERIAL

PROCESO DE ELABORACIÓN

Dada la importancia de la preparación para el nacimiento, esta guía contempla no solo los conocimientos, sino también los sentimientos, las emociones y las habilidades necesarias para hacer frente a los aspectos fundamentales de la gestación, el parto y el puerperio, así como el entrenamiento psicofísico, poniendo siempre en el centro las decisiones de la mujer.

Se deseaba que los contenidos dieran respuesta a las necesidades que expresan las mujeres y sus parejas, así como los y las profesionales de la salud. Así se reunió un grupo de trabajo multidisciplinar que realizó una revisión de los materiales recogidos en la anterior guía y elaboró otros nuevos. Posteriormente, el documento ha sido revisado por asociaciones colaboradoras del tercer sector.

OBJETIVOS

Este material pretende favorecer el desarrollo de tres dimensiones fundamentales en las madres y sus parejas o acompañantes de una forma integral:

- Dimensión actitudinal y emocional relacionada con cada fase del proceso de nacimiento: predisposición a aceptar los cambios en el propio cuerpo, la sexualidad y la relación con la pareja, así como aceptación de las implicaciones emocionales en la modalidad de parto y en la alimentación elegida para la criatura recién nacida.
- Dimensión comportamental que contempla el desarrollo de habilidades que permiten afrontar de una manera competente el proceso del embarazo, parto y posparto: técnicas de relajación, habilidades de relación y comunicación.
- Dimensión cognitiva relacionada con el proceso del nacimiento y sus implicaciones en las diferentes etapas: conocimiento de las fases del embarazo y el parto, las indicaciones de alarma, la alimentación y la higiene del bebé, la atención al propio cuerpo, el plan de parto.

El desarrollo de este material en grupo ofrece a las personas participantes la oportunidad de:

- Compartir vivencias, satisfacciones y dudas.
- Sentirse parte de un colectivo que tiene los mismos intereses, deseos, necesidades y expectativas.
- Analizar las propias actitudes y contrastarlas con las de otras personas que se encuentran en su misma situación.
- Conseguir una visión más amplia y sensibilizada de determinados aspectos relacionados con el embarazo, parto y el posparto.
- Comprender las diferentes formas de afrontar la maternidad según la situación particular de cada familia.
- Reflexionar sobre las propias reacciones ante situaciones nuevas.

Además, permite a los y las profesionales que imparten las sesiones aprender de las experiencias, sentimientos y opiniones de las mujeres y sus parejas o acompañantes.

ESTRUCTURA

El material de los grupos de embarazo consta de 8 sesiones, con una duración aproximada de 90-120 minutos cada una de ellas.

El material se ha estructurado siguiendo las acciones de la ESMA y las sugerencias de los y las profesionales que han participado en la elaboración de las sesiones.

Las sesiones están pensadas para desarrollarse según el orden en que se presentan, ya que se tiene en cuenta el estado de las mujeres cuando se inician en la educación para el nacimiento y sus necesidades a medida que avanzan en su embarazo. Si bien no habría inconveniente en plantear los grupos de embarazo como grupos abiertos en los que las mujeres se irán incorporando a las sesiones conforme se acerquen a la semana 28 de gestación. Todo dependerá de las posibilidades de cada centro de salud y del número de mujeres y parejas interesadas que se lleguen a juntar en un mismo momento.

Los temas se han distribuido en las sesiones siguientes:

Sesión 1. **EMBARAZO I**

Sesión 2. **EMBARAZO II**

Sesión 3. **PARTO I**

Sesión 4. **PARTO II**

Sesión 5. **PUERPERIO**

Sesión 6. **ALIMENTACIÓN DE LA CRIATURA RECIÉN NACIDA**

Sesión 7. **CUIDADOS DE LA CRIATURA RECIÉN NACIDA**

Sesión 8. **PORTEO**

Todas están pensadas para ser impartidas en el tercer trimestre, a partir de la semana 28, a excepción de la sesión 1 que debería implementarse antes, en torno a las semanas 14-18. Si en ese momento del embarazo resulta muy difícil reunir a las mujeres y sus parejas o acompañantes en el centro de salud, se podría plantear esa primera sesión como telemática y ser impartida a través de la plataforma TEAMS.

Cada sesión consta de los apartados siguientes:

- Objetivo general
- Resultados del aprendizaje
- Tiempo
- Materiales
- Desarrollo práctico de la unidad
- Mensajes clave

TIPOS DE MATERIALES

Este material se ha elaborado considerando la importancia del trabajo conjunto de madres y parejas, y ofrece la oportunidad de compartir las experiencias y las vivencias individuales y grupales.

Presenta una nueva forma de trabajar: intercala las estrategias de trabajo didáctico individual y grupal, además de dar una nueva perspectiva a la parte de entrenamiento corporal.

La filosofía del trabajo corporal es transmitir habilidades; es decir, no se trata de ofrecer entrenamiento físico a las mujeres, sino de facilitar las herramientas y las habilidades adecuadas para que puedan trabajar de manera autónoma, con la finalidad de favorecer el bienestar de la mujer durante el embarazo, el parto y el posparto.

La Guía Profesional para la Educación Parental durante el Embarazo se completa con el siguiente conjunto de materiales:

- Actividades para poner en práctica conceptos teóricos planteados, adquirir habilidades y entrenar actitudes de utilidad en el embarazo, parto y posparto.
- Material infográfico con el que reforzar los conceptos teóricos más importantes, traducibles a diferentes idiomas para así romper la barrera idiomática que nos separa de una parte de nuestra población migrante.
- Vídeos, con los que ejemplarizar cuestiones prácticas, y que las familias podrán reproducir en sus domicilios.
- Otros anexos: enlaces a artículos, guías, cuestionarios de satisfacción...

CÓMO DESARROLLAR LAS SESIONES

PREPARACIÓN DE LA SESIÓN

Las matronas de Atención Primaria deben saber que dispone de 8 temas. Cada sesión aborda un tema y expone las orientaciones para su desarrollo idóneo, está temporalizada y presenta los recursos necesarios para su ejecución.

- Se debe seguir el orden establecido de las sesiones.
- Hay que leer el tema atentamente para conocer las actividades que deben desarrollarse y para tener presente el objetivo que se pretende conseguir con cada una de ellas.
- Es preciso seleccionar el material que se requiere para el desarrollo de la sesión.

PREPARACIÓN DEL GRUPO DE PARTICIPANTES

Para organizar un grupo es importante tener presentes algunas premisas:

- Composición del grupo. Es aconsejable que el número de personas que componen el grupo oscile entre 10 y 18. Es recomendable que se fomente la participación de las parejas. En su ausencia, se debe animar a la embarazada a acudir con una persona de su confianza, preferiblemente quien vaya a acompañarla en el momento del parto.
- Sería conveniente informar a las personas participantes detallando la planificación con las horas y los días de las sesiones.

CÓMO SE DESARROLLA LA SESIÓN

- Al inicio de cada sesión, la persona encargada del desarrollo de la misma se presentará al grupo y recordará la importancia de comenzar y acabar cada sesión puntualmente para aprovechar óptimamente el tiempo disponible. En el supuesto de que haya nuevos o nuevas participantes en las sesiones, se presentarán al grupo, con una breve explicación sobre quiénes son. También es elemental informar a las personas asistentes que todo aquello que se trate en las sesiones permanecerá dentro del grupo y estará sujeto a las normas relativas a la confidencialidad.
- El tipo de relación que debería establecerse entre profesionales de la salud y participantes es la de colaboración y cooperación, y no la de profesor/a alumno/a. El papel de los y las profesionales será el de “facilitadores”. De esta manera las personas partici-

pantes recibirán mejor la ayuda que se les intenta ofrecer, a la vez que sentirán que sus experiencias son relevantes para el buen funcionamiento de la sesión. Se facilitará, pues, un ambiente de trabajo basado en la confianza y ayuda mutuas, sin imposiciones.

- Después de la presentación, se procederá a exponer los objetivos de la sesión y el índice correspondiente a las actividades.
- Se animará a las personas asistentes a participar haciendo preguntas y expresando sus dudas respecto a los temas tratados durante la sesión.
- Al finalizar el programa de sesiones, se evaluará, entre todas las personas participantes y la matrona, si se han logrado los objetivos planteados.

QUÉ HACER DURANTE LA SESIÓN

Es conveniente que la sesión sea dirigida y estructurada, pero con un cierto margen de flexibilidad. Asimismo, el personal sanitario debe permanecer atento a las señales que el grupo pueda dar para ir adaptando las actividades según corresponda.

Uno de los elementos más importantes es que el/la profesional tenga claro cómo debe dar la información al grupo y, por este motivo, es importante que conozca bien la sesión.

Las normas deben ser sencillas, claras y concretas. Se debe informar del tiempo del que disponen para realizar cada actividad.

QUÉ HACER DESPUÉS DE CADA SESIÓN

Se debe intentar que todas las personas participantes salgan satisfechas de la sesión, tanto las mujeres como sus parejas o acompañantes. En caso de que alguien se haya sentido incomprendido, conviene solucionar esta cuestión, hablándolo con la persona implicada.

Los y las profesionales que facilitan el grupo deben reflexionar, tras cada sesión, sobre cómo se ha desarrollado y anotar todos los datos que puedan ser provechosos para las siguientes sesiones.

A medida que se sientan más cómodos/as y seguros/as en la puesta en marcha del material, se pueden diseñar nuevas actividades y usar nuevos materiales que se adapten a los retos o necesidades emergentes del grupo.

VALORACIÓN DEL PROGRAMA

Una vez finalizado el programa de 8 sesiones, es importante que los y las profesionales, así como los propios asistentes lo evalúen para poder introducir las modificaciones que sean precisas y poder dar respuesta a las necesidades e intereses concretos de la población diana.

- Debemos animar a las mujeres y sus parejas o acompañantes a contestar el cuestionario de satisfacción al que pueden acceder en el código qr:



- La valoración que hagan los y las profesionales de la guía será de gran interés para futuras modificaciones, es por ello que animamos a las matronas y demás profesionales que participen en su implementación a valorar el programa una vez finalicen cada grupo de sesiones:



INDICADORES

En base a los datos recogidos en los cuestionarios *Forms* se pueden plantear una serie de indicadores:

Indicador 1: **SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE EMBARAZO**

- Numerador: número total de personas que rellenan el cuestionario de satisfacción.
- Denominador: número total de nacimientos en ese mismo año en hospitales de la red SESPA.

Multiplicado por 100.

Indicador 2: **INTERÉS Y DISPONIBILIDAD DE LOS PADRES**

- Numerador: número total de hombres que rellenan el cuestionario.
- Denominador: número total de cuestionarios rellenados en ese mismo año.

Multiplicado por 100.

Indicador 3: **VALORACIÓN DE LA UTILIDAD DE LAS SESIONES POR LAS PERSONAS ASISTENTES**

- Numerador: número de usuarios/as que valoran positivamente la utilidad del programa.
- Denominador: número total de cuestionarios rellenados en ese mismo año.

Multiplicado por 100.

Indicador 4: **PARTICIPACIÓN DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES EN EL PROGRAMA DE EMBARAZO**

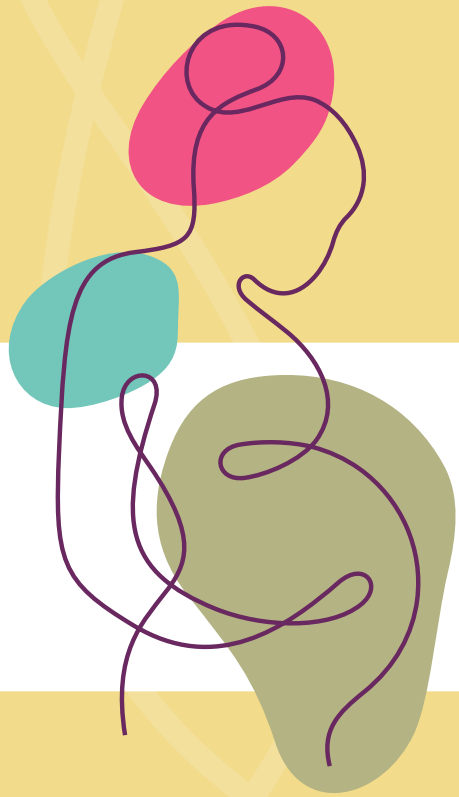
- Numerador: número de matronas que rellenan el cuestionario.
- Denominador: número total de cuestionarios rellenados por el personal sanitario responsable de impartirlo.

Multiplicado por 100.

Repetir con las distintas categorías.

1

EMBARAZO I: CAMBIOS, CUIDADOS Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL EMBARAZO

Autoras:

ROSALÍA GÓMEZ GARCÍA. Matrona de Atención Primaria. Área V

MARÍA DEL PILAR VÁZQUEZ PRIETO. Matrona de Atención Primaria. Área IV

EVA PÉREZ ANES. Matrona de Atención Primaria. Área III

Revisado por:

VIRGINIA RODRÍGUEZ MATÍAS. Matrona. Presidenta de la Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias (APROMAP)

MARINA MARTÍNEZ MÁRQUEZ. Matrona. Representante de la Asociación Amamantar

1

EMBARAZO I: CAMBIOS, CUIDADOS Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

Índice

UNIDAD 1. VISIÓN GENERAL	4
INTRODUCCIÓN	5
EL GRUPO DE IGUALES COMO ESPACIO DE APOYO, APRENDIZAJE Y SOPORTE	5
¿DE CUÁNTO ESTOY EMBARAZADA?	5
CURIOSIDADES	6
VISITAS DE CONTROL DURANTE EL EMBARAZO	6
CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO	9
ALIMENTACIÓN	12
ACTIVIDAD FÍSICA	13
TÓXICOS	14
DISRUPTORES ENDOCRINOS	15
HIGIENE BUCAL	16
SEXUALIDAD	17
BIBLIOGRAFÍA	18

UNIDAD 1	EMBARAZO I: CAMBIOS, CUIDADOS Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
OBJETIVO GENERAL	Tomar contacto con el grupo de iguales y dar a conocer los principales cambios del embarazo y los cuidados que precisan.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las embarazadas y sus acompañantes puedan: • Adquirir información sobre el seguimiento del embarazo y hábitos de vida saludable. • Adquirir habilidades para identificar los cambios normales del embarazo y aumentar su autocuidado. • Desarrollar actitudes para reconocer el grupo de iguales como espacio de apoyo, aprendizaje y soporte.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Tríptico: Seguimiento del embarazo. • Tríptico: Alimentación. Los primeros 1000 días. • Vídeo: Rutina de ejercicios durante el embarazo. • Tríptico: Disruptores endocrinos. • Enlace al cuestionario para un embarazo físicamente activo.
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 1.1: Nos presentamos. • Actividad 1.2: Diario del embarazo. • Actividad 1.3: Cuestionario para un embarazo físicamente activo. • Actividad 1.4: Tabla de ejercicios.
MENSAJES CLAVE	• El embarazo es un proceso fisiológico durante el cual se ofrecen algunos controles para supervisar que se desarrolla con normalidad. Es importante que la mujer acuda a las consultas programadas. • Durante el embarazo se pueden producir cambios físicos, psíquicos o emocionales. La mayoría de estos cambios son normales y necesarios, aunque en ocasiones pueden producir alguna molestia, que no suele precisar tratamiento. • Es importante seguir una alimentación sana, variada y equilibrada, pues influirá en el desarrollo y crecimiento adecuado del feto. • Todas aquellas mujeres embarazadas que no presenten contraindicaciones deben mantener un embarazo físicamente activo. • Si la mujer consume alguna sustancia tóxica debemos animarla a consultarlo. Podremos derivarla al servicio adecuado para que la ayuden a deshabituarse. • Los disruptores endocrinos son sustancias químicas que se comportan como hormonas. El momento de exposición puede tener aún más importancia que el nivel de exposición. Por ello es fundamental tratar de reducirla durante el embarazo, la lactancia y la infancia. • Es recomendable derivar a la mujer a la Unidad de Salud Bucodental de su centro de salud para hacer una revisión completa de su boca. • La gestación es un proceso clave en la sexualidad de mujeres y hombres, tanto como individuos como en la pareja.

INTRODUCCIÓN

La información aquí recogida es relativa al embarazo: su seguimiento, los cambios esperados y los cuidados que debemos recomendar. Está pensada para ser impartida entre las semanas 14 y 18 de gestación; antes sería pronto, si pensamos en el porcentaje de mujeres cuyos embarazos se interrumpen, y pasado este tiempo sería tarde para iniciar hábitos saludables si queremos que tengan repercusión en la evolución del embarazo.

Esta sesión se impartirá con independencia del resto de sesiones que están pensadas para ser realizadas en el tercer trimestre de embarazo.

EL GRUPO DE IGUALES COMO ESPACIO DE APOYO, APRENDIZAJE Y SOPORTE



Actividad 1.1: NOS PRESENTAMOS

Compartir tiempo e información con otras personas que están pasando por el mismo proceso vital será de gran ayuda.

El programa que se inicia hoy consta de 8 sesiones teórico-prácticas a las que la mujer embarazada podrá acudir acompañada de su pareja o de la persona que ella elija. En ellas se facilitará información con el fin de que adquiera habilidades que le serán útiles para afrontar esta nueva etapa, abordando cuestiones sobre el nacimiento, el puerperio, la alimentación y los primeros cuidados de su bebé.

¿DE CUÁNTO ESTOY EMBARAZADA?

La edad gestacional se calcula a partir del primer día de la última menstruación (FUR, fecha de última regla), por eso se habla de 4 semanas de gestación ante la primera “falta”, aunque realmente la fecundación haya ocurrido hace solo 14 días.

La ecografía del primer trimestre proporciona un cálculo más preciso. En caso de discordancia de fechas, será la calculada por ecografía la que prevalezca.

CURIOSIDADES

- El segundo trimestre se extiende entre las semanas 14 y 27.
- Entre las semanas 19 y 24, la mujer puede empezar a sentir los primeros movimientos. La percepción de estos varía de una mujer a otra. En el primer embarazo generalmente tardan más en sentirse.
- Entre las semanas 19 y 21 el bebé empieza a oír y responde a ruidos fuertes.
- En la semana 22 su cuerpo está cubierto de lanugo, un vello fino que se encarga de que su piel no se reblandezca con el líquido amniótico.
- Al final del 2º trimestre ya se han formado todos los órganos esenciales, aunque son aún inmaduros. Mide alrededor de 35 cm. y pesa 800 gramos.

VISITAS DE CONTROL DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo es un proceso fisiológico durante el cual se ofrecen algunos controles para supervisar que se desarrolla con normalidad. Suelen ser suficientes entre 6 y 9 visitas.

Cada consulta se realiza en unas semanas concretas del embarazo, con una finalidad determinada. Es importante que la embarazada acuda a las consultas programadas, aunque se encuentre bien.

Puede rehusar hacer aquellas pruebas que no desee; en ese caso el personal de salud que la atienda le explicará las implicaciones de su decisión, y le ofrecerá alternativas si las hubiera.

Si su embarazo es catalogado de bajo riesgo, realizará la mayoría de controles con la matrona de su centro de salud. En cada uno de estos controles se le ofrecerá tomar su tensión arterial y medir su peso; así como escuchar el latido fetal y medir la altura de su útero.

PESO

Durante al menos dos tercios del embarazo el cuerpo creará reservas para este periodo y para la lactancia. Si además tenemos en cuenta que hay un bebé creciendo, que el útero aumenta de tamaño, están la placenta y el líquido amniótico, y que el volumen de sangre casi se duplica... Todo esto conllevará cierta ganancia de peso.

El peso inicial se toma como un valor de referencia, para saber de dónde se parte, pero la idea de que se debe coger un kilo al mes no se sustenta en prueba alguna. Actualmente es más acertado utilizar tablas que se basan en el índice de masa corporal (IMC): pues a mayor sobrepeso, menos peso debería coger.

PESO PREVIO AL EMBARAZO	IMC	GANANCIA DE PESO (kg)	GEMELARES (kg)
Bajo peso	<18.5	12 - 18	23 - 28
Normopeso	18.5 - 24.9	11.5 - 16	16.5 - 25
Sobrepeso	25 - 29,9	7 - 11.5	14 - 22.5
Obesidad	>30	5 - 9	12 - 19

Tabla 1: Ganancia de peso durante el embarazo. Intervalos de normalidad.
Fuente: Adaptado de Olivera Belart, N. Ser mamá (2022).

En algunos embarazos se coge peso en exceso. Sin estigmatizar ni juzgar, hay que comprender que sí son factores que restan salud y aumentan algunos riesgos durante el embarazo, el parto y el puerperio. Por ello, es positivo aprovechar la motivación que se da durante el embarazo para mejorar los hábitos.

CRIBADOS

"Toda actividad orientada a la detección precoz de una enfermedad ofrecida activamente al conjunto de la población susceptible de padecerla, aunque no tenga síntomas ni haya demandado asistencia."

Durante el embarazo, se "ofrecen activamente" a todas las gestantes diferentes "actividades de detección precoz" de enfermedades.

Una vez superada la semana 14, quedaría pendiente el cribado de la diabetes gestacional.

La diabetes gestacional es, en esencia, una resistencia a la insulina. Las hormonas del embarazo (lactógeno placentario, cortisol, estrógenos y progesterona), producidas en grandes cantidades, disminuyen el efecto de la insulina. Esto es fisiológico pues sucede para asegurar la disponibilidad de glucosa y otros nutrientes a través de la placenta para el bebé. Esto tenía un sentido biológico cuando vivíamos en unas condiciones de escasez de alimentos. Hoy por hoy, en nuestro medio, pecamos de todo lo contrario (fácil acceso a alimentos con exceso de azúcares y productos ultraprocesados) de ahí el problema.

El Test de O´Sullivan es una prueba que consiste en tomar 50 gramos de glucosa y medir su nivel en sangre una hora después. En España, se realiza de manera universal a todas las embarazadas entre las semanas 24-28.

Esta prueba también se realiza en el primer trimestre en casos en los que existan factores predisponentes: edad materna, IMC mayor o igual a 30, diabetes gestacional previa, antecedentes de diabetes en familiares de primer grado y partos previos de bebés grandes (4 kg o más).

Si el Test de O´Sullivan da positivo (> o =140 mg/dl) se suele indicar realizar la curva larga: Se administran 100 g de glucosa y se mide la glucemia en ayunas, a la hora, a las dos horas y a las tres horas. Esta prueba sí es diagnóstica de diabetes gestacional. Se considera positiva cuando 2 de las 4 glucemias están alteradas.

Hay mujeres que no toleran esta prueba, vomitan durante el transcurso de la misma lo que hace que el resultado no sea concluyente. En estos casos, así como si la mujer lo demanda, se puede plantear como alternativa la realización de glucemias seriadas para lo obtención de un perfil glucémico que nos permita detectar problemas en el metabolismo de los hidratos de carbono.

LA VIOLENCIA DE GENERO

La violencia de género durante el embarazo es un problema de salud pública que tiene consecuencias en la salud de las mujeres que la sufren y en sus hijos e hijas. Es importante saber que su prevalencia durante el embarazo es más elevada que otras patologías específicas, como la diabetes gestacional o la preeclampsia.

La prevalencia de la violencia de género, sus consecuencias potenciales y el mayor acceso de la mujer a los servicios sanitarios durante este periodo, hacen que el embarazo y posparto sean periodos en que la violencia debe ser específicamente cribada.

CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO

Durante el embarazo se pueden producir cambios físicos, psíquicos o emocionales, que varían dependiendo de la persona. La mayoría de estos cambios son normales y necesarios para el desarrollo de la criatura, aunque en ocasiones pueden producir alguna molestia o incomodidad, que no suele precisar tratamiento.

A continuación, se desarrollan los más frecuentes junto con consejos prácticos para abordarlos:

NÁUSEAS, VÓMITOS, ESTREÑIMIENTO U OTRAS ALTERACIONES DIGESTIVAS

Los vómitos y náuseas son síntomas típicos del primer trimestre. A medida que avanza el embarazo, el crecimiento uterino empuja el estómago y esto puede causar acidez y digestiones más lentas, por lo que se puede notar pesadez, gases, reflujo de los ácidos del estómago, así como estreñimiento.

Consejos:

- Usar ropa holgada que no oprima la cintura.
- Reposar incorporada después de las comidas.
- Hacer comidas frecuentes y poco abundantes. Comer despacio masticando bien los alimentos, tomar la comida a temperatura ambiente, beber líquidos entre horas y a pequeños sorbos.
- Es preferible la comida hecha con sencillez y poco condimentada.
- Si las náuseas son matutinas, se puede probar a tomar alimentos secos antes de levantarse, como pan, galletas o cereales.
- Para evitar el estreñimiento conviene incorporar fibra natural a la alimentación (pan integral, cereales integrales, verduras, legumbres y frutas como naranjas, kiwis, ciruelas, peras, manzanas con piel...), así como beber líquidos abundantes, hacer ejercicio moderado y habituarse a tener horarios regulares.

MODIFICACIONES DE LAS MAMAS

Se puede notar aumento de tamaño, sensación de tensión mamaria y aumento de la sensibilidad del pezón. La areola y el pezón se oscurecen, y alrededor de la areola pueden aparecer pequeños bultos llamados tubérculos de Montgomery, que son normales y se deben a un crecimiento de las glándulas sebáceas.

Consejos:

- Usar un sujetador de talla adecuada, que sujete y no comprima.
- Comentar en las visitas de control si no se notan estas modificaciones.

PINCHAZOS Y MOLESTIAS TIPO "DOLOR DE REGLA"

Son relativamente frecuentes. Se deben al aumento del tamaño uterino y al estiramiento de los ligamentos que lo sujetan.

AUMENTO DE LA NECESIDAD DE ORINAR

Al principio se debe a la influencia de las hormonas. A medida que avanza el embarazo, su causa será mecánica: el útero va aumentando de tamaño y hace presión sobre la vejiga.

AUMENTO DE FLUJO VAGINAL

Se puede notar durante todo el embarazo, aunque será especialmente marcado en la recta final hasta el punto de que puede generar dudas respecto a la integridad de la bolsa amniótica.

Consejos:

- Mantener una higiene adecuada, utilizando gel íntimo solo en la parte externa de la vulva y no usar esponjas reutilizables, ni productos de higiene que contengan disruptores endocrinos.
- Las fibras sintéticas y los «salvaslip» convencionales pueden favorecer la aparición de irritaciones ya que no permiten una buena transpiración.
- En caso de que aparezca picor, es conveniente consultarlo por si fuera necesario realizar tratamiento.

CANSANCIO Y ALTERACIONES DEL SUEÑO

También tiene una causa hormonal. En el primer trimestre puede aparecer sueño y cierto grado de «pereza». En el último trimestre puede aparecer insomnio. El cuerpo, inteligentemente, nos pide llevar una vida más relajada.

MAREOS

Pueden aparecer si tienes la tensión arterial baja o en situaciones de ayuno prolongado.

Consejos:

- Beber abundantes líquidos y comer con regularidad. Se puede llevar en el bolso algún alimento azucarado o salado y un botellín de agua.
- Si aun así los mareos aparecen, conviene evitar los cambios bruscos de posición o de temperatura y permanecer de pie de manera prolongada, así como los lugares cerrados y calurosos.

DOLOR DE CABEZA

Las cefaleas, aunque son típicas del primer trimestre, en ocasiones pueden persistir hasta el final del embarazo. Se les atribuye una causa hormonal.

Consejos:

- Si son muy frecuentes, intensas o se acompañan de otras alteraciones, es preciso consultar.

HORMIGUEOS Y CALAMBRES MUSCULARES

Son muy frecuentes y se deben a múltiples causas. Es posible sentir hormigueos en los brazos, con adormecimiento de las manos, o calambres en las piernas.

Consejos:

- Hacer ejercicios de movilidad de las manos (abrir y cerrar, rotar, apretar el puño. Usar una pelota)
- Si aparecen calambres en las piernas, masajear la zona y hacer ejercicios de flexión y extensión de los tobillos.

CAMBIOS EN EL OLFATO Y EL GUSTO

Es normal tener mayor sensibilidad para los olores y sabores. También puede haber más secreción de saliva y congestión nasal. Es posible tener pequeñas hemorragias nasales, sin trascendencia.

CAMBIOS CIRCULATORIOS

La presión del útero sobre la circulación sanguínea abdominal puede provocar varices y hemorroides. También puede aparecer hinchazón en pies y piernas.

Consejos:

- Hacer ejercicio a diario, adaptado en función de la actividad física previa.
- En los momentos de descanso poner los pies en alto.
- Usar calzado con poco tacón y calcetines que no aprieten.
- Evitar permanecer durante mucho tiempo de pie o sentada, haciendo pausas con pequeños paseos.
- Elevar las patas delanteras de la cama con un alza para mantener los pies elevados.
- En la ducha, masajear las piernas alternando agua templada con agua fría.
- Si las varices son manifiestas, valorar el uso de medias compresivas mientras dure el embarazo.
- Prevenir las hemorroides evitando el estreñimiento. En caso de que aparezcan, se pueden hacer baños de asiento con agua fría.

MOLESTIAS EN LA ESPALDA

La zona baja de la espalda se curva más por el aumento de peso y del volumen del útero, y los ligamentos están más tensos en las ingles.

Consejos:

- Mantenerse activa. Si el dolor es muy intenso, conviene consultarlo.
- Hacer estiramientos regularmente.

ALTERACIONES DE LA PIEL

Puede haber modificaciones en el color de la piel y en los lunares; dependen de la exposición más o menos intensa a la luz solar, y se asocian con el aumento de hormonas. También se suda más, y pueden aparecer estrías.

Consejos:

- Usar una crema hidratante que, preferiblemente, no contenga disruptores endocrinos.
- Cuidar la ganancia de peso para prevenir la aparición de estrías.
- Utilizar una crema con protección solar alta y evitar los baños de sol.

CAMBIOS A NIVEL EMOCIONAL

El proceso de convertirse en madre comprende una serie de cambios que afectan a distintas esferas en la vida de la mujer confiriéndole un gran potencial transformador. Esto supone que esta sea una etapa de especial vulnerabilidad psicológica y emocional para las mujeres.

Aunque gran parte de las personas viven este periodo con felicidad y entusiasmo, se estima que en torno a un 20% sufren algún tipo de alteración emocional.

A **Actividad 1.2: DIARIO DEL EMBARAZO**

ALIMENTACIÓN

Es importante seguir una alimentación sana, variada y equilibrada. La alimentación de la mujer embarazada influirá en el desarrollo y crecimiento adecuado del feto. Las recomendaciones dietéticas son similares a las de la población general, con mayor aporte de algunos alimentos. Algunas pautas sencillas para lograrlo son:

- Realizar de 4 a 5 comidas al día no copiosas procurando sentarse a la mesa, y disfrutar de la comida sin prisa.
- Aumentar el consumo de **alimentos de origen vegetal** (frutas, hortalizas, legumbres, frutos secos y cereales integrales) para cubrir la mayor necesidad que tiene el organismo de vitaminas y minerales.
- Comer **pescado** 2 veces a la semana (principalmente pescado **azul** de pequeño tamaño), ya que aporta ácidos grasos omega-3 y otros nutrientes esenciales.
- Aumentar el consumo de alimentos ricos en calcio, sobre todo durante la segunda mitad del embarazo y durante la lactancia. En general se recomienda consumir al menos 3 raciones diarias de **productos lácteos**, que además del calcio, aportan yodo, tan necesario para el desarrollo neuronal del feto.

  No debemos confundirnos: las bebidas vegetales (avena, soja...) no son productos lácteos.
- Beber al menos 1,5 o 2 litros de **agua** al día (de 8 a 10 vasos). No es necesario recurrir al agua embotellada.
- Consumir con moderación frituras y evitar alimentos ultraprocesados ricos en grasas y azúcares.
- Moderar el consumo de sal y, salvo contraindicación médica, utilizar **sal yodada**.
- Moderar el consumo de cafeína de cualquier fuente (café, té, bebidas de cola, chocolate, yerba mate...). No se recomienda tomar más de 200 mg de cafeína al día (hay entre 60-100 mg en una taza de café de bar, 75 mg en una taza de té y 40 mg en una lata de cola). Las bebidas energéticas están totalmente desaconsejadas.
- Moderar el consumo de nueces de Brasil, no superando las 6 unidades al día, por su alto contenido en selenio.

ACTIVIDAD FÍSICA

Todas aquellas mujeres embarazadas que no presenten contraindicaciones médicas específicas, deben mantener un embarazo físicamente activo para mejorar su salud y la de su bebé.

Si la mujer es sedentaria, el embarazo es el momento perfecto para iniciarse en una práctica de ejercicio moderada. Si por el contrario practica deporte habitualmente, puede continuar con su rutina habitual, salvo que un/a profesional de la salud le indique lo contrario. A lo largo del embarazo necesitará realizar modificaciones que dependerán de su estado general y del deporte practicado.



Actividad 1.3: CUESTIONARIO PARA UN EMBARAZO FÍSICAMENTE ACTIVO

Son muchos los motivos que nos llevan a recomendar la realización de ejercicio físico durante el embarazo:

BENEFICIOS DEL EJERCICIOS FÍSICO

- Mejoría de la resistencia, de la fuerza muscular, del equilibrio, de la coordinación y de la flexibilidad.
- Aumento de la movilidad pélvica.
- Toma de conciencia corporal (abdominal, pélvica y perineal).
- Disminución del riesgo de padecer diabetes gestacional y de hipertensión arterial asociada al embarazo.
- Disminución del riesgo de padecer incontinencia urinaria, fecal o de gases mediante el trabajo de la musculatura del suelo pélvico.
- Control de la obesidad materna e infantil futura.
- Mejor manejo físico y mental de la situación de embarazo.

Desde el canal de Osakidetza nos proponen la siguiente rutina de ejercicios y estiramientos, que la mujer podrá realizar en su domicilio.

Se deben tener en cuenta una serie de consideraciones a la hora de realizar ejercicio físico en el embarazo:

- Debe realizarse de forma regular.
- Se recomienda, por norma general, no realizar actividades de impacto.
- Evitar aquellas actividades que supongan riesgo potencial de caída o traumatismo.
- Podría contribuir a aumentar la concentración de vitamina D, si se realiza en el exterior.
- Antes, durante y después de la actividad realizar una ingesta adecuada de líquidos.
- No practicar actividad física con temperaturas elevadas o ambientes húmedos. La temperatura corporal de la mujer no debe superar los 38 grados centígrados.
- Posiciones a tener en cuenta para el ejercicio:
  - Tumbada sobre la espalda: muchas embarazadas toleran mal esta posición por la compresión de la vena cava. Se debe evitar o mantener durante poco tiempo.
  - Sentada: recomendable, especialmente sobre superficie blanda tipo fitball y realizando modificaciones de la posición.
  - En cuadrupedia: no mantenerla mucho tiempo para no sobrecargar el cuello ni flexionar demasiado las muñecas.

TÓXICOS

TABACO

Si la mujer embarazada, su pareja o las personas con las que conviven fuman, este es un buen momento para abandonar la adicción y evitar riesgos para la criatura que va a nacer. El tabaco ha demostrado ser una sustancia muy nociva y causa daños en el feto (insuficiencia placentaria, bajo peso al nacer, labio leporino).

ALCOHOL

El alcohol atraviesa la placenta, pasa a la sangre y llega al feto a través del cordón umbilical, pudiendo provocar un amplio abanico de trastornos (Trastorno del Espectro Alcohólico fetal). No existe una dosis segura durante la gestación.

OTRAS DROGAS

El consumo de otras drogas como los «porros» o pastillas, y por supuesto la cocaína y la heroína, es nocivo para la mujer y su futura hija o hijo, y debe evitarlo. La cocaína puede producir malformaciones fetales, aumento de la muerte súbita infantil, y trastornos conductuales. El consumo de heroína, y también de metadona, causan importantes síndromes clínicos de abstinencia en la criatura tras el nacimiento.

Si la mujer consume alguna de estas sustancias debemos animarla a consultarlo. Podremos derivarla al servicio adecuado para que la ayuden a deshabituarse, evitando así los daños que causan estas drogas sobre el desarrollo y la salud infantil.

DISRUPTORES ENDOCRINOS

Son sustancias químicas que se comportan como hormonas, alterando el funcionamiento normal de las hormonas de nuestro organismo.

Durante el embarazo, se asocian a mayor frecuencia de abortos, bajo peso al nacer y malformaciones congénitas. Además, en las primeras etapas de la vida pueden inducir cambios que aumentan la susceptibilidad a las enfermedades a lo largo de la vida, aunque las manifestaciones pueden no ser evidentes durante años (alteraciones del neurodesarrollo, asma, hipotiroidismo, diabetes, obesidad, cáncer...).

Afectan más a las mujeres, aumentando el riesgo de cáncer de mama, ovario y útero, pubertad precoz y adelantada, enfermedades tiroideas, alteraciones de fertilidad, endometriosis, síndrome de ovario poliquístico, osteoporosis, enfermedades autoinmunes, etc.

El momento de exposición a los disruptores hormonales puede tener aún más importancia que el nivel de exposición. Por ello es fundamental tratar de reducirla durante el embarazo, la lactancia y la infancia.

RECOMENDACIONES para reducir la exposición a los disruptores endocrinos:

1. Llevar una alimentación lo más sana y natural posible:
   - Basada en alimentos frescos de temporada y proximidad.
   - A ser posible producidos sin pesticidas. En caso de que no sea ecológica, pelar toda la fruta y verdura.
   - No consumir comida ultraprocesada.
   - Evitar latas, envoltorios de plásticos, agua embotellada en plástico...
2. Envases, utensilios de cocina:
   - No utilizar los envases de plástico especialmente los marcados en su base 3 (PVC o vinilo), 6 o 7. Los marcados con el número 1 no se deben reutilizar. Evitar alimentos envasados con film de PVC y reducir enlatados.
   - Preferibles otros materiales como vidrio, acero inoxidable, madera y cerámica.
   - No calentar alimentos ni bebidas en recipientes de plástico, ni utilizar estos envases para contener líquidos calientes.
   - Evitar introducir en el microondas y lavavajillas envases de plástico.
3. Tetinas de biberones y chupetes: evitar de plástico con cualquier bisfenol A, preferibles de silicona y caucho natural.
4. Evitar recubrimientos antiadherentes, especialmente aquellos con teflón y perfluorados (PFOS y PFOAS).
5. Utilizar productos de higiene sin “parfum” (perfumes), parabenos (metilparaben, propylparaben...), ftalatos, benzofenonas (en protectores solares químicos), fenoxietanol y aceite del árbol de té. No abusar de las toallitas. Preferiblemente utilizar desodorantes que no contengan aluminio.
6. Usar ropa de algodón, especialmente en recién nacidos, evitando fibras sintéticas. No utilizar suavizante.

7. Lavarse las manos con frecuencia.
8. No manipular en exceso los tickets térmicos.
9. En la casa:
   - Evitar los ambientadores e insecticidas, sobre todo en spray.
   - Ventilar y pasar la aspiradora, usar filtros de partículas de aire de alta eficiencia y un paño húmedo para quitar el polvo de casa con frecuencia.
   - Quitarse los zapatos al entrar a la casa.
   - Evitar productos de limpieza agresivos con una larga lista de componentes químicos.
   - Quitar o minimizar textiles de plástico como alfombras y manteles.
   - Optar por muebles de madera en lugar de sintéticos y de plástico.

HIGIENE BUCAL

Los cambios hormonales durante el embarazo pueden originar una respuesta inflamatoria exagerada frente a las bacterias. El 60% de las embarazadas presentan inflamación en las encías (gingivitis) que se enrojecen y pueden sangrar.

- El ácido del reflujo gástrico y de los vómitos frecuentes pueden causar erosión dentaria. El picoteo de productos azucarados para satisfacer los antojos incrementa el riesgo de caries.
- Durante el embarazo hay una predisposición a la periodontitis. La periodontitis avanzada puede estar relacionada con partos prematuros, bajo peso al nacer y riesgo de preeclampsia.
- Existe evidencia de la transmisión de bacterias cariogénicas de la madre al niño/a a través de la saliva. Es imprescindible que no existan caries sin tratar en la boca de la embarazada.
- El uso de radiografías dentales está permitido durante el embarazo.
- Toda embarazada debería consultar a su dentista cuando planifica su embarazo. Visitar al dentista cuanto antes es fundamental para asegurar un embarazo sano.

Debemos recomendar a la embarazada acudir a la Unidad de Salud Bucodental (USBD) de su centro de salud para hacer una revisión completa de su boca. Allí, los/as dentistas e higienistas de la Unidad le explicarán las medidas básicas de dieta saludable e higiene oral durante el embarazo y la lactancia. También la orientarán sobre los tratamientos que pueda necesitar y si es necesario, le realizarán una limpieza profesional y una fluoración.

LAS REVISIONES EN LA USBD

- 1 revisión durante el embarazo (1er trimestre).
- 1 revisión posparto.

Embarazadas con "Riesgo Alto de Enfermedad Oral" tendrán revisiones cada 6 meses durante los 2 años que siguen al parto.

SEXUALIDAD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la sexualidad se refiere a "una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basado en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales"

La gestación es un proceso clave en la sexualidad de mujeres y hombres, tanto como individuos como en la pareja.

Desde la perspectiva de la sexología sustantiva, se describe el "Hecho Sexual Humano":

EL SEXO

- El sexo está constituido por una sucesión compleja de acontecimientos biológicos, psicológicos y sociales que hacen que seamos seres sexuados: hombres o mujeres. El proceso de sexuación se inicia en la fecundación y dura hasta la muerte.

  En este proceso hay acontecimientos sexuantes que van sexuando al individuo, la maternidad y paternidad es uno a destacar. Durante el embarazo hay una reelaboración del proyecto de vida pasando de la mujer y pareja que se era, a la introducción del concepto de "madre" y/o "padre".

LA SEXUALIDAD

- La sexualidad es al sexo, lo que la personalidad a la persona. Es la manera que cada persona tiene de vivir el "hecho de ser sexuado", hace referencia al modo de sentir esta condición sexuada y a la vivencia subjetiva de esta condición.

  El cambio en la imagen corporal, el nuevo rol de madre, los reajustes en la pareja y las vivencias propias de cada mujer hacen que la maternidad se viva de forma positiva o negativa.

LA ERÓTICA

- La erótica se refiere a la forma concreta de expresar lo anterior, lo que se es y lo que se vive, tiene múltiples formas en su expresión y es personal y particular. Este concepto da cuenta de los deseos de los sujetos como sujetos sexuados, y por lo tanto eróticos, es decir, atractivos. La erótica alude a los deseos. En este sentido las mujeres y los hombres deben preguntarse: ¿qué deseo? ¿qué me apetece?

  Es habitual que el deseo se modifique durante el embarazo: en el primer trimestre debido a los síntomas que pueden aparecer derivados de los cambios hormonales: cansancio, hipersensibilidad mamaria, náuseas, vómitos, somnolencia, etc. En el segundo trimestre suelen desaparecer las molestias físicas y miedos propios del primer trimestre, por lo que el deseo de mantener encuentros eróticos puede aumentar (hay mujeres que sufren culpa debido a este aumento de líbido). En el tercer trimestre pueden aparecer los miedos a dañar al feto con frecuencia y las molestias físicas se hacen más evidentes, por lo que el deseo puede verse modificado.

LA AMATORIA

- La amatoria: da cuenta de los fenómenos de la expresión de la atracción, seducción y encuentros entre los sexos en su conducta.

  A lo largo de los trimestres de gestación las prácticas eróticas se van modificando y adaptando, especialmente en el último trimestre que se hace necesario las alternativas posturales.

Hay que dejar claro que las prácticas eróticas no son sinónimo de coito y que nunca están contraindicadas durante el embarazo. Para la práctica de penetración vaginal sí que existen contraindicaciones pautadas por los y las profesionales de forma individualizada: amenaza de aborto, de parto prematuro, placenta previa, hemorragia vaginal, rotura prematura de membranas y otras situaciones como enfermedades maternas.

La gestación supone una oportunidad de descubrimiento de cada uno de los miembros de la pareja de forma individual (con nuevos deseos, prioridades, ilusiones, etc) y como pareja.

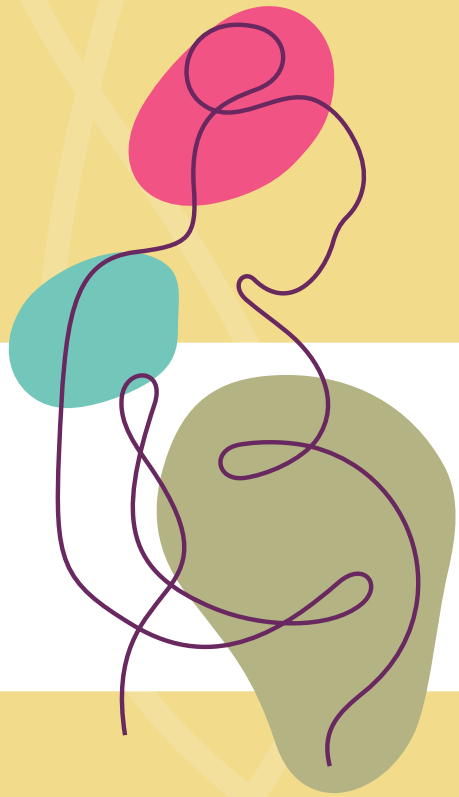
A **Actividad 1.4: TABLA DE EJERCICIOS**

BIBLIOGRAFÍA

- Canadian SocietyforExercisePhysiology. (2024). CSEP-PATH: Cuestionario para un embarazo físicamente activo – Guía para profesionales de la salud (Versión 6). https://csep.ca/wp-content/uploads/2024/01/CSEP-PATH_GAQ_P_Guidelines_V.6-copy_SP.pdf
- Olivera Belart, N. (2022). Ser mamá (1ª ed.). PenguinRandomHouse Grupo Editorial.
- Álvarez García, V., Balbona Rodríguez, J., Fernández Fernández, D., Paredes Álvarez, S., Pérez Pazos, A., & Rodríguez Martín, J. (2020). Presentes, visibles & sexuadas (1ª ed.). CMPA.
- Panea Pizarro, I., Domínguez Martín, A. T., Barragán Prieto, V., Martos Sánchez, A., & López Espuela, F. (2019). Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre: Estudio fenomenológico. Atención Primaria, 51(3), 127–134.
- Basulto, J. (2015). Mamá come sano (1ª ed.). Debolsillo
- Oltra Rodríguez, E. (2014). Sexualidad humana. En J. R. Martínez Riera & R. del Pino Casado (Eds.), Manual práctico de enfermería comunitaria (pp. 608–614). Elsevier.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2009). Educación maternal: Preparación para el nacimiento (1ª ed.). Direcció General de Salut Pública.
- Saéz Sesma, S. (2007). Sexo básico: De los genitales al cerebro, de la fecundación a la vejez (1ª ed.). Editorial Fundamentos.
- Amezúa, E. (2006). Sexologemas (1ª ed.). Instituto de Sexología.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, & Asociación Mundial de Sexología. (2000, mayo 19–22). Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta, Guatemala.
- Amezúa, E. (1999). Teoría de los sexos: La letra pequeña de la sexología (1ª ed.). Instituto de Sexología.

2

EMBARAZO II: TERCER TRIMESTRE



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL EMBARAZO

Autoras:

ROSALÍA GÓMEZ GARCÍA. Matrona de Atención Primaria. Área V

MARÍA DEL PILAR VÁZQUEZ PRIETO. Matrona de Atención Primaria. Área IV

EVA PÉREZ ANES. Matrona de Atención Primaria. Área III

Revisado por:

VIRGINIA RODRÍGUEZ MATÍAS. Matrona. Presidenta de la Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias (APROMAP)

MARINA MARTÍNEZ MÁRQUEZ. Matrona. Representante de la Asociación Amamantar

2

EMBARAZO II: TERCER TRIMESTRE

Índice

UNIDAD 2. VISIÓN GENERAL	4
INTRODUCCIÓN	5
CURIOSIDADES	5
CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO	6
SALUD MENTAL PERINATAL	9
CORRESPONSABILIDAD	12
VIAJES	13
DURACIÓN DEL EMBARAZO	13
VISITAS DE CONTROL DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO	14
PREPARANDO LA MALETA DEL HOSPITAL	15
¿CUÁNDO ACUDIR A URGENCIAS?	16
DESPIDE EL EMBARAZO	17
BIBLIOGRAFÍA	17

UNIDAD 2	EMBARAZO II: TERCER TRIMESTRE
OBJETIVO GENERAL	Avanzar en el cuidado del embarazo, con especial atención a la salud mental perinatal y a la corresponsabilidad.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las embarazadas y sus acompañantes puedan: • Adquirir información sobre cambios esperables y seguimiento del embarazo en el tercer trimestre. • Adquirir habilidades para identificar signos de alarma y aumentar su autocuidado. • Desarrollar actitudes para lograr la corresponsabilidad efectiva y afrontar la recta final del embarazo con optimismo.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Tríptico: Higiene postural durante el embarazo. • Vídeo: Ejercicios de Kegel. Osakidetza. • Enlace al folleto de masaje perineal. FAME. • Tríptico: Salud Mental Perinatal y Mindfulness. (En la carpeta POSPARTO) • Tríptico: Mi bebé está de nalgas. Versión cefálica externa. • Tríptico: Ejercicio acuático en el embarazo.
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 2.1: Ejercicios respiratorios. • Actividad 2.2: Ejercicio de autoconocimiento del suelo pélvico con espejo y masaje perineal. • Actividad 2.3: Ejercicio de atención plena. • Actividad 2.4: Mapeo del vientre. • Actividad 2.5: Despide el embarazo.
MENSAJES CLAVE	• Durante la etapa de embarazo se producen una serie de cambios corporales que pueden modificar el patrón postural normal y afectar al complejo abdomino-lumbo-pélvico-perineal. • La ansiedad y depresión son algunos de los problemas de salud mental más frecuentes y habitualmente se encuentran interrelacionados. • La corresponsabilidad, como compromiso y responsabilidad compartida, es primordial en todos los procesos en torno al nacimiento y a la crianza. • La duración del embarazo normal es variable y oscila entre 37 y 42 semanas. La fecha probable de parto (FPP) se calcula coincidiendo con el inicio de la semana 40, pero será importante darle su justo valor. • La monitorización fetal no estresante se realiza con la finalidad de identificar a los fetos con riesgo de presentar distrés. • El cambio o reducción de los movimientos del bebé es siempre motivo de consulta.

INTRODUCCIÓN

La información aquí recogida es relativa al tercer trimestre y recta final del embarazo. Está pensada para ser impartida a partir de la semana 28, como primera sesión del bloque principal de embarazo.

CURIOSIDADES

- A principios del tercer trimestre el feto comienza a reconocer sonidos y tiene hipo de vez en cuando, que podrá percibirse como movimientos abdominales rítmicos.
- En la semana 33 puede estar ya en posición para el parto, generalmente con su cabeza descansando sobre el cuello uterino.
- En este trimestre crece rápidamente y su piel no está tan arrugada a medida que va acumulando grasa debajo de ella. En las últimas semanas desaparece el lanugo excepto en hombros y brazos, y el cabello se vuelve más grueso y denso.
- A partir de la 36 semana sus pulmones están preparados para respirar fuera del útero sin ayuda.
- Al final del tercer trimestre mide alrededor de 50 centímetros y su peso suele oscilar entre los 2.500 y los 4.000 gramos.

CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO

PATRÓN POSTURAL

Durante la etapa de embarazo se producen una serie de cambios corporales que pueden modificar el patrón postural normal. Algunos consejos posturales a la hora de realizar las tareas de la vida diaria y/o laboral se agrupan en la siguiente tabla:

CONSEJOS GENERALES

- Evitar mantener la misma postura durante largo tiempo.
- Distribuir el peso de un objeto entre ambos brazos y manejar cargas ligeras.
- Dormir preferiblemente sobre el lado izquierdo y si se desea colocar una almohada entre las piernas y/o abdomen.
- Usar calzado cómodo que no presione y sujete el pie. Evitar tacones.
- Procurar momentos de relajación diarios.

SENTADA

- Mantener la espalda recta y apoyada en un respaldo con los pies apoyados en el suelo. Sentarse sobre los isquiones.
- No cruzar las piernas.
- Hacer pausas activas y levantarse frecuentemente.
- Elevar los pies en un reposapiés.
- Usar una silla ajustable con soporte para la zona lumbar.
- Cambiar tiempo en silla por tiempo sentada en una pelota tipo fitball.

AL AGACHARSE

- Siempre de cuclillas o apoyando una rodilla en el suelo.
- Evitar realizar movimientos bruscos y de rotación del tronco.
- Para coger algo del suelo: doblar ligeramente las piernas con una adelantada, mantener la espalda recta y el objeto cerca del cuerpo.

COMPLEJO ABDOMINO-LUMBO-PÉLVICO-PERINEAL

El complejo abdomino-lumbo-pélvico-perineal (CALPP) está conformado por el diafragma, la musculatura lumbar y abdominal, y el suelo pélvico, entre otras estructuras.

MOVILIDAD DIAFRAGMÁTICA

- Durante el embarazo se producen cambios respiratorios. El útero grávido produce al final del embarazo un importante ascenso diafragmático, condicionando una disminución de la capacidad residual funcional y de la capacidad pulmonar total.
- El citado ascenso del diafragma puede provocar una sensación de falta de aire (disnea) que progresa según aumenta la presión abdominal en el tórax. Además, otros de los síntomas frecuentes al final del embarazo son el aumento de la frecuencia respiratoria y la aparición de congestión nasal. Una de las recomendaciones que contribuyen a disminuir esa disnea puede ser los cambios frecuentes de postura, hacer ejercicios respiratorios y realizar ejercicio suave.
- Debido al aumento de la circunferencia torácica provocada por la relajación de los músculos intercostales y del músculo bronquial, la capacidad vital no cambia y esto favorece, por ejemplo, que en mujeres embarazadas asmáticas los síntomas de asma bronquial disminuyan.

A **Actividad 2.1: EJERCICIOS RESPIRATORIOS**

EL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico está formado por un conjunto de músculos, ligamentos y otras estructuras, cuyas funciones, entre otras, son:

- Sostén de vísceras pélvicas: vejiga, uretra, recto y útero.
- Mantenimiento de la continencia urinaria y fecal.
- Mantenimiento de una sexualidad satisfactoria.
- Influencia directa en la fase de expulsivo del parto.

Durante el embarazo se producen importantes cambios en el CALPP. La preparación de todas estas estructuras ha demostrado disminuir la aparición de síntomas a este nivel, siendo fundamental la realización de una valoración previa.

Entre las técnicas utilizadas se encuentran:

- **Entrenamiento muscular del suelo pélvico y del abdomen:** Una correcta contracción y relajación ayudará a una disminución de sintomatología durante el embarazo, facilitará la fase de expulsivo en el parto y contribuirá a una mejor recuperación posparto.

V **Vídeo: EJERCICIOS DE KEGEL. OSAKIDETZA**

- **Masaje perineal:** El masaje perineal a partir de la semana 32 ha demostrado disminuir la presencia de lesiones perineales, si bien es cierto que no en todas las mujeres es necesario ni adecuada su realización. De segundos partos en adelante no hay diferencias significativas en cuanto a resultados de desgarros y estaría contraindicado en caso de varices vulvares, infecciones vaginales o urinarias, y otras complicaciones del embarazo.

Enlace al folleto de masaje perineal de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME).

Actividad 2.2: EJERCICIO DE AUTOCONOCIMIENTO DEL SUELO PÉLVICO CON ESPEJO Y MASAJE PERINEAL

Recomendaciones durante el embarazo:

- Evitar maniobras que aumenten la presión intra-abdominal como flexión de tronco desde la posición de tumbada, realización de deportes de impacto y maniobras de empuje, tanto en la defecación como en la micción.
- No realizar maniobras como contraer la musculatura de suelo pélvico durante la salida de la orina.
- Disminuir el estreñimiento a través de una dieta adecuada, correcta ingesta de líquidos y modificación de la postura en la defecación.
- Evitar tanto el llenado de la vejiga en exceso como su vaciado con excesiva frecuencia.

SALUD MENTAL PERINATAL

Cuando hablamos de salud mental perinatal nos referimos a las condiciones de salud mental que ocurren tanto durante el embarazo como en los primeros 12 meses posparto, observando la investigación actual que hay cambios en el cerebro de la mujer que permanecen toda la vida.

Durante el embarazo se producen una serie de cambios que impactan a la mujer a nivel físico, social, psicológico, político y espiritual, y que pueden provocar alteraciones en el estado de ánimo materno con una alta prevalencia. Es habitual experimentar cambios de humor, ambivalencia, alteraciones de sueño o irritabilidad, sin embargo, es importante detectar cuando estos sentimientos se desvían de la normalidad y resulta difícil gestionarlos.

Algunos signos de alarma pueden ser: tristeza prolongada, episodios frecuentes de llanto, falta de interés en actividades que antes resultaban placenteras, preocupación excesiva por el proceso de embarazo o salud del bebé y sensación de aislamiento. La ansiedad y depresión son algunos de los problemas de salud mental más frecuentes en esta etapa y habitualmente se encuentran interrelacionados y generan comorbilidad, comportándose ambos como factor de riesgo del otro.

AMBIVALENCIA EMOCIONAL

En nuestra sociedad, está muy arraigada la creencia de que las mujeres deben ser madres para sentirse plenamente realizadas y felices. Es por eso que a la vivencia de la maternidad se asocian sentimientos positivos de entusiasmo, felicidad o alegría.

Sin embargo, durante el periodo perinatal, es común enfrentarse a sentimientos mixtos, no solo positivos sino también sentimientos como dudas, rechazo, insatisfacción o tristeza.

Brindar información sobre esta ambivalencia, visibilizándola como un proceso evolutivo normal de la maternidad, diferente de una patología, puede ser beneficiosa.

TRANSPARENCIA PSÍQUICA

El término transparencia psíquica fue acuñado por Bydlowsky para definir un estado psíquico que se desarrolla gradualmente durante el embarazo, especialmente al final del mismo, y que se caracteriza por una creciente sensibilidad emocional que facilita el que se reactiven procesos psicológicos anteriores no resueltos.

Esta transparencia permite a la mujer el resurgimiento de recuerdos de la niñez que facilitan el poder revisar su propia historia vincular, tomándola como referencia para la construcción de su nuevo vínculo.

ESTABLECIMIENTO DEL VÍNCULO PROGRESIVO

El vínculo materno-fetal se refiere a los sentimientos positivos que una madre siente por su bebé durante el embarazo. Estos sentimientos no tienen por qué ser inmediatos tras el conocimiento del embarazo y dependen de diferentes variables como visualización de ecografías, percepción de movimientos fetales, el apoyo social o la salud mental materna.

Por tanto, no es “obligatorio” percibir amor intenso desde el principio, la vinculación es gradual y puede suceder en diferentes momentos incluso tras el nacimiento.

No existe una forma adecuada de sentir.

REPRESENTACIONES MATERNAS

Las representaciones maternas son un concepto clave en el desarrollo psicológico y en la construcción de la identidad de la madre, así como en la construcción de la relación madre-bebé.

Cómo la madre imagina a su bebé y su futuro o cómo se imagina a sí misma como madre va a influir en el espacio mental que dará lugar a la nueva relación. Las madres que tienen dificultades en la construcción subjetiva del bebé y la representación de sí mismas como madres son propensas a desarrollar un vínculo de apego inseguro y problemas relacionales. Por el contrario, cuando las madres representan a su bebé logran un mejor vínculo, mayor implicación y predisposición para su cuidado.

PSICOPATOLOGÍA EN EL EMBARAZO Y SEÑALES DE ALARMA

Existen ciertos factores que aumentan el riesgo de presentar algún problema de salud mental como: antecedentes de trastorno de salud mental personal y familiar, ser adolescente, sufrir marginación por racismo, nivel socioeconómico menor, desempleo, falta de apoyo de la pareja, aislamiento, violencia de género y/o otras violencias machistas, vivir algún acontecimiento vital estresante durante esta etapa, trastornos del sueño, antecedentes de aborto, complicaciones médicas durante el embarazo o abuso de sustancias.

ANSIEDAD

La ansiedad y los trastornos relacionados con la ansiedad se refieren a un grupo de enfermedades que comparten características de miedo y preocupación excesivos, lo cual implica alteraciones conductuales y cognitivas a causa de una exacerbación del sistema nervioso simpático.

Además, durante el embarazo, surge un tipo de ansiedad relacionado con el propio embarazo, parto y posparto a la que se denomina 'ansiedad específica del embarazo'. El embarazo tiene características que pueden convertirlo en un evento estresante:

- La ambigüedad por sentir felicidad ante un embarazo deseado y preocupación intensa por todos los cambios que va a suponer en la vida de la madre.
- La inminencia del parto, el nuevo rol y la nueva responsabilidad.
- La incertidumbre sobre la salud del bebé y el desenlace del embarazo.

Son signos de alarma en esta etapa:

- Excesiva ansiedad o preocupaciones.
- Dificultad para controlar las preocupaciones.
- Sentirse excesivamente nerviosa.
- Dificultad para concentrarse.
- Irritabilidad excesiva.
- Tensión muscular.
- Trastornos del sueño.

DEPRESIÓN

La depresión y los trastornos depresivos se asocian con cinco o más síntomas que están presentes durante al menos 2 semanas seguidas, al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida del interés por actividades que antes resultaban placenteras (anhedonia). Se diferencia entre depresión prenatal (la sufrida durante el embarazo) y depresión posparto (aparece habitualmente durante los tres primeros meses después del parto). Sufrir depresión prenatal, es un factor de riesgo para la depresión posparto.

Signos de alarma:

- Ánimo bajo la mayor parte del día, todos los días.
- Desinterés por actividades que antes resultaban placenteras.
- Gran pérdida/ganancia de peso o disminución/aumento del apetito muy llamativa.
- Insomnio o hipersomnia excesivos.
- Cansancio extremo.
- Agitación psicomotora.
- Disminución de la capacidad para concentrarse.
- Pensamientos de muerte recurrentes o ideación suicida.
- Sentimientos de rechazo, dificultades en relación con el feto.

Debemos animar a la mujer embarazada a consultar con un/a profesional si los sentimientos de ansiedad y depresión persisten y aparecen signos de alarma que no desaparecen.

Antes de que el hijo o hija se imponga con su presencia y sus demandas fuera del calor del útero, conviene que la mujer se vuelque en sus propios cuidados:

- **Alimentación:** Seguir una alimentación equilibrada facilita también una adecuada salud mental, ayudando no solo a nuestro cuerpo sino también a nuestra mente. Los micronutrientes, incluidas las vitaminas B (específicamente niacina, tiamina y folato), el magnesio y el zinc, influyen en el estado de salud mental de las mujeres durante el embarazo.
- **Tabaco:** Es importante abandonar el tabaco por completo. Reduciendo el número de cigarrillos no conseguimos reducir la ansiedad ni la toxicidad materno-fetal. Existen recursos para combatir la ansiedad, pero no para combatir los efectos nocivos que produce el tabaco sobre la salud materno-fetal. Además, fumar durante el embarazo o ser fumadora pasiva, puede asociarse con aumento de riesgo de depresión y ansiedad.
- **Ejercicio físico:** El ejercicio físico es un gran regulador del estado emocional, ayudando a reducir los niveles de ansiedad y mejorar el estado de ánimo.
- **Sueño y descanso:** Es importante mantener un horario de sueño y descanso regular. La falta de sueño tiene un impacto muy negativo sobre el estado de ánimo, provocando una mayor irritabilidad, cansancio físico y psicológico. Marcar un tiempo de descanso diario ayuda a cubrir nuestra necesidad temporal de desconectar física, emocional y psicológicamente.
- **Actividades gratificantes:** Es importante mantenernos conectados a aquello que nos satisface para mantener un buen estado de ánimo (salir con amigos, practicar hobbies).
- **Personas de apoyo:** El proceso de embarazo puede conllevar momentos de menor energía o dificultad para realizar actividades (cocinar, limpiar, cuidar de otros/as hijos/as...). Buscar personas que puedan brindarnos apoyo puede ayudar a reducir el estrés o la sobrecarga.

El contacto con otros grupos de madres puede ayudar también a no sentirse sola durante este proceso.

Además de la ayuda por parte de amistades y familiares, la mujer debe saber que cuenta con ayuda profesional en caso de necesidad. El personal sanitario es un proveedor de ayuda y apoyo en el proceso y transición a la maternidad.



Actividad 2.3: EJERCICIO DE ATENCIÓN PLENA

CORRESPONSABILIDAD

La corresponsabilidad, como compromiso y responsabilidad compartida, es primordial en todos los procesos que se dan en torno al nacimiento. Cuando la pareja de la mujer embarazada adopta un papel activo desde el embarazo, implicándose de manera positiva y comprometiéndose de forma saludable, el beneficio se observa en la salud de toda la familia.

El otro progenitor transita el embarazo construyendo la "actitud paterna" en paralelo a la mujer embarazada. Este proceso se ve influido por la propia psico-biografía, con especial mención a la historia de crianza y al estilo de apego para con sus cuidadores primarios.

Pasar de un sistema de dos a otro más complejo de tres o más miembros requiere una nueva adaptación y, por tanto, una nueva crisis en cada embarazo. Las siguientes manifestaciones son propias de la adaptación del otro progenitor a la nueva situación:

- Pérdida de control, placer y autocuidado.
- Pérdida de intimidad sexual.
- Confusión y ambivalencia saludable.
- Sentimientos de exclusión.
- Sentimientos de responsabilidad o culpa.
- Resurgimiento de conflictos no resueltos.
- Búsqueda de evasiones y distanciamiento.
- Preocupación por la salud del niño/a.

Ser capaz de reconocer las emociones propias, y regular la conducta en situaciones de estrés emocional capacita a la pareja para acompañar y sostener a su compañera.

La experiencia del embarazo impacta, como es lógico, de manera distinta en la madre gestante que en su compañero/a, quien suele tomar más conciencia de la realidad con el nacimiento de la criatura. Ayudar al otro progenitor en su crisis fomentando el vínculo desde la gestación contribuye a un mayor bienestar de toda la familia, también en el posparto.

Se podría plantear la posibilidad de juntar a las parejas un día sin la presencia de las embarazadas, para que compartan sus inquietudes "entre iguales". Este tipo de iniciativas suelen contar con gran aceptación.

Cuando la mujer transita la maternidad en solitario de manera elegida, es frecuente que cuente con otras figuras de apoyo cercanas significativas. Incluirlas en los grupos de Educación Parental será importante.

VIAJES

VIAJES EN AUTOMÓVIL

Si la mujer embarazada va a hacer un viaje largo en coche es recomendable que pare 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. Existen adaptadores para embarazadas en el mercado.

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 mujeres embarazadas.

Se ha descrito un aumento del riesgo de tromboembolismo venoso para los viajes en avión de larga distancia. En algunos casos estaría indicado el uso de heparinas de bajo peso molecular.

Ante cualquier duda sobre la seguridad del viaje, conviene consultar con Sanidad Exterior, incluso si hablamos de mujeres migrantes que vuelven de visita a sus países de origen.

DURACIÓN DEL EMBARAZO

La duración del embarazo normal es variable y oscila entre 37 y 42 semanas. Si el parto ocurre dentro de estas semanas se llama “parto a término”.

La fecha probable de parto (FPP) se calcula coincidiendo con el inicio de la semana 40, pero será importante darle su justo valor. Se trata de una fecha “orientativa”, y en ningún caso superarla implica que nuestro parto se está retrasando. Solo hablaremos de parto post-termino cuando este ocurre después de la semana 42.

A partir de la semana 41 de gestación se suele hacer un control profesional más estrecho.

VISITAS DE CONTROL DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

- Ecografía: 34-37 semanas de gestación. Permite valorar el crecimiento y la estática fetal. Si el bebé está colocado de nalgas se planteará la posibilidad de hacer una versión cefálica externa (VCE).
- Analitica: 32 semanas de gestación.
- Vacunaciones: tosferina. Se puede administrar en cualquier momento entre las semanas 27 y 36, siendo preferible hacerlo entre las semanas 27 y 28.
- Profilaxis anti-D, si procede.
- Exudado vagino-rectal.
- Peso: el tercer trimestre es el periodo del máximo crecimiento fetal. Es el momento de mayor ganancia de peso para la mujer, no solo por esto sino también por la importante retención de líquidos que se produce en la recta final del embarazo.
- Monitorización fetal.

VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

Uno de los aspectos que se valora en la ecografía del tercer trimestre es la estática fetal.

Se denomina presentación de nalgas cuando las nalgas y/o los pies se encuentran situadas hacia abajo, en la pelvis materna. Esto ocurre en el 3-4% de las gestaciones a término. En estos casos, es posible la realización de una versión cefálica externa a partir de la semana 36 de gestación.

Se trata de un procedimiento en el que, mediante maniobras externas sobre el abdomen materno, se cambia al feto desde la presentación de nalgas a la de cabeza.

Es un procedimiento seguro, con una baja tasa de complicaciones. Los riesgos de la versión son inferiores a los de un parto vaginal de nalgas o una cesárea electiva.

La tasa de éxito es variable, en los centros con mayor experiencia se sitúa en torno al 66%. Habitualmente se ofrecen a la paciente métodos analgésicos para llevar a cabo el procedimiento de forma indolora, siempre en colaboración con el Servicio de Anestesia del centro.



Actividad 2.4: MAPEO DEL VIENTRE

VACUNACIONES

- **Tosferina:** El objetivo de la vacunación es proteger al recién nacido/a en los primeros meses de vida. Se recomienda la vacunación con dTpa en cada embarazo, aunque se haya padecido la enfermedad con anterioridad o se haya vacunado previamente, incluso si se trata de embarazos consecutivos dentro de un periodo de 12 meses.
- **Anti-D:** Si su grupo sanguíneo es Rh negativo la mujer deberá acudir a su hospital o centro de salud de referencia para que le administren la inmunoglobulina anti-D en la semana 28ª de embarazo.

EXUDADO VAGINO-RECTAL

El estreptococo grupo b (SGB) es una bacteria que forma parte de la flora normal del tracto intestinal y que puede colonizar la vagina. No suele producir problemas a la mujer portadora pero podría infectar a la criatura en el momento del parto.

Para evitarlo se realiza un cultivo de exudado vaginal y rectal en la semana 36 o 37 de gestación y si la mujer es portadora de este germen se le ofrecerá antibiótico durante el parto.

No es necesario efectuar la determinación de SGB si se ha detectado su presencia en orina durante la gestación; en estos casos se ofrecerá antibioterapia profiláctica durante el parto.

MONITORIZACIÓN

La monitorización fetal no estresante es una prueba de bienestar fetal. Se realiza con la finalidad de identificar a los fetos con riesgo de presentar distrés. Está indicado, fundamentalmente, en los embarazos de alto riesgo obstétrico. En el embarazo normal, de bajo riesgo, puede realizarse a partir de las 40 semanas de gestación.

Es un método de evaluación sencillo, fácil de realizar, rápido y no invasivo. Consiste en la aplicación de dos sensores sobre el vientre materno para captar, por un lado, la frecuencia cardiaca fetal y, por otro lado, la actividad uterina.

Para que la técnica sea correcta, y evitar con ello los falsos positivos y negativos, es necesario que se cumplan una serie de requisitos:

a) Posición de la gestante: semisentada o en decúbito lateral, evitando la posición de decúbito supino, a fin de que no se produzca el síndrome hipotensivo supino y las alteraciones consiguientes de la frecuencia cardiaca fetal.

b) La paciente no debe acudir en ayunas, ya que se ha demostrado que los movimientos fetales son más frecuentes tras la ingesta, sobre todo de glucosa.

c) Si la embarazada es fumadora, debe transcurrir un intervalo entre el último cigarrillo y el test basal de al menos una hora, ya que se ha demostrado que el tabaco produce efectos negativos en la frecuencia cardiaca fetal y en los movimientos fetales.

d) Si la mujer está sometida a un tratamiento farmacológico sedante debe indicarlo y, si fuese posible, debe realizarse la prueba antes de la toma de dicho fármaco.

e) La duración debe tener un mínimo de 20 minutos. Si tras este período se cumplen las condiciones para valorar el test basal puede darse por finalizado.

PREPARANDO LA MALETA DEL HOSPITAL

- Documentación del embarazo.
- Cartilla médica y DNI. Certificado de matrimonio en caso de estar casados/as. Facilitaría la inscripción en el Registro Civil del hospital por parte de un único progenitor.
- Zapatillas cómodas o chanclas.
- Una bata.
- Bolsa de aseo completa.
- Ropa de calle para salir del hospital, para la criatura recién nacida y la mujer.

¿CUÁNDO ACUDIR A URGENCIAS?

La presencia a lo largo del embarazo de los síntomas que exponemos a continuación aconseja que la mujer consulte de manera urgente. Puede acudir directamente al hospital o llamar previamente al profesional que la atiende en su centro de salud cuando tenga:

- Vómitos intensos y persistentes.
- Dolor abdominal fuerte.
- Molestias urinarias.
- Fiebre superior a los 38 °C.
- Hinchazón de pies, cara y manos, que no ceden con el reposo.
- Picor intenso en las palmas de las manos y plantas de los pies sin causa aparente y de predominio nocturno.
- Dolor de cabeza persistente, acompañado de alteraciones de la visión (visión doble, borrosa, luces de colores...).
- Sangrado vaginal (que no se deba a exploración vaginal o a relaciones sexuales).
- Pérdida de líquido por la vagina.
- En el tercer trimestre, especialmente en la recta final del embarazo, aumenta mucho el flujo vaginal hasta el punto que nos puede hacer dudar si estamos ante una rotura prematura de membranas. Se recomienda observarlo: poner una compresa, si al cabo de un rato calan las capas, será líquido amniótico y no flujo. El flujo se seca y deja cerco. Se puede probar también a toser en cuclillas para ver si fluye. Ante la duda, se debe consultar.
- Contracciones uterinas rítmicas e intensas, en un momento de la gestación en el que no es esperable el parto. No se deben confundir con la contracciones de Braxton-Hicks que se pueden sentir durante la 2º mitad del embarazo. Ante la presencia de contracciones regulares y con dolor que no ceden con reposo ni bebiendo agua o van a más, es preciso acudir a urgencias.
- Dejar de percibir movimientos fetales. El cambio o reducción de los movimientos del bebé es siempre motivo de consulta.

DESPIDE EL EMBARAZO

Tanto si la embarazada espera el inicio espontáneo de su parto como si acepta una inducción, el miedo y el agobio ya no suman, no mejoran la situación ni la cambian. Aprender a gestionar las emociones en la recta final del embarazo será fundamental para mantener una salud mental óptima.



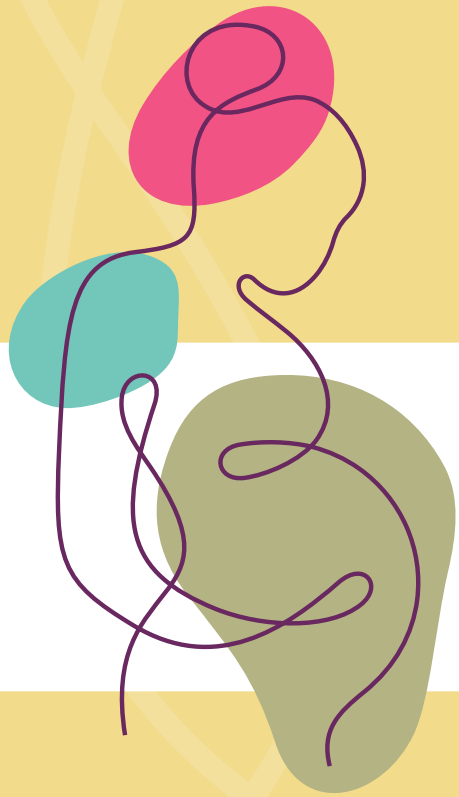
Actividad 2.5: DESPIDE EL EMBARAZO

BIBLIOGRAFÍA

- Olivera Belart, N. (2022). Ser mamá (1ª ed.). Penguin Random House Grupo Editorial.
- Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Soto-Lara, M., et al. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Revista de la Facultad de Medicina, 64(1). https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07
- Fernández Lorenzo, P., &Olza, I. (2020). Psicología del embarazo (1ª ed.). Editorial Síntesis.
- Rodríguez Muñoz, M. F. (Coord.). (2019). Psicología perinatal. Pirámide.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2009). Educación maternal: Preparación para el nacimiento (1ª ed.). Direcció General de Salut Pública.

3

PARTO I



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL EMBARAZO

Autoras:

VANESA ARGÜELLES FERNÁNDEZ. Matrona. Área III

VICTORIA EUGENIA RIVAS PADRERA. Matrona. SERMAS

JÉSSICA VÁZQUEZ ALONSO-CALZÓN. Matrona. Área VIII

Revisado por:

PALOMA ESPARZA DEL VALLE. Matrona. Supervisora del Servicio de Partos. Hospital Universitario de Cabueñes. Área V

ALBA PEÑA GONZÁLEZ. Matrona. Vicepresidenta de la Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias (APROMAP)

MARINA MARTÍNEZ MÁRQUEZ. Matrona. Representante de la Asociación Amamantar

3

PARTO I

Índice

UNIDAD 3. VISIÓN GENERAL	4
INTRODUCCIÓN	5
DEFINICIÓN DE PARTO	5
EL BEBÉ ES UN MAMÍFERO, Y NOSOTRAS SOMOS MADRES MAMÍFERAS	6
FISIOLOGÍA DEL PARTO	7
LA PELVIS. ANATOMÍA Y MOVIMIENTO EN EL PARTO	8
EL PERINÉ EN EL PARTO	9
POSICIONES DURANTE EL PARTO Y EL NACIMIENTO	9
EL DOLOR DURANTE EL PARTO	11
SALUD MENTAL PERINATAL	14
CORRESPONSABILIDAD. EL PAPEL DEL ACOMPAÑANTE	14
BIBLIOGRAFÍA	15

UNIDAD 3	PARTO I
OBJETIVO GENERAL	Comprender la fisiología del parto en toda su complejidad con especial mención al dolor y al papel de la pareja/acompañante.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las embarazadas y sus acompañantes puedan: • Adquirir información sobre la dimensión física y neurohormonal del parto. • Adquirir habilidades para la gestión del dolor y el miedo al parto. • Desarrollar actitudes para afrontar el parto con confianza en las capacidades propias.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Tríptico: Etapas del parto. Parir en movimiento. • Tríptico: El dolor durante el parto. Recursos.
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 3.1: Localización de la pelvis y sus partes. • Actividad 3.2: Posiciones durante el parto y nacimiento. • Actividad 3.3: Canto maternal o carnático. • Actividad 3.4: Paritour. • Actividad 3.5: Masaje a la gestante de parto. • Actividad 3.6: Sesión de esferodinamia.
MENSAJES CLAVE	• El parto normal como proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. • En el periodo que rodea al nacimiento debemos satisfacer unas necesidades básicas que compartimos con otras especies mamíferas. • El parto puede entenderse como un evento neuroendocrinológico, orquestado por hormonas producidas tanto en la madre como en el feto y que influyen en la función del cerebro y del cuerpo de ambos. • El movimiento libre es básico en el parto normal. Nos ayudará en la gestión del dolor y facilitará el descenso del bebé por el canal del parto. • Durante el embarazo, las posturas se practican como experiencia, conexión y visualización del día del parto, pero no debemos mecanizarlas, ni demonizar o idealizar posturas en concreto. • La evidencia científica apoya la idea de que las posiciones verticales y la deambulación reducen la duración del parto, así como el riesgo de intervenciones médicas. • El dolor de parto es un dolor fisiológico que nos avisa de que el bebé va a nacer y nos invita a resguardarnos o a pedir ayuda. • Durante el parto es habitual experimentar emociones como excitación, ansiedad y miedo al dolor, entre otras. • El papel de la pareja o del acompañante es un pilar fundamental el día del parto, pues conoce bien a la mujer y estará ahí desde el principio.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el parto y el nacimiento están siendo analizados con nuevas miradas y perspectivas, no solo exclusivamente obstétricas. Desde la filosofía y la antropología hasta la arquitectura, el derecho, la economía y las neurociencias.

En el año 2007, el Ministerio de Sanidad lanzó la Estrategia de Atención al Parto Normal, lo que supuso un reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias de la existencia de un problema en la atención al parto. En particular, se identificó una necesidad generalizada de mejora en aspectos como la calidez, la participación y el protagonismo de las mujeres en el proceso del parto.

Desde entonces, se han revisado y actualizado los protocolos de atención al parto, plasmándose el esfuerzo en varias Guías de Práctica Clínica disponibles en la página web del Ministerio de Sanidad.

DEFINICIÓN DE PARTO

- La Federación de Asociaciones de Matronas Españolas (FAME) define el parto normal como: "el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo" (FAME. Vélez- Málaga, 2006).
- "Mezcla de connotaciones biológicas, espirituales y sexuales" (MayGaskin, 1975).
- "Maravilloso proceso cooperativo y dinámico donde madre y feto trabajan conjuntamente para conseguir su nacimiento" (Sutton, 1996).
- "Proceso con contracciones uterinas dolorosas, regulares, que producen un borramiento y dilatación del cérvix y un descenso del feto, culminando en el nacimiento vaginal espontáneo de un bebé sano y la expulsión de la placenta y membranas sin complicaciones aparentes en madre y bebé, un trabajo duro que produce sensación de logro y un empoderamiento" (Gould, 2000).
- "Experiencia única, especial, universal, idiosincrática, compleja... Proceso físico de transformación hasta convertirse en madre. Un evento vital de primer orden: hito, rito de paso, un enorme impacto" (Larkin, Begley y Devan, 2009).
- "Estado excepcional de conciencia dirigido por neurohormonas" (Olza- Fdez et al, 2014).

DEBEMOS RECORDAR QUE PARIR ES:

- Normal. "Birth happens", el parto sucede.
- Poder. "Parir es poder: sentir, creer en una misma y en tu bebé, es poder ser protagonista de tu parto, poder ser dueña de una misma. Parir es libertad, confianza, parir es ser. Parir nos cambia, nos recuerda de lo que somos capaces... Parir es poder aprender que nuestro cuerpo es sabio." (Olza, 2017).
- Un evento irreversible, imborrable que queda grabado profundamente en la memoria.
- Un profundo viaje interior, una transición, una travesía que en un momento dado cada mujer debe realizar sola, por muy acompañada que esté. Una vivencia que puede rozar lo místico.

¿QUÉ ES ESTAR DE PARTO?

- Popularmente se le llama “planeta parto”.
- Estar de parto supone un estado alterado de conciencia que conlleva una manera diferente de estar en la realidad, de percibir el mundo, de sentir los estímulos sensoriales, de vivir el paso del tiempo.
- Muchas mujeres sienten que pierden la noción del tiempo, les cuesta mantener la conversación, no pueden pensar con normalidad y necesitan centrarse en sus sensaciones internas.
- Todo esto puede hacer que muchas mujeres se sientan extremadamente vulnerables y sensibles a cualquier cosa que digan o hagan los y las profesionales que las atienden.

¿QUÉ ES NACER?

No debemos olvidarnos del bebé. Nacer, definido por el diccionario como “salir del vientre materno”, es finalizar un viaje con un trayecto breve, pero muy transformador e importante, que dejará una huella duradera.

EL BEBÉ ES UN MAMÍFERO, Y NOSOTRAS SOMOS MADRES MAMÍFERAS

Los seres humanos somos animales mamíferos y el parto es un proceso biológico, fisiológico, instintivo y natural, profundamente arraigado a nuestra naturaleza mamífera. Por ello, en el periodo que rodea al nacimiento debemos respetar y satisfacer unas necesidades básicas que no son específicamente humanas, sino que compartimos con otras especies mamíferas:

- Seguridad.
- Intimidad.
- Silencio.
- Oscuridad.
- Calor.

Durante el parto la parte activa del cerebro es la parte primitiva, ancestral, la que tenemos en común con los otros mamíferos. Su actividad puede ser inhibida por el neocórtex cuando usamos mucha luz o hacemos preguntas a la mujer de parto.

Como dice el obstetra francés Michel Odent, “para parir bien se necesita lo mismo que para hacer el amor bien, pues son las mismas hormonas las que dirigen el acto sexual y el parto.”

FISIOLOGÍA DEL PARTO

Podríamos decir que parir es una cuestión de física y química.

LA QUÍMICA. NUESTRAS HORMONAS

Hacia el final del embarazo el cerebro materno está muy influido por las siguientes hormonas:

- Prolactina.
- Progesterona y las hormonas esteroideas.
- Oxitocina.

En los días previos al parto, durante los pródromos, se produce un cambio hormonal aumentando los niveles de prolactina y oxitocina.

La oxitocina, que se produce en el hipotálamo y se libera desde la neurohipófisis a la sangre, actúa sobre los receptores de las células musculares del útero, cuya cantidad aumenta durante el embarazo como respuesta al aumento de estrógenos. Este sistema está altamente activo al final del embarazo y durante el trabajo de parto, lo que estimula las contracciones y contribuye a la dilatación del cuello uterino.

La oxitocina incrementa las contracciones uterinas. Además, ejerce una labor como neurotransmisor, produciendo a nivel cerebral bienestar, confianza, vivencia amorosa y memoria social. En la madre produce también la liberación de endorfinas.

En este sentido, el parto puede entenderse como un evento neuroendocrinológico, orquestado por hormonas producidas tanto en la madre como en el feto y que influyen en la función del cerebro y del cuerpo de ambos. Tanto la madre como el bebé están expuestos a una cascada neuroquímica muy específicamente organizada.

Esta cascada facilita la reducción del dolor y los niveles de estrés durante el parto y estimula la interacción y el vínculo entre la madre y el bebé en el posparto. Se trata de un proceso muy sensible que puede verse interrumpido si la mujer tiene miedo o se siente amenazada.

En el momento del expulsivo cobrarán protagonismo las catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, responsables del reflejo de eyección fetal, una serie corta de contracciones irresistibles.

Todos estos procesos neurohormonales influyen en el progreso del trabajo de parto, incluidas las experiencias psicológicas de la madre.

LA FÍSICA

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

- **Motor del parto**

  Son las contracciones uterinas que se originan en el fondo del útero. Son las responsables de las modificaciones del cérvix (borramiento y dilatación) y, junto con los pujos maternos, de la salida del feto en el expulsivo.

- **Objeto del parto**

  Es el feto, que puede influir en la mecánica del parto por sus dimensiones, estática y relación con la pelvis.

Participa activamente en su propio parto: por un lado, tiende a presentar los diámetros más pequeños de su cabeza, a la vez que busca los diámetros más amplios de la pelvis materna.

Para poder descender por el canal del parto debe flexionar su cabeza y rotar en una sucesión de pasos que conocemos como movimientos cardinales (encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, deflexión, rotación externa y expulsión).

- **Canal del parto**

  Este se divide en:

  — Canal óseo, formado por cuatro huesos:

  - Dos coxales (formados cada uno por la unión de isquion, ilion y pubis), que se articulan con los miembros inferiores.
  - El sacro y el cóccix, que forman parte de la columna vertebral.

  — Canal blando, constituido por el segmento uterino inferior, el cérvix, la vagina y el periné.

LA PELVIS. ANATOMÍA Y MOVIMIENTO EN EL PARTO

Nuestra pelvis es un gran anillo óseo de contornos irregulares que une el tronco con los miembros inferiores. Su interior se parece a un cuenco sin fondo que recoge las vísceras del abdomen. Puede movilizarse y transformarse durante el parto y así facilitar el paso del feto.

A Actividad 3.1: LOCALIZACIÓN DE LA PELVIS Y SUS PARTES

La pelvis interna presenta dos partes superpuestas:

- **La pelvis mayor**, que está formada por las alas ilíacas y contiene las vísceras bajas del abdomen. Aloja al útero y al feto durante el embarazo.
- **La pelvis menor**, compuesta por el sacro y la zona inferior de los huesos ilíacos. Es el verdadero canal óseo del parto. En ella distinguimos 3 niveles que durante el parto constituyen zonas claves para el paso del bebé.

  — Estrecho superior: formado por el promontorio, líneas innominadas y parte alta del pubis, con forma de círculo o de corazón.

  — Estrecho medio: formado por la parte posterior de la sínfisis púbica, espinas ciáticas, parte anterior del sacro, un poco por encima del nivel del coxis. Tendrán relevancia de cara al parto la talla y dirección de las espinas ciáticas.

  — Estrecho inferior: el más bajo de los tres, es el último paso que debe franquearse en el nacimiento. Está formado por la parte inferior de la sínfisis del pubis, ramas isquiopúbicas, los dos grandes ligamentos sacrotuberosos y sacroespinosos y el coxis.

Antes hemos hablado de hormonas, pero no hemos mencionado la relaxina. Es una hormona segregada de forma natural por la placenta y los ovarios a lo largo del embarazo y, específicamente, el día del parto. Su función principal es relajar el útero y los ligamentos

de la pelvis. Será clave durante el parto, para aumentar la movilidad entre los huesos de la pelvis y permitir el paso del bebé.

Los movimientos de la pelvis pueden modificar la forma de los tres estrechos. El que permite mayor modificación es el estrecho inferior. En ese sentido, el movimiento libre es básico en el parto normal ya que nos ayudará en la gestión del dolor y facilitará el descenso del bebé por el canal del parto.

Cuidar la pelvis, su musculatura y los ligamentos que la sostienen durante todo el embarazo potencia lo que es capaz de hacer la mujer el día del parto.

EL PERINÉ EN EL PARTO

El periné forma parte del canal blando del parto. Constituye la última barrera que el bebé debe sortear antes del nacimiento. De cara al parto necesitamos potenciar dos características que pueden parecer opuestas, pero no lo son: la elasticidad y el tono.

- La elasticidad del periné será fundamental para permitir el paso del bebé sin lesionarse.
- El tono, entendido como el grado de contracción de cualquier músculo en reposo, debe ser el óptimo: ni demasiado alto, ni demasiado bajo, ya que el periné servirá de punto guía y ayudará al bebé en su rotación.

POSICIONES DURANTE EL PARTO Y EL NACIMIENTO

Durante el embarazo, las posturas se practican como experiencia, como conexión y visualización del día del parto, pero no debemos mecanizarlas, ni demonizar o idealizar posturas en concreto.

La experiencia nos permite fluir y sentir, pues ese día quien lidera el parto es el bebé.

Se debe fomentar que las mujeres tengan el parto en la posición más cómoda para ellas, priorizando sus preferencias y deseos a través de un proceso de toma de decisiones compartido con la matrona, que considerará todas las circunstancias clínicas.

La evidencia científica apoya la idea de que las posiciones verticales y la deambulación, comparadas con las posiciones recostadas, reducen la duración del parto, así como el riesgo de intervenciones médicas.

Las posiciones verticales permiten a la mujer moverse libremente y beneficiarse de su efecto. Buscando el alivio de la sensación dolorosa, la mujer puede realizar movimientos de balanceo, de flexión y extensión de los miembros inferiores, de abducción y aducción de estos, con o sin asimetrías.

La mayoría de estas posiciones mantienen el sacro libre, permitiendo los movimientos de nutación y contranutación del mismo, así como la adaptación de la presentación fetal al estrecho superior de la pelvis. Por otro lado, facilitan el alineamiento fetal y optimizan el efecto de la gravedad sobre la presentación fetal.

Son posiciones verticales:

- Sentada, preferiblemente en superficies deformables como la pelota suiza o la silla de partos. Estas permiten el libre movimiento del sacro y evitan su bloqueo.
- De pie.
- De rodillas.
- En cuadrupedia.
- Cuclillas.

Por el contrario, las posiciones recostadas limitan la movilidad de la pelvis en mayor o menor medida. Estas posiciones se adoptan mayoritariamente cuando la libertad de movimientos está limitada, como puede ser el caso de gestantes que optan por el uso de analgesia epidural. En estos casos, la matrona aconsejará sobre la posición a adoptar en función del progreso del trabajo de parto y la estática fetal.

Las mujeres deben estar informadas de estos beneficios y adoptar las diferentes posturas en función de sus sensaciones. Sin embargo, las matronas pueden sugerir posiciones específicas que aporten beneficios sobre el confort materno y el progreso del trabajo de parto.

A pesar de que se ha demostrado el beneficio que aporta la gravedad en las posiciones verticales, en estas posiciones también se puede producir un aumento de sangrado superior a 500 ml y un mayor porcentaje de desgarros de segundo grado.

En general, las posiciones alternativas a las supinas presentan una serie de ventajas evidentes, especialmente sobre la posición de litotomía:

- Acortamiento del parto. La mecánica del parto se ve favorecida por la ampliación de los diámetros de la pelvis y por la utilización de la gravedad.
- Disminución del dolor y de la necesidad de analgesia. La posibilidad de que la mujer pueda elegir la posición que considera más cómoda, así como cuándo y cómo iniciar los pujos, aumenta el flujo de endorfinas y disminuye la sensación dolorosa.
- Mejora de la dinámica uterina. Con las posiciones verticales aumenta la eficacia de las contracciones uterinas, esto es debido a una mayor presión de la presentación fetal sobre el cuello del útero que propicia la liberación de oxitocina.
- Disminución de partos instrumentales y cesáreas. Las posiciones verticales mejoran la estática fetal, disminuyen el porcentaje de malposiciones y favorecen el alineamiento.
- Menor porcentaje de patrones anómalos de la frecuencia cardiaca fetal, debido a la menor compresión de los grandes vasos de la pelvis y, por tanto, una mejor oxigenación fetal.
- Disminución en el porcentaje de episiotomías.
- Mayor satisfacción de las gestantes.



Actividad 3.2: POSICIONES DURANTE EL PARTO Y EL NACIMIENTO

EL DOLOR DURANTE EL PARTO

Dentro de la gestión de los cuidados durante el parto, el manejo del dolor es un aspecto clave para reducir la sobrecarga emocional y el estrés, factores que influyen directamente sobre la satisfacción materna.

El dolor del parto es lo más temido y, a la vez, lo más enigmático del proceso. Algunas mujeres prefieren no llamarlo dolor y hablar de sensaciones. Si hablamos de dolor, debemos decir que es un dolor único porque es fisiológico y normal. Nos avisa de que el bebé va a nacer y nos invita a resguardarnos o a pedir ayuda.

CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR DURANTE EL PROCESO DE PARTO

El dolor tiene distintas dimensiones:

- Nociceptiva: implica una lesión real o potencial.
- Sensitivo-discriminativa: identifica la intensidad y el umbral del dolor.
- Afectivo-emocional: influenciada por las emociones, valores y experiencias.
- Cognitivo-evaluadora: relacionada con la manera en que una persona expresa la experiencia dolorosa.

Una mujer en trabajo de parto puede presentar una, varias o todas las dimensiones del dolor.

La contracción uterina causa un dolor que se caracteriza por ser:

- Rítmico, con picos de dolor que se alternan con pausas.
- Isquémico, ya que al mantenerse contraído el útero se reduce el flujo de sangre y, por tanto, también el aporte de oxígeno.
- De intensidad creciente, aumentando progresivamente a medida que avanza el trabajo de parto.

Al dolor que causa la contracción uterina se suman otros factores:

- Durante la dilatación, las modificaciones del cérvix generan un dolor lumbar similar al de la menstruación, pero de mayor intensidad.
- Durante el descenso del bebé por el canal del parto, tiene lugar el estiramiento de los ligamentos del útero y la compresión de las articulaciones de la pelvis y de las raíces nerviosas lumbo-sacras, lo que añade molestias localizadas en la región lumbar, sacra o incluso irradiadas a las piernas.
- Durante el expulsivo, el dolor se debe a la distensión del periné y de la vulva. Se percibe una fuerte presión sobre el pubis, sacro, esfínter anal y parte alta de los muslos. El dolor pasa a ser muy localizado, describiéndose comúnmente como sensación de quemazón. Llegado a este punto, hay mujeres que sienten el conocido “anillo de fuego”.

La experiencia es individual y difiere sustancialmente de una mujer a otra en cada uno de sus partos. Se hace precisa, por tanto, una personalización de los recursos disponibles, respetando en todo momento la expresión del dolor por parte de cada mujer y sus elecciones.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR

Los métodos no farmacológicos no pretenden eliminar el dolor, sino aumentar la capacidad de control materno sobre el mismo, lo que reduce el sufrimiento. En él van a influir dos factores fundamentales:

- Soporte continuo e individualizado. Permite disminuir la sensación de soledad y el temor, y aumenta la seguridad materna al sentirse cuidada, así como la capacidad de enfrentarse al estrés.
- Aceptación del dolor como una parte importante de la fisiología del trabajo de parto normal.

BENEFICIOS

- Disminución en la necesidad de ayuda, mayor autocontrol y confianza en el proceso, aumento en el grado de bienestar materno e incremento de la satisfacción.
- El empleo de estos métodos se asocia a una menor incidencia en la tasa de cesáreas y partos instrumentados, menor uso de oxitocina y menor duración del trabajo de parto.
- El uso combinado de estos métodos permite prescindir o retrasar el uso de métodos farmacológicos, lo que evita o disminuye el tiempo de exposición a fármacos y a sus efectos indeseables, que están relacionados con el tiempo de exposición a los mismos.

CUÁLES SON

Libertad de movimientos, apoyo continuo durante el parto, hidroterapia, inyecciones de agua estéril, esferodinamia, TENS, técnicas de relajación, masaje, aplicación de calor local, aromaterapia, música y audioanalgesia, entre otras técnicas. En esta página y en la siguiente, se puede ver una tabla resumen sobre estas medidas.

RESPIRACIÓN/RELAJACIÓN

El mecanismo de acción de la respiración no está muy claro pero el hecho de focalizar la atención sobre la respiración permite no centrarse tanto en el dolor, lo que ayuda a percibirlo de manera distinta.

El canto puede ser considerado como un ejercicio respiratorio. Existe una variante denominada “canto maternal” que utiliza tonos graves cargados de vibración al exhalar.

Al igual que la respiración, la capacidad de llevar la atención donde queremos se puede entrenar a través del Mindfulness.

A Actividad 3.3: CANTO MATERNAL O CARNÁTICO

Libertad de movimientos	Cuando la mujer se mueve libremente busca la postura que le alivia el dolor, por lo que la ayuda a afrontrar la sensación dolorosa. Es importante que no se interpomgan barreras que impidan este libre movimiento.
Apoyo continuo durante el parto	Mejora los resultados maternos y fetales.
Hidroterapia	La utilización de agua caliente durante la dilatación induce a la mujer a la relajación, reduce la ansiedad al estimular la producción de endorfinas, mejora la perfusión uterina y acorta el periodo de dilatación, favorenciendo el parto fisiológico, al favorecer la liberación de oxitocina. Reduce el mensaje nociceptivo a través de estímulos agradables aplicados a las áreas dolorosas, por lo que reduce el dolor y aumenta la sensación de control de este y la satisfacción de la mujer.

Inyecciones de agua estéril	Indicado en aquellas gestantes que presentan dolor en la zona sacro-lumbar durante el trabajo de parto. El principal inconveniente es la sensación dolorosa en el punto de infiltración.
Esferodinamia	El uso de la pelota de parto en posición sentada favorece la relajación del tronco y el suelo pélvico. Permite libertad de movimientos, mejorando la movilidad pélvica y la adaptación fetal al canal del parto.
TENS	Su utilidad se basa en que los estímulos procedentes del aparato viajan más rápidamente que los estímulos dolorosos, bloqueando la transmisión de estos últimos hacia el cerebro.
Técnicas de relajación	Respiración, hipnoparto, yoga.
Masaje	Ayuda a relajar músculos tensos y proporciona calma
Aplicación de calor local	Se ha relacionado con el alivio del dolor en la primera etapa del parto.
Aromaterapia	Se recomienda realizar más estudios que evalúen la función de la aromaterapia para el tratamiento del dolor.
Música y audioanalgesia	No hay evidencia de calidad sobre eficacia en el tratamiento del dolor del trabajo de parto, aunque los ensayos pequeños han informado de alguna reducción del dolor y la ansiedad.

Tabla 2: Medidas no farmacológicas para el alivio del dolor. Fuente: Elaboración propia.

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR

- **Óxido nitroso:** se recomienda la inhalación de óxido nitroso durante el parto como un método de alivio del dolor, informando que su efecto analgésico es moderado y que puede provocar náuseas y vómitos, somnolencia y alteración del recuerdo.
- **Opioides parenterales:** se recomienda informar que tienen un efecto analgésico limitado, que pueden provocar náuseas y vómitos, y que, si el parto tiene lugar poco tiempo después de su administración, podrían tener efectos sobre la criatura recién nacida (depresión respiratoria) y el inicio de la lactancia materna. Se recomienda la administración de antieméticos cuando se utilizan opioides.
- **Analgesia epidural:** es el método más eficaz para el alivio del dolor, pero puede tener efectos secundarios, tales como hipotensión, retención urinaria y fiebre. Puede alargar la segunda etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumental. Se recomienda informar a la mujer de los riesgos, beneficios e implicaciones sobre el parto.

SALUD MENTAL PERINATAL

Durante el parto es habitual experimentar emociones como excitación, ansiedad y miedo al dolor, entre otras. El ambiente físico en el que tiene lugar el trabajo de parto, la presencia de profesionales que la mujer no conoce previamente, la falta de privacidad o la soledad pueden tener efectos sobre el grado de miedo, ansiedad y percepción del dolor en la persona que lo experimenta.

El dolor en el parto tiene un significado muy especial, pues vamos a conocer a la criatura que llevamos dentro. Estas connotaciones positivas hacen que el dolor del parto sea único, limitado en el tiempo y anticipando un final feliz.

Para paliar, en cierta medida, el miedo a lo desconocido, se organizan visitas al paritorio en las que las mujeres y sus parejas o acompañantes podrán conocer el espacio físico donde se desarrollará el parto y la forma de trabajar de los y las profesionales que las atenderán.

A **Actividad 3.4: PARITOUR**

CORRESPONSABILIDAD. EL PAPEL DEL ACOMPAÑANTE

El papel de la pareja o acompañante es un pilar fundamental el día del parto, pues conoce bien a la mujer y estará ahí desde el principio. Debe comprender el proceso del parto y estar preparado para verla transitarlo, aportando calma y sostén. De ahí la importancia de acudir a las sesiones de educación parental.

La pareja o acompañante será quien:

- Sostiene la mano de la mujer.
- Puede ofrecerle un masaje para aliviar el dolor en alguna de las etapas del proceso.
- Acerca el agua con una pajita cuando la mujer tiene la boca seca.
- Conoce los deseos y preferencias, así como el plan de parto. Es la voz de la mujer si ella no puede hablar.
- Brinda apoyo emocional y físico con su presencia. La mujer tiene derecho a estar acompañada durante todo el proceso de parto por una persona de su elección.

El parto será un “trabajo en equipo”, de la mujer con su pareja o acompañante, el bebé y el equipo asistencial.

A **Actividad 3.5: MASAJE A LA GESTANTE DE PARTO**

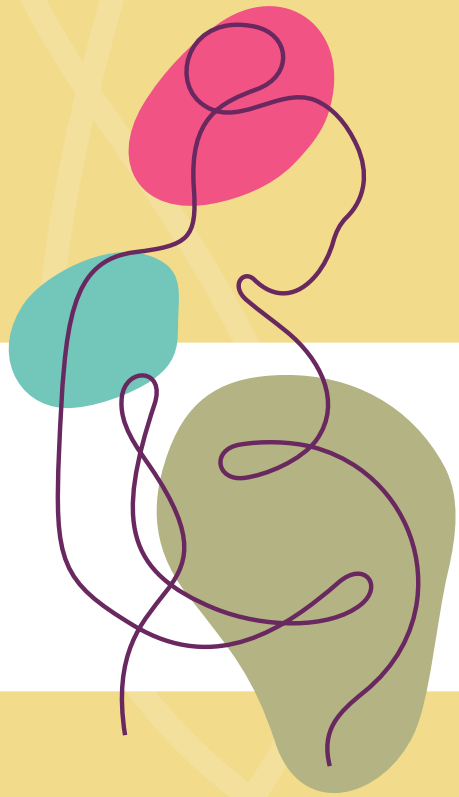
A **Actividad 3.6: SESIÓN DE ESFERODINAMIA**

BIBLIOGRAFÍA

- Lafuente Pardos, S. (2024). Biomecánica perinatal para matronas. Edición PoD Amazon.
- FAME. (2023). IPN - Iniciativa a parto normal y plan de nacimiento. https://federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2024/01/IPN_080523-INICIATIVA-PARTO-NORMAL.pdf
- Olivera Belart, N. (2022). Ser mamá: Guía del embarazo, parto y posparto con evidencia y emoción. PenguinRandomHouse Grupo Editorial.
- Olza, I., Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, et al.(2020). Birth as a neuro-psycho-social event: Anintegrativemodel of maternal experiences and theirrelation to neurohormonaleventsduringchildbirth. PLoSOne, 15(7), e0230992. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32722725/
- Olza, I. (2017). Parir, el poder del parto. SIPAN Barcelona Network SL. https://federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2024/01/IPN_080523-INICIATIVA-PARTO-NORMAL.pdf
- Odent, M. (2016). El bebé es un mamífero. (7ª ed) Editorial ObStare.
- Calais-Germain, B., & Vives Parés, N. (2013). Parir en movimiento (3ª ed.). Editorial La Liebre de Marzo.
- MSSSI. (2012). Maternidad y salud. Ciencia, conciencia y experiencia. Informes, estudios e investigación. http://msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm
- Ministerio de Sanidad. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/guiaPracClinPartoCompleta.pdf
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2009). Educación maternal: Preparación para el nacimiento [Internet]. Direcció General de Salut Pública. https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/Generalitat-de-Catalunya.-Educación-Maternal.-Preparación-para-el-Nacimiento.pdf

4

PARTO II



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL EMBARAZO

Autoras:

VANESA ARGÜELLES FERNÁNDEZ. Matrona. Área III

VICTORIA EUGENIA RIVAS PADRERA. Matrona. SERMAS

JÉSSICA VÁZQUEZ ALONSO-CALZÓN. Matrona. Área VIII

Revisado por:

PALOMA ESPARZA DEL VALLE. Matrona. Supervisora del Servicio de Partos. Hospital Universitario de Cabueñes. Área V

ALBA PEÑA GONZÁLEZ. Matrona. Vicepresidenta de la Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias (APROMAP)

MARINA MARTÍNEZ MÁRQUEZ. Matrona. Representante de la Asociación Amamantar

4

PARTO II

Índice

UNIDAD 4. VISIÓN GENERAL	4
INTRODUCCIÓN	5
EL PROCESO DE PARTO. ETAPAS	6
PROCESOS NEUROHORMONALES	9
CUÁNDO ACUDIR AL HOSPITAL. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INICIO DEL PARTO	10
TIPOS DE PARTO	11
PARTO Y PLAN DE PARTO	12
BIBLIOGRAFÍA	14

UNIDAD 4	PARTO II
OBJETIVO GENERAL	Comprender el proceso de parto y sus etapas, manifestando la mujer sus preferencias en el plan de parto.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las embarazadas y sus acompañantes puedan: • Adquirir información sobre signos y síntomas de inicio de parto. • Adquirir habilidades para la gestión emocional del parto y los distintos escenarios que pueden darse. • Desarrollar actitudes para una participación activa de la mujer y su pareja, a través del plan de parto.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Tríptico: Etapas del parto. Parir en movimiento. • Tríptico: El dolor durante el parto. Recursos. • Tríptico: Plan de parto. Y de posparto.
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 4.1: Modificaciones del cérvix con plastilina. • Actividad 4.2: Prueba de pujo. • Actividad 4.3: Conciencia corporal. Simulación de una contracción. • Actividad 4.4: Elaborar el plan de parto.
MENSAJES CLAVE	• El canal blando del parto está constituido por el segmento uterino inferior, el cérvix, la vagina y el periné. De todas estas estructuras, es el cérvix o cuello del útero el que sufre más modificaciones. • El preparto (o pródromos) es el periodo previo a la fase activa del parto. Puede durar desde unas horas a varios días por lo que será fundamental gestionar las fuerzas, alternando fases de actividad con otras de descanso. • La fase activa del parto se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación. Se inicia cuando el cérvix alcanza los 5 cm de dilatación. Este sería el momento óptimo para pasar al paritorio y recurrir a la analgesia epidural, si la mujer la desea. • Se recomienda el pujo espontáneo. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva del expulsivo. • Después de que nazca el bebé, el parto no ha terminado: falta el alumbramiento de la placenta. Se recomienda el manejo activo que consiste en la administración de oxitocina intravenosa para disminuir el riesgo de hemorragia posparto y acortar su duración. • El paso de la cabeza del bebé por el canal del parto se acompaña de una liberación masiva de adrenalina y noradrenalina que hacen, entre otras cosas, que los bebés pasen las dos primeras horas de vida en estado de alerta tranquila. • El parto puede iniciarse de dos maneras: con la rotura de la bolsa amniótica o con el inicio de contracciones uterinas regulares. • El plan de parto es un documento que permite expresar, de forma anticipada, las preferencias de la mujer en relación a la atención y cuidados que le gustaría recibir durante el parto y nacimiento.

INTRODUCCIÓN

MODIFICACIONES DEL CÉRVIX DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

El canal blando del parto está constituido por el segmento uterino inferior, el cérvix, la vagina y el periné.

De todas estas estructuras, es el cérvix o cuello del útero el que sufre más modificaciones, cambios que se valoran a través de las exploraciones o tactos vaginales, y que nos permiten evaluar el progreso del parto.

A continuación, presentamos una manera fácil y amigable de explicar a las gestantes las modificaciones del trabajo de parto:

El cérvix es una estructura cilíndrica que permanece cerrada durante el embarazo. Está orientada hacia el sacro y tiene una consistencia dura.

En el proceso de parto y gracias a las contracciones, irá modificándose. Se anterioriza, volviéndose más accesible a la exploración, y se ablanda. Y poco a poco se acorta hasta quedar convertido en un orificio. Este proceso se denomina borramiento y tiene lugar en la fase prodrómica.

Una vez se completa el borramiento, iniciamos la dilatación hasta los 10 centímetros que constituyen la dilatación completa.

Esto es así en mujeres que dan a luz por primera vez. Si estamos ante un segundo parto (o en partos sucesivos), borramiento y dilatación se solaparán, es decir, el cuello se borra a la vez que va dilatando.

A

Actividad 4.1: MODIFICACIONES DEL CÉRVIX CON PLASTILINA

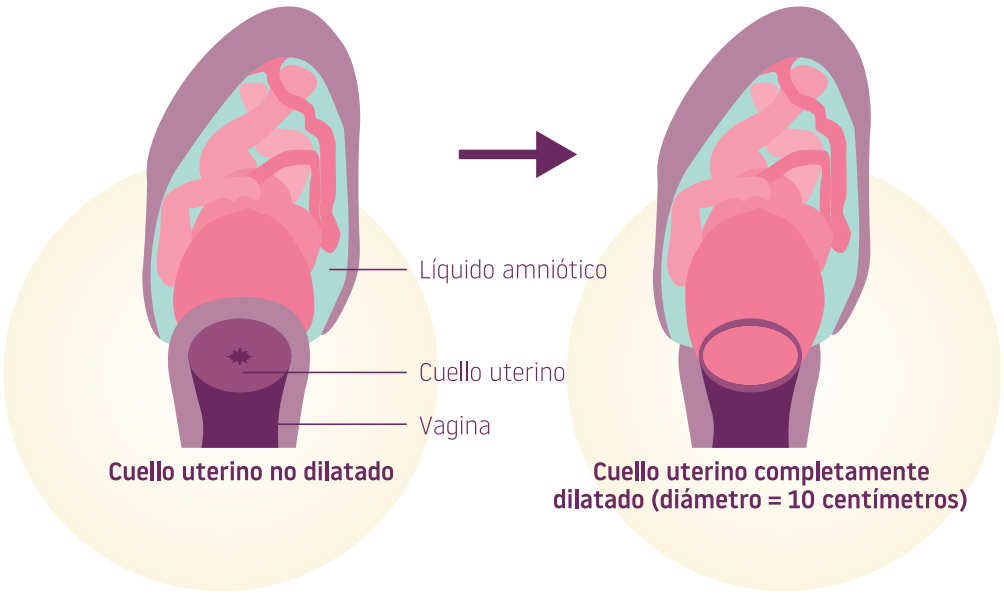


Figura 1: Modificaciones del cérvix durante el trabajo de parto.
Fuente: Guía de Embarazo, Nacimiento y Puerperio. Consejería de Salud. Gobierno del Principado de Asturias (2024).

EL PROCESO DE PARTO. ETAPAS

FASE LATENTE	FASE ACTIVA		
Pródromos o Preparto	**1º etapa o dilatación**	**2º etapa o expulsivo**	**3º etapa o alumbramiento**
Contracciones irregulares	Contracciones regulares (3 en 10 minutos) De intensidad creciente	• Fase pasiva • Fase activa: contracciones uterinas+pujos	
Borramiento Dilatación hasta 5 cm	Apertura progresiva del cérvix hasta completar la dilatación (10 cm)	Descenso del feto por el canal del parto hasta su expulsión completa	Salida de placenta y membranas

Tabla 3: Etapas del proceso de parto. Fuente: Elaboración propia.

PREPARTO. PRÓDROMOS DE PARTO

Supone la preparación para el parto, siendo el periodo previo a la fase activa. Puede durar desde unas horas a varios días por lo que será fundamental gestionar las fuerzas, alternando fases de actividad con otras de descanso, para que la mujer no llegue agotada a la fase activa del parto.

¿QUÉ PUEDE OCURRIR?

1. **Encajamiento de la cabeza**

   Hay un descenso de la altura uterina, mejoría respiratoria, disminución de las molestias gástricas, aumento de molestias pélvicas, sensación de pesadez en la pelvis y miembros inferiores, aumento de las micciones y calambres.

2. **Pérdida del tapón mucoso**

   Puede ser transparente, amarillo, marrón o rosáceo.

   Puede aparecer de una sola vez o en forma de flujo continuo.

   No necesariamente desencadena el parto.

3. **Contracciones irregulares**

   Ayudan a borrar el cuello uterino, ablandarlo y anteriorizarlo.

   Son contracciones que no son rítmicas. Son cortas (duración <1 minuto), suaves, suelen aparecer por la tarde y/o noche, pueden desaparecer en reposo, producen malestar en hipogastrio y región inguinal.

¿QUÉ PODEMOS HACER?

Mantener la movilidad, escuchar música, pasear, leer, descansar. Se puede utilizar una bolsa de agua o un saco de semillas caliente, la pelota, darnos un baño, así como ayudarnos de respiraciones lentas y masajes durante las contracciones.

PRIMERA ETAPA O PERIODO DE DILATACIÓN

La fase activa se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación. Se inicia cuando el cérvix alcanza los 5 cm de dilatación. Este sería el momento óptimo para pasar al paritorio y recurrir a la analgesia epidural, si la mujer la desea.

Duración y progreso

La duración del parto varía de mujer a mujer, está influenciada por el número de partos previos y su progreso no tiene por qué ser lineal.

En el parto establecido, la mayoría de las mujeres nulíparas alcanza la segunda etapa del parto dentro de las primeras 18 horas y las multíparas en 12 horas, sin intervenciones.

Intervenciones rutinarias posibles durante la dilatación

- Se recomienda no utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto.
- No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto.
- Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea atendida individualmente desde su ingreso y de forma continua por una matrona.
- Una mujer en fase activa de parto no debería dejarse sin atención profesional excepto por cortos períodos de tiempo o cuando la mujer lo solicite.
- Se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor.
- Se recomienda no realizar amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresen de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados.
- Se recomienda que, en condiciones normales, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas. Las exploraciones vaginales antes de 4 horas se realizarán en las mujeres con un progreso lento del parto, ante la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos.

SEGUNDA ETAPA O PERIODO DE EXPULSIVO

Definición

La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el nacimiento del bebé.

A su vez se subdivide en dos fases:

- Periodo de expulsivo pasivo: en dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.
- Periodo de expulsivo activo: el feto es visible o existen contracciones involuntarias de expulsivo o pujo materno voluntario.

Duración y progreso

- En nulíparas: 2 horas en fase pasiva + 1 hora en fase activa (2h si está con epidural)
- En multíparas: 1 hora en fase pasiva (2h si está con epidural) + 1 hora en fase activa.

Pujos maternos y pujos dirigidos. Momento de pujar

Se recomienda el pujo espontáneo. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto.

A **Actividad 4.2: PRUEBA DE PUJO**

POSICIONES DE PARTO



Figura 2: Posiciones de parto. Fuente: Guía de Embarazo, Nacimiento y Puerperio. Consejería de Salud. Gobierno del Principado de Asturias (2024).

Episiotomía y desgarros

Los desgarros se clasifican en cuatro grados, según la profundidad de la lesión y los tejidos implicados:

- Primer grado: comprometen solo a la piel y/o la mucosa vaginal.
- Segundo grado: incluyen también la musculatura perineal.
- Tercer grado: alcanzan el esfínter anal.
- Cuarto grado: se extienden hasta la mucosa rectal.

Los más frecuentes son los de primer y segundo grado.

Lo más importante en caso de desgarro de tercer y cuarto grado es que se detecten para ser reparados adecuadamente. Por ello, estará recomendado hacer un tacto rectal en la revisión del periné tras cualquier parto antes de suturar.

La episiotomía consiste en un corte quirúrgico en el periné equiparable a un desgarro de segundo grado, salvo que el desgarro sangra menos y cicatriza mejor. No está indicada la realización de episiotomía de rutina, salvo necesidad clínica.

TERCERA ETAPA O ALUMBRAMIENTO

Después de que nazca el bebé, el parto no ha terminado, falta el alumbramiento de la placenta.

Se recomienda el manejo activo del alumbramiento, que consiste en la administración de medicación uterotónica. Facilita el desprendimiento de la placenta en la siguiente media hora al parto y disminuye el riesgo de hemorragia posparto. Aunque el manejo del alumbramiento esté protocolizado, la mujer puede expresar sus preferencias al respecto en el plan de parto.

PROCESOS NEUROHORMONALES

El paso de la cabeza del bebé por el canal del parto se acompaña de una liberación masiva de catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, que hacen, entre otras cosas, que los bebés pasen las dos primeras horas de vida en estado de alerta tranquila. Esta descarga tan alta de adrenalina ha sido llamada “el estrés del parto”, se trata de un estrés beneficioso y necesario para las criaturas recién nacidas. Este estrés se resuelve tras el nacimiento por la estimulación vagal producida por el contacto piel con piel y la succión temprana.

La comprensión de los efectos de las neurohormonas nos permite deducir que la criatura recién nacida sana, probablemente, experimente una intensa sensación amorosa en las primeras horas de vida que quedará profundamente grabada en varias áreas de su cerebro. Y algo similar debe suceder en la madre, como nos demuestran los relatos de las mismas, las observaciones realizadas en las salas de partos y la interpretación de los hallazgos neurobiológicos.

CUÁNDO ACUDIR AL HOSPITAL. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INICIO DEL PARTO

El parto puede iniciarse de dos maneras: con la rotura de la bolsa amniótica o con el inicio de contracciones uterinas regulares. Serán motivos para ir al hospital:

1. **Experimentar contracciones uterinas** rítmicas (dos cada diez minutos en un periodo de dos horas, si se trata de un primer parto) que no ceden con el reposo.

2. **Romper la bolsa amniótica:** se debe observar la hora de la ruptura y las características del líquido. Su color normal es transparente. La presencia de líquido teñido (amarillo, verde o rojo) así como un resultado positivo en la prueba del estreptococo son indicación de no demora en acudir al servicio de urgencias hospitalarias.

Para poder identificar el inicio del trabajo de parto, la mujer debe reconocer una contracción uterina y valorar su periodicidad.

Contracciones de Braxton-Hicks	Contracciones de Parto
• Se notan a partir de la segunda mitad de la gestación. • Hay un endurecimiento esporádico del útero. • Son de baja intensidad, no dolorosas, aunque a veces pueden causar molestias leves. • Preparan el útero para el momento del parto, pero sin producir modificaciones en el cuello uterino. • Aumentan en frecuencia e intensidad a medida que se aproxima la fecha probable de parto.	• Son contracciones rítmicas (2-3 cada 10 minutos) de intensidad importante y creciente. • Se percibe dureza abdominal y dolor fuerte en la zona suprapúbica (tipo menstrual), a veces, irradiado a la zona lumbar. • Tienen una duración variable dependiendo de la fase (de 30 segundos en las primeras fases a 50-60 segundos al final) • No ceden en reposo, si no que se mantienen durante horas.

Tabla 4: Contracciones de Braxton-Hicks frente a contracciones de parto.
Fuente: Elaboración propia.

A Actividad 4.3: CONCIENCIA CORPORAL. SIMULACIÓN DE UNA CONTRACCIÓN

TIPOS DE PARTO

PARTO NORMAL

Proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del proceso.

PARTO INDUCIDO

Inducir el parto significa provocarlo. Esto será necesario cuando el embarazo se prolongue más allá de 42 semanas, cuando aparezca algún signo de riesgo o sospecha de pérdida del bienestar fetal o cuando exista algún riesgo para la madre.

Consiste en estimular artificialmente el útero para iniciar el parto. Las condiciones del cuello uterino al inicio de la inducción se relacionan con las probabilidades de éxito de la misma por lo que es necesario realizar una exploración vaginal al inicio para determinar qué método será más adecuado para iniciar el proceso.

La maduración cervical tiene como objeto facilitar el proceso de borramiento y dilatación del cérvix. Los métodos de maduración cervical se pueden clasificar en mecánicos o farmacológicos.

- Mecánicos: se utiliza con frecuencia el balón intrauterino. Se trata de un método con muy buen perfil de seguridad, lo que posibilita que, en algunos casos, esta fase pueda llevarse a cabo de forma ambulatoria.
- Farmacológicos: se basan en la administración de prostaglandinas, habitualmente por vía vaginal.

El empleo de uno u otro dependerá de las condiciones individuales de cada paciente. También es posible que estos métodos se apliquen de forma combinada o secuencial. La duración de esta fase es variable.

Puede ocurrir que el parto se desencadene tras esta fase de maduración cervical. En caso contrario se procederá, salvo contraindicación, a la rotura artificial de membranas y a la inducción con oxitocina. La duración de esta fase también es variable.

PARTO VAGINAL INSTRUMENTADO

Es aquel que finaliza con la ayuda de instrumental: fórceps, vacuum o espátulas.

Será imprescindible que la mujer esté en dilatación completa, la presentación accesible y la bolsa amniótica rota.

Habitualmente se lleva a cabo en el paritorio y con acompañamiento. No obstante, en algunas ocasiones es necesario realizar una prueba de parto en el quirófano obstétrico, intentando allí el parto instrumental en condiciones de seguridad.

PARTO POR CESÁREA

La cesárea es una intervención quirúrgica mayor que permite el nacimiento del feto mediante una incisión abdominal.

Aunque debe considerarse como una técnica segura para la madre y el feto, presenta un riesgo de complicaciones a corto, medio y largo plazo mayor que un parto vaginal. Además, su realización puede tener consecuencias en futuro embarazos.

PARTO Y PLAN DE PARTO

QUÉ ES UN PLAN DE PARTO

El plan de parto es un documento que permite expresar, de forma anticipada, las preferencias de la mujer en relación a la atención y cuidados que le gustaría recibir durante el parto y nacimiento, considerar las alternativas que se adaptan a las recomendaciones recogidas en la Estrategia de la Atención al Parto Normal (EAPN) del Ministerio de Sanidad y unificar calidad asistencial, buenas prácticas y respeto hacia las preferencias de la mujer.

Previamente a su elaboración, el personal sanitario proporcionará a la mujer toda la información y asesoramiento que precise, teniendo presente que la mujer puede modificar o revocar su plan de parto en cualquier momento.

El objetivo es ofrecer la posibilidad de elegir sobre distintas alternativas teniendo en cuenta los recursos disponibles y facilitar, con antelación, información veraz y adecuada que posibilite la toma de decisiones e implicación en la experiencia de parto y nacimiento. Si surgen imprevistos el personal sanitario informará a la mujer y su pareja o acompañante de la intervención más oportuna.

CUÁNDO SE HACE

En la visita de las 28 semanas, la mujer puede mostrar su deseo de realizar un plan de parto y nacimiento. A las 32 semanas y en la visita de las 36-38 semanas de gestación, el personal sanitario encargado del embarazo lo revisará, resolverá dudas y le informará sobre las opciones más convenientes según sus expectativas y circunstancias personales.

A la llegada al hospital, la matrona comprobará el plan de parto y lo revisará con la mujer, por si necesitara aclarar alguna duda, actualizando lo que sea necesario.

QUÉ BENEFICIOS SUPONE

- Permite conocer de antemano las preferencias y expectativas de la mujer con respecto al parto, el cual está condicionado por factores sociales, culturales y emocionales que hacen que cada mujer tenga un concepto individualizado.
- Ayuda a adecuar y mejorar la asistencia en base a dichas preferencias, según la disponibilidad de los recursos técnicos y humanos.
- Fomenta la participación activa de la mujer y su entorno.

QUÉ NECESITA LA MUJER PARA REALIZAR EL PLAN DE PARTO

- Estar informada: conocer las opciones, contar con información basada en evidencia y saber qué recursos están disponibles en su maternidad de referencia.
- Mantener una mente abierta: ser consciente de que algo que no nos encaja de entrada puede convertirse en la mejor opción.

QUIÉN DEBE INFORMAR A LA MUJER

Preferiblemente será la matrona quien deba explicar a la mujer y a su pareja o acompañanete en qué consiste el plan de parto y resolver las dudas que puedan surgir, ya que es la persona que estará más en contacto con la mujer durante el embarazo, pero cualquier profesional que la atienda podrá informarla.

SOBRE QUÉ CUESTIONES PUEDE ELEGIR

- Acompañamiento durante el parto.
- Condiciones ambientales de la sala de dilatación y paritorio.
- Cuidados durante el progreso de la dilatación, expulsivo y alumbramiento.
- Métodos de alivio del dolor, posiciones, materiales de apoyo.
- Cuidados en el puerperio: contacto piel con piel, método de alimentación, otros cuidados y profilaxis del bebé.

A **Actividad: ELABORAR EL PLAN DE PARTO**

Código QR al plan de parto del Principado de Asturias:



Figura 3: Plan de parto.
Fuente: Cartilla de Salud Maternal. Consejería de Salud. Gobierno del Principado de Asturias (2024).

BIBLIOGRAFÍA

- Olivera Belart, N. (2022). Ser mamá: Guía del embarazo, parto y posparto con evidencia y emoción. PenguinRandomHouse Grupo Editorial.

- Olza, I., Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, et al.(2020). Birth as a neuro-psycho-social event: Anintegrativemodel of maternal experiences and theirrelation to neurohormonaleventsduringchildbirth. PLoSOne, 15(7), e0230992. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32722725/

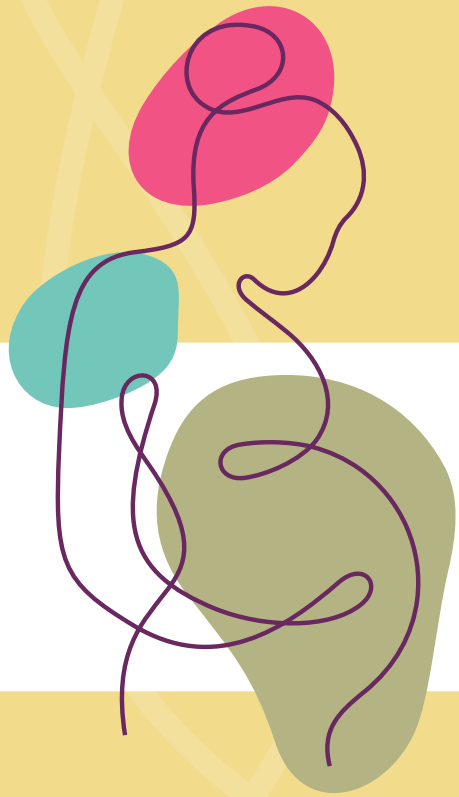
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Maternidad y salud: Ciencia, conciencia y experiencia [Informe]. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm

- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2009). Educación maternal: Preparación para el nacimiento [Publicación en línea]. Direcció General de Salut Pública. https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/Generalitat-de-Catalunya.-Educación-Maternal.-Preparación-para-el-Nacimiento.pdf

- Grupo de Trabajo de los Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva. (s.f.). Plan de parto y nacimiento: Estrategia de atención al parto normal. Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva [Publicación en línea]. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf

5

PUERPERIO



GUÍA PROFESIONAL
PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE
EL EMBARAZO

Autoras:

OLAYA GONZÁLEZ MORENO. Matrona. Área III

CARLA MARÍA FERNÁNDEZ CASTRO. Matrona. Área V

LAURA RODRÍGUEZ GARCÍA. Matrona. Área I

Sexualidad y anticoncepción:

MARÍA PATRICIA CAMPO GONZÁLEZ. Matrona. Unidad de Salud Sexual y Reproductiva. Área IV

ANDREA RODRÍGUEZ ALONSO. Matrona y enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Facultad de Enfermería. (Universidad de Oviedo)

BELÉN VEGA ÁLVAREZ. Matrona. Área IV

Revisado por:

ANDREA LÓPEZ NOZAL. Matrona. Vocal de la Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias (APROMAP)

JACQUELIN RONCERO VAZ. Psicóloga. Representante de la Asociación Amamantar

5

PUERPERIO

Índice

UNIDAD 5. VISIÓN GENERAL	4
INTRODUCCIÓN. "ESTA PARTE NO NOS LA HABÍAN CONTADO"	5
CUANDO EL BEBÉ PASA "AL OTRO LADO DE LA PIEL"	5
ETAPAS DEL PUERPERIO	5
EL PUERPERIO, PERIODO DE CAMBIOS	6
CUIDARTE (Y QUE TE CUIDEN) PARA CUIDAR	9
REVISIONES PUERPERALES	11
EN CASO DE CESÁREA	11
SEXUALIDAD	12
ANTICONCEPCIÓN EN EL PUERPERIO	12
MÉTODOS COMPATIBLES CON LA LACTANCIA MATERNA	13
MÉTODOS NO COMPATIBLES CON LA LACTANCIA MATERNA	15
CORRESPONSABILIDAD	16
SIGNOS DE ALARMA	17
BIBLIOGRAFÍA	18

UNIDAD 5	PUERPERIO
OBJETIVO GENERAL	Comprender la complejidad del puerperio en toda su dimensión y desarrollar estrategias para su cuidado.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las embarazadas y sus acompañantes puedan: • Adquirir información sobre los cambios normales del puerperio, frente a los signos de alarma. Sexualidad y anticoncepción. • Adquirir habilidades para priorizar tareas y establecer límites. • Desarrollar actitudes para afrontar el puerperio con realismo.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Tríptico: Sexualidad y anticoncepción en el puerperio. (En la carpeta POSPARTO). • Tríptico: Plan de parto. Y de posparto. • Tríptico: Trámites administrativos tras el nacimiento de tu bebé y ayudas a la maternidad.
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 5.1: Loquios. Identificar el patrón normal de sangrado. • Actividad 5.2: Establecer un plan de posparto. • Actividad 5.3: Danza oriental para la maternidad.
MENSAJES CLAVE	• El parto es muy importante y nos va a condicionar la vivencia del periodo inmediatamente posterior. Pero el parto no es el fin: es el principio. • El puerperio es un periodo de cambios, y estos se van a producir a todos los niveles: físico, psicológico, social, político y espiritual. • Todos estos cambios precisarán de cuidados específicos y de un seguimiento profesional. • Será fundamental que la mujer se cuide, se valore y sea valorada por todo lo que está haciendo. • Buscar momentos de descanso es esencial para la salud mental, por lo que es especialmente importante compartir con la pareja y/o el entorno familiar el cuidado del bebé, así como todas las emociones. • Si el puerperio se desarrolla con normalidad la figura de referencia será la matrona de Atención Primaria. • El “grupo de iguales como espacio de apoyo, aprendizaje y soporte” cobra un nuevo sentido en el puerperio. • La cesárea es una cirugía mayor. No es lo mismo que parir, ni a nivel físico ni a nivel emocional. Se ha normalizado tanto que se olvida que el puerperio se convierte en un un posoperatorio. • El puerperio es una de las etapas vitales en que la sexualidad de las mujeres se puede ver más afectada, debido no solo a los cambios físicos propios de este periodo, sino al reajuste de roles. • No todos los métodos anticonceptivos son compatibles con todas las mujeres. Existen condicionantes para recomendar uno u otro método e individualizar. • El hábitat de la criatura recién nacida es el cuerpo materno. En ese sentido, el papel más importante de la pareja y del entorno más cercano será cuidar a la madre.

INTRODUCCIÓN. "ESTA PARTE NO NOS LA HABÍAN CONTADO"

Este es un comentario muy escuchado entre quienes son madres por primera vez. Se ha llegado a focalizar tanto la atención en el parto durante el embarazo que, a veces, cuesta ver más allá, y más allá del parto (o cesárea) se inicia un periodo de cambios y ajustes que recibe este nombre: el puerperio.

No cabe duda de que el parto es muy importante y nos va a condicionar la vivencia del periodo inmediatamente posterior. Pero el parto no es el fin: es el principio.

El objetivo de esta sesión será, por tanto, intentar contar todo lo que puede acontecer en esta etapa y desterrar, de una vez por todas, esa sensación de desinformación.

CUANDO EL BEBÉ PASA "AL OTRO LADO DE LA PIEL"

Clásicamente, el puerperio se ha definido como el periodo que comprende desde el alumbramiento hasta la aparición de la primera menstruación. Coincide con la tradicionalmente llamada cuarentena. Es una etapa de transición, de duración variable, en la que se inician y consolidan procesos tan complejos como la lactancia o la adaptación entre la puérpera con su criatura, la pareja si la hubiese y su entorno.

El puerperio debería ser un periodo dinámico, basado y centrado en los cuidados y las necesidades de la mujer con servicios de apoyo, adaptados a las necesidades individuales de esta.

Será de gran valor para los profesionales que intervengan en esta etapa trabajar habilidades como la empatía, la escucha activa y la comunicación no verbal, aparte de proporcionar a la mujer una información clara y concisa, basada en la evidencia científica disponible.

ETAPAS DEL PUERPERIO

Clínicamente el puerperio lo podemos dividir en tres etapas:

- **Puerperio inmediato:** comprende las primeras 2 horas tras el alumbramiento. Este es un periodo muy importante del que también hablaremos desde el contexto de los cuidados de la criatura recién nacida y de la lactancia materna.
- **Puerperio temprano:** es el período que transcurre desde el final del puerperio inmediato hasta el séptimo día. En este período queda incluido el ingreso hospitalario. La duración de este ingreso varía según los diferentes protocolos, aunque suele oscilar entre 1 y 4 días, dependiendo de la vía de finalización de la gestación, el estado materno y el estado de la criatura recién nacida.
- **Puerperio tardío:** su final coincide con la aparición de la primera menstruación o regresión multiorgánica de la puérpera a su estado pregestacional, a excepción de la mama en los casos de lactancia materna que habitualmente condiciona la aparición más tardía de la primera menstruación.

EL PUERPERIO, PERIODO DE CAMBIOS

El cuerpo y la mente de la mujer cambian mucho durante el embarazo y el parto, y el ajuste del puerperio es enorme. Durante esta etapa la mujer se recupera de la gestación y el nacimiento y se adapta progresivamente al cuidado y alimentación de su criatura, según sus posibilidades y su entorno.

El puerperio es un periodo de cambios, y estos se van a producir a todos los niveles, tanto físico como psicológico y social.

CAMBIOS FÍSICOS

- **Involución uterina:** es la vuelta del útero a su estado pregestacional. Habrá una disminución en cuanto a su tamaño, que se inicia justo después de la salida de la placenta (alumbramiento), y se consigue gracias a contracciones uterinas llamadas entuertos.

  La recuperación será más rápida y efectiva si la puérpera opta por la lactancia materna ya que la succión de la criatura recién nacida al pecho generará oleadas de oxitocina endógena.

  Se sienten con especial intensidad en momentos en que la oxitocina sube repentinamente como, por ejemplo, cuando el bebé se engancha al pecho. Estos entuertos pueden ser percibidos por la mujer como dolorosos, especialmente si ya ha dado a luz anteriormente, y habrá que valorar la necesidad de analgesia.

- **Loquios:** son las secreciones vaginales del posparto. Tendrán una duración relativa dependiendo de la mujer, y su progresión irá de rojo vivo durante los primeros días (es normal la presencia de coágulos) hasta blanquecino-amarillento hacia la tercera semana después del parto. Los loquios presentan un olor característico, similar al de la regla.

A Actividad 5.1: LOQUIOS. IDENTIFICAR EL PATRÓN NORMAL DE SANGRADO



Figura 4: Evolución de los loquios durante el puerperio.
Fuente: Guía de Embarazo, Nacimiento y Puerperio. Consejería de Salud. Gobierno del Principado de Asturias (2024).

- **Cambios en las mamas:** solemos decir que el puerperio es un periodo de involución en que nuestro cuerpo intenta volver al estado previo al embarazo. En ese sentido, si hemos optado por alimentar a nuestro hijo o hija con leche materna, las glándulas mamarias serán la excepción. Lejos de involucionar, experimentarán en este periodo su máximo desarrollo. Debemos tener muy presente que la instauración de la lactancia, con los retos que supone, tendrá lugar en este contexto tan concreto como es el puerperio.

- **Debilidad del complejo abdomino-lumbo-pélvico-perineal (CALPP):** Será importante entender que nuestro periné no funciona de manera aislada, sino que lo hace coordinado con el diafragma y el abdomen, formando una unidad funcional. Si uno se altera, altera a los demás.

- **Edemas:** Si la mujer se ha puesto la epidural han tenido que administrarle líquidos por vía intravenosa que prevengan las bajadas de tensión. Si a esto unimos el uso de oxitocina que tiene un efecto antidiurético, puede traducirse en un edema por retención de líquidos que afectará no solo a las piernas sino también al pecho, y que podrá ser una dificultad añadida al agarre del bebé.

- **Patrón de eliminación:**
  - **Micción:** es común en el posparto temprano una menor sensibilidad con sobredistensión de la vejiga e incontinencia urinaria por rebosamiento, sobre todo tras el uso de analgesia epidural en el parto. Puede ser necesario sondar de forma intermitente o permanente, hasta que se solucione el problema sensorial.
  - **Defecación:** la primera defecación puede tardar. Será importante evitar el posible estreñimiento con dieta rica en fibra, mantenimiento de una hidratación adecuada y estar activa. Si el estreñimiento es importante y provoca malestar se podría valorar la administración de un enema.



Figura 5: Postura facilitadora de la defecación.
Fuente: Guía de Embarazo, Nacimiento y Puerperio. Consejería de Salud. Gobierno del Principado de Asturias (2024).

CAMBIOS PSICOLÓGICOS. SALUD MENTAL PERINATAL

- Durante las primeras semanas tras el parto, hasta el 80% de las mujeres sufren "maternity blues", "baby blues" o **tristeza puerperal**: fluctuaciones del estado de ánimo consistentes en tristeza, llanto, irritabilidad, falta de concentración y memoria, agotamiento y dificultades para dormir o insomnio.

  En general no se considera un trastorno, sino un proceso adaptativo que suele empezar al segundo o tercer día y puede durar hasta dos semanas. Desaparece de manera espontánea si la mujer recibe el apoyo familiar y social adecuado. Surge de los cambios hormonales, molestias tras el parto, cuidados relacionados con el bebé y adaptación a esta nueva etapa.

- Cuando estos síntomas no desaparecen y progresan, puede evolucionar a una **depresión posparto**, la cual tiene una prevalencia aproximada del 10%. La depresión posparto se manifiesta como un sentimiento de tristeza continuada o irritabilidad excesiva, incapacidad para sentir placer o disfrute por las cosas, culpabilidad, sentimientos de ser mala madre, preocupación constante o excesiva por la salud del bebé o la capacidad para ser madre, incomodidad o rechazo hacia el bebé, ideas de hacerse daño a sí misma o al bebé, insomnio o hipersomnia, cambios en el apetito con pérdida de peso o aumento significativo, baja concentración, diferentes síntomas somáticos como dolor de cabeza o pecho, palpitaciones, entumecimiento e hiperventilación. A diferencia de la tristeza puerperal, requiere valoración por un/a profesional de la Salud Mental y tratamiento.

- El **trastorno de estrés postraumático** (TEPT). En el periodo perinatal, el parto puede suponer un evento traumático para algunas mujeres, que sienten que ha supuesto una amenaza para la propia vida y/o la del bebé. Hablamos en estos casos de partos traumáticos. Los síntomas pueden incluir:

  — Recuerdos intrusivos, pesadillas o flashback sobre el parto.

  — Experimentar dolor asociado al parto durante el coito.

  — Ansiedad e hiperactividad. Problemas de concentración.

  — Dificultad de vinculación con el bebé.

  — Dificultades para mantener relaciones personales y sentirse cerca de los demás.

  — Elevada ansiedad ante un nuevo embarazo o su posibilidad.

  — Evitación de procedimientos ginecológicos.

- En ocasiones, la maternidad implica mucho sufrimiento y desesperanza. El **suicidio** es la primera causa de muerte durante el embarazo y el posparto. La propia maternidad puede suponer una barrera para el tratamiento adecuado en estos casos llevando a las mujeres a no buscar ayuda por el estigma que puede suponer tener estos pensamientos y/o el miedo a la intervención de las instituciones.

- A pesar de que las **alteraciones del vínculo materno-filial** no están recogidas como un trastorno en las principales clasificaciones diagnósticas internacionales, suponen un elemento esencial para el adecuado desarrollo de la diada.

  En algunos casos puede observarse un retraso no patológico en la formación del vínculo, de manera que, a pesar de no existir una respuesta emocional ante el bebé en los primeros momentos (horas o pocos días tras el parto), esta sí se produce después. Esto

ocurre de manera más frecuente en los partos traumáticos. Algunas de las alteraciones que encontramos en los trastornos de vínculo son:

— Ausencia de sentimientos hacia el bebé o rechazo del mismo.

— Ansiedad ante el cuidado del bebé.

— Sobreprotección excesiva.

— Falta de respuesta materna.

CAMBIOS SOCIALES

Se suele decir que "cuando nace un bebé, nace una madre". El nacimiento de un hijo o de una hija, por deseado y buscado que sea, implica una transformación, para nosotras y todo nuestro entorno. Debemos darnos tiempo para adaptarnos al nuevo rol y para transitar el duelo que supone perder a la mujer que éramos.

Algunos de estos cambios precisarán de cuidados específicos y de un acompañamiento profesional.

CUIDARTE (Y QUE TE CUIDEN) PARA CUIDAR

El puerperio es una etapa dura, bella, intensa, agotadora. De mucho priorizar y ajustar expectativas. Nos volcamos tanto en el cuidado del bebé que es habitual descuidar las necesidades propias.

La sociedad individualista en la que vivimos nos empuja a pretender seguir unos ritmos y unos estereotipos que se alejan mucho de la realidad de la maternidad.

La maternidad cambia el cuerpo de la mujer, su mente y su vida social. Y el problema no es la maternidad en sí, sino la falta de protección de la maternidad, tanto en lo legal como en lo social. Nos han enseñado que debemos cuidar de nuestras criaturas por encima de nosotras mismas, pero será fundamental que la mujer se cuide, se valore y sea valorada por todo lo que está haciendo.

CUIDADOS HABITUALES

- **DIETA:** la recomendación en el posparto será mantener una dieta equilibrada, rica en proteínas para favorecer la recuperación de los tejidos, y rica en fibra para así prevenir el estreñimiento y los posibles problemas que este puede acarrear, sobre todo si existe sutura perineal.

  En muchos casos será preciso tomar suplementos de hierro.

  En caso de que la mujer opte por la lactancia materna debe consumir las 3 raciones de lácteos además de sal yodada y en caso de no consumo adecuado deberemos su-

plementar con yodo (200mcg), como veníamos haciendo durante la gestación. Seguirá vigente la recomendación de evitar pescados de gran tamaño por su alto contenido en mercurio, tanto tiempo como dure la lactancia.

- **EJERCICIO FÍSICO:** haremos una reincorporación a la vida habitual de forma paulatina. Debemos evitar esfuerzos y todos aquellos ejercicios que aumenten la presión intra-abdominal (abdominales clásicos).

  Entre los ejercicios más recomendados en este periodo están, los ejercicios de Kegel, para favorecer la recuperación del suelo pélvico, y la gimnasia abdominal hipopresiva. No es recomendable el uso de faja abdominal. Si la situación lo requiere, se podrá hacer uso de un cinturón pélvico para ayudar en la estabilización de las articulaciones de la pelvis favoreciendo así el alivio de las posibles molestias a este nivel.

- **CUIDADOS DEL PERINÉ:** la sutura que se utiliza en la zona genital es reabsorbible, lo que significa que no hay que retirar los puntos; se caen solos en unos 10 días aproximadamente.

  Durante la fase inflamatoria de la cicatrización, que dura aproximadamente una semana, el frío local es de gran ayuda. Se pueden usar compresas frías o bolsas de gel, con mucho cuidado de no producir quemaduras, y durante un tiempo limitado, no más de 15-20 minutos. También se pueden tomar antiinflamatorios si fuera preciso.

  La higiene debe ser escrupulosa pero no excesiva: no hay que lavarse a cada momento, con la ducha diaria es suficiente. Limpiaremos la zona con jabón y agua, siempre en dirección vagina-ano. Se recomienda cambiar frecuentemente la compresa y dejar un rato al día la vulva al aire.

- **HEMORROIDES:** quien ya tenía hemorroides en el embarazo puede que en el puerperio las tenga especialmente dilatadas. Pueden llegar a ser más molestas que los propios puntos del periné, por lo que se recomienda consultar. Evitar el estreñimiento será fundamental pero quizás sea necesaria medicación específica.

- **BUSCAR MOMENTOS DE DESCANSO** es esencial para la salud mental. A veces esto resulta muy difícil con la llegada de un bebé, por lo que es especialmente importante la iniciativa de la pareja y el entorno familiar. Es recomendable acompasar los ritmos a los del bebé, e intentar dormir cuando él/ella lo hace.

  Debemos animar a la mujer a pedir ayuda si la necesita, tanto a su familia como al personal sanitario que la acompaña en este proceso.

- **EL ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL** debe prestar atención desde la corresponsabilidad social y pedir ayuda u orientación profesional para poder abordar la situación, si la necesita.

REVISIONES PUERPERALES

Si el puerperio se desarrolla con normalidad la figura de referencia será la matrona de Atención Primaria. Se recomienda pedir cita nada más obtener el alta hospitalaria para que la valoración se realice cuanto antes, especialmente si la mujer está dando el pecho y necesita resolver dudas respecto a la lactancia. Cómo mínimo, serán necesarias dos revisiones que aumentarán si la situación lo requiere o la mujer lo demanda expresamente.

- **Primera visita puerperal:** se debería realizar de forma precoz tras el alta hospitalaria ya que así podríamos hacer una identificación temprana de posibles problemas. Son numerosas las guías que recomiendan realizar esta primera visita en el domicilio familiar.
- **Segunda visita puerperal:** tras haber pasado 6-8 semanas tras el nacimiento la mujer deberá acudir de nuevo a la consulta para valorar su estado, tanto físico como emocional. En esta consulta valoraremos la recuperación tanto de la faja abdominal como del suelo pélvico y se pautarán los ejercicios específicos para ayudar en esa recuperación. Además, aprovecharemos dicha visita para realizar consejo anticonceptivo, información sobre programas de detección precoz de cáncer ginecológico, refuerzo de lactancia materna, actualización de la cartilla vacunal materna, etc.
- **Grupos posparto:** una de las finalidades de la actualización de esta guía es la de impulsar la formación de grupos posparto con los que paliar la sensación de aislamiento que sufren las mujeres y sus familias en esta etapa. El “grupo de iguales como espacio de apoyo, aprendizaje y soporte” cobra un nuevo sentido en el puerperio.

EN CASO DE CESÁREA

La cesárea es una cirugía mayor. No es lo mismo que parir, ni a nivel físico ni a nivel emocional.

Se ha normalizado tanto que se olvida que el puerperio se convierte en un posoperatorio, y no podemos comparar un posparto quirúrgico con uno fisiológico. La mujer debe tener presente que está recién operada y que debe moverse con cuidado.

Cuando se corta la piel, se cortan las terminaciones nerviosas y tardan un tiempo en recuperarse, por lo que la sensibilidad en la zona de la incisión puede verse afectada durante meses.. Seguramente notará toda la zona como acorchada, con picor o escozor y sensación de tirantez. Le resultará difícil ponerse recta pues tiene una herida importante que no solo afecta a la piel, sino a muchas capas más (grasa subcutánea, línea alba, peritoneo y útero). Todo esto genera tensiones en la fascia y puede dar problemas a distancia.

La cicatriz de la cesárea se puede lavar con agua y jabón una vez al día, que puede coincidir con el momento de la ducha. Se recomienda secarla bien dando pequeños toques y sin arrastrar y dejarla al aire, sin roce con la ropa, el mayor tiempo posible.

Una vez retiradas las grapas o la sutura, cuando aparece esa primera capa de piel fina y rojiza, se puede iniciar el masaje directamente con la mano o un vibrador y aplicar aceites nutritivos ricos en vitamina E.

Para que la piel cicatrice correctamente y evitar la formación de queloides o de una cicatriz hipertrófica es fundamental mantener la piel hidratada. Además de los aceites y cremas, puede ser un recurso interesante utilizar geles o placas de silicona.

El sangrado vaginal será percibido como menor, pues al extraer en el quirófano la placenta, también extraen más restos y "limpian" el interior del útero en ese momento. No es que haya menor sangrado en total (de hecho, la cirugía ocasiona una mayor pérdida de sangre en los tejidos, no solo del útero), lo que pasa es que sale en momentos distintos.

SEXUALIDAD

La sexualidad es un aspecto central del ser humano, que experimenta modificaciones a lo largo de la biografía de las personas.

El puerperio es un periodo de adaptación en el que se producen diversas transformaciones. Se trata de una de las etapas vitales en la que la sexualidad de las mujeres se puede ver más afectada, debido no solo a los cambios físicos propios de este periodo, sino al reajuste de roles que repercutirán en la calidad de vida de la mujer y por tanto en su vivencia sexual. Dichos cambios son únicos en cada puérpera y deben tenerse en cuenta desde una perspectiva integral.

El reinicio de la actividad sexual va a estar condicionado por factores físicos (como los cambios hormonales o los posibles cambios de la zona perineal) y por factores psicológicos y sociales. Tras el parto, es preciso readaptar la pareja a la llegada de un nuevo miembro, sumándose un nuevo rol: el de progenitores.

La lactancia materna es un factor a tener en cuenta dada la influencia que tiene en la sexualidad a nivel hormonal (la prolactina bloquea la producción de estrógenos, progesterona y testosterona, implicados en la excitación y la líbido) y emocional (la madre puede haber creado un vínculo intenso con el bebé y dirigir su energía sexual y afectiva hacia él).

La intervención sobre la sexualidad en la pareja se podría resumir en informar sobre los cambios normales, favorecer la comunicación y los espacios de intimidad, y animar a que vivan su sexualidad desde el deseo y no desde las exigencias.

ANTICONCEPCIÓN EN EL PUERPERIO

En cuanto a la anticoncepción en el posparto, es importante entender que no todos los métodos anticonceptivos son compatibles con todas las mujeres y que existen condicionantes para recomendar uno u otro método e individualizar en función de la historia clínica y las preferencias, antecedentes y características de la usuaria.

Los criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos y otros documentos de directrices consideran que los anticonceptivos no son necesarios durante los primeros 21 días tras el parto. No obstante, debemos recordar que es posible quedarse embarazada en el posparto, aunque no se haya tenido la primera menstruación tras el parto.

MÉTODOS COMPATIBLES CON LA LACTANCIA MATERNA

MÉTODOS NATURALES

- **Método MELA:** El Método de la Amenorrea de la Lactancia (MELA) se basa en que, durante los primeros meses después del parto, mientras la madre esté dando lactancia materna exclusiva (sin suplementos de lactancia artificial ni otros alimentos), el cuerpo produce altas cantidades de prolactina, una hormona que suprime la ovulación. Son requisitos para que el MELA sea efectivo: lactancia materna exclusiva, ausencia de menstruación y encontrarse en los primeros 6 meses tras el parto.
- **Otros métodos naturales**: Existen otros métodos naturales como son el método del calendario, el método de los días fijos, el método de los dos días, el método de la temperatura, el método ciclotérmico, el método mucotérmico, el método Billings y el método sintotérmico.

  No son recomendables en el posparto debido a los ciclos menstruales irregulares, las fluctuaciones hormonales, cambios de la temperatura basal etc.

MÉTODOS DE BARRERA

- **Preservativo masculino:** El preservativo masculino es uno de los métodos anticonceptivos más conocidos y utilizados en todo el mundo. Actúa como una barrera que evita que el esperma entre en la vagina. Previene, además de embarazos no deseados, de infecciones de transmisión sexual.
- **Preservativo femenino:** El preservativo femenino es una funda flexible y suave que se coloca dentro de la vagina antes de la relación sexual para bloquear el paso de esperma al útero, evitando así la fertilización del óvulo. Al igual que el preservativo masculino, previenen de infecciones de transmisión sexual.
- **Diafragma y capuchón cervical:** Son métodos anticonceptivos de barrera, libres de hormonas, reutilizables y generalmente sin látex que cubren por completo el cuello uterino antes de una relación sexual vaginal con penetración. Ambos se deben de colocar como máximo 2 horas antes de mantener relaciones vaginales con penetración y se deben retirar al menos 6 horas después de mantener dichas relaciones. Se recomienda el uso conjunto con espermicida.

MÉTODOS DE SOLO GESTÁGENOS

- **Píldoras de solo gestágenos (PSG)**: En España actualmente existen comercializadas dos tipos de PSG.

  — Desogestrel 75 mcg en formulación de 28 comprimidos activos.

  — Drospirenona 4mg en pauta 24+4.

  Actúan inhibiendo la ovulación y aumentando el volumen y viscosidad del moco cervical. Son de toma diaria.
- **Implante anticonceptivo**: El único implante comercializado actualmente en España es el Implanón NXT®. Dicho implante es una varilla flexible de 4cm de longitud, que contiene 68 mg de etonogestrel. Se inserta por vía subcutánea, con anestesia local,

justo bajo la piel, en el brazo no dominante. Dura 3 años. El efecto anticonceptivo se consigue principalmente por inhibición de la ovulación. La tasa de embarazos es de un 0,05% siendo uno de los métodos más eficaces.

Se puede insertar inmediatamente después del parto.

- **Depo-progevera intramuscular**: El acetato de medroxiprogesterona es un anticonceptivo de larga duración.

  Se administra mediante inyección intramuscular profunda en el glúteo mayor cada 12 semanas.

  Es preciso informar de la posibilidad de trastornos menstruales y un potencial retraso en la reaparición de la fertilidad.

- **Dispositivo Intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG):** Los DIU-LNG son métodos reversibles de larga duración (LARC). Consisten en un dispositivo que libera de forma continua y estable levonorgestrel (LNG) directamente en la cavidad uterina, lo que permite una dosis diaria de gestágeno muy baja, al liberarse la hormona directamente en el órgano diana.

  A día de hoy, existen cuatro DIU LNG comercializados en España con distintos contenidos de LNG:

  — 52 mg (Mirena/Levosert) eficacia anticonceptiva durante 8 años.

  — 19,5 mg (Kyleena) eficacia durante 5 años.

  — 13,5 mg (Jaydess) eficacia durante 3 años.

La probabilidad de embarazo oscila entre un 0,11%-0,33%, por lo que son métodos muy eficaces. Además de su alta eficacia anticonceptiva, disminuyen la dismenorrea, y el sangrado menstrual se reduce hasta en un 90% pudiendo llegar a presentar amenorrea hasta un 40% de las mujeres en función del tipo de DIU-LNG escogido.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE (DIU-CU)

Los DIU-Cu son métodos reversibles de larga duración (LARC).

Es un método altamente eficaz, la tasa de embarazo oscila entre 0,1-1%. Su duración oscila entre 5 -10 años. No lleva medicación. El mecanismo de acción es fundamentalmente espermicida.

Es posible que aumente la cantidad y duración de sangrado, así como la dismenorrea que habitualmente mejora a partir de los 3-6 meses de uso.

MÉTODOS IRREVERSIBLES

Debe de tenerse satisfecho el deseo genésico. Están financiadas por la Seguridad Social.

- **Anticoncepción definitiva femenina**: La ligadura de trompas, también llamada bloqueo tubárico, consiste en la obstrucción o sección de las trompas que impide el paso de los espermatozoides. Hay una tendencia creciente de realizar salpinguectomía bilateral como estrategia para disminuir la incidencia del cáncer de ovario.

  Es importante que la usuaria conozca la existencia de otros métodos reversibles, incluyendo los LARC (DIUs, implante) con tasas de eficacia iguales o superiores a la ligadura y sin pasar por una intervención quirúrgica, así como la vasectomía como alternativa más segura.

- **Vasectomía:** Consiste en aislar y ocluir los conductos deferentes, generalmente de forma ambulatoria y con anestesia local, interrumpiendo así el paso de los espermatozoides. La tasa de embarazo es de un 0,05%.

  Es necesario realizar un análisis del semen entre las 12-16 semanas de la intervención para comprobar que no haya espermatozoides en el semen eyaculado.

  Es necesario recordar a la paciente y a su pareja que, en comparación con la ligadura de trompas, la vasectomía es aún más eficaz en la prevención de embarazo, además de ser una operación más sencilla, más rápida y más segura.

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

La anticoncepción de urgencia (AU) consiste en el uso de un fármaco o dispositivo para prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección o en caso de potencial fallo del método anticonceptivo.

Es una opción de "segunda oportunidad" para evitar un embarazo no deseado, pero no debe considerarse un método anticonceptivo habitual.

- **Levonorgestrel:** Se administra en una única dosis de 1.5 mg. Es más eficaz si se toma lo antes posible, dentro de las primeras 72 horas.
- **Acetato de ulipristal:** Se administra en una única dosis de 30 mg. Es más eficaz si se toma lo antes posible, dentro de las primeras 120 horas.
- **Dispositivo intrauterino de cobre (DIU-CU):** Es el más efectivo de los tres métodos. Es eficaz hasta 120 horas después del coito de riesgo.

MÉTODOS NO COMPATIBLES CON LA LACTANCIA MATERNA

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) son medicamentos que contienen un estrógeno y un progestágeno.

Pueden administrarse por diversas vías (oral, vaginal y transdérmica) y su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación, lo que les otorga una alta efectividad anticonceptiva, que revierte al suspender su uso.

En general, los AHC disminuyen el volumen de sangrado menstrual, mejoran la dismenorrea, algunos preparados pueden mejorar el acné, etc.

No deben ser usados, es decir, están contraindicados (categoría 4 de la OMS) en las siguientes situaciones:

- Lactancia materna en las primeras 6 semanas posparto.
- Mujeres no lactantes en las primeras 3 semanas posparto, si existen otros factores de riesgo de tromboembolismo venoso (Inmovilidad, transfusión, IMC > 30, parto por cesárea...)

Vía oral: Existen diversos tipos de píldoras en función de la dosis y la combinación de estrógeno y progestágeno. Aunque puede haber otras combinaciones, lo más habitual son blísters de 21 comprimidos activos y 7 de placebo (21+7).

Vía vaginal (Anillo): Estos dispositivos son de uso intravaginal mensual. Así, la usuaria inserta un anillo, manteniéndolo en la vagina durante 3 semanas, tras las cuales se realiza su extracción. Tras una semana de descanso en la que ocurre el sangrado por deprivación se coloca un nuevo anillo.

Vía transdérmica (Parche): Los anticonceptivos hormonales combinados también se pueden administrar a través de parches transdérmicos de uso semanal. Se utilizan tres parches por ciclo, aplicados de manera semanal, seguidos de una semana de descanso en la que se produce el sangrado por deprivación.

CORRESPONSABILIDAD

La maternidad y la paternidad no son iguales, porque solo la madre ha tenido que modificar su cuerpo, pasar por un proceso de parto o por una cesárea y recomponerse después, mientras alimenta y cuida de su criatura.

El hábitat del recién nacido es el cuerpo materno y esto cobra especial sentido cuando optamos por alimentarlo con leche materna. En ese sentido, el papel más importante de la pareja, y del entorno más cercano, será cuidar a la madre para que pueda cuidar de la criatura recién nacida.

A Actividad 5.2: ESTABLECER UN PLAN DE POSPARTO

SIGNOS DE ALARMA

En caso de presentar alguno de ellos la mujer deberá ponerse en contacto con su matrona o acudir a las urgencias de su hospital de referencia.

- **Fiebre:** En las primeras 24 horas tras el parto la temperatura puede subir hasta 38ºC, sin que sea anormal; pasado este tiempo, si aparece fiebre se debe consultar.
- **Coágulos grandes**, y/o incremento del sangrado que acompaña a los loquios.
- Los **loquios adquieren mal olor** (el olor normal es similar al de la regla).
- **Dolor** en la zona baja del vientre.
- Dolor, tensión, y enrojecimiento en la zona de los puntos, si los hubiera.
- **Molestias al orinar**, ardor, o quemazón.
- **Dolor y enrojecimiento** de uno o ambos **pechos**, con o sin fiebre.
- Sintomas de **depresión pasadas 2-3 semanas**, con tristeza continuada, incomodidad o rechazo hacia su bebé, sentimientos de culpa, sensación de no poder salir adelante, pensamientos de hacerse daño a si misma o al bebé y abandono de los cuidados.
- **Dolor torácico y sensación de falta de aire**. Podrian ser los primeros sintomas de un tromboembolismo pulmonar.

A **Actividad 5.3: DANZA ORIENTAL PARA LA MATERNIDAD**

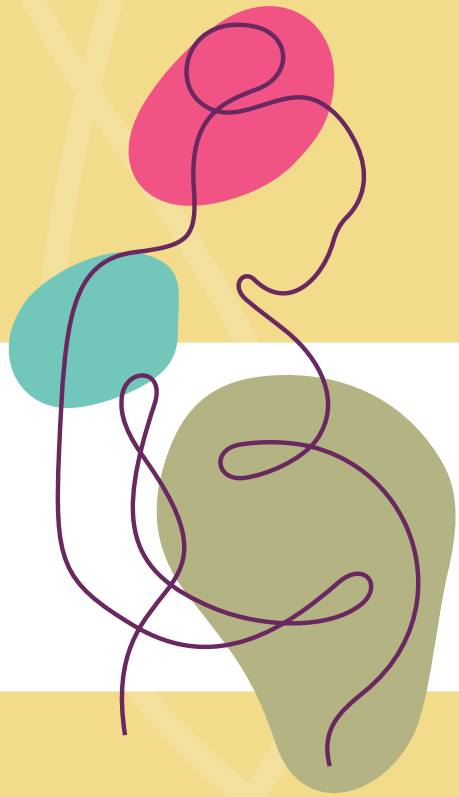
BIBLIOGRAFÍA

- Carmona, S. (2024). Neuromaternal. Ediciones B.
- Gómez López, A. (2023). Puérpera perdida: La transformación vital posparto. Ediciones Oberon.
- Olivera Belart, N. (2022). Ser mamá: Guía del embarazo, parto y posparto con evidencia y emoción. PenguinRandomHouse Grupo Editorial.
- Laxmi, A. (2022). El método Laxmi: 9 claves para un parto sin dolor. Terapias Verdes. ISBN: 978-84-16972-92-0.
- Delgado-Pérez, E., Rodríguez-Costa, I., Vergara-Pérez, F., Blanco-Morales, M., & Torres-Lacomba, M. (2022). RecoveringSexualityafterChildbirth. WhatStrategies Do Women-Adopt? A QualitativeStudy. Int J Environ Res PublicHealth, 19(2), 950. doi: 10.3390/ijerph19020950. PMID: 35055771; PMCID: PMC8775547.
- Tang, L., Tiggemann, M., &Haines, J. (2022). #Fitmom: an experimental investigation of theeffect of social media onbodydissatisfaction and eating and physicalactivityintentions, attitudes, and behavioursamongpostpartummothers. BMC PregnancyChildbirth, 22(1), 766. doi: 10.1186/s12884-022-05089-w. PMID: 36224523; PMCID: PMC9555257.
- Nagl, M., Jepsen, L., Linde, K., &Kersting, A. (2021). Social media use and postpartumbodyimagedissatisfaction: The role of appearance-related social comparisons and thin-ideal internalization. Midwifery, 100, 103038. doi: 10.1016/j.midw.2021.103038. Epub 2021 May 15. PMID: 34051430.
- Holanda, J. B. L., Richter, S., Campos, R. B., Trindade, R. F. C., Monteiro, J. C. S., & Gomes-Sponholz, F. A. (2021). Relationship of thetype of breastfeeding in the sexual function of women. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 29, e3438.
- Pardell-Domínguez, L., Palmieri, P., Domínguez-Cancino, K., Camacho-Rodríguez, D., Edwards, J., Watson, J., & Leyva-Moral, J. (2021). Themeaning of postpartum sexual healthforwomen living in Spain: a phenomenologicalinquiry. BMC Pregnancy and Childbirth, 21, 92.
- Ferre Garcés, S. (2021). Experiencias de las mujeres sobre la sexualidad en el postparto: un estudio fenomenológico [TFM en internet]. Almería: Facultad Ciencias de la Salud. Disponible en: http://hdl.handle.net/10835/13736
- Fuchs, A., Czech, I., Dulska, A., &Drosdzol-Cop, A. (2021). Theimpact of motherhoodonsexuality. GinekologiaPolska, 92(1), 1-6.
- He, S., Jiang, H., Qian, X., &Garner, P. (2020). Women´sexperience of episiotomy: a qualitativestudyfrom China. BMJ Open, 10.
- Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M., &Downe, S. (2020). Whatmatters to women in the postnatal period: a meta-synthesis of qualitativestudies. PLoS ONE, 15(4).
- Robles, L. G., & Raposo, P. M. (2020). La sexualidad femenina en el puerperio desde la metodología cualitativa. NPunto, 3(33), 107-120.

- Akin, B., &Saydam, B. K. (2020). Effect of labor dance onperceived labor pain, birthsatisfaction, and neonatal outcomes. Explore (NY), 16(6), 362–367. https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.06.003
- Serrano Drozdowskyj, E., Gimeno Castro, E., Trigo López, E., Bárcenas Taland, I., & Chiclana Actis, C. (2020). FactorsInfluencingCouples' Sexuality in thePuerperium: A SystematicReview. Sex MedRev, 8(1), 38-47. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.07.002. Epub 2019 Aug 22. PMID: 31447412.
- Sociedad Española de Contracepción. (2019). Protocolo de DIU liberador de levonorgestrel (DIU-LNG). https://sec.es/area-cientifica/documentacion-cientifica/protocolos/protocolo-diu-liberador-levonorgestrel-2019/
- Delbono González, V. (2018). Abordaje de la sexualidad en el periodo grávido-puerperal. Anfamed, 5(2), 141-145. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S2301-12542018000141&lng=es
- Al Musa, M. (2017). Dance of thewomb: Theessential guide to bellydance and birth (2nd ed.). Independent Publishing.
- Pascoal, P. M., Santa Bárbara, I., &Monteiro, N. (2014). Whatis sexual satisfaction? Thematicanalysis of lay people´sdefinitions. Journal of Sex Research, 5(1), 22-30.
- Global Journal of HealthScience. (2014). Effect of dance labouronthemanagement of active phaselabourpain&clients' satisfaction: A randomised control study. Global Journal of HealthScience, 6(2), 219–226. https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p219 (Nota: DOI ficticio, se recomienda verificar el artículo exacto para el DOI real).
- Enderle, C. F., Kerber, N. P. C., Lunardi, V. L., Nobre, C. M. G., Mattos, L., &Rodrigues, E. F. (2013). Condicionantes y/o determinantes del retorno a la actividad sexual en el puerperio. Rev. Latino-Am. Enfermagem.
- Lara, M. A., & García, T. (2012). Prevención de la depresión posparto: intervención psicoeducativa. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Márquez Carrasco, Á. M. (2014). Dificultades en el reinicio de las relaciones sexuales de la pareja en el periodo puerperal. Biblioteca Lascasas, 10(3). Disponible en: http://www.index-f.com/lasc
- Sexualidades y Atención Primaria. Una propuesta para el abordaje de las sexualidades desde Enfermería. Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/35439/38712/Sexualidades+y+AP.pdf/782679e5-b2a1-d8a1-08d0-b43146ae3372?t=1571054813053
- Leal, I., Lourenco, S., Oliveira, R., Carvalheira, A., &Maroco, J. (2012). Theimpact of childbirthonfemalesexuality. Psychology, Community&Health, 1(1), 127-139.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2009). Educación maternal: Preparación para el nacimiento [Publicación en línea]. Direcció General de Salut Pública. https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/Generalitat-de-Catalunya.-Educación-Maternal.-Preparación-para-el-Nacimiento.pdf
- Moore, C. (2005). Belly dance and birth. MidwiferyToday, (73), 40–41.

6

ALIMENTACIÓN DE LA CRIATURA RECIÉN NACIDA



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL EMBARAZO

Autoras:

AMALIA UREÑA LORENZO. Matrona. Área III

MARÍA MENÉNDEZ GRANDA. Matrona e IBCLC. Área IV

ANDREA SUÁREZ BANCIELLA. Enfermera. Técnica de salud de la Dirección General de Cuidados y Coordinación Sociosanitaria. Consejería de Salud

Revisado por:

MARÍA ORVÍZ GONZÁLEZ. Matrona. Vocal de la Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias (APROMAP)

MARÍA HELENA HERRERO MARTÍNEZ. Enfermera e IBCLC. Representante de la Asociación Amamantar

6

ALIMENTACIÓN DE LA CRIATURA RECIÉN NACIDA

Índice

UNIDAD 6. VISIÓN GENERAL	4
INTRODUCCIÓN	5
FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA	5
EL BEBÉ ES EL VERDADERO REGULADOR DE LA PRODUCCIÓN LÁCTEA EN AUSENCIA DE ALTERACIONES	6
SEÑALES DE HAMBRE	6
FACTORES DE RIESGO DE HIPOGALACTIA	7
CONDUCTA DE AMAMANTAR	8
CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DE LA LECHE	10
LACTOGÉNESIS II - SUBIDA (O BAJADA) DE LA LECHE	10
LACTANCIAS EN SITUACIONES ESPECIALES	11
VALORACIÓN INTEGRAL DE LA MADRE LACTANTE	12
VALORACIÓN DE LA CRIATURA RECIÉN NACIDA	13
RECURSOS MATERIALES ÚTILES EN LAS DIFICULTADES DE LA LACTANCIA MATERNA	14
LACTANCIA MATERNA Y MEDICAMENTOS	17
LACTANCIA ARTIFICIAL	17
LACTANCIA Y SALUD MENTAL PERINATAL	19
LACTANCIA Y CORRESPONSABILIDAD	20
BIBLIOGRAFÍA	21

UNIDAD 6	ALIMENTACIÓN DE LA CRIATURA RECIÉN NACIDA
OBJETIVO GENERAL	Conocer las opciones de alimentación de la criatura recién nacida para poder tomar una decisión informada.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las embarazadas y sus acompañantes puedan: • Adquirir información sobre fisiología y patología de la lactancia materna, así como nociones importantes de alimentación con fórmulas artificiales. • Adquirir habilidades para identificar problemas y buscar soluciones. • Desarrollar actitudes para afrontar la lactancia con realismo.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Tríptico: Extracción prenatal de calostro. • Infografía: Señales de que la alimentación va bien. Amamantar. • Vídeo: Extracción manual de leche materna. Osakidezta. • Folleto: Regala cuidados. Asociación Amamantar.
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 6.1: “Teta Sutra”. • Actividad 6.2: Encuentro entre iguales.
MENSAJES CLAVE	• La evidencia que respalda la importancia de la lactancia materna está bien consolidada. • La práctica de la lactancia materna se extiende más allá de la fisiología e incluye otros aspectos (sociales, políticos, económicos, culturales...). • El bebé es el verdadero regulador de la producción láctea en ausencia de alteraciones. Es importante observar su satisfacción tras las tomas. • En una buena regulación entre ambos, los bebés realizan 6-8 tomas al día, descansan entre tomas, con un descanso mayor nocturno y recuperan rápidamente su peso de nacimiento. • Debemos favorecer que la criatura recién nacida realice un agarre espontáneo y solo dirigirlo en caso de dificultad. • Se puede recomendar a las gestantes diabéticas y a las embarazadas con cesáreas programadas que inicien la extracción prenatal de calostro a partir de la semana 37. • Resulta conveniente que, en las primeras 48-72 horas tras el alta hospitalaria, el bebé sea valorado en el centro de salud. • Es importante tomar en cuenta los antecedentes de depresión y ansiedad de las mujeres, así como valorar y derivar a aquellas que puedan precisarlo. • La mastitis no es una entidad aislada sino que abarca un espectro de condiciones donde se produce inflamación y edema, teniendo relación con la capacidad de succión de la criatura. • La alimentación con fórmulas precisa orientación en la elección de las tetinas, fórmulas a emplear según tolerancia y la mejor forma de administrársela a la criatura. Es recomendable que sean las figuras principales de cuidados quienes lo hagan.

INTRODUCCIÓN

La evidencia que respalda la importancia de la lactancia materna está bien consolidada; en el anexo G de la "Guía de Buenas Prácticas: Lactancia Materna- Fomento y apoyo para el inicio, exclusividad y continuación de la Lactancia Materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños" se incluyen todos los elementos de importancia de la lactancia materna para la diada lactante. Pero debe tenerse en cuenta que la práctica de la lactancia materna se extiende más allá de la fisiología e incluye otros aspectos como factores sociales, políticos, económicos, culturales, psicosociales e institucionales, que pueden influir positiva o negativamente en la intención de amamantar así como en su inicio, exclusividad y continuación.

Por todo ello, la atención debe ser integral y tener continuidad a lo largo de todo el periodo perinatal, identificando las necesidades de cada diada y estableciendo las intervenciones pertinentes.

FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

Desde el nacimiento de la propia mujer que se produce bajo el influjo de las hormonas de su madre, pasando por el crecimiento tras la menarquia, donde se desarrollan las mamas al calor de los ciclos ováricos y especialmente durante el embarazo, se lleva a cabo la expansión y ramificación del sistema de conductos mamarios, además de un incremento en el crecimiento lobulillar y alveolar, proceso conocido como **mamogénesis**. El desarrollo de la glándula mamaria está influenciado por diversas hormonas, tales como los estrógenos, progesterona, prolactina, hormona del crecimiento, la hormona paratiroidea y la tiroxina, entre otras.

Al llegar a la mitad del embarazo comienza la diferenciación secretora, aumentando la síntesis de proteínas lácteas y enzimas esenciales para la producción de leche. En este proceso, las células mamarias comienzan a acumular gotas de grasa que se convertirán en componentes clave en la producción láctea. Este cambio en la estructura celular se denomina **lactogénesis I**.

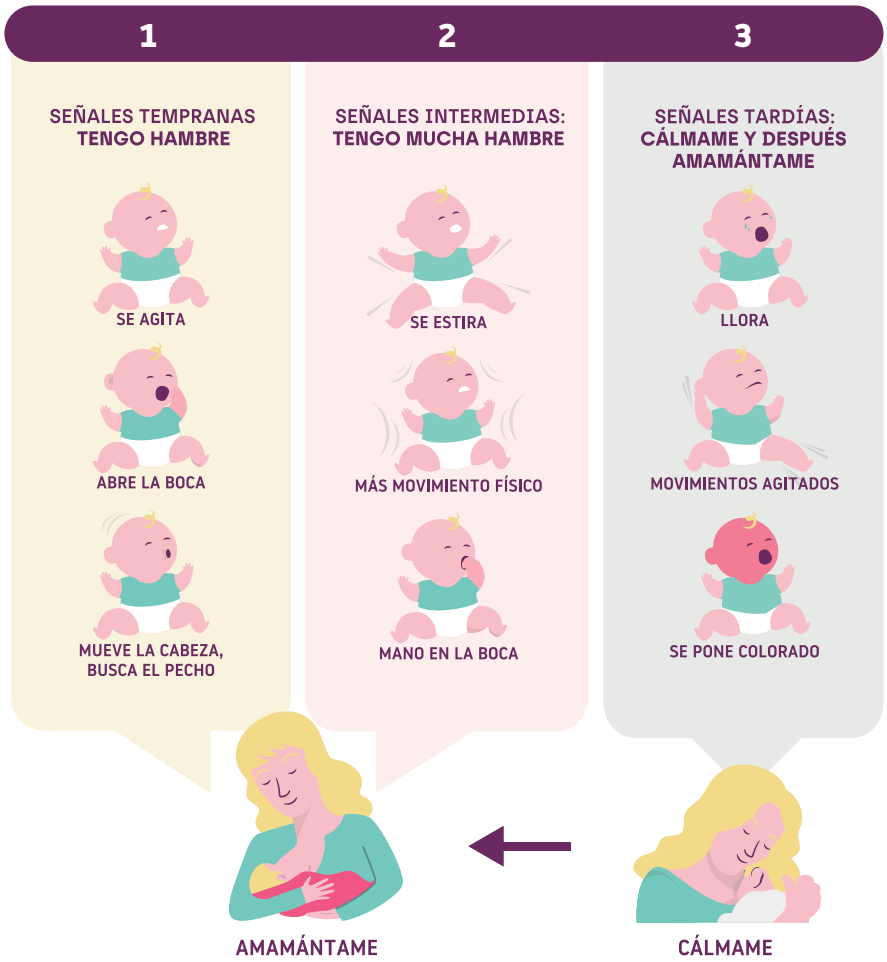
Aunque la glándula mamaria permanece inactiva durante un tiempo, está preparada para comenzar a secretar leche abundante alrededor del momento del parto. Este periodo de reposo en la producción de leche depende de los altos niveles de progesterona, los cuales disminuyen en el momento del parto, dando inicio a la **lactogénesis II**, la etapa en la que se comienza a producir una creciente cantidad de leche. Mientras se mantenga la producción de prolactina y se estimule la extracción de leche, la función de la glándula mamaria se mantiene activa.

EL BEBÉ ES EL VERDADERO REGULADOR DE LA PRODUCCIÓN LÁCTEA EN AUSENCIA DE ALTERACIONES

- Al succionar del pezón estimula la secreción en la hipófisis de prolactina y oxitocina, responsables de la producción y de la eyección de leche, respectivamente.
- Mediante el vaciado de la mama consigue anular los efectos inhibidores locales. Nos referimos a la presión intra-alveolar que dificulta la vascularización y la llegada de oxitocina y prolactina a la glándula mamaria, y al factor inhibidor de la lactogénesis, proteína producida por los galactocitos, que si permanece en el pecho reduce la producción de leche.

Ese es el sentido de la "lactancia a demanda": poner al bebé al pecho en respuesta a sus señales de hambre, para ser capaces de producir la cantidad de leche que necesita.

SEÑALES DE HAMBRE



Algunas de las señales que pueden indicar que la criatura recién nacida necesita comer son: abrir la boca, mover la cabeza hacia los lados, realizar muecas de succión o llevarse la mano a la boca.

Recomendamos ofrecerle el pecho sin esperar a que llore, pues la ansiedad por mamar dificulta el inicio de la toma.

Figura 6: Señales de hambre de la criatura recién nacida.
Fuente: Guía de Embarazo, Nacimiento y Puerperio. Consejería de Salud. Gobierno del Principado de Asturias (2024).

FACTORES DE RIESGO DE HIPOGALACTIA

Tradicionalmente, hemos insistido en trasmitir el mensaje de que, “cuantas más veces pongamos al bebé al pecho, más cantidad de leche seremos capaces de producir”. Esto es cierto, pero siempre que el bebé realice un ordeño efectivo sobre el pecho de su madre, y siempre que la glándula mamaria responda a él.

Son diversos los factores que pueden estar detrás de una baja producción de leche, haciendo que algunas mujeres, por mucho que pongan a su bebé al pecho, tengan una producción menor a las necesidades de su hijo o hija, o incluso será simbólica.

FACTORES HORMONALES

- Disfunción tiroidea.
- Diabetes Mellitus/Obesidad.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Anorexia nerviosa.
- Menarquia tardía (después de los 16 años).
- Deporte de alta competición.

ANOMALÍAS GLANDULARES

- Agenesia mamaria.
- Hipoplasia mamaria: Se refiere a mamas de tamaño pequeño o con alteraciones en su formación, con una distribución anómala de los tejidos.

CIRUGÍAS

- Cirugías previas en la región torácica, como intervenciones por cardiopatías congénitas o alteraciones pulmonares.
- Reducción mamaria, la que más afecta a la capacidad de producción láctea.
- Aumento de mamas, pudiendo causar ingurgitación patológica y mastitis.

FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

- Restricción del crecimiento intrauterino: En este caso, la placenta no logra un desarrollo adecuado, lo que impacta negativamente en la salud del bebé y en el desarrollo mamario de la madre.
- Trastornos hipertensivos durante el embarazo: Las alteraciones en la circulación sanguínea que afectan la placenta pueden comprometer el flujo de nutrientes y oxígeno entre la madre y el feto, dificultando la preparación de la glándula mamaria para la lactancia.
- Diabetes gestacional: Las placentas de mujeres con diabetes gestacional tienden a ser más grandes, pero presentan áreas con función reducida debido a alteraciones en la microcirculación placentaria, lo que puede afectar a la futura producción de leche.

Este conjunto de factores puede influir significativamente en la capacidad de la madre para amamantar, y es importante realizar una evaluación individual detallada para abordar cualquier factor de riesgo y asegurar el éxito en la lactancia.

Una vez se produzca el parto y nazca el bebé, se añadirán otros factores: retención placentaria, hemorragia posparto con Síndrome de Sheehan o factores mecánicos relativos al agarre como, por ejemplo, la anquiloglosia.

CONDUCTA DE AMAMANTAR

CRITERIOS DE INSTAURACIÓN DE LA LACTANCIA

Entre los hechos que se valoran está que los bebés realicen 6-8 tomas al día, descansen entre tomas, con un descanso mayor nocturno, y recuperen rápidamente su peso de nacimiento con una buena tasa de ganancia ponderal los primeros 3 meses, a un promedio entre 25-30 gramos/día, según los criterios ponderales de las gráficas de la OMS.

Debe existir un patrón de micciones (5-6) y deposiciones (3-4) frecuentes en las primeras 4-6 semanas, que es el periodo de calibración de la lactancia materna, y adecuación a las necesidades de los bebés para un crecimiento tan importante.

Resulta conveniente que, en las primeras 48-72 horas tras el alta hospitalaria (o antes si existe alguna dificultad), el bebé sea valorado en el centro de salud. Tras esta primera visita se programarán consultas sucesivas con la frecuencia necesaria para comprobar que todo se desarrolla normalmente.

POSICIONES

Se puede animar a la madre con sugerencias sencillas y de interés, como evitar distancias entre la nariz y el mentón, que deben estar bien pegados al pecho, para lo cual la cabeza y el cuello del bebé deben tener una ligera extensión. El cuerpo del bebé debe estar en estrecho contacto con el cuerpo materno, retirando, si es necesario, el brazo inferior del bebé que muchas veces queda interpuesto con el cuerpo de la madre.

La cabeza y el cuerpo del bebé deben estar bien alineados (el cuello no debe estar flexionado, ni la cabeza girada).

A Actividad 6.1: "TETA SUTRA"

1. **Posición cuna:** Posición más frecuente.
2. **Posición Rugby:** Puede ayudar en caso de cesárea (ya que el bebé no está en contacto con la herida quirúrgica). Recomendada también para mujeres con mamas grandes de difícil manejo, lactancias gemelares (si se desea amamantar a ambos gemelos al mismo tiempo) y también si se desea vaciar la parte externa de la mama.
3. **Posición biológica:** Puede ayudar en caso de dolor perineal. Facilita el agarre.
4. **Posición recostada de lado:** Puede ayudar en caso de dolor perineal. Tomas nocturnas.
5. **Posición dancer:** Puede ser de ayuda para bebés que presenten reflujo o problemas anatómicos (hipotonía).
6. **Posición de cuna cruzada:** Puede ser de ayuda cuando se precisa un agarre dirigido.



Figura 7: Posiciones de amamantamiento. Fuente: Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA (2017).

AGARRE

El agarre suele ser espontáneo. Cuando hay dificultades puede ser eficaz un agarre dirigido y la presión mantenida del pecho en la boca en forma de Sándwich. Para facilitar el agarre profundo se colocan los dedos de la mano sobre el pecho, en forma de C y se presiona ligeramente. Es importante dejar la areola libre para no interferir con el agarre.



Figura 8: Agarre dirigido. Fuente: Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA (2017).

Criterios de aparente normalidad en el agarre	Criterios de disfuncionalidad
• Mentón y nariz están próximos al pecho de la madre. • Labios evertidos. • Boca del bebe abierta, con amplitud.	• Fisuras (grietas). • Chasquidos durante la toma. • Perlas de leche (conducto obstruido). • Pus y retraso en la cicatrización de las grietas. • Morder y masticar el pezón. • Atragantamientos del bebé.

Tabla 5: Criterios de normalidad frente a criterios de disfuncionalidad en el agarre. Fuente: elaboración propia.

CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DE LA LECHE

- **Calostro:** primera leche que se comienza a producir en el último trimestre. De aspecto espeso, amarillento y de escaso volumen, es rico en proteínas, grasas, enzimas, vitaminas, minerales e inmunoglobulinas. Facilita la expulsión del meconio y favorece la maduración intestinal.
- **Leche de transición**: es la leche resultante de la conversión de calostro en leche madura. Tiene mayor volumen y concentración de lactosa que el calostro, aportando más calorías y nutrientes. Es rica en grasa y vitaminas, pero tiene menor contenido en proteínas e inmunoglobulinas.
- **Leche madura**: es la leche que se produce una vez está establecida la lactancia hasta el destete. Se compone de agua en un 88%, además de contener proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas, minerales, enzimas, hormonas, factores de crecimiento y sustancias inmunológicas.

LACTOGÉNESIS II - SUBIDA (O BAJADA) DE LA LECHE

La expulsión de la placenta tras el alumbramiento altera las hormonas maternas (brusco descenso de los niveles de progesterona, aumento de prolactina). Durante las siguientes 72 horas, los senos reaccionan con mayor vascularización, comienzan a llenarse de leche y se hinchan. Es lo que denominamos comúnmente como “subida (o bajada) de la leche”.

MEDIDAS DE CONFORT

Se recomienda la toma de antiinflamatorios (ibuprofeno u otros).

Existen otra serie de métodos popularmente considerados como beneficiosos, pero ninguno de ellos alcanza un nivel de evidencia recomendable:

- Fármacos como la oxitocina, la proteasa o la serrapeptasa.
- Cubrir las mamas con hojas de col frías.
- Frío local, 2-3 veces al día, de 5 a 10 minutos.

FACTORES DE RIESGO DE RETRASO EN LA LACTOGÉNESIS II

Se considera lactogénesis II tardía cuando el inicio de la lactancia copiosa no ha ocurrido a las 72 horas posparto. Los retrasos son importantes porque están asociados con una conducta neonatal subóptima y una pérdida excesiva de peso. Son factores de riesgo de retraso en la lactogénesis II:

- **Cesáreas con separación de la diada**.

  El retraso en el inicio de esa primera toma se relaciona sobre todo con la separación física madre-hijo/a.

- **Diabetes pre y gestacionales.**

  La mama tiene tejido sensible a la insulina y la requiere para iniciar la producción de leche.

Se puede recomendar a las gestantes diabéticas y a las embarazadas con cesáreas programadas que inicien la extracción prenatal de calostro a partir de la semana 37 de gestación para así poder disponer de ella durante el ingreso hospitalario. En ocasiones, esta extracción resulta infructuosa debido a la inhibición que ejercen las hormonas placentarias y no guarda relación con la capacidad posterior de producción láctea.

Independientemente de si la mujer va a realizar extracción prenatal de calostro o no, es interesante que toda embarazada que desea amamantar a su criatura recién nacida sea instruida en extracción manual de leche materna. Puede ser de gran utilidad, especialmente en los primeros días cuando el calostro es tan poco cuantioso que utilizar sacaleches para las extracciones puede resultar infructuoso.

Vídeo: EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA

LACTANCIAS EN SITUACIONES ESPECIALES

EMBARAZO MÚLTIPLE

Debido a la sobrecarga del cuidado de bebés múltiples y las particularidades de succión y apetito de cada bebé, es posible que la madre necesite alimentar a alguno de los bebés con leche extraída o artificial.

En las primeras semanas es complejo poner a dos bebés a mamar a la vez, suele ser más sencillo ponerlos de uno en uno y esperar a que se afiancen en las tomas y que la mujer puede adquirir habilidad para la puesta en común.

Es especialmente necesario comentar la necesidad de búsqueda de apoyos en esas primeras semanas, de día y de noche, y que conozcan los medios adecuados para la extracción y conservación de leche materna y/o preparación de biberones.

LABIO LEPORINO/ FISURA PALATINA

Debemos aportar información honesta sobre la evolución posible de la lactancia. Una fisura labial puede dificultar el amamantamiento, en particular el agarre, especialmente si es muy grande y está próxima a la comisura de la boca. Puede requerir mucha habilidad por parte de la madre para mantener el agarre con sujeción mantenida del pecho en la boca del bebé.

Las fisuras palatinas pueden dificultar el vacío intraoral necesario para la succión, además, al haber una comunicación abierta entre las cavidades oral y nasal, los alimentos y secreciones orales pueden entrar en contacto con las trompas de Eustaquio. Esto provoca una alta incidencia de otitis media crónica en niños y niñas con fisuras. Mantener una posición vertical durante la alimentación permite aprovechar la gravedad para dirigir los alimentos a través de la hipofaringe, disminuyendo la posibilidad de desarrollar esta patología.

A las madres de bebés con estas dificultades es de suma importancia que se les facilite material y recomendaciones para la extracción temprana y mantenida de leche materna, si es su deseo suministrársela.

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA MADRE LACTANTE

VALORACIÓN FÍSICA Y EMOCIONAL

Las analíticas en el posparto y la suplementación de minerales, cuando sean necesarios, son recursos útiles para ayudar a la mujer a encontrarse en las mejores condiciones posibles.

Si bien la lactancia materna puede ser protectora de la depresión posparto, es importante realizar exámenes de detección de depresión y ansiedad, y derivar cuando sea preciso, especialmente cuando surgen dificultades y la lactancia no es la esperada.

VALORACIÓN DE LOS PROBLEMAS DEL PECHO

Dolor y trauma del pezón

Es de vital importancia realizar una buena valoración de la lactancia, identificar el origen del dolor, tratar la causa y ofrecer recursos a la mujer.

Espectro de la mastitis

La mastitis no es una entidad aislada, sino que abarca un espectro de condiciones derivadas de la inflamación y del edema.

a) Ingurgitación

Se presenta como dolor mamario bilateral, firmeza e hinchazón entre los días 3 y 5 después del parto en respuesta a la activación secretora.

Las intervenciones para su alivio incluyen aplicación de frío local, realizar presión inversa suavizante, extraer manualmente para eliminar pequeños volúmenes de leche y el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

La persistencia de la ingurgitación más allá de 48/72 horas debe considerarse patológica. Puede tratarse del inicio de un cuadro mastítico. Es recomendable el uso de corticoides durante 2-3 días.

b) Obstrucción

Es un área focal de induración y congestión. A veces se resuelve espontáneamente, pero las mujeres pueden experimentar dolor residual.

c) Mastitis

La mastitis bacteriana es una progresión de la obstrucción que aparece como una celulitis en una zona específica de la mama.

Se caracteriza por: sensibilidad mamaria unilateral localizada y eritema, acompañada de fiebre, malestar general, fatiga, dolores corporales y dolor de cabeza. En este caso, estaríamos ante una **mastitis aguda**, que requiere del uso de antibióticos para su resolución.

En otras ocasiones, puede presentarse como un dolor profundo con sensación de quemazón constante o intenso, que empeora durante o justo después de la toma y que puede acompañarse de dolor hacia el brazo o la espalda en ausencia de fiebre. Esta entidad se denomina **mastitis subaguda**. El tratamiento incluye medidas de apoyo, como reposo, aplicación de frío tras la toma, no aumentar la frecuencia de las tomas y evitar el masaje traumático del pecho. El tratamiento farmacológico incluye analgesia y el uso de algún antiinflamatorio. Si los síntomas son leves y han estado presentes durante menos de 24 horas, puede ser suficiente. Si los síntomas persisten durante más de 24 horas, se debe valorar la recogida de un cultivo e iniciar la antibioterapia durante al menos 10 días.

d) Absceso mamario

Se presenta como una acumulación de líquido palpable en un área bien definida de la mama. Es recomendable su evacuación con una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) ecoguiada, que puede requerir varias evacuaciones periódicas.

VALORACIÓN DE LA CRIATURA RECIÉN NACIDA

VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Bebé excesivamente dormido

Se recomienda estimular a las criaturas recién nacidas que no se despiertan espontáneamente a las tres o cinco horas de la última toma mediante contacto piel con piel, masaje de los pies, cambio de pañal, retirada de ropa, etc.

Hasta conseguir una toma eficaz, sería aconsejable que la madre se extrajera leche para estimular y mantener la producción, y se la ofrezca a su bebé.

Bebé estresado

Un bebé que se muestra intranquilo durante las tomas y permanece irritable después de mamar se escapa de lo que entendemos por un comportamiento normal y deseable en una criatura recién nacida. Si esta circunstancia se mantiene en el tiempo debemos consultar.

VALORACIÓN FÍSICA

Valoración del sistema estomatogmático, cráneo y cuello

Las asimetrías, aplanamientos, acabalgamientos o cierre temprano de las suturas craneales, así como el giro preferente y prolongado hacia un lado del cuello pueden dificultar de alguna manera el amamantamiento y el desarrollo adecuado de estructuras importantes para la criatura recién nacida.

Jugar con las posiciones al pecho puede ser de ayuda a algunos bebés; otros requieren intervenciones más intensivas como fisioterapia especializada.

Anquiloglosia

Se caracteriza por la presencia de un frenillo lingual anormalmente corto con poca elasticidad y que restringe el movimiento de la lengua, pudiendo ocasionar problemas en la lactancia.

Debemos sospechar ante estas situaciones:

- **En la mama:** dolor en pezones y/o areola, grietas, mastitis, pezón en forma de pintalabios, drenaje deficiente de los pechos.
- **En el bebé:** enfado y frustración al pecho, cansancio excesivo, tomas anormalmente largas (más de 45 minutos), bebés insatisfechos tras las tomas, ganancia ponderal subóbtima, chasquidos durante la toma, atragantamientos, callo lingual.

Como medidas de soporte, podemos animar a la madre a colocar al bebé con la postura de balón de rugby, se puede recomendar el uso de pezoneras de tamaño adecuado tipo contact y establecer un plan de extracciones para que la madre proteja la producción láctea.

Para tener un diagnóstico definitivo es imprescindible la valoración por un/a especialista con experiencia y formación en este ámbito.

Evaluación del peso

Existe una herramienta elaborada por la OMS de evaluación ponderal de bebés amamantados desde el nacimiento hasta los 2 años. Utilizar estas gráficas nos permite determinar si existe un crecimiento adecuado, lento o un fallo de crecimiento y establecer medidas precoces para recuperar una ganancia ponderal óptima.

Infografía: "SEÑALES DE QUE LA ALIMENTACIÓN VA BIEN". ASOCIACIÓN AMAMANTAR

RECURSOS MATERIALES ÚTILES EN LAS DIFICULTADES DE LA LACTANCIA MATERNA

Hay circunstancias que pueden afectar a la madre, al lactante o a ambos, en las que está indicada la aplicación de estrategias individualizadas para mejorar la confortabilidad de la diada o para suplir alguna de las capacidades que estén afectadas.

RECURSOS PARA PALIAR EL DOLOR Y TRAUMA DEL PEZÓN

Algunos de estos recursos serían:

- Mupirocina.
- Pezoneras.
- Apósitos poliméricos multifuncionales.

Si una madre con tal daño en los pezones no puede tolerar la lactancia materna directa, o si es necesario preservar la producción de leche debido a un estímulo ineficaz del bebé, debe emplearse un método alternativo de extracción de leche.

EXTRACCIÓN DE LECHE

El método más adecuado para la extracción de leche (inicio de bombeo vs extracción manual) puede depender del tiempo transcurrido desde el nacimiento, el propósito de la extracción y el caso individual de la diada.

Tras los primeros días, siempre que sea posible, se debe emplear el extractor de leche de la mejor calidad, utilizando tecnología diseñada para maximizar la producción de leche. En este contexto, las bombas extractoras son especialmente útiles en el período sensible de las 6 primeras semanas, en la fase de calibración de la producción.

					
Bomba extractora SPECTRA	**Bomba extractora (MEDELA)**	**Extractor Solo Flex (MEDELA)**	**Lactaline Sistema estanco (AMEDA)**	**Extractor Freestyle Hands Free**	**Elvie Pump**
Tallas de embudos: 24, 27, 30, 32, 36. Están diseñados para disminuir la contaminación al evitar que la leche aspirada entre en contacto con partes internas que no se pueden limpiar. Alcanza potencias de hasta 250 mmHg.	Tallas de embudos: 21, 24, 27, 30, 36. También es de uso múltiple utilizando kits individuales y haciendo limpieza del exterior tras cada uso por diferentes usuarias. Alcanza potencias de hasta 250 mmHg.	Es de uso individual, imposibilidad de desinfección interna. El sacaleches eléctrico tiene una batería integrada. Pueden utilizarse los embudos de diferentes tamaños de Medela.	Presenta amplia variedad de tallas. Es doble. Uno de los problemas principales que presenta es la rigidez de los embudos y su largo recorrido, lo que favorece que disminuya la eficacia.	Sacaleches manoslibres, portátil eléctrico doble. Tallajes: 24 mm y 21 mm.	Permite tener las manos libres. Como inconvenientes principales tiene su elevado coste, el que solo pueda utilizarse un pecho cada vez y que el tallaje que presenta es bastante reducido (24/28 mm).

Tabla 6: Algunos de los extractores más frecuentemente utilizados.
Fuente: Asociación Amamantar.

La recomendación al respecto implica probar en vivo el extractor para ayudar a seleccionar la talla de embudo más adecuada. Hay que tener en cuenta que el tallaje puede modificarse más o menos en pocas semanas desde la instauración al establecimiento de la lactancia materna, siendo los más usados frecuentemente 24 / 27/ 30 mm y en ocasiones cada pecho puede presentar una talla distinta.

La frecuencia de las extracciones dependerá del volumen de partida y de la eficacia del bebé, siendo más adecuada la recomendación de aprovechar las primeras horas del día para hacer el mayor número de extracciones y favorecer siempre un descanso nocturno.

MANEJO DE LA LECHE EXTRAÍDA

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

LUGAR DE ALMACENAMIENTO	TEMPERATURA	RECOMENDACIÓN DE MÁXIMA DURACIÓN DE ALMACENAMIENTO
Temperatura ambiente	16-29 grados	3-4 horas óptimo 6-8 horas aceptable
Frigorífico	<4 grados	72 horas óptimo 5-8 días aceptable
Congelador	<-17 grados	6 meses óptimo 12 meses aceptable

Tabla 7: Almacenamiento de la leche materna. Fuente: protocolo nº8 de la ABM.

Como normas generales:

- No se debe almacenar en la puerta del frigorífico.
- No se deben llenar recipientes hasta su capacidad total, ya que al congelarse aumenta el volumen y podrían romperse.
- Se puede mezclar leche extraída de diferentes extracciones, a una temperatura parecida y etiquetando la leche con la fecha más antigua, para mantenerla no más de 5 días en nevera. Si no se va a usar en ese intervalo, es preferible congelarla.

Para descongelar la leche siempre es mejor hacerlo de la forma más rápida posible. Hace unos años, se recomendaba dejar la leche descongelando en la nevera durante unas horas, pero actualmente se sabe que la mejor manera para evitar que la leche pierda propiedades es descongelarla justo cuando se necesite.

Para ello, se puede calentar agua en una olla; cuando hierva, se retira del fuego y se introduce el recipiente con la leche en su interior. Si se dispone de calienta biberones, también se puede usar para descongelar/calentar la leche y hacerlo preferiblemente en cantidades en torno a 100-120 ml para que no se desperdicie si el bebé no la toma en su totalidad.

ADMINISTRACIÓN DE LECHE EXTRAÍDA

La administración de la leche extraída puede realizarse utilizando distintos métodos. Hay una ausencia de evidencia clara que demuestre la superioridad de un método de alimentación sobre otro. La consideración principal al seleccionar métodos de alimentación alternativos es garantizar la seguridad y la tolerancia del bebé, y la comodidad de las familias.

Los más utilizados son:

- **Alimentación con taza**: Se presenta como método principal cuando la higiene en el hogar es subóptima y está indicada para padres preocupados por una posible "confusión tetina-pezón" y que rechazan la exposición de su bebé a tetinas artificiales.

  Sin embargo, solo es adecuado para pequeños volúmenes de ingesta y priva a los bebés de la oportunidad de succionar durante la alimentación.

- **Alimentación dedo-jeringa**: Proporciona información sobre cómo mueve la lengua el bebé, facilitando la valoración de la succión y puede ser un método eficaz a corto plazo para proporcionar calorías adicionales. Sin embargo, es un método algo engorroso para la administración de volúmenes grandes.

- **Sonda al pecho**: Permite a los bebés recibir el suplemento al pecho a la vez que estimulan la mama para que produzca más leche. Tiene un efecto positivo sobre el comportamiento de succión y la ingestión de leche.

  No se debe dar por supuesto que el pecho está recibiendo suficiente estimulación para mantener la producción completa. El bombeo y la expresión manual seguirán siendo necesarios. Además, si los bebés no están en condiciones óptimas para succionar, pueden encontrar agotador la alimentación con sonda y no obtener las calorías adecuadas. También debe considerarse que para algunas familias estos sistemas son complejos de usar, difíciles de limpiar, relativamente caros y con necesidad de aprendizaje.

- **Biberón**: Resulta más eficiente en relación a la cantidad de leche suplementada y tiempo empleado. Sin embargo, es esencial seleccionar las tetinas adecuadas para contrarrestar algunas de las desventajas que presenta, como mayor riesgo de obesidad, otitis media y caries (incluso cuando suplementamos con leche materna).

LACTANCIA MATERNA Y MEDICAMENTOS

La mayoría de los fármacos pueden tomarse durante la lactancia; cuando no son compatibles, siempre hay opciones de distintos medicamentos que hacen la misma función. Para estar seguras, las familias pueden consultar en la web **e-lactancia.org**

LACTANCIA ARTIFICIAL

La alimentación con leche de fórmula puede ser elegida por algunas familias como método único de alimentación de sus hijos/as, para otras puede ser parte de una alimentación mixta, y habrá quienes tengan que recurrir a ella mientras afrontan dificultades en relación con la lactancia materna. Por todos estos motivos, es pertinente incluir información sobre lactancia artificial en la unidad destinada a la alimentación de la criatura recién nacida.

La lactancia artificial no es tan sencilla. Debemos tener en cuenta:

- La elección del biberón y la tetina.
- La preparación de la leche.
- La técnica para ofrecérsela al bebé.

El biberón debe favorecer el desarrollo armónico de la anatomía oral y de la succión/deglución del bebé, especialmente en sus primeros meses. Debemos intentar imitar en lo posible la lactancia materna que cumple también funciones de desarrollo oral en el bebé y de regulación. Sabemos que debe ser a demanda del bebé. Para ello, será fundamental escoger bien la tetina, el flujo de la misma y la forma en que damos el biberón, respetar las señales de hambre y saciedad, y no forzar nunca la ingesta.

ESCOGER LA TETINA Y EL BIBERÓN

Las tetinas y biberones de plástico deben sustituirse aproximadamente cada 3 meses, o antes si los vemos deteriorados. Será fundamental que el plástico esté libre de bisfenol A (BPA). Si el biberón es de cristal, no es necesario reemplazarlo. Su desventaja es el riesgo de que se rompa si se cae.

Para saber que un bebé está bien acoplado a una tetina comprobaremos que sea capaz de realizar una oclusión completa de la misma y no haya escapes ni atragantamientos. Debe ser capaz de tomarlo tranquilo/a, despacio y sin un esfuerzo excesivo. Debemos observar que la misma puede ser ordeñada en profundidad entre el paladar y la lengua, realizando un buen cierre de la misma, sin colapsarla. Para seleccionarla debemos valorar: el flujo, la forma y la textura.

- **Flujo:** la rapidez y volumen del goteo puede influenciar la coordinación del bebé en la deglución.
- **Forma:** La tetina debe alcanzar la parte de atrás de la boca del bebé y los labios deben estar abiertos aceptando una porción de la base de la tetina.
- **Textura:** Pueden ser de látex o de silicona y de diferente consistencia, media, dura o blanda.

PREPARAR UN BIBERÓN

- **Higiene de manos** con agua y jabón y limpieza de la superficie donde se vaya a realizar la preparación. Utilizar agua envasada o del grifo, que no será imprescindible hervir con anterioridad. No obstante, la OMS Y la FAO recomiendan para bebés hasta los 2 meses, prematuros e inmunodeprimidos, la ebullición del agua previa a la preparación del biberón. En este caso, habrá que llevar el agua a ebullición, retirarla y esperar unos 3-5 minutos. Si se ha calentado el agua al microondas hay que tener la precaución de agitar bien el biberón para que el contenido se mezcle y desaparezcan las bolsas calientes que podrían provocar quemaduras.
- **Verter el agua en el biberón**. Si se hierve el agua, se debe dejar enfriar hasta que esté tibia antes de añadir el polvo.
- **Añadir el polvo de la fórmula en el agua**. La cantidad de polvo que se debe añadir es de 1 cacito raso por cada 30ml de agua. Es importante que el cacito esté enrasado para evitar problemas de salud al bebé.
- **Agitar la mezcla suavemente** para disolver completamente el polvo sin que queden grumos. Si hacemos mucha espuma, esperamos a que repose para no meterle todas esas burbujas en el estómago.

DAR EL BIBERÓN AL BEBÉ

Una forma fisiológica de dar el biberón al bebé es el método Kassing, caracterizado por:

- El niño o la niña debe estar apoyado entre los brazos del cuidador/a, en un ángulo de 60-90 grados. Se puede alternar el lado al igual que si fuera al pecho. Hay que dar el biberón lo más horizontal posible para evitar la gravedad y limitar la velocidad del flujo que será regulada por el bebé. De esta forma se favorece una succión más fisiológica.
- Estimular el reflejo de búsqueda tocando las mejillas, los labios y la nariz. La tetina se introducirá cuando la boca esté bien abierta.
- El niño/la niña controla la velocidad y la cantidad que desea tomar; rechazando la tetina con la lengua cuando esté satisfecho.

La leche sobrante en el biberón que no se haya consumido en las 2 horas siguientes deberá ser desechada y es recomendable no recalentarla para evitar la proliferación de posibles gérmenes contaminantes.

Los cuidadores principales serán quienes mejor conozcan las peculiaridades del bebé para su alimentación y podrán favorecer y disfrutar de los beneficios físicos y psicológicos del contacto durante la misma.

LACTANCIA Y SALUD MENTAL PERINATAL

La asociación entre lactancia materna y depresión o ansiedad es bidireccional, y está influenciada por el apoyo social y las expectativas maternas.

La depresión o ansiedad se relacionan con menores tasas de lactancia materna y la lactancia materna se ha identificado como factor protector contra la depresión. No obstante, la falta de apoyo, las dificultades con la lactancia materna y la discordancia entre las expectativas y la experiencia real pueden asociarse a una peor salud mental materna. En estos casos, las intervenciones individualizadas e interdisciplinarias son las más exitosas.

LACTANCIA Y CORRESPONSABILIDAD



Figura 9: Apoyo a la lactancia materna. Qué pueden hacer los padres. Fuente: OMS (2013).

I **Infografía: REGALA CUIDADOS. Asociación Amamantar**

A **Actividad 6.2: ENCUENTRO ENTRE IGUALES**

BIBLIOGRAFÍA

- Ciriza Barea, E., Codoñer Canet, A., Gómez Fernández-Vegue, M., Oliva González, E., Sánchez Mena, M., & Menéndez Orenga, M. (2025). Lactancia frustrada. Cuando la lactancia dura menos de lo deseado. Revisión sobre la experiencia materna de amamantar. Revista de Lactancia Materna.

- Rosen-Carole, C., Hartman, S., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2024). ABM Clinical Protocol #19: Breastfeeding promotion in the prenatal setting, revised 2024. https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/19-prenatal-setting-protocol-english.pdf 3. https://doi.org/10.14201/rlm.32605

- Meek, J. Y., Noble, L., & Section on Breastfeeding. (2022). Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics, 150(1), e2022057988. https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988

- Mitchell, K. B., Johnson, H. M., Rodríguez, J. M., et al. (2022). ABM Clinical Protocol #36: The mastitis spectrum, revised 2022. Breastfeeding Medicine, 17(5). https://www.bfmed.org/assets/ABM%20Protocol%20%2336.pdf

- Hoyt-Austin, A. E., Kair, L. R., Larson, I. A., Stehel, E. K., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2022). ABM Clinical Protocol #2: Guidelines for birth hospitalization discharge of breastfeeding dyads, revised 2022. Breastfeeding Medicine, 17(3). https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/ABM%20Protocol%20%232bfm.2022.29203.aeh.pdf

- Olivera Belart, N. (2022). Ser mamá: Guía del embarazo, parto y posparto con evidencia y emoción. Penguin Random House Grupo Editorial.

- Hospital Universitario San Agustín. (2022). Guía de implementación de recursos y estrategias para el apoyo a la lactancia materna.

- Johnson, H. M., Eglash, A., Mitchell, K. B., et al. (2020). ABM Clinical Protocol #32: Management of hyperlactation. Breastfeeding Medicine, 15(3). https://www.bfmed.org/assets/32%20Management%20of%20Hyperlactation.pdf

- Mitchell, K. B., Johnson, H. M., Eglash, A., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2019). ABM Clinical Protocol #30: Breast masses, breast complaints, and diagnostic breast imaging in the lactating woman. Breastfeeding Medicine, 14(4). https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/Protocol%20%2330%20-%20English%20Translation.pdf

- Amamantar Asturias. (2019). Hand expressing. Recuperado de https://amamantarasturias.org/wp-content/uploads/2019/10/Hand-expressing-FINAL.pdf

- Amamantar Asturias. (2019). Acercando el biberón al pecho. Recuperado de https://amamantarasturias.org/wp-content/uploads/2019/11/Acercando-el-biberon-alpecho.pdf

- Amamantar Asturias. (2019). Hipogalactia y factores ginecológicos. Recuperado de https://amamantarasturias.org/wp-content/uploads/2019/10/INES-VELASCO-hipogalactiay-factores-ginecologicos.pdf

- Amamantar Asturias. (2019). Hipogalactia: Hipo e hipertiroidismo. Recuperado de https://amamantarasturias.org/wp-content/uploads/2019/10/LLUIS-VILA-Hipogalacia-Hipo-e-hipertiroidismo.pdf

- RNAO. (2018). Guía de buenas prácticas - Lactancia materna: Fomento del apoyo al inicio, exclusividad y continuación de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños. 3ª edición. Investén.

- Hernández-Aguilar, M. T., Bartick, M., Schreck, P., Harrel, C., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2018). ABM Clinical Protocol #7: Model maternity policy supportive of breastfeeding. Breastfeeding Medicine, 13(9). https://www.bfmed.org/assets/7%20ABM%20Model%20Maternity%20Policy%20Supportive%20of%20Breastfeeding%20English.pdf

- Osteba (2017). Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_osaesk_lactancia/es_def/adjuntos/GPCLactancia_mujeres_Osteba-1.pdf

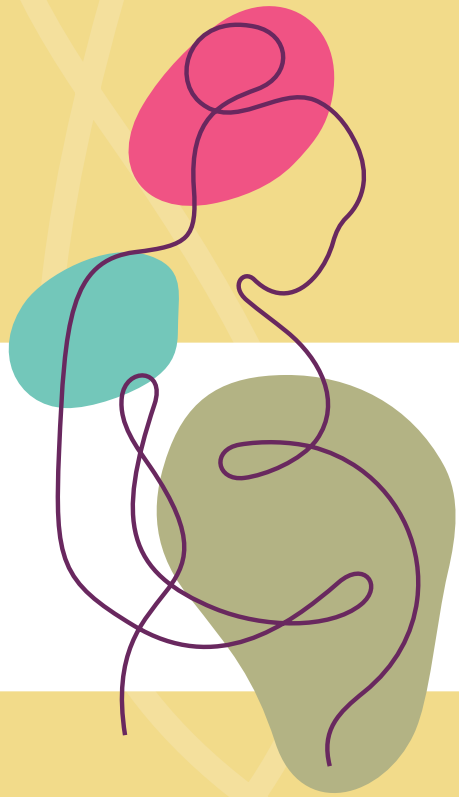
- Berens, P., Brodribb, W., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2016). ABM Clinical Protocol #20: Engorgement, revised 2016. Breastfeeding Medicine, 11(4). https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/20-engorgement-protocol-english.pdf

- Berens, P., Eglash, A., Malloy, M., Steube, A. M., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2016). ABM Clinical Protocol #26: Persistent pain with breastfeeding. Breastfeeding Medicine, 11(2). https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/26-persistent-pain-protocol-english.pdf

- Wilson-Clay, B., &Hoover, K. (2013). The Breastfeeding Atlas. LactnewsPress.

7

CUIDADOS DE LA CRIATURA RECIÉN NACIDA



GUÍA PROFESIONAL
PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE
EL EMBARAZO

Autoras:

MARGOT MORÁN GUTIÉRREZ. FEA Pediatría. Área III

ELENA SÁNCHEZ HUERTA. Matrona, fisioterapeuta e IBCLC. Área III. Técnica de Salud de la Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental. Consejería de Salud

Revisado por:

BEGOÑA HERMINIA MENÉNDEZ LÓPEZ. Informática. Representante de la Asociación Amamantar

ISABEL SOLÍS CIENFUEGOS. Enfermera Especialista en Pediatría. Secretaría de la Asociación de Enfermería Pediátrica del Principado de Asturias (AEPPAS)

7

CUIDADOS DE LA CRIATURA RECIÉN NACIDA

Índice

UNIDAD 7. VISIÓN GENERAL	4
INTRODUCCIÓN: MI BEBÉ ES UN MAMÍFERO (O UNA MAMÍFERA)	5
LOS PRIMEROS DÍAS EN EL HOSPITAL	5
CRIBADOS AL ALTA	9
CUIDADOS EN EL DOMICILIO	10
MEDIDAS DE PREVENCIÓN	12
INMUNIZACIÓN INFANTIL: REVISIONES Y CALENDARIO	15
CORRESPONSABILIDAD	16
MOTIVOS DE CONSULTA	16
BIBLIOGRAFÍA	17

UNIDAD 7	CUIDADOS DE LA CRIATURA RECIÉN NACIDA
OBJETIVO GENERAL	Conocer los principales cuidados que debemos prestar a la criatura recién nacida, en el hospital y en casa.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las embarazadas y sus acompañantes puedan: • Adquirir información sobre los cuidados básicos que precisan las criaturas recién nacidas. • Adquirir habilidades para identificar los rasgos normales de la criatura recién nacida y discernir los motivos de consulta. • Desarrollar actitudes para afrontar el cuidado del recién nacido desde la corresponsabilidad y libres de condicionantes.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Tríptico: Sueño del bebé. Lo que necesitas saber. (En la carpeta POSPARTO) • Tríptico: Cuidados de la criatura recién nacida.
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 7.1: Identificar riesgos frente a accidentes domésticos. • Actividad 7.2: ¿Cuándo debo consultar al equipo de pediatría?
MENSAJES CLAVE	• El bebé es un mamífero. No es un muñeco, ni un adulto en miniatura. Ni siquiera es un/a niño/a. Lo será, pero ahora mismo es un *cachorro* humano. • El cuerpo de la madre es el *hábitat natural del bebé*. Estar en contacto con su madre piel con piel, será la forma óptima de hacer la transición a la vida extrauterina. • A lo largo de sus primeras 24 horas de vida, el bebé será valorado/a por el/la pediatra en la propia habitación o en otro espacio donde su familia pueda estar presente. • Antes del alta se ofrecerá la posibilidad de participar en dos programas de detección de enfermedades congénitas: la prueba del talón y el test de hipoacusia. • El término exterogestación hace referencia a que durante los primeros 9 meses de vida del bebé, sus necesidades no distan mucho de las que tenía dentro del útero. La necesidad de contacto será muy importante. • El bebé no puede hablar, así que el llanto será su principal vía de comunicación. Debe ser atendido siempre que podamos. • Preparar la habitación del bebé puede formar parte del rito de paso a la maternidad/paternidad. Es lo que podemos denominar “preparar el nido”. Si bien debemos ser realistas respecto al uso inmediato que vamos a hacer de ella. • La inmunización activa, mediante vacunas, es la base fundamental de la prevención de enfermedades infecto-contagiosas, y ha contribuido de forma significativa a disminuir la morbilidad y mortalidad infantil. • La pareja es la principal figura con quien se reparten los cuidados en una sociedad en la que, habitualmente, no se cuenta con una red más amplia. A nivel cerebral y hormonal, se producen cambios que los/las predisponen al cuidado, siempre que estén presentes e implicados/as.

INTRODUCCIÓN: MI BEBÉ ES UN MAMÍFERO (O UNA MAMÍFERA)

Puede parecer una obviedad, pero no está de más empezar recordando que, la criatura recién nacida:

- No es un/a muñeco/a.
- No es un/a adulto/a en miniatura.
- No es ni siquiera un/a niño/a. Lo será, pero ahora mismo es un *cachorro* humano.
- No distingue entre deseos y necesidades. Un bebé no es caprichoso, no puede serlo. Sus demandas son genuinas y sinceras. Desterremos la idea de que nuestro/a hijo/a "nos manipula".

Durante el primer año de vida nos volcaremos en su cuidado. Todo esto, con su dificultad, es infinitamente más sencillo que educar, que es algo que vendrá después.

LOS PRIMEROS DÍAS EN EL HOSPITAL

LAS DOS PRIMERAS HORAS DE VIDA

Si el parto ha transcurrido con normalidad, inmediatamente después del nacimiento se coloca al bebé sobre el pecho materno, se valora su estado general mediante el test de Apgar y se realiza la ligadura del cordón umbilical cuando este deja de latir.

La criatura recién nacida se encuentra en un estado de hiperalerta por efecto de las hormonas del parto, con los ojos muy abiertos y el sentido del olfato agudizado. Pasarán días hasta que vuelva a estar tan despierto/a.

Es un momento mágico, en que el bebé debe estar en contacto piel con piel con su madre. El cuerpo de la madre es el "hábitat natural del bebé", ha sido su universo durante 9 meses, es todo lo que conoce. Será el lugar óptimo para hacer la transición a la vida extrauterina.

Este contacto tiene innumerables beneficios: protege a la madre de la hemorragia posparto, ayuda a estabilizar la temperatura y constantes vitales del bebé, disminuye su llanto, le tranquiliza y facilita la instauración de la lactancia.

Un porcentaje elevado de bebés hará aquí su primera toma al pecho aunque, como hemos visto, los beneficios del contacto piel con piel trascienden al tipo de alimentación. Preservar ese primer contacto seguirá siendo igual de importante aunque se haya decidido no amamantar.

CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESÁREA

En algunos centros de la red sanitaria del Principado de Asturias, las madres que dan a luz mediante cesárea no urgente y que cumplen determinados criterios de seguridad tienen la posibilidad de hacer ellas mismas el contacto piel con piel con su bebé. En el resto de centros y en las demás circunstancias, se planteará la posibilidad de realizarlo con el otro progenitor.

LOS PRIMEROS CUIDADOS EN EL PARITORIO

El resto de cuidados, incluido pesar y medir al bebé, deben esperar a que transcurra el tiempo de contacto piel con piel y se realizarán en el paritorio antes de pasar a la habitación en la planta de maternidad:

- **Profilaxis oftálmica:** Consiste en administrar una pomada antibiótica o povidona yodada en dosis única en los ojos del bebé para prevenir la conjuntivitis neonatal u oftalmia neonatorum. Actualmente, el agente infeccioso principal es la Chlamydia trachomatis, aunque la forma más grave se debe a la gonorrea. Ambas son enfermedades de transmisión sexual que se transmiten al bebé por el canal del parto en caso de estar presentes en la madre. Al no cribarse en el embarazo, se administra de forma universal.

- **Administración de vitamina K** mediante inyección intramuscular única para prevenir la enfermedad hemorrágica de la criatura recién nacida. La vitamina K es necesaria en nuestro organismo para una adecuada coagulación de la sangre y los bebés nacen con déficit de ella. Como alternativa a la administración intramuscular existe la pauta oral que consta de 3 dosis de 2 mg repartidas de la siguiente manera: al nacimiento, entre el 4º y 6º día, y entre la 4º y la 6º semana tras el nacimiento.

EN LA PLANTA DE MATERNIDAD

A lo largo de sus primeras 24 horas de vida, la criatura recién nacida será valorada por el/la pediatra en la propia habitación o en otro espacio donde su familia pueda estar presente.

Reflejos primitivos

Son movimientos automáticos e involuntarios, esenciales para la supervivencia y el desarrollo de las habilidades voluntarias. Deben estar presentes y deben extinguirse en momentos determinados, como algo propio del neurodesarrollo. Cuando desaparece un reflejo es porque se ha adquirido una nueva habilidad voluntaria y ya no es necesario.

Los principales reflejos presentes al nacer son:

- **Reflejo de búsqueda:** al acariciar la mejilla o la boca del bebé, girará la cabeza hacia ese lado.
- **Reflejo de succión:** cuando el bebé percibe en su paladar el pezón o la tetina del biberón comenzará a succionar. También lo hará si introducimos un dedo.
- **Reflejo de Moro:** el bebé abre los brazos y los echa hacia delante. Es un reflejo de agarrarse ante la sensación de caída. También aparece cuando el bebé se asusta con ruidos fuertes o ante un movimiento brusco.
- **Reflejo de prensión palmar:** si le ofrecemos un dedo en la palma de la mano, el bebé cierra su mano alrededor del dedo.
- **Reflejo de marcha:** al sostener al bebé por las axilas y en vertical, con los pies sobre una superficie, da la sensación de que quisiese caminar.

La cabeza

La cabeza del bebé está formada por varios huesos que no se hallan soldados entre sí. Esto permite que se pueda amoldar durante el parto para nacer y que el cerebro siga creciendo tras el parto.

Las fontanelas se forman por la unión de varias suturas, que a su vez resultan de la unión de varios huesos. La fontanela mayor y más anterior, tiene forma de rombo y es la más visible. Se cierra en torno a los 18-24 meses de edad.

Muchos bebés presentan lo que se conoce como caput succedaneum. Se trata de un edema bajo el cuero cabelludo. Se debe al apoyo de la cabeza del bebé durante el parto y desaparece en los primeros días.

Los ojos y la visión

Los bebés abren sus ojos inmediatamente o unos minutos tras nacer. Pueden ver a una distancia de 20 centímetros, justo desde los brazos de su madre a su rostro. Al principio no enfocan apenas. La luz fuerte les puede molestar, por lo que estarán mejor con luces tenues.

Es normal que, a veces, los ojos del niño o niña no se coordinen y apreciemos estrabismo. Poco a poco irá aprendiendo a coordinarlos.

Muchos bebés nacen con el color de los ojos en tonos grisáceos o azulados. No es su color definitivo, se debe a la falta de exposición a la luz durante el embarazo. A los 6 meses podríamos decir que ya tienen el color definitivo.

El estado de la piel

Al nacer, la mayoría de los bebés presentan vérnix, una especie de unto grasiento que recubre su piel dentro del útero. Cuanto más prematuro sea el bebé, más vérnix tendrá su piel. Es recomendable no retirarlo pues tiene propiedades antibacterianas. Hidrata la piel y la protege, y se absorbe tras el nacimiento. Esta grasa se adhiere bien al lanugo, que es el pelo fino que cubre el cuerpo de los bebés, sobre todo en hombros y espalda.

Es frecuente que los bebés, superadas las primeras 24 horas de vida, adquieran una coloración amarillenta en su piel y mucosas. Es lo que denominamos la ictericia fisiológica del recién nacido. Esta se debe a niveles elevados de bilirrubina resultado del recambio de los glóbulos rojos. Hacer caca es la principal vía de eliminación de la bilirrubina, por lo que será indispensable garantizar una correcta ingesta de leche. Cuando la bilirrubina se eleva por encima de determinada cifra deja de ser fisiológica, y será necesario tratarla. La fototerapia constituye la principal opción terapéutica.

La micción y la defecación

Los bebés hacen pis y caca desde el primer día. Será normal que en los primeros 3 días aparezca una mancha naranja en el pañal. Son uratos y se deben a una orina muy concentrada. Su presencia pasado este periodo es motivo de consulta.

La primera caca del bebé se llama meconio. Es el resultado de la digestión de células y del líquido amniótico que ha tragado en el útero. Es de color negro verdoso y muy pegajosa. Cuantas más tomas haga al pecho y más efectivas sean estas, más fácil será para el bebé eliminar el meconio.

Genitales

Los genitales de la criatura recién nacida suelen ser hipertróficos: en las niñas los labios mayores están prominentes, pueden tener un flujo vaginal mucoso en los primeros días e incluso alguna pérdida de sangre debido a la deprivación de estrógenos maternos.

En los niños es frecuente el aumento de volumen escrotal por hidrocele generalmente no comunicante que se resuelve espontáneamente durante los primeros meses de vida. Asimismo, la fimosis es fisiológica a esta edad y no está indicado hacer retracciones prepuciales.

Ingurgitación mamaria

Es una pequeña hinchazón de las mamas de las criaturas recién nacidas de ambos sexos, que se debe al paso de estrógenos maternos. Puede acompañarse de secreción láctea. Desaparece espontáneamente, está desaconsejado manipularla y se debe extremar la higiene para evitar una mastitis neonatal.

El sueño

Una vez superadas las 2 primeras horas tras el parto, los bebés suelen entrar en una fase de sueño profundo hasta el punto que puede costar alimentarles. Hay bebés que llegan a dormir 6 u 8 horas seguidas, aunque no es lo más frecuente. Es prudente intentar que no pasen más de 3 horas sin que les demos de comer. Tenerlos piel con piel será clave en este sentido.

Quizá la primera noche de vida duerman “bastante bien” en términos de lo que esperamos los adultos. Por el contrario, durante la segunda noche suelen estar más inquietos y demandantes. Esta segunda noche puede ser muy intensa, de hecho, se la conoce coloquialmente como “la noche de las vacas locas”. Es normal pues, entre las 30-40 horas después del parto, los estrógenos de la madre caen en picado y la prolactina marca su pico más alto. Al bebé le toca ponerse en marcha y mamar mucho, es la manera que tiene de acelerar la subida de la leche.

Vacunación frente al Virus Respiratorio Sincitial

El virus respiratorio sincitial (VRS) es la principal causa de infecciones en las vías respiratorias inferiores en población infantil menor de 1 año, y circula en otoño e invierno.

Tiene una distribución universal y la infección primaria tiende a ocurrir en edades muy tempranas. Así, el 50% de los/as niños/as sufre una infección por VRS en el primer año de vida y prácticamente todos/as lo han padecido antes de los 3 años.

Puede causar diferentes cuadros clínicos, desde resfriado común a bronquiolitis. La bronquiolitis es la causa más frecuente de hospitalización en menores de 1 año. Se caracteriza por aumento de la frecuencia respiratoria y dificultad respiratoria o falta de aire, disminución de la saturación de oxígeno, congestión nasal, tos, fiebre, aleteo nasal, tiraje y dificultad para la alimentación.

Medidas preventivas recomendadas:

- Ofrecer lactancia materna.
- No fumar, especialmente en presencia del bebé, ni en los espacios donde se encuentra habitualmente.
- Limpiar y desinfectar superficies y objetos como juguetes, pomos de puertas, móviles.
- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, o gel hidroalcohólico.
- Limitar las visitas en casa y evitar aglomeraciones y sitios cerrados.
- Evitar el contacto del bebé con personas con infecciones respiratorias. Si no es posible evitarlo, deben utilizar mascarilla.

- Cubrirse con el codo la boca y la nariz al estornudar o toser. Utilizar pañuelos de papel desechable.
- No llevar al bebé a la guardería si está enfermo/a.
- Mantener las vacunas al día en el entorno familiar.
- Inmunización: desde el pasado 2023 se ofrece la inmunización pasiva, que consiste en la administración de anticuerpos monoclonales frente al VRS, similares a los que hubiera producido la infección de manera natural, previniendo la aparición de la enfermedad causada por este virus, sobre todo los casos más graves y los que requieren hospitalización.

Los/as nacidos/as durante la temporada de octubre a marzo deberán recibir 1 sola dosis intramuscular de manera muy precoz, preferiblemente en las primeras 24-48 horas tras el nacimiento.

Este medicamento ha demostrado un buen perfil de seguridad, siendo las reacciones adversas más frecuentes las locales en el lugar de inyección (dolor, enrojecimiento e hinchazón) y fiebre.

A los/as nacidos/as fuera de la temporada de VRS (abril a septiembre) se les intentará inmunizar al principio de la temporada siguiente, en el mes de octubre.

CRIBADOS AL ALTA

Antes del alta se ofrecerá la posibilidad de que el bebé pueda participar en dos programas de detección de enfermedades congénitas.

La participación es voluntaria, si bien es recomendable. Se trata de pruebas sin riesgo que permiten detectar algunas enfermedades, antes de que tengan consecuencias graves para su salud:

- **Prueba del talón:** Consiste en extraer una gota de sangre del talón en torno a las 48 horas tras el nacimiento. Permite descartar la presencia de algunas enfermedades como el hipotiroidismo, la fenilcetonuria, la fibrosis quística y otras alteraciones metabólicas y genéticas. Los resultados se recibirán en casa por correo ordinario, a la dirección facilitada. Tardan entre 10 y 15 días.

- **Test de hipoacusia:** Es una prueba no invasiva que se hace a todos los bebés para estudiar ambos oídos. Permite descartar la hipoacusia, que es la alteración sensorial más frecuente en el ser humano.

CUIDADOS EN EL DOMICILIO

PRIMEROS 3 MESES DE VIDA: 4ª TRIMESTRE DE EMBARAZO

Hay quien va más allá y denomina al periodo de 9 meses que sigue al embarazo como exterogestación. Ya sean 3 meses o 9, ambos términos hacen referencia a una misma cuestión: durante los primeros meses de vida del bebé, sus necesidades no distan mucho de las que tenía dentro del útero. La necesidad de contacto será muy importante, casi tanto como la de alimento.

En un intento de satisfacer esta necesidad de contacto que tienen los bebés, animamos a las familias a:

- **Hacer piel con piel:** no tiene por qué ser algo exclusivo del momento inmediatamente posterior al nacimiento. Ambos progenitores pueden realizarlo tantas veces como quieran. Ese contacto cercano mantiene al bebé en estado de calma y seguridad, favorece la lactancia materna y refuerza la confianza de los padres.
- **Portear:** consiste en llevar al bebé en brazos con la ayuda de un portabebés. Aporta al bebé el contacto que necesita, a la vez que facilita el desplazamiento y permite tener las manos libres para realizar otras tareas. Es un tema del que se puede hablar largo y tendido, y al que hemos querido dedicar una sesión específica.
- **Colechar:** consiste en dormir al bebé en la misma cama o en una cuna-colecho. Favorece el contacto durante la noche y facilita las tomas nocturnas, si hemos optado por alimentarle con lactancia materna.

LLANTO COMO MEDIO DE COMUNICACIÓN

Los bebés no pueden hablar, así que el llanto es su principal vía de comunicación. Generalmente, lloran para comer y para ser cogidos en brazos. Ambas acciones son importantes.

El llanto del bebé debe ser atendido siempre. Al menos, siempre que podamos. Desterremos de nuestra mente que nuestros bebés nos manipulan. No es posible.

LOS TEMIDOS CÓLICOS

Los cólicos de lactante se definen como episodios recurrentes y prolongados de llanto intenso o irritabilidad, que suceden sin una causa aparente y que los cuidadores no son capaces de resolver. Son más frecuentes durante la tarde y la noche y pueden durar desde unos minutos a varias horas.

Suelen aparecer a partir de los 15 días de vida, siendo especialmente frecuentes en torno al mes y medio y desapareciendo hacia los 4 meses de edad. Por esa razón, se conocen también como cólicos del primer trimestre.

Existe una serie de situaciones digestivas en los bebés que generan dolor, malestar y llanto que deben ser descartadas cuando lloran en exceso:

- Gases.
- Alergia a la proteína de leche de vaca (APLV).
- Reflujo gastroesofágico.
- Disquecia del lactante.
- Estreñimiento y diarrea.

ASEO

El aseo corporal o el baño debe ser lo suficientemente regular para que el bebé mantenga una higiene adecuada. Se puede hacer diariamente si le relaja, o espaciar en el tiempo si no le agrada. La temperatura del agua debe ser 36-37ºC, no se recomienda llenar la bañera en exceso y se recomienda usar un jabón suave de Ph neutro, sin perfumes ni parabenos, aunque se podría prescindir de él y realizar el aseo sólo con agua. La estancia debe estar caldeada (22-24ºC) para evitar enfriamiento al salir del agua.

El cordón umbilical debe limpiarse desde el primer día con agua y jabón y secarlo adecuadamente.

El área del pañal también debe mantenerse limpia y seca usando preferiblemente esponja o gasa con agua y jabón, y limitando el uso de toallitas a los cambios fuera de casa. En las niñas es recomendable lavar desde la vulva hacia el ano, nunca en sentido contrario, y en los varones no se deben realizar retracciones prepuciales.

Las uñas suelen ser largas en la criatura recién nacida y están adheridas a la piel lo que puede provocar heridas si se cortan precozmente, por ello se deben limar con una lima fina o cortar con tijera de punta roma y recta cuando sean más fuertes.

DISRUPTORES

En las primeras etapas de la vida los disruptores endocrinos pueden inducir cambios en el organismo que aumentan la susceptibilidad a las enfermedades a lo largo de la vida, aunque las manifestaciones pueden no ser evidentes durante años (alteraciones del neurodesarrollo, asma, hipotiroidismo, diabetes, obesidad, cáncer...).

En ese sentido, recomendamos:

- Utilizar productos de higiene sin “parfum” (perfumes), parabenos (metilparaben, propylparaben...), ftalatos, benzofenonas (en protectores solares químicos), fenoxietanol y aceite del árbol de té.
- Usar ropa de algodón evitando fibras sintéticas. No utilizar suavizante.

ROPA Y CALZADO

La recomendación principal es escoger ropa sencilla de tejidos no irritantes, preferiblemente de fibra natural o de algodón, a tejidos sintéticos. Evitar cadenas, pulseras, anillos, alfileres, cintas o cordones.

En general, tendemos a sobreabrigar a los bebés. Precisamente porque no regulan bien su temperatura, el exceso de abrigo puede conllevar un golpe de calor.

Se recomienda evitar ropa ajustada para que corra el aire por su cuerpo, escogiendo prendas en las que el pie quede libre, holgado. Si el bebé va porteado, el *pelele* no debe tirar de los dedos y los pies.

El bebé debería ir siempre descalzo o con calcetines si hace frío. No es necesario ponerle zapatos hasta que empiece a caminar por la calle. Los pies deben poder desarrollarse libres. Además, tienen una sensibilidad enorme y son una fuente de información muy importante.

HABITACIÓN Y CUNA

Preparar la habitación del bebé puede formar parte del rito de paso a la maternidad/paternidad. Es lo que se conoce como "preparar el nido". Si bien debemos ser realistas respecto al uso inmediato que vamos a hacer de ella, pues la inmensa mayoría de recién nacidos demandarán la proximidad de sus progenitores y dormirán mejor en su presencia, es decir, en su habitación.

La cuna del bebé, si la tiene, debe estar homologada. El colchón ha de ser duro y no se recomienda usar almohadas o cojines hasta los 2 años de edad. Se puede recurrir también a las cunas-colecho o compartir cama con el bebé.

DE PASEO

A los bebés les suele sentar muy bien salir de paseo. Pueden salir a la calle desde el primer día. Podemos llevarlos en su carrito, porteados o en brazos.

La elección del carrito es una de las más estudiadas por las familias cuando va a llegar un bebé. Es imposible recomendar un tipo de carrito, pues depende del uso que le vayamos a dar y del presupuesto. Será importante valorar aspectos prácticos, como que debe caber bien en el ascensor de la casa y plegado en el coche.

En verano, no se deben crear burbujas de calor en los carritos con muselinas o prendas similares. Es peligroso, hay que permitir la circulación de aire por el interior del capazo.

Hacia los 6 meses, una silla de paseo ligera puede resultar más cómoda.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

MUERTE SÚBITA

La muerte súbita del lactante es el fallecimiento de un/a menor de 1 año cuya causa permanece inexplicada después de una minuciosa investigación que incluya autopsia.

El riesgo parece ser mayor entre los 2 y los 3 meses de edad, y también sucede más en invierno. Hasta los 6 meses cuidaremos especialmente todas las medidas de prevención.

Los factores protectores que disminuyen, por tanto, el riesgo de muerte súbita son los siguientes:

- Realizar un adecuado control de la gestación y del periodo perinatal.
- Evitar el consumo de alcohol y drogas, tanto prenatal como postnatal.
- Evitar el tabaquismo, especialmente de la madre, durante la gestación y después del nacimiento, no permitiendo que nadie fume delante del bebé.
- Evitar la posición de prono durante el sueño en los lactantes hasta los 6 meses de edad. El decúbito supino es la postura más segura y preferible al decúbito lateral. Cuando el lactante esté despierto puede permanecer en prono con vigilancia.
- El lugar más seguro para tener la cuna es la habitación de los padres.
- El colchón de la cuna debe ser firme.
- No realizar colecho si el padre o la madre son fumadores, han consumido alcohol o medicamentos ansiolíticos, antidepresivos o hipnóticos y en situaciones de cansancio extremo. Tampoco se debe hacer colecho en sofás o sillones, o cualquier otro sitio que no sea la cama.
- Evitar objetos blandos y ropa de cama suelta en la cuna (exceso de ropa de cama, almohadas, cojines, peluches).

- Evitar el exceso de calor en casa.
- Evitar el efecto “cabeza cubierta”, posicionando al lactante lo más cerca posible de los pies de la cuna y con la manta solo hasta el pecho, bien remetida.
- La lactancia materna a demanda es un factor protector.
- No está desaconsejado el uso del chupete para el sueño durante el primer año de vida, cuando la lactancia esté establecida.

Chupete

Se inventó para sustituir la succión no nutritiva que hace el bebé al pecho de la madre. La decisión de utilizar o no un chupete es de cada familia. Sea cual sea la decisión, las recomendaciones para su uso son las siguientes:

- Debe ser lo más pequeño y plano posible. Los chupetes redondos y grandes, tipo cereza, provocan mordidas abiertas, deforman el paladar y mantienen la lengua baja. Sabemos que la lengua debe reposar en el paladar, de esa manera favorece su expansión en el bebé en crecimiento, con lo que eso supone para su respiración nasal y el espacio para los dientes.
- Debe ser de material flexible.
- No es necesario cambiar de talla, aunque el bebé vaya creciendo. Cuanto menor sea el objeto dentro de su boca, mejor.
- La unión de la tetina con el escudo debe ser fina para permitir el cierre de la boca.
- Se recomienda un uso moderado y concreto, y retirarlo al año de vida para no interferir más en el desarrollo de la boca.

PLAGIOCEFALIA

La plagiocefalia postural es una deformidad craneal producida como consecuencia de la aplicación constante de fuerzas de presión sobre la parte posterior del cráneo, que es muy maleable en las criaturas recién nacidas y lactantes. En algunos casos irá asociada a tortícolis congénita.

Las recomendaciones para prevenirla son las siguientes:

- Durmiendo en decúbito supino, cambiar el lado de apoyo de la cabeza alternativamente.
- Buscar momentos para colocar al bebé sobre su barriga de manera que la cabeza quede libre de presiones. Una forma natural de realizarlo es colocarle boca abajo sobre nuestro pecho mientras estamos recostados.
- Realizar cambios en la posición de la cuna en la habitación (el niño o la niña suele colocar la cabeza hacia el lado que oye ruidos, hacia la luz, hacia sus padres...)
- Evitar las presiones constantes mantenidas sobre el occipucio por sillas con cabezal muy ajustado.
- Coger al bebé en brazos, alternando los mismos para evitar el apoyo sobre el mismo lado de la cabeza. En este sentido, el porteo puede ser un gran aliado.

RAQUITISMO

El raquitismo es la enfermedad más común del hueso en crecimiento y se produce por la falta de vitamina D, calcio o fósforo, lo que conlleva unos huesos blandos, deformados y con retraso en su desarrollo.

Para prevenirlo en lactantes menores de 1 año, la medida más eficaz es la recomendación de administrar 400 UI de vitamina D al día, sobre todo si toman lactancia materna exclusiva o menos de 1 litro al día de fórmula artificial.

ACCIDENTES DOMÉSTICOS

La mayoría de los accidentes en lactantes se producen en casa. Para evitarlos, se recomienda:

- Nunca dejar solo al bebé encima de la cama, el cambiador o el sofá.
- Nunca dejar solo al bebé en la bañera.
- No ponerle collares ni pulseras.
- Usar cunas homologadas y adaptadas a la edad del niño/a.
- Nunca dejar a su alcance objetos pequeños o tóxicos, bolsas de plástico, etc.
- No dejar visibles enchufes y protegerlos.

A Actividad 7.1: IDENTIFICAR RIESGOS FRENTE A ACCIDENTES DOMÉSTICOS

ACCIDENTES DE TRÁFICO

Aunque sean trayectos cortos, los bebés deben ir siempre en un sistema de retención infantil (SRI) adecuadamente instalado. Desde su primer viaje debemos utilizar un SRI homologado y adecuado a su tamaño. Su uso disminuye las muertes en un 75% y las lesiones hasta un 90%.

Para la criatura recién nacida y lactante menor de 6 meses, el SRI adecuado es el grupo 0 (hasta 10 kg) ó 0+ (hasta 13 Kg)

Los SRI deben situarse en la parte de atrás del vehículo a menos que no sea posible (por ejemplo, porque no haya asientos traseros), idealmente en el asiento del medio que es el más seguro, siendo el del copiloto el más peligroso.

Nunca debe colocarse en un asiento con airbag, a no ser que este pueda desconectarse.

Además, las sillas deben colocarse preferentemente en sentido inverso a la marcha, idealmente hasta los 4 años, siempre que sean compatibles. La contramarcha ha demostrado una seguridad claramente superior.



Figura 10: Sistemas de retención infantil recomendados.
Fuente: Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior. (2015)

INMUNIZACIÓN INFANTIL: REVISIONES Y CALENDARIO VACUNAL

Desde el nacimiento, el niño/la niña va a ser revisado/a por el equipo de pediatría (pediatra y enfermero/a). En las revisiones le atenderá el/la pediatra solo/a, el/la enfermero/a solo/a o ambos/as. En estas revisiones se lleva a cabo educación sanitaria, promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como detección precoz de problemas de salud.

Hay revisiones que incluyen administración de vacunas y otras no.

Las revisiones establecidas son:

- Periodo neonatal, generalmente en las primeras 2 semanas de vida.
- Revisión del mes.
- 2 meses.
- 4 meses.
- 6 meses.
- 11 meses.
- 12 meses.
- 15 meses.
- 18 meses.
- 24 meses.
- 3 años.
- 4 años.
- 6 años.
- 8 años (opcional).
- 10 años.
- 13 años.

La inmunización activa, mediante vacunas, es la base fundamental de la prevención de enfermedades infecto-contagiosas y ha contribuido de forma significativa a disminuir la morbilidad y mortalidad infantil.

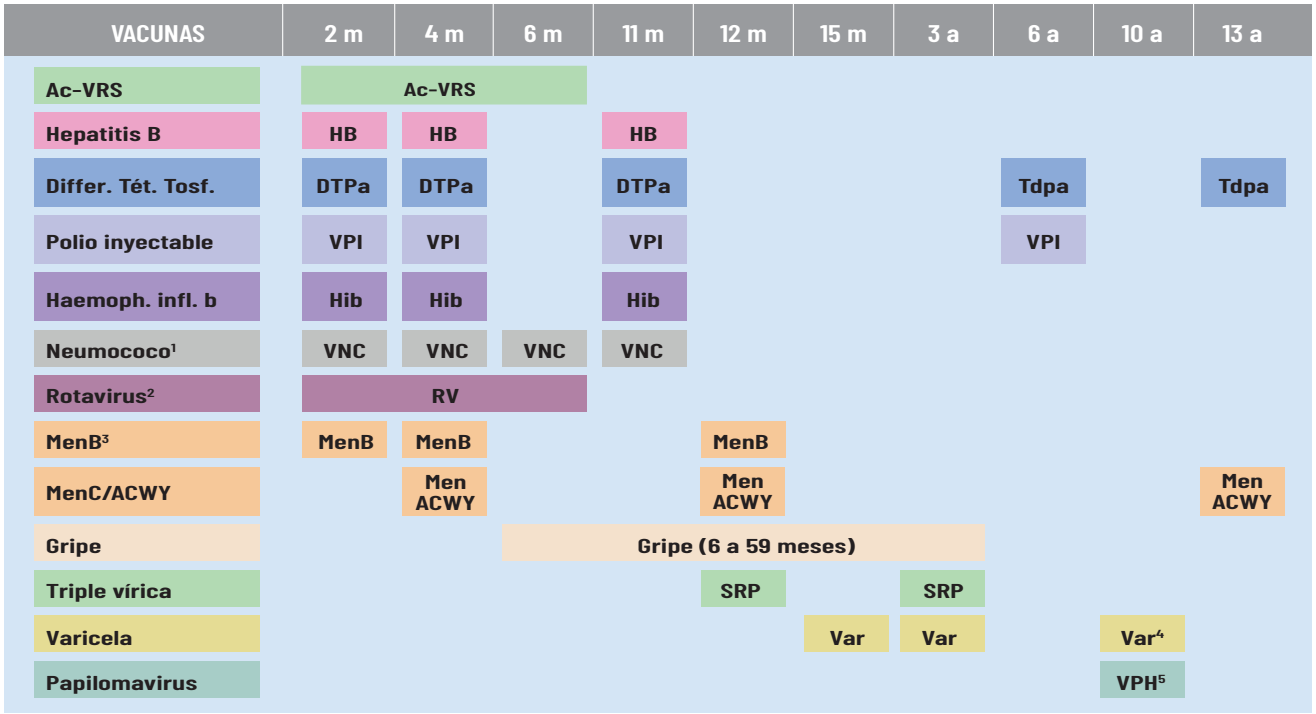


Figura 11: Calendario vacunal vigente en Asturias. Fuente: Adaptado de Astursalud (2025).

CORRESPONSABILIDAD

Cuando el bebé nace del cuerpo de su madre, la pareja, si la hay y ha estado presente en el parto, observa a su bebé también por primera vez. Este será un momento para interactuar entre los tres.

Durante las primeras 2 horas de vida, el bebé reconoce el mundo sobre el cuerpo de su madre. La pareja o acompañante presencia, comparte y cuida ese momento. Cuidar las luces, los ruidos y gestionar las llamadas será tarea suya. El teléfono debe esperar, es un instante único que no se repite.

Es importante estar pendientes del bebé durante estas primeras horas. La vía aérea debe estar siempre visible y despejada. Ante una respiración dificultosa, un quejido o un cambio de color, se debe avisar al personal sanitario.

Durante tiempo el bebé estará unido a su madre como una extensión de su cuerpo, y esto cobra especial relieve cuando hemos optado por alimentarle con leche materna. Descargar a la madre es tarea de la pareja, la familia o las amistades. Esto es el famoso “cuidar a la madre para que pueda cuidar al bebé”.

La pareja es la principal figura con quien se reparten los cuidados en una sociedad en la que, habitualmente, no se cuenta con una red más amplia. Papá u otra mamá son también figuras de apego para el bebé. Igual que las madres, a nivel cerebral y hormonal, en ellos/as se producen cambios que los predisponen al cuidado, siempre que estén presentes e implicados.

MOTIVOS DE CONSULTA

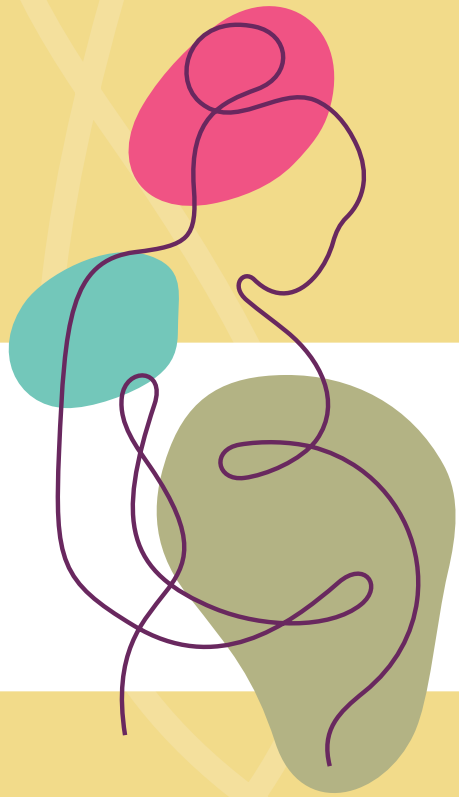
A **Actividad 7.2: ¿CUÁNDO DEBO CONSULTAR AL EQUIPO DE PEDIATRÍA?**

BIBLIOGRAFÍA

- Olivera Belart, N. (2024). Ser bebé: Guía de cuidados del bebé con evidencia y mucha emoción. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Sánchez Ruiz-Cabello, J. (2016). Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. En Recomendaciones Previnfad/PAPPS (en línea). Actualizado en enero de 2016. Disponible en http://previnfad.aepap.org/recomendacion/muerte-subita-lactante
- Previnfad, AEP. (2012, enero 2; revisado el 26 de julio de 2024). Prevención de accidentes domésticos.
- Carceller Benito F, Leal de la Rosa J. Relación entre la posición supina para dormir de los lactantes y la plagiocefalia posicional, consideración de otros factores etiológicos. Recomendaciones para su prevención y tratamiento. Grupo de Trabajo para el Estudio y la Prevención de la Muerte Súbita del lactante (GEPMSL) de la Asociación Española de Pediatría (AEP). 2004. Disponible en: http: //www. aeped.es/gepmsl/plagiocefalia.htm
- Dirección General de Tráfico (DGT). Viaja seguro con niños. Recuperado de https://www.dgt.es/muevete-con-seguridad/viaja-seguro/con-ninos
- Previnfad / AEPap. Recuperado de http://previnfad.aepap.org
- AEPap. Manual de vacunas. Recuperado de https://vacunasaepap.org/documentos/manual/manual-de-vacunas
- Asociación Española de Pediatría (AEP). Guía práctica para padres. Recuperado de https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia_practica_padres_aep_1.pdf
- Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Fiebre. Recuperado de https://seup.org/pdf/pub/hojas_padres/fiebre.pdf
- https://previnfad.aepap.org/monografia/muerte-subita-lactante#rec_previnfad
- https://www.andavac.es/wp-content/uploads/infografias/decalogo_medidas_prevencion_bronquiolitis.pdf
- https://www.osakidetza.euskadi.eus/bronquiolitis-aguda/webosk00-oskenf/es/
- https://enfamilia.aeped.es/prevencion/prevencion-bronquiolitis-inmunizacion-frente-al-virus
- https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-01/2016-infecciones-viricas-del-tracto-respiratorio-inferior/
- https://papps.es/vitamina-k-en-el-recien-nacido/#:~:text=Se%20recomienda%20la%20siguiente%20pauta,y%20seis%20semanas%20de%20vida
- https://previnfad.aepap.org/recomendacion/vitaminak-rec
- https://pap.es/articulo/13379/uso-profilactico-de-la-vitamina-k-para-prevenir-la-enfermedad-hemorragica-del-recien-nacido

8

PORTEO



GUÍA PROFESIONAL
PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE
EL EMBARAZO

Autora:

RAQUEL RODRÍGUEZ SANTAMARTA. Matrona. Área V

Revisado por:

ANDREA LÓPEZ NOZAL. Matrona. Vocal de la Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias (APROMAP)

MARÍA PASTOR BLANCO. Enfermera Especialista en Pediatría. Secretaría de la Asociación de Enfermería Pediátrica del Principado de Asturias (AEPPAS)

ÁNGELA ANTUÑA SUÁREZ. Fisioterapeuta. Representante de la Asociación Amamantar

8

PORTEO

Índice

UNIDAD 8. VISIÓN GENERAL	4
INTRODUCCIÓN. LA NECESIDAD DE CONTACTO	5
PORTEAR	5
BENEFICIOS DEL PORTEO	6
EL PORTEO ERGONÓMICO	7
EL PORTEO SEGURO	8
PORTABEBÉS ERGONÓMICOS	9
TIPOS DE PORTABEBÉS ERGONÓMICOS	10
CUANDO EL BEBÉ NO QUIERE SER PORTEADO	12
CONDICIONES ESPECIALES DEL BEBÉ	12
EL CUIDADO DEL CUIDADOR O DE LA CUIDADORA	12
BIBLIOGRAFÍA	13

UNIDAD 8	PORTEO
OBJETIVO GENERAL	Comprender el contacto físico como necesidad vital de la criatura recién nacida y el porteo como una herramienta para satisfacerla.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las embarazadas y sus acompañantes puedan: • Adquirir información sobre el porteo y sus posibilidades. • Adquirir habilidades para identificar portabebés ergonómicos evolutivos. • Desarrollar actitudes para ver el porteo como una herramienta más y reconocer el piel con piel como una necesidad fisiológica para la regulación del sistema nervioso autónomo.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Tríptico: Porteo del bebé
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 8.1: Porteo ergonómico y seguro ¿o no?
MENSAJES CLAVE	• El porteo es un arte ancestral que consiste en utilizar un portabebés para cargar al niño o niña, que necesita la proximidad física tanto como necesita sueño o alimento. • Portear es una herramienta facilitadora para muchas familias, para otras quizá no resulta cómodo o no sientan la necesidad de utilizar algo más, aparte del carrito y los brazos. • El porteo facilita que el niño o la niña mantenga la postura natural de la espalda, favoreciendo su desarrollo. • Las piernas deben estar recogidas, flexionadas. Adoptan una forma de M: abiertas y con las rodillas más altas que las caderas. • Es muy importante que la base sobre la que se sienta la criatura llegue de corva a corva. • Las recomendaciones actuales desaconsejan el porteo con el niño o la niña mirando hacia delante. Lo que sí está recomendado sería portear en la espalda cuando esté preparado para ello. • Su cara tiene que estar siempre libre, evitando que el cuello esté muy flexionado. • Hay mochilas, fulares tejidos, fulares elásticos, bandoleras e híbridos. En la actualidad existen numerosas opciones que facilitan el porteo ergonómico y seguro, es importante decidir la que más se adapte a la necesidad de cada familia. • La ropa que lleve el niño o la niña debe de ser más ligera. Los petos enterizos con pies no son recomendables ya que presionan los dedos de los pies al flexionar las piernas. • Algunos niños y niñas parecen no estar cómodos cuando se intenta portearlos. Se estiran, se arquean y lloran. Si también lo hacen sobre superficies firmes, habría que solicitar una valoración. • Debido a que portear implica cargar peso, el suelo pélvico requiere especial atención.

INTRODUCCIÓN. LA NECESIDAD DE CONTACTO

Los niños y las niñas nacen con la necesidad de estar en contacto con una persona de apego. La teoría del apego fue formulada por John Bowlby y se resume en que:

- El ser humano desarrolla una intensa vinculación hacia una persona (en general, la madre) y, una vez establecida, se mantiene constante.
- La separación de dicha persona (figura de apego) activa una reacción afectiva que se manifiesta a través de la conducta y según un patrón constante.
- La necesidad de apego es innata. Las conductas de apego se mantienen a lo largo de toda la vida y son la base de futuras relaciones, activándose en determinadas circunstancias.

El antropólogo y humanista Ashley Montagu ya habló de la importancia de la relación madre-bebé tras el nacimiento, explicando que en nuestra especie los bebés nacen inmaduros y necesitan completar su desarrollo enfrentando un periodo de maduración paulatina. A esta fase se le conoce como exterogestación.

La exterogestación es una etapa en la que el bebé necesita recrear al máximo las condiciones que tenía dentro del útero para poder crecer y desarrollarse, y necesita contacto y cuidados continuos, hasta el momento en que pueda gatear o moverse por sí mismo, cerca de los 9 o 10 meses de edad.

El pediatra neonatólogo Adolfo Gómez Papí, en su libro “El poder de las caricias”, también aboga por los vínculos afectivos e instintivos de los padres con los hijos e hijas, resaltando que las necesidades del bebé son muy sencillas: contacto, alimentación a demanda y compañía.

La respuesta está en el contacto físico como necesidad vital. Sin embargo, el estilo de crianza de estas últimas décadas ha enterrado nuestros instintos a base de fomentar una atención a los bebés que busca la independencia temprana.

Papí nos recuerda que los instintos de los bebés están todavía a flor de piel, sin influir por creencias o educación, de manera que atender sus demandas de brazos, alimento y caricias es la manera más sencilla de criar adecuadamente a nuestros hijos e hijas.

Criar en responsividad no tiene nada que ver con la hiperprotección. Nuestro hijo o hija ahora nos necesita para regularse, pues no es nada sin el cuerpo de su madre. Esto le permite poder construir con el tiempo la capacidad de autoregularse para llegar a ser un/a adulto/a sano/a, que percibe la vida con seguridad gracias a que la tuvo cuando más la necesitaba.

PORTEAR

El porteo es un arte ancestral que consiste en utilizar un portabebés para cargar al niño o niña. Somos una especie cargadora y, como tal, nuestro cuerpo está diseñado para llevar al bebé de manera natural y responder así a su necesidad vital de contacto.

A su vez, el niño o la niña necesita el contacto y calor humano. Necesita la proximidad física tanto como necesita sueño y alimento. El bebé no sabe que somos capaces de crear entornos seguros, cálidos y lejos de amenazas. Su neocórtex no ha madurado así que lo que dirige su comportamiento es el instinto, que le dice que solo puede sobrevivir en contacto con su cuidador/a.

Portear es una herramienta facilitadora para muchas familias, para otras quizá no resulta cómodo o no sientan la necesidad de utilizar algo más aparte del carrito y los brazos.

No existe un límite de tiempo diario para utilizarlo, se puede portear al niño o niña desde el nacimiento si es un portabebés ergonómico y, por tanto, adecuado a su tamaño y desarrollo.

BENEFICIOS DEL PORTEO

BENEFICIOS DEL PORTEO PARA EL BEBÉ

Con el porteo la criatura tiene cubiertas necesidades básicas como son: el contacto físico, la protección, la contención, el movimiento y la regulación de la temperatura, mejorando así la sensación de seguridad y el vínculo. Esto, y sentir el sonido de nuestro corazón, les hace sentirse tranquilos de modo que lloran menos y duermen más horas.

- Esta tranquilidad y la cantidad de estímulos desde esa posición hacen que su sistema nervioso se desarrolle óptimamente. La criatura percibe su propio cuerpo a través del contacto.
- La criatura puede ver y tocar a su cuidador/a, además de sentirlo/a cuando lo necesita. Lo más probable es que reciba la sensación de seguridad y comodidad que le otorga el experimentar que alguien que lo cuida está ahí.
- Los/as cuidadores/as reconocen antes las necesidades de la criatura y esto les potencia un apego seguro a través de la promoción del vínculo afectivo.
- El aumento de la temperatura del abdomen, la posición vertical y en flexión de la criatura y el masaje que el movimiento continuo le proporciona, reduce los cólicos. Además, la posición vertical disminuye el reflujo tras las tomas y ayuda a expulsar mejor los gases.
- Mejora la ventilación, ayudando a regular la frecuencia respiratoria.
- Favorece el desarrollo físico saludable ya que previene la plagiocefalia postural y además favorece el desarrollo de las caderas. Respeta la curvatura fisiológica de la espalda y mejora el tono muscular.
- En criaturas prematuras tendrá especial valor. Los cuidados canguro mejoran el desarrollo físico, intelectual y emocional.

BENEFICIOS DEL PORTEO PARA LA MADRE O EL PADRE

- Favorece la lactancia materna ya que estimula la producción de oxitocina y prolactina, y la criatura tiene una mejor accesibilidad al pecho.
- Favorece el vínculo por llevar a la criatura tan cerca. No solo entre mamá o papá y bebé, sino entre el bebé y cualquier cuidador/a.
- Se asocia a menores niveles de estrés y síntomas de depresión, además de una mejor reciprocidad y comunicación entre padres e hijos/as.
- Favorece la autoestima, ya que la persona que portea se siente más segura porque la criatura, habitualmente, llora menos y duerme mejor.

- Favorece la autonomía y la libertad de movimiento. Facilita las tareas habituales con la libertad que produce tener las manos libres y sentirse cómodos/as al mismo tiempo que se cuida y se protege a la criatura.
- Nos permite estar con otros hijos o hijas. A algunos hermanos y hermanas mayores esto puede ayudarles a no sentirse desplazados/as.
- Favorece el movimiento por ciudades donde necesitemos desplazarnos en transporte público o subir y bajar escaleras.
- Reparte el peso de la criatura y permite un buen control postural a la persona porteadora. Cuando colocamos al niño o niña en un portabebés y nos lo ajustamos de forma correcta, nuestra postura mejora: la espalda está más recta, y la pelvis más neutra, además de descansar los brazos. Al contrario de lo que pueda parecer, si porteamos bien la espalda no duele.
- En caso de gemelos/as, es de gran ayuda poder portear a ambas criaturas, idealmente uno/a cada miembro de la pareja. Si hablamos de familias monomarentales, también podría portear la persona que esté ayudando a la mujer más de cerca. Por supuesto, existen maneras de que una persona portee a dos bebés para momentos puntuales. En caso de embarazo gemelar, consultar páginas especializadas.

EL PORTEO ERGONÓMICO

El porteo ergonómico es aquel que:

- Se adapta a las criaturas y a sus necesidades dependiendo del momento del desarrollo en el que se encuentren.
- Respeta los principios del porteo seguro.

El porteo nunca es ergonómico por sí mismo, es necesario adaptar el portabebés al momento evolutivo del niño/a ya que este deja de ser ergonómico si no se usa correctamente.

LA POSTURA DEL BEBÉ PORTEADO

Para que un portabebés sea ergonómico deberá respetar la postura de la criatura cumpliendo ciertos requisitos:

1. La pelvis debe estar en retroversión, con el periné en contacto con el abdomen de la persona que lo portea.
2. El portabebés respetará la curvatura natural de la espalda de la criatura de manera que es imprescindible que los materiales se adapten al momento evolutivo del niño o niña.
3. Debe sostener la cabeza de la criatura, que estará a su vez apoyada sobre el porteador o porteadora. Debe estar a la distancia de un beso pero sin que nuestra barbilla choque contra su cabeza. La vía aérea, es decir, su nariz y su boca, debe estar siempre visible.

4. Nunca se porteará con el bebé mirando hacia fuera, esta postura hace que el peso recaiga casi absolutamente en sus genitales, sin respetar la curvatura natural de su espalda y realizando una apertura no fisiológica de las caderas. Será posible portearlo a la espalda de su cuidador/a cuando ya realice el sostén cefálico.

5. Las piernas deben estar recogidas, flexionadas. Visualmente, adoptan una forma de M: abiertas, y con las rodillas más altas que las caderas. Es fundamental mantener la cadera del bebé en esta buena postura. Cuando tiene las piernas flexionadas, la cabeza del fémur estimula el punto de unión con la pelvis, o sea, la articulación de la cadera, lo que favorece el buen desarrollo de esta.

6. Es muy importante que la base sobre la que se sienta el bebé, lo que llamamos el puente, llegue de corva a corva (la parte de detrás de las rodillas). Si no sujeta hasta las corvas, las piernas del bebé no irán en M y su cadera no estará en una posición fisiológica. Este es uno de los principales problemas de algunas mochilas no ergonómicas. En ellas el bebé va con las piernas colgadas y esto hace que pierda la curvatura natural de la espalda.





EL PORTEO SEGURO

La regla TICKS nos ayuda a conocer la práctica de un porteo seguro que nos permita adaptarlo a la etapa del desarrollo de nuestro hijo o hija:

- **TIGHT – adherido al cuerpo, correctamente ajustado.**

  Los portabebés deben estar correctamente ajustados a los cuerpos del porteador/a y del niño o niña. Si no están juntos, si los tirantes o enganches de la mochila están largos o la tela del fular no es suficientemente consistente, puede hacer que la criatura se caiga hacia abajo impidiéndola respirar correctamente. Esto será más fácil de conseguir al inicio si utilizamos un fular.

- **IN VIEW ALL TIMES – cara a la vista en todo momento.**

  Cuandos se esté porteando, siempre debemos poder ver la cara del niño o niña, sin tener que descubrírsela.

- **CLOSE ENOUGH TO KISS – a la altura del beso.**

  La cabeza del niño o niña debe quedar en una altura en la cual el/la porteador/a pueda darle un beso fácilmente pero que a su vez no haga que la barbilla choque contra su cabeza.

- **KEEP CHIN OFF THE CHEST – la barbilla lejos del pecho.**
  Esto asegurará que su vía aérea quede libre y no esté comprometida.

- **SUPPORTED BACK – la espalda sostenida.**
  Es necesario que el portabebés respete la curvatura natural de la espalda del niño o niña y que pecho y espalda estén adheridos al cuerpo del porteador/a, con sus piernas en posición de M y sus nalgas por debajo de sus rodillas.

Además, hay que tener en cuenta que al darle calor corporal la ropa que lleve el niño o la niña debe de ser más ligera. Los petos enterizos con pies no son recomendables ya que presionan los dedos de los pies al flexionar las piernas.

Hay que elegir el portabebés que se adapte a la edad y desarrollo del niño o niña y que sea ergonómico. Será fundamental saber cómo utilizarlo.

PORTABEBÉS ERGONÓMICOS

Un portabebés ergonómico debe permitir portear de manera segura, manteniendo al niño o niña bien sujeto/a y ajustado/a, pero debemos saber cómo portear para hacerlo de forma correcta.

- **Debe respetar las normas de porteo seguro** (posición fisiológica, correcta tensión y ajuste, cabeza sujeta y vía aérea despejada).
- **No permite llevar al niño o niña en una postura incorrecta**, mirando hacia delante o tumbado. La barriga del niño o niña debe ir en contacto con el cuerpo del adulto. Es recomendable adaptar las posturas y los materiales al momento evolutivo del niño o niña.
- **Se adapta al tamaño de la criatura y se ajusta correctamente** a su postura. Los hay evolutivos que pueden usarse desde recién nacidos y van creciendo con el bebé. Si no, deben especificar el rango de edad adecuado para su uso.
- En caso de criaturas recién nacidas, da soporte a la cabeza. **La sujeta de manera suave pero firme** si aún no tienen control sobre ella.
- El niño o la niña debe de quedar alto/a, a la altura de un beso. De esta manera podemos visualizar su cara y la vía aérea tiene que quedar libre. Nunca debe quedar por debajo de la región umbilical del adulto.
- **Debe sujetar bien al niño o niña de modo que si tú te agachas el bebé no se mueve**.
- **Con tela firme, pero sin ser rígido** en la zona de la espalda para respetar su curvatura natural.
- Es **cómodo** para el porteador o la porteadora y favorece una buena higiene postural.



Actividad 8.1: PORTEO ERGONÓMICO Y SEGURO, ¿O NO?

TIPOS DE PORTABEBÉS ERGONÓMICOS

Acudir a una tienda especializada en porteo ergonómico puede ser buena idea. Son tantos los diferentes modelos que existen que quizá sea mejor probarlos antes. Hay mochilas, fulares tejidos, fulares elásticos, bandoleras e híbridos.

El portabebés no solo debe adaptarse al niño o niña, también debe adaptarse a la persona que va a portear para que este se realice de la manera más beneficiosa para las dos partes.

MOCHILA EVOLUTIVA

Constan de un panel central de tejido plano, con un cinturón ajustable y dos tirantes conformados y acolchados de cierre en clic que se unen en la espalda. Se trata del portabebés más fácil de quitar y poner.

Existen diferentes modelos en el mercado que adaptan sus características para que puedan ser usados desde el nacimiento, para ello debe ser una mochila evolutiva que permita adaptar al niño o niña y su fisiología en cada momento del desarrollo. Además debe ser posible ajustarlo en ancho y alto. No todas las mochilas pueden usarse desde el nacimiento por lo que es importante previamente consultar a un/a profesional del porteo.

FULARES

Los fulares son piezas largas de tela que puede ser rígida o elástica. Son aptos desde el nacimiento, pero el elástico tiene un límite de 9 kg porque cede. Permiten llevar al niño o niña delante, atrás o a la cadera.

Se requiere práctica y entrenamiento para su uso.

FULAR ELÁSTICO

Los fulares elásticos son muy prácticos y útiles para portear a la criatura recién nacida. Es importante conocer bien la técnica para conocer la tensión que se debe poner. El nudo puede ser preanudado y nos da la confianza de hacer el nudo primero y meter a la criatura después.

Para veranos calurosos no son la mejor opción, aunque los hay de telas más finas que el algodón, como el bambú. También existen híbridos de fular elástico en forma de mochila. En verano, se recomienda poner una muselina entre porteador/a y niño/a para tener menos calor.

FULAR TEJIDO (RÍGIDO)

El fular tejido sí es una opción que vale para bebés pequeños y niños y niñas más grandes. Son muy versátiles, pero requieren entrenamiento y destreza para aprender a hacer los nudos adecuadamente. De todos modos, el porteo es un mundo que absorbe. La variedad de colores, diseños y tejidos es muy atractiva. Cuando se aficionan, muchas familias se hacen auténticas expertas en nudos y formas de portear.

BANDOLERA DE ANILLAS

La bandolera se compone de un tramo de tela confeccionada con tejidos no elásticos. En uno de los extremos llevan cosidas un par de anillas, fabricadas específicamente para portear.

La manera de colocarlo es pasar el extremo libre de la tela por las anillas de modo que queda un bolsillo donde se lleva al niño o niña en posición erguida delante, en la cadera o en la espalda.

Es adecuada desde el nacimiento. El hecho de que el peso se cargue en un solo hombro puede limitar su uso con niños y niñas más grandes o pesados.

Además de versátil, es fácil de poner y quitar, lo que la convierte en ideal para los *sube y baja* cuando el pequeño ya gatea o camina.

MEITAI

Es un portabebés de inspiración oriental. Consta de un panel de tela cuadrada con dos tiras superiores (tirantes) y dos inferiores (cinturón). Fácil de usar. Permite llevar al niño o niña delante, a la cadera y a la espalda. A diferencia de las mochilas, no utiliza clicks para los ajustes.

No aptos hasta que el niño o la niña no sepa sentarse (4-6 meses).

CAMISETAS DE PORTEO

Deben de ajustarse al cuerpo del niño o de la niña. Las hay que solo sirven para hacer piel con piel.






CUANDO EL BEBÉ NO QUIERE SER PORTEADO

Algunos niños o niñas parecen no estar cómodos/as cuando se les intenta portear.

En caso de que el niño o niña rechace el porteo, debemos valorar varias opciones: probar a meterlos en la mochila o fular después de haber comido y con el pañal limpio, mecerles rítmicamente, y tener paciencia. Algunos bebés protestan al ser metidos en el portabebés, pero en cuanto sienten la postura de ranita y el contacto, se relajan y acaban durmiendo.

Aun así, hay niños y niñas que siguen sin estar cómodos/as. Se estiran, se arquean y lloran. Si también lo hacen al tumbarles sobre superficies firmes, habría que solicitar una valoración al equipo de pediatría.

CONDICIONES ESPECIALES DEL BEBÉ

LA DISPLASIA DE CADERA

La displasia de cadera es un término amplio que se ha utilizado para describir problemas de la cadera que se halla en desarrollo. Se presenta cuando la cabeza del fémur no se encuentra encajada en el acetábulo de la cadera y se desplaza dentro de esta, deformando sus bordes. Puede ser congénita o evolutiva.

Llevar correctamente a un niño o una niña en un portabebés ergonómico permite la posición de flexión y abducción, de manera que la cadera permanece en esta posición óptima, favoreciendo su desarrollo. Pero no es una cura para la displasia y resulta necesario llevar al niño o niña a los controles médicos de rutina. Puede ser conveniente llevar el portabebés o el folleto ilustrativo sobre el mismo a la consulta e indicar la manera en que se usa.

EL CUIDADO DEL CUIDADOR O DE LA CUIDADORA

PORTEAR TRAS CESÁREA

Con cesárea, la madre puede hacer un porteo recostado, con la criatura en piel con piel. Una vez que se encuentre bien y recuperada, puede portear durante periodos cortos de tiempo para ver cómo se siente. Si tiene molestias, es mejor esperar y valorar cómo está su faja abdominal y el suelo pélvico.

EL CUIDADO DEL SUELO PÉLVICO

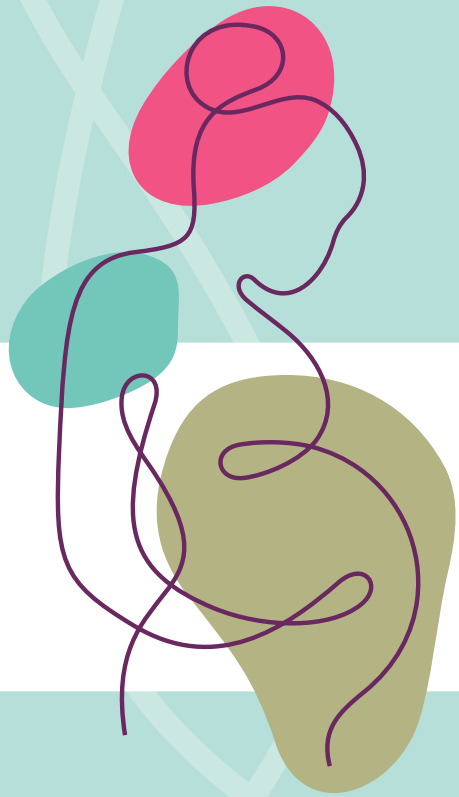
Debido a que llevar a un bebé implica cargar peso, el suelo pélvico requiere especial atención. Si este se encuentra afectado, debemos eludir portabebés preformados o con cinturones y amarres que concentren el apoyo del niño o niña en la cintura o presionen demasiado el vientre.

BIBLIOGRAFÍA

- Olivera Belart, N. (2024). Ser bebé: Guía de cuidados del bebé con evidencia y mucha emoción. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Cuartero Funes, M. del M., Bueicheku Buila, R. D., Jumilla Burugorría, A., Ondiviela Garcés, P. C., & Ventura Tazueco, E. (2021). Beneficios del porteo ergonómico. Revista Sanitaria de Investigación.
- López, E., & Calderón, V. (2018). Listo para llevar: Guía de porteo y portabebés. Create Space Independent Publishing Platform.
- Montagu, A (2016). El tacto. La importancia de la piel en las relaciones humanas. Ediciones Paidós.
- López Acuña, E. S., & Salmerón Ruiz, M. A. (2014). El porteo ergonómico. Pediatría Integral.
- Gómez Papí, A. (2011) El poder de las caricias. Grupo Planeta Spain.

9

ACTIVIDADES



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL EMBARAZO

9

ACTIVIDADES

Índice

ACTIVIDAD 1.1	4
ACTIVIDAD 1.2	5
ACTIVIDAD 1.3	6
ACTIVIDAD 1.4	7
ACTIVIDAD 2.1	9
ACTIVIDAD 2.2	11
ACTIVIDAD 2.3	12
ACTIVIDAD 2.4	16
ACTIVIDAD 2.5	17
ACTIVIDAD 3.1	18
ACTIVIDAD 3.2	20
ACTIVIDAD 3.3	21
ACTIVIDAD 3.4	22
ACTIVIDAD 3.5	23
ACTIVIDAD 3.6	25
ACTIVIDAD 4.1	27
ACTIVIDAD 4.2	28
ACTIVIDAD 4.3	31
ACTIVIDAD 4.4	33
ACTIVIDAD 5.1	34
ACTIVIDAD 5.2	36
ACTIVIDAD 5.3	38
ACTIVIDAD 6.1	43
ACTIVIDAD 6.2	45
ACTIVIDAD 7.1	46
ACTIVIDAD 7.2	48
ACTIVIDAD 8.1	50

1.1

ACTIVIDAD

NOS PRESENTAMOS

- TRABAJO POR PAREJAS / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Conocer a las diferentes personas que constituyen el grupo y sus expectativas.
- **MATERIALES:** Post-it y bolígrafos, uno para cada asistente.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Con esta actividad se pretende conocer a las diferentes personas participantes e iniciar un diálogo que permita crear un ambiente relajado en el que poder expresarse con libertad.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Los y las asistentes se agruparán de dos en dos, y se harán preguntas mutuamente.

- Nombre
- Número de hijos/as
- Semana de gestación
- ¿Qué tal has pasado el primer trimestre de embarazo?
- Aficiones
- Motivos para realizar el curso

Se facilitará un post-it a cada participante para poder escribir las respuestas que se den. Dispondrán de 5 minutos para recoger la información y, posteriormente, cada participante presentará a su compañera/o al resto del grupo, añadiendo a la presentación aquellos detalles que considere interesantes. Cada uno de los papeles adhesivos utilizados se colgará en una pared de la sala.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Se resaltará que el grupo está formado por personas de diferentes características, lo cual enriquecerá el aprendizaje. Finalmente, para concluir la actividad, se pueden destacar brevemente los aspectos relacionados con las motivaciones personales que les han llevado a participar en el grupo de educación parental o con la existencia de embarazadas que ya son madres y de otras que aún no lo son.

1.2

ACTIVIDAD

DIARIO DEL EMBARAZO

- TRABAJO INDIVIDUAL / PARA CASA
- **OBJETIVO:** Crear un diario personal para documentar y reflexionar sobre la experiencia del embarazo.
- **MATERIALES:** Cuaderno o diario / Bolígrafo o lápiz / Opcional: pegatinas, fotos, recortes de revistas, etc.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Con esta actividad se pretende animar a las embarazadas a documentar su embarazo en un diario personal, que invite a la reflexión y a la expresión de sentimientos.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Daremos instrucciones para que las gestantes sepan qué pueden incluir en su diario:

- Comienza tu diario con una breve introducción sobre ti y tu embarazo. Incluye la fecha de inicio y cualquier información relevante sobre tu situación actual.
- Dedica una página o más a cada semana para escribir sobre tus experiencias, sentimientos y cambios físicos. Puedes incluir:
  - — Semana de embarazo: anota la semana en la que te encuentras.
  - — Cambios físicos: describe cualquier cambio que hayas notado.
  - — Emociones: reflexiona sobre cómo te sientes emocionalmente.
  - — Actividades: escribe sobre las actividades que has realizado.
  - — Consultas médicas: registra las visitas al médico/a o matrona, y cualquier consejo o información importante que hayas recibido.
  - — Momentos especiales: reserva páginas para momentos especiales, como la primera ecografía, el primer movimiento del bebé, o cualquier evento significativo. Puedes añadir fotos, dibujos o recuerdos.
  - — Reflexiones y pensamientos: utiliza algunas páginas para reflexionar sobre tus pensamientos y expectativas para el futuro. ¿Cómo imaginas la vida después del nacimiento del bebé? ¿Qué esperas para ti y tu familia?
  - — Consejos y apoyo: anota cualquier consejo útil que hayas recibido de amistades, familiares o profesionales de la salud. También puedes escribir sobre el apoyo emocional que has recibido y cómo te ha ayudado.
- Personaliza tu diario: con pegatinas, recortes de revistas, dibujos, o cualquier otro elemento que te guste. Haz que sea un reflejo de tu personalidad y tu experiencia única.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Una vez finalizadas las sesiones de educación parental animaremos a las gestantes a compartir algún fragmento de su diario y lo que les ha aportado su elaboración.

1.3

ACTIVIDAD

CUESTIONARIO PARA UN EMBARAZO FÍSICAMENTE ACTIVO

- TRABAJO INDIVIDUAL / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Identificar a las gestantes que deben buscar consejo médico como primer paso para la realización de actividad física durante el embarazo, y ayudar a la mayoría de embarazadas sanas a superar cualquier preocupación que puedan tener en este sentido.
- **MATERIALES:** Cuestionarios impresos / Bolígrafo o lápiz, y papel / Opcional: Ver cuestionario en móvil a través del código QR.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

El *cuestionario para un embarazo físicamente activo* de la Sociedad Canadiense de Fisiología del Ejercicio está diseñado para ser una herramienta de pre-selección autoadministrada, que empodere a las personas para ser responsables de su propia salud y bienestar durante su embarazo.

Ayuda a los/as proveedores/as de atención sanitaria a tener una conversación significativa sobre los beneficios de la actividad física con sus pacientes embarazadas.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Entregaremos una copia del cuestionario a cada participante. En su defecto, pueden acceder al cuestionario a través del código QR y contestar en una hoja aparte.
- Explicaremos cómo completar el cuestionario, asegurándonos de que entienden cada pregunta y la importancia de responder con sinceridad.
- Daremos tiempo suficiente para que las participantes completen el cuestionario.
- Ofreceremos asistencia para aclarar cualquier duda que puedan tener.
- Una vez completado el cuestionario, revisaremos las respuestas. Identificaremos cualquier posible contraindicación para la actividad física y discutiremos los resultados.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Basándonos en los resultados del cuestionario, se hará una síntesis del nivel de actividad física del grupo, y de los posibles riesgos y contraindicaciones, reflexionando sobre la importancia de mantenerse activas durante este periodo.

Más adelante, y en consulta, se podrá utilizar esta información para desarrollar un plan de actividad física personalizado, adaptado a sus necesidades y condiciones específicas de cada embarazada.

1.4

ACTIVIDAD

TABLA DE EJERCICIOS

- TRABAJO INDIVIDUAL / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Trabajar la movilidad de las articulaciones implicadas en el parto y tonificar los grupos musculares que se debilitan en el curso del embarazo.
- **MATERIALES:** Colchoneta / Pelotas de Fitball / Almohadas o cojines.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

El ejercicio físico durante el embarazo puede mejorar la salud general, reducir el estrés y preparar el cuerpo para el parto.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Sentada sobre los talones con una almohada entre medias, piernas separadas, espalda recta. Hacer retroversión y anteversión de la pelvis. Repetir 10 veces.
- Sentada sobre los talones con las rodillas separadas todo lo que se pueda, brazos extendidos hacia delante, deslizarse con ellos hacia delante estirando la espalda y apoyando la cabeza en el suelo. Respirar suavemente unos segundos en la posición.
- En cuadrupedia: ejercicio del gato-camello (encorvando la espalda arriba y abajo). Repetir 10 veces.
- En cuadrupedia: llevar la pelvis hacia los lados sin mover el tronco.
- En cuadrupedia: Las manos separadas al ancho de los hombros y las rodillas al ancho de las caderas. Pelvis neutra. Inspira y al espirar realiza una báscula pélvica. Repítelo 5 veces.
- En posición de cuclillas con talones apoyados: aguantar de 30 segundos a 1 minuto respirando suavemente.
- Sentada con pies juntos, un brazo apoyado por detrás de la espalda y el otro elevado por encima de la cabeza, arquear el tronco a un lado sin despegar la nalga y respirar 3 veces. Repetir 5 veces a ambos lados.
- Tumbada boca arriba: hacer ejercicio de contracción del transverso, hundiendo el ombligo a la vez que espiramos. Este ejercicio se puede hacer en cuadrupedia. Repetir 10 veces.
- Tumbada boca arriba con las rodillas flexionadas y paralelas, los pies apoyados en el suelo. Brazos extendidos en cruz con las palmas hacia arriba. Inspira y al espirar lleva las piernas a un lado y la cabeza hacia el otro, sin despegar escápulas y sin separar las rodillas. Inspira y al espirar vuelve a la posición inicial. Realizar 3-5 veces hacia cada lado.
- Colócate tumbada boca arriba con las rodillas flexionadas y paralelas, los pies apoyados en el suelo. Los brazos estirados hacia al techo y las palmas de las manos mirándose entre sí. Inspira intentando tocar el techo con las puntas de los dedos, al espirar junta las escápulas. Repetir 10 veces.

ACTIVIDAD 1.4

- Colócate tumbada boca arriba con los pies apoyados en la pared, de manera que se forme un ángulo de 90 º entre la cadera y la rodilla. Los brazos a lo largo del cuerpo. Inspira y al espirar, rota los pies hacia fuera y hacia dentro, mientras se van separando las piernas. Después, inspira y al espirar repite el movimiento de zigzag para ir cerrando las piernas y volver a la posición inicial. Repetir 5-10 veces.
- Colócate en posición tumbada de lado. Una mano debajo de la cabeza y la otra por delante del pecho para estabilizar. Rodillas flexionadas y pies juntos. Si te molesta la tripa puedes colocar un cojín debajo de ella. Inspira y al espirar separa la rodilla que está arriba y llévala al techo como si se abriese una ostra manteniendo los pies juntos. Inspira y vuelve a la posición inicial. Repítelo 5-10 veces con cada pierna.
- Tumbada boca arriba, piernas dobladas hacia la barriga, mover talones y pies en rotación interna y externa. Repetir 10 veces.
- De pie: manos a la cintura, pies en rotación externa, un pie apoyado en una silla estable con la rodilla a 90º. Hacer flexo-extensiones de ambas rodillas dejándose caer hacia delante y manteniendo la posición unos segundos. Repetir 5 veces con cada pierna.

NOTA: Deberemos tener en cuenta el síndrome de hipotensión supina por compresión de la vena cava. Si es preciso, se recomendará a la gestante tumbarse de lado, preferiblemente sobre el lado izquierdo

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Combinaremos ejercicios de movilidad, tonificación y estiramiento para llegar al parto en las mejores condiciones posibles.

2.1

ACTIVIDAD

EJERCICIOS RESPIRATORIOS

- TRABAJO INDIVIDUAL / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Aprender los diferentes tipos de respiración para adaptarlos a los cambios del embarazo y el trabajo del parto. Asociar el movimiento de salida del aire con la relajación.
- **MATERIALES:** Colchonetas o sillas.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

La respiración es una función vital semivoluntaria; se pueden modificar el número de respiraciones por minuto y la duración de la inspiración y de la espiración, para conseguir una buena oxigenación y, a la vez, una buena relajación.

Los ritmos de inspiración y de espiración se relacionan con estados de ansiedad-agresividad o de calma-reposo. La sensación de calma-reposo se fomenta prolongando la espiración.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Puesto que nos encontramos al inicio de la sesión, nuestra propuesta es hacer los ejercicios en la misma silla donde se encuentra la mujer. Si bien, se podrían plantear al final de cualquier sesión y, de cara a favorecer la relajación, hacerlos tumbadas sobre una colchoneta y con los ojos cerrados. En ese caso, deberemos tener en cuenta el síndrome de hipotensión supina por compresión de la vena cava. Si es preciso, se tumbará a la gestante de lado, preferiblemente sobre el lado izquierdo.

Invitaremos a la mujer a apoyar ambos pies en el suelo, separados al ancho de las caderas. En todas las respiraciones, intentaremos hacer una pausa post-inspiratoria para fomentar el intercambio gaseoso y la relajación.

1. **Respiración torácica:** Con las manos apoyadas en el tórax, coge aire por la nariz y llévalo a la parte alta del pecho. Suéltalo lentamente, bajando el pecho.
2. **Respiración costal:** Con las manos apoyadas sobre los costados, coge aire por la nariz e intenta llevarlo a las costillas. Puedes imaginar que es una acordeón que quieres abrir. Échalo lentamente.
3. **Respiración abdominal o diafragmática:** Con las manos apoyadas en el abdomen, coge aire por la nariz hinchando la barriga. La espiración será activa y prolongada por la boca, contrayendo el bajo vientre.
4. **Respiración completa:** Con las manos apoyadas donde te resulte más cómodo (abdomen, tórax, costillas), coge aire por la nariz e intenta llevarlo al tórax, costillas y abdomen, expandiendo los pulmones en todas las direcciones. Suéltalo lentamente.
5. **Respiración superficial o "de emergencia"**: Este es un tipo de respiración que puede provocar hiperventilación, agota y se utilizará únicamente cuando sea imposible realizar respiraciones de espiración prolongada.

   — Al iniciar la contracción, el ritmo de la respiración es más lento y profundo.

ACTIVIDAD 2.1

— A medida que aumenta la intensidad de la contracción, el ritmo respiratorio es más rápido y superficial.

— Al ir disminuyendo la intensidad de la contracción, el ritmo respiratorio se vuelve más lento y profundo, acabando con una respiración profunda.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Se resaltará que prolongar la espiración el máximo tiempo posible fomenta la sensación de calma-reposo. Es algo que intentaremos trabajar a lo largo de la contracción llegado el momento.

Recordaremos que el trabajo en piscina y la técnica de natación suponen un ejercicio de respiración muy natural, donde alargar la espiración es muy sencillo. Otra forma de trabajarla es a través del canto. Cantarle a nuestro/a hijo/a, además de un ejercicio de vínculo muy especial, nos permitirá entrenar la respiración. De modo que nadar y cantar quedarían como “deberes” para casa.

2.2

ACTIVIDAD

EJERCICIO DE AUTOCONOCIMIENTO DEL SUELO PÉLVICO CON ESPEJO Y MASAJE PERINEAL

- TRABAJO INDIVIDUAL / PARA CASA
- **OBJETIVO:** Fomentar el autoconocimiento y la autoexploración, a la vez que trabajamos la elasticidad de los tejidos de cara al parto.
- **MATERIALES:** Espejo / Enlace a la Guía de Masaje Perineal. FAME.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

La vulva de cada mujer es distinta y conocer el estado previo al parto será importante para saber identificar anomalías posteriores, si se produjesen.

El masaje perineal es útil en muchos sentidos, nos invita a autoexplorarnos. Realizado durante el embarazo permite prevenir traumatismos perineales. Con él, se pretende estirar el periné y dotarlo de más elasticidad. Se ha demostrado que es eficaz si se comienza a practicar, como mínimo, 6 semanas antes de la fecha del parto.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Encuentra un lugar cómodo y privado.
- Asegúrate de tener buena iluminación.
- Siéntate o acuéstate en una posición que te permita ver claramente tu área vaginal. Puedes estar en cuclillas, sentada con las piernas abiertas o acostada con las rodillas flexionadas.
- Coloca el espejo frente a tu vulva.
- Observa los labios mayores y menores, el clítoris, la apertura de la uretra, la vagina y el ano. Busca cualquier cambio en color, textura o forma.
- Con las manos limpias, utiliza la yema de los dedos para palpar suavemente la zona. Busca cualquier área que se sienta diferente, como bultos, zonas dolorosas o cambios en la textura.
- Tómate tu tiempo para familiarizarte con tu cuerpo.
- A continuación, puedes realizar el masaje perineal siguiendo las indicaciones recogidas en la guía de la FAME.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Se trasladarán expectativas realistas de cara a la prevención de traumatismos perineales. El masaje puede prevenir desgarros, pero no la realización de una episiotomía, que se lleva a cabo por circunstancias que no tienen que ver con la elasticidad del periné, como es el riesgo de pérdida de bienestar fetal o el parto instrumental. No obstante, animaremos a realizarlo por su potencial impacto preventivo y por el ejercicio de autoconocimiento que supone.

2.3

ACTIVIDAD

EJERCICIO DE ATENCIÓN PLENA

- TRABAJO INDIVIDUAL Y POR PAREJAS / 10 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Dar a conocer herramientas que ayuden a las embarazadas a gestionar la ansiedad y ponerlas en práctica.
- **MATERIALES:** Silla, colchoneta o cojín / Cronómetro.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

El Mindfulness es una disciplina que trabaja la atención, intentando anclarla de manera intencionada en el momento presente, tomando conciencia de las cosas sin hacer juicios. Es una herramienta muy útil para trabajar la relajación y gestionar la ansiedad asociada al embarazo y posparto.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Son muchos y muy diversos los ejercicios que se pueden realizar. Aquí recogemos algunas opciones, aunque existen muchas otras. Podemos dosificar su ejecución y realizar una meditación al final de cada sesión a partir de ahora. Algunas meditaciones se pueden plantear como “deberes” para casa.

MEDITACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

- Siéntate en una silla o en el suelo sobre un cojín, asegurándote de tener la columna vertebral recta, pero sin forzar demasiado, manteniendo una postura que combine estabilidad y comodidad.
- Fíjate en cómo queda la columna vertebral, ascendiendo poco a poco desde la base, en el coxis, hasta llegar al cuello y la cabeza. Corrige la postura si es preciso, para evitar tensiones innecesarias. Asegúrate de que los hombros estén relajados, ligeramente hacia atrás, y de que los brazos reposen cómodamente en el regazo o en la silla.
- Cierra suavemente los ojos e intenta respirar por la nariz. Mantén la boca cerrada, pero sin ninguna tensión en los labios, y apoyando la lengua en el paladar.
- Una vez establecida la postura, intenta permanecer inmóvil durante la duración de esta práctica. Si necesitas moverte, hazlo muy despacio y con conciencia plena, sin impulsividad, para no perder la concentración.
- Ahora tómate un momento para identificar las sensaciones que produce la respiración en el cuerpo. El lugar preferible para esta observación es la nariz. Identifica las sensaciones que se producen en los orificios nasales cuando el aire entra y cuando sale. Si este lugar no te resulta fácil fíjate en que el pecho, se ensancha y se encoge con cada respiración, o tal vez prefieres el vientre que sube y baja con los movimientos de la respiración. Si lo deseas, puedes hacer 2 o 3 respiraciones profundas para establecer el lugar de forma precisa y volver después a la respiración natural.

ACTIVIDAD 2.3

- Una vez establecido el sitio de observación, debes permanecer fiel al mismo durante toda la práctica. Si la respiración se vuelve más sutil, no te preocupes, es normal. Intenta fijarte con detalle en las sensaciones al respirar en el lugar elegido.
- No intentes cambiar la respiración en ninguna forma ni controlarla en ningún momento. Simplemente observa su flujo y las sensaciones que se producen en ese lugar. Es como bailar con el aliento, dejándote llevar por su ritmo, siguiendo la inspiración desde que comienza hasta que acaba. Siguiendo la exhalación desde el principio hasta el fin, plenamente presente en el punto en el que la inhalación y la exhalación se encuentran y se cambia el sentido del aire.
- Recuerda que la respiración es un ancla al momento presente, es una manera de estar en contacto con la experiencia inmediata, momento a momento. Observando el flujo hacia adentro y sintiendo la corriente hacia fuera quizás percibas ese momento, al final de la exhalación, antes de que el flujo se invierte y el cuerpo empieza a tomar el próximo aliento. Así vas desarrollando ese contacto íntimo con la respiración, aliento tras aliento, momento a momento.
- No reprimas ni alientes pensamientos.
- Quizás notes cómo al dejar de fijarte en la respiración, la mente se deja llevar por algún pensamiento. Es normal, pues la tendencia de la mente es vagar y tiene el hábito de saltar de un pensamiento a otro hasta que encuentra algo con interés. No te preocupes, es habitual que al principio a la mente le cueste estar quieta.
- Por ello, debes vigilar para recuperar la atención en la respiración tan pronto como la pierdas, este es el objetivo del ejercicio. Cuando caigas en la cuenta de que la mente se ha distraído, puedes aprovechar la siguiente exhalación para soltar cualquier pensamiento que tengas y llevar la atención de vuelta a la respiración. Sin preocuparte del contenido del pensamiento, no te critiques ni emitas ningún juicio, simplemente toma conciencia de que la mente se ha distraído e invítala a volver a la atención en la respiración, para continuar observando el flujo del aliento.

MEDITACIÓN DE LOS 5 SENTIDOS

- Realiza esta meditación de 10 minutos (2 minutos por sentido) en cualquier momento y lugar. Es bueno probarla en lugares nuevos, para conocerlos sensorialmente. Tal vez descubras que tu experiencia del mundo se ha enriquecido al abrirte a nuevas sensaciones que pasabas por alto, por centrarte solamente en las percepciones visuales y auditivas más obvias.
- Tacto. Concéntrate en el contacto de tu ropa con la piel y continúa con lo que te rodea: toca los objetos que tengas al alcance y cierra los ojos una vez hayas encontrado un punto de enfoque adecuado.
- Vista. Mira a tu alrededor. Deja a un lado tus conocimientos sobre profundidades y distancias, y mira tu entorno en dos dimensiones. Fíjate en los colores, las formas y los detalles, así como en las divisiones entre las cosas.
- Olfato. Pon atención a los aromas distintivos, si hubiera alguno, o bien acércate a la nariz objetos aromáticos como flores o alimentos. Si no percibieras ningún olor, disfruta de tu capacidad olfativa, al tiempo que visualizas los órganos del olfato en la nariz.

ACTIVIDAD 2.3

- Oído. Escucha, con los ojos cerrados, los sonidos cercanos y lejanos. Explora todo el rango de tonos y volúmenes. Escucha los sonidos de tu cuerpo así como los del entorno. Fíjate en el modo en que algunos sonidos se modifican y desaparecen.
- Gusto. Comienza saboreando el interior de tu propia boca y luego da un mordisco a una manzana u otra fruta, disfrutando de su distintivo sabor.

MEDITACIÓN DE LA ABEJA

- Soltar el aire haciendo ruido con la garganta, como el zumbido de una abeja. Con los ojos cerrados, hacer dos o 3 respiraciones de la abeja y después explorar las sensaciones corporales que quedan.

CAMINANDO EN LA CLASE (O EN LA CALLE)

- Prestar atención plena a los pies durante la acción de caminar: como el talón toca primeramente el suelo y después comienza a sostener el peso de nuestro cuerpo, como transferimos el peso poco a poco desde el talón a través del pie para pasar por último a transferirse hasta las puntas de los dedos.
- Cada movimiento enlaza con la misma secuencia del otro lado, una y otra vez. Cada paso está repleto de sensaciones.

ATENCIÓN PLENA AL SABOR

- Saborea un alimento durante un tiempo prolongado, prestando atención a los sabores que se originan, dónde comienza la sensación, cómo se propaga, diferentes matices del sabor y dónde los percibes en la lengua, la textura y cómo cambia conforme pasa el tiempo, las sensaciones agradables o no que se producen.
- Algunas ideas para realizarlo son: uvas pasas, perlitas de chocolate, conguitos.

POSTURA DE LA MONTAÑA

- Colócate de pie con los pies separados el ancho de las caderas, dedos bien apoyados en el suelo.
- Rodillas sueltas, espalda bien recta con las correcciones aplicadas.
- Mirada al frente, hombros relajados y atrás de forma que las palmas de las manos quedan giradas naturalmente hacia delante.
- Realiza varias respiraciones focalizando en la sensación de “presencia”. Activando el modo “ser”.

LA PAREJA CONSCIENTE

- Promueve la aceptación mutua y la cercanía. Con un cronómetro, divide el tiempo en 4 fases de forma que podáis progresar hacia la siguiente.

ACTIVIDAD 2.3

1. Sentaos erguidos/as y enfrentados/as de forma que vuestros rostros queden a un metro de distancia aproximadamente. Ajustad la postura para que sea una postura de atención plena.
2. Observaos los ojos mutuamente y aceptad, sin hacer nada al respecto, cualquier sensación de incomodidad o vulnerabilidad que se presente. Cada uno/a debe permanecer atento/a a la experiencia: no se trata de comunicarse, sino de observar.
3. Ahora, en lugar de solo observar, miraos a los ojos mutuamente, e imaginad que tras esa mirada se halla la esencia de esa persona. Ahora os estáis conectando.
4. Para terminar, todavía sosteniendo la mirada, pensad en la bondad de vuestra pareja, en las cualidades que amáis de ella, y en vuestra propia bondad.

MEDITACIÓN DE LA BONDAD AMOROSA.

- Comienza sentándote en una silla y adquiriendo una posición consciente, presente y atenta. Haz algunas respiraciones poniendo el foco en cómo suceden de forma natural, sin modificarlas.
- Expresa un deseo de bondad amorosa hacia ti misma con las palabras: “que sienta bondad hacia mí misma. Que disfrute de paz, felicidad y salud”. Repítelas hasta que sientas que surgen cálidos sentimientos.
- Expresa un deseo de bondad hacia tu bebé, dirigiéndote a él/ella en silencio: “querido hijo/hija, que sientas bondad amorosa. Que disfrutes de paz, felicidad y salud”. Imprégnate de sinceridad de las palabras mientras las pronuncias.
- Expande tus deseos de bondad hacia otras personas cercanas, alguien que sea importante en tu vida o que te haya ayudado en momentos cruciales. Puedes cambiar las palabras, pero deben estar en sintonía con las del ejemplo.
- Puedes ampliar a personas neutrales y a personas que te resulten desagradables.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Se resaltará que trabajar la atención plena durante el embarazo será de utilidad para la gestión de la ansiedad, aunque no sustituirá la intervención de profesionales de la salud mental, si la mujer lo requiere.

Animaremos a las mujeres a ponerlos en práctica en sus casas.

2.4

ACTIVIDAD

MAPEO DEL VIENTRE

- TRABAJO INDIVIDUAL O POR PAREJAS / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Facilitar la conexión con el bebé, aumentando la atención de la mujer en sus sensaciones y aprendiendo a interpretar las señalas percibidas.
- **MATERIALES:** Folios / Rotulador, bolígrafo o lápiz / Muñeco.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

El mapeo se plantea como un juego de deducción, que ayudará a la mujer a identificar la posición de su bebé. Es una actividad sencilla y divertida de conexión en la que la pareja y otros hijos o hijas, si los hay, disfrutarán participando.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

La mujer ha de seguir los siguientes pasos:

1. Dibuja una circunferencia en un folio y divídela en cuatro. Diferencia tu lado izquierdo y tu derecho, de modo que el papel sea como un espejo.
2. Si sabes que tu bebé esta de cabeza o de nalgas, anota cabeza/culo abajo y arriba según corresponda. Si está en transversa, la cabeza es un bulto redondo en un costado.
3. Primero, identifica los movimientos más intensos de tu bebé: son los pies y las piernas. Dibuja unas olas grandes sobre el papel, en la zona donde los notes. Si está de cabeza, los sentirás arriba: a la derecha, a la izquierda o en el centro. Sentirlo en todo el centro (del esternón al ombligo) es típico de un bebé en posterior.
4. Al lado opuesto de este movimiento está el culo del bebé. Es un bulto que se mueve como un péndulo. Dibuja una línea curva sobre el papel para el culo.
5. La espalda de tu bebé es el punto donde se ausculta su corazón y donde se siente el hipo. Es una superficie firme y larga. Está al mismo lado del culo, más abajo.
6. Si sientes movimientos suaves, más pequeños, como un aleteo, son los brazos y las manos. Si el bebé está de cabeza, los notarás cerca del pubis. Refleja estos movimientos como pequeñas olas. Si el bebé mira hacia tu espalda, es decir, está en anterior, no las notarás. También es posible que tu placenta esté delante y sea más difícil de distinguir.
7. Utiliza un muñeco para trasladar los movimientos que has anotado en tu mapa a tu abdomen para identificar de una manera visual cómo está tu bebé.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Se resaltará que existe margen de error en nuestras interpretaciones y que en ningún caso la posición del bebé debe preocuparnos. Será en la ecografía del 3er trimestre donde se evaluará la estática fetal y se plantearán las intervenciones necesarias.

2.5

ACTIVIDAD

DESPIDE EL EMBARAZO

- TRABAJO INICIALMENTE INDIVIDUAL. DESPUÉS POR PAREJAS / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Planificar actividades que nos permitan disfrutar de la etapa final del embarazo y que nos ayuden a mantener la ansiedad y el miedo bajo control.
- **MATERIALES:** Folios / Rotulador, bolígrafo o lápiz / Post-it.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Tanto si la embarazada espera el inicio espontáneo de su parto, como si acepta una inducción, el miedo y el agobio ya no suman, no mejoran la situación ni la cambian.

Les propondremos hacer cosas placenteras, empezando por elaborar una lista. Su cuenta atrás personal para el encuentro con sus bebés.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- La actividad se plantea inicialmente como individual. Animaremos a que cada embarazada escriba, durante 5 minutos, en un papel aquellas actividades con las que disfruta y que le ayudarán a pasar estas semanas de espera.
- Podemos dar ideas: quedar con amigas, ir al cine, salir a cenar, ir al gimnasio, tejer, pintar, nadar...poniendo especial hincapié en aquellas actividades que, quizás, resulte difícil hacer una vez llegue el bebé. Al menos durante un tiempo.
- Una vez elaborada, se pondrá en común con otra embarazada. Ambas elegirán una actividad de su compañera para escribir en un post-it.
- Finalmente haremos una ronda de intervenciones. Cada asistente pegará su post-it en la pizarra, con la actividad elegida de su compañera.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Finalizada la actividad, obtendremos un listado de actividades placenteras que reflejan la personalidad de cada embarazada y nos permite conocerlas mejor, a la vez que sugerimos actividades al grupo.

3.1

ACTIVIDAD

LOCALIZACIÓN DE LA PELVIS Y SUS PARTES

- TRABAJO INDIVIDUAL / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Ayudar a las embarazadas a identificar las diferentes partes de la pelvis, así como su movilidad durante el parto. Fomentar el autoconocimiento como herramienta empoderadora.
- **MATERIALES:** Maqueta o modelo de la pelvis / Colchoneta.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

La pelvis es un gran anillo óseo de contornos irregulares que une el tronco con los miembros inferiores. Puede movilizarse y transformarse durante el parto y así facilitar el paso del feto.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

1. **En posición sentada**, identificaremos las distintas referencias óseas de la pelvis con las manos: en la parte más alta, las crestas iliacas; en la parte más baja, ambos isquiones: en la parte anterior, la sínfisis del pubis, donde se juntan los dos huesos iliacos; y en la parte posterior, el sacro, que se prolonga hacia abajo con el coxis.

2. **Relación isquion/cresta iliaca**

   En posición sentada, situamos la mano derecha en la parte más saliente del isquion. Colocamos la mano izquierda en la cresta ilíaca del lado derecho. Al bascular la pelvis, percibimos los movimientos del hueso ilíaco entre las manos.

   Si la cresta iliaca avanza, el isquion retrocede y viceversa, si el isquion se separa (movimiento muy reducido) la cresta iliaca se acerca y viceversa.

3. **Rama isquiopubiana**

   Nos acostamos sobre el lado izquierdo y con la cadera derecha flexionada, colocamos la mano izquierda sobre el lado derecho de la sínfisis púbica y la mano derecha por detrás del muslo sobre el isquion del mismo lado. Desplazamos los dedos por la vía ósea hasta que las manos se encuentren.

4. **Arcada púbica**

   Las dos ramas isquiopubianas se unen por delante a nivel de la sínfisis del pubis. Por esta zona pasará la cabeza del bebé en el momento final del parto.

   El ángulo de esta arcada varía ligeramente porque incorpora una parte deformable: el fibrocartílago de la sínfisis, parecido a un disco intervertebral, que permite cierto grado de movilidad multidireccional. En el momento del parto, estas movilidades aumentan de una forma excepcional. Por ejemplo:

   — Durante la fase de encajamiento se produce un estrechamiento en la parte inferior del fibrocartílago y un ensanchamiento en la parte superior.

   — Durante la fase final de expulsivo ocurre lo contrario: se ensancha la parte inferior y se estrecha la superior.

ACTIVIDAD 3.1

5 Articulaciones sacroilíacas

En la mujer que pare es una de las zonas más sensibles y dolorosas, ya que los ligamentos sacroilíacos, que tienen muchas terminaciones nerviosas sensitivas, están sometidos a mucha tensión por la presión de la cabeza contra el sacro. En ocasiones se alivia con calor, presión o contacto con la mano.

6 Sacro

Lo conforman cinco vértebras soldadas. Tiene una forma cóncava hacia delante y abajo, lo que permite que la cabeza del bebé, una vez franqueado el promontorio, descienda a lo largo como un tobogán.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Ninguna mujer necesita ser una experta en anatomía para poder parir, pero partimos de que el autoconocimiento es una herramienta empoderadora. Tomar consciencia de su cuerpo y su adaptación fisiológica al parto ayudará a la mujer a afrontar el proceso con mayor confianza.

3.2

ACTIVIDAD

POSICIONES DURANTE EL PARTO Y NACIMIENTO

- TRABAJO INDIVIDUAL / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Fomentar la libertad de movimiento como elemento básico en el parto normal. Interiorizar otras posiciones más allá de la litotomía.
- **MATERIALES:** Fitball / Colchoneta / Cojines o almohadas.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

El movimiento es un gran aliado del parto. Nos ayudará en la gestión del dolor y facilitará el descenso del bebé por el canal del parto.

La posición de litotomía está incorporada en el imaginario colectivo como la posición de parto. Si bien es una opción, considerarla como la única posibilidad es reduccionista.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Será importante hacer un ejercicio de visualización: ver y vernos. Experimentaremos las distintas posiciones que la mujer puede adoptar durante la dilatación y el expulsivo, analizando lo que nos aporta cada una de ellas.

- **Libertad de movimiento:** la experiencia nos permite fluir y sentir, pues ese día quien lidera el baile es el bebé. El dolor nos orientará hacia la posición que es más conveniente en cada momento.
- **Verticalidad:** facilita el alineamiento fetal y optimiza el efecto de la gravedad sobre la presentación fetal. Son posiciones verticales estar: sentada, de pie, de rodillas, en cuadrupedia, de cuclillas.
- **Asimetrías:** pueden resultar un revulsivo en un momento de estancamiento. Una forma natural de trabajarlas es subiendo y bajando escaleras, o con la ayuda de un peldaño.
- **Apertura del estrecho superior al inicio del parto:** aquellos movimientos que abren el estrecho superior de la pelvis facilitan el encajamiento del bebé en el canal del parto. Consiguen este efecto: la flexión lumbar, la extensión, la rotación externa y la adducción o aproximación de cadera.
- **Apertura del estrecho inferior al final del expulsivo:** consiguen este efecto: la flexión, rotación interna y abducción o separación de cadera.
- **Apoyo del tronco:** sobre una superficie (pelota sobre cama, cama, repisa) o traccionando de un elemento suspensorio (liana). Permite descargar le pelvis del peso del tronco, aumentando la libertad de movimiento de la misma.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Tendremos muy presente que, durante el embarazo, las posturas se prueban como experiencia, conexión y visualización del día del parto, pero no debemos mecanizarlas, ni demonizar o idealizar posturas en concreto.

3.3

ACTIVIDAD

CANTO MATERNAL O CARNÁTICO

- ACTIVIDAD GRUPAL / 10 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Practicar el ejercicio de relajación mediante "canto carnático" o emisión de sílaba repetida o canto suave.
- **MATERIALES:** Colchoneta o silla.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

El canto maternal o carnático es una herramienta analgésica que puede ayudar durante el parto o como método para meditar durante el embarazo.

El hecho de cantar favorece la respiración abdominal, una mayor propiocepción corporal y un estado de ánimo positivo. Además favorece que se relaje el cuerpo, libera endorfinas y genera una conexión con el bebé.

Su origen está en la India y consiste en emitir vocalizaciones sencillas y repetitivas que ayudan a relajar el cuerpo de la madre.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Ponte cómoda con las palmas de las manos hacia arriba, apoyadas sobre tus muslos, o llevando una mano al útero y otra al corazón.

Con los ojos abiertos, enfócate en un punto fijo. Trae la atención a tu respiración.

Inhala profundo. A la vez que espiramos, haremos una escala ascendente y descendente con cada una de las 5 vocales, empezando por la a y terminando en la u.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Gracias a la vibración de la propia voz, expandiéndose a través del cuerpo y hacia el bebé se puede conectar de forma agradable.

Cantar al bebé durante el embarazo una misma canción en un momento de tranquilidad puede ayudar a calmarle una vez que haya nacido, puesto que la identificará y relacionará con esa sensación de paz.

3.4

ACTIVIDAD

PARITOUR

- ACTIVIDAD GRUPAL / EN EL HOSPITAL
- **OBJETIVO:** Ayudar a las futuras madres y sus parejas o acompañantes a familiarizarse con el entorno donde darán a luz, reduciendo la ansiedad y aumentando la confianza.
- **MATERIALES:** Lista de contactos con mujeres y sus parejas o acompañantes / Correo electrónico del hospital, para concertar la visita. Si bien la organización es específica en cada Área Sanitaria.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

El ambiente físico en el que tiene lugar el trabajo de parto, la presencia de profesionales que no conoce previamente, la falta de privacidad o la soledad pueden tener efectos sobre el grado de miedo, ansiedad y percepción del dolor en la mujer de parto.

Para paliar, en cierta medida, el miedo a lo desconocido se organizará una visita al paritorio en la que las mujeres y sus parejas o acompañantes podrán conocer el espacio físico donde se desarrollará el parto y la forma de trabajar de los profesionales que las atenderán.

En este sentido, la matrona del centro de salud se encargará de gestionar la visita con el hospital. En la mayoría de los casos, la visita guiada será conducida por una matrona del propio hospital, siendo opcional la presencia de la matrona de Atención Primaria. Su participación tendría un efecto tranquilizador para las familias como figura de referencia, pero en muchos casos resultará difícil de organizar.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Reúne a las participantes en una sala de espera del hospital.
- Explica brevemente el objetivo de la visita y la importancia de conocer el entorno del paritorio.
- Explica el recorrido que realizarán el día del parto, desde la llegada al hospital hasta el ingreso en el paritorio.
- Realiza una visita guiada por las instalaciones del paritorio, mostrando las habitaciones, el área de urgencias y otros servicios relevantes.
- Permite que las participantes hagan preguntas y resuelve cualquier duda que puedan tener sobre el proceso del parto y el ingreso en el hospital.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Esta actividad no solo ayudará a las embarazadas a familiarizarse con el entorno del paritorio, sino que también les proporcionará información valiosa y herramientas prácticas para afrontar el parto con mayor tranquilidad y confianza.

3.5

ACTIVIDAD

MASAJE A LA GESTANTE DE PARTO

- TRABAJO POR PAREJAS / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Instruir a la pareja o acompañante de la mujer embarazada en las diferentes técnicas de masaje que pueden utilizar como método no farmacológico de alivio de dolor durante el parto. Fomentar un papel más activo en la pareja o acompañante de la mujer.
- **MATERIALES:** Fitball / Pelotas de tamaño pequeño: tenis, softball...

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

El masaje es una técnica sencilla, que sin necesidad de ser profesional, permitirá relajar a la mujer de parto y mitigar la sensación dolorosa de las contracciones.

Por otro lado, con el masaje vamos a fomentar un papel más activo en la pareja o acompañante de la mujer, que podría experimentar sentimientos de impotencia y frustración durante el parto.

Con esta actividad se pretende enseñar y poner en práctica distintos movimientos de masaje para poder aplicarlos llegado el momento.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Los participantes se organizarán por parejas. Se colocarán en una posición que les sea cómoda y relajada, quedando la espalda de quien recibirá el masaje delante de la persona que lo realice.

Nos ayudaremos del fitball, en tres posiciones diferentes:

- Con la mujer sentada sobre la pelota y sus brazos apoyados en el respaldo de una silla.
- Con la mujer en cuadrupedia y el pecho apoyado sobre la pelota.
- Con la mujer de pie y el pecho apoyado sobre la pelota. En este caso, debemos colocar la pelota encima de una silla, como podremos hacer sobre la cama del paritorio una vez llegado el momento del parto.

TÉCNICAS DE MASAJE:

1 Pases magnéticos sedantes

Se trata de rozar muy suavemente la cabeza y la espalda de la embarazada con la punta de los dedos, con movimientos largos de arriba hacia abajo. Se realizan al inicio y al final de la sesión de masaje y provocan un efecto sedante y analgésico.

Durante la contracción, la embarazada lo puede efectuar sobre su útero para mitigar las molestias, así como para relacionarse con su hijo o hija. En este caso ella lo realizará desde abajo hacia arriba.

ACTIVIDAD 3.5

2 Presión en la zona lumbar

Se trata de llevar a cabo movimientos circulares con la mano cerrada, provocando una ligera presión sobre el rombo de Michaelis. A medida que avanza la intensidad de la contracción, se debe procurar que esta presión también aumente.

En todo caso, es necesario que la mujer exprese sus preferencias a la persona que ejecuta el masaje, diciendo si es necesario disminuir o incrementar la presión y en qué zona lo prefiere.

3 Masajes digitales

Con la punta de los pulgares apoyada sobre la piel y los dedos semiflexionados a los lados, debemos intentar que cada pulgar dibuje un pequeño círculo sobre la piel. Jugaremos con la presión, dependiendo de si queremos que el efecto se note sólo en la piel, o si deseamos llegar al músculo.

4 Masajes con pelotas

Se realizan haciendo rodar una pelota de tenis o similares por la espalda. También se pueden efectuar con pelotas de diferentes consistencias o formas, ya que cada una produce diferentes sensaciones.

En caso de utilizar un objeto rígido hay que evitar presionar directamente la columna vertebral.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Se recogerán las diferentes aportaciones de los asistentes. Se planteará la posibilidad de que las preferencias cambien llegado el momento del parto. Hay mujeres que agradecerán mucho un masaje, mientras otras quizás no lo soporten. Finalmente, se animará a practicar en casa, probando las diferentes opciones e identificando qué técnicas resultan más placenteras para cada mujer.

3.6

ACTIVIDAD

SESIÓN DE ESFERODINAMIA

- ACTIVIDAD GRUPAL / 20 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Aprovechar las posibilidades que ofrece el fitball para trabajar la movilidad de las articulaciones implicadas en el parto y tonificar los grupos musculares que se debilitan en el curso del embarazo. Familiarizar a la embarazada con el fitball como herramienta para la gestión del dolor durante el parto.
- **MATERIALES:** Fitball.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Los ejercicios en balón tipo Fitball facilitan la concienciación postural y la propiocepción a nivel de suelo pélvico y de la pelvis.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Hacer de 5 a 10 repeticiones de cada ejercicio, respirando suavemente.

1. Ejercicio respiratorio de expansión costal.
2. Ejercicio de activación del suelo pélvico: Ir hacia delante cogiendo aire, ir hacia atrás echando el aire a la vez que se contrae el suelo pélvico.
3. Ejercicio de activación del transverso (como si abrazase al bebé).
4. Ejercicios de báscula pélvica en ante y retroversión.
5. Ejercicios de movimiento lateral a derecha e izquierda notando el cambio de apoyo entre ambos isquiones; igual haciendo círculos y haciendo infinitos u ochos invertidos.
6. Ejercicio de movilidad de la pelvis, con pies apoyados en el suelo, llevar los talones hacia dentro y hacia fuera para facilitar la apertura de los estrechos de la pelvis.
7. Ejercicio de alargar el talle: coger aire, echarlo y activar el transverso, creciendo al techo y alargando los dos brazos hacia arriba.
8. Apoyada como antes en la pelota, rodillas a 90º, hacer movimientos de ante y retroversión de la pelvis, movimientos laterales y circulares en ambos sentidos.
9. Sentada sobre los talones con rodillas separadas y pies juntos, inclinar el tronco hacia delante apoyando los brazos en la pelota. Llevar el balón hacia delante hasta el punto más alejado que se pueda, mantener unos segundos y luego regresar a la posición inicial.
10. En la misma posición que la anterior, llevar la pelota hacia los lados haciendo desplazamientos laterales de la pelvis.

ACTIVIDAD 3.6

11. Sentada en el suelo, contacta con la espalda en la pelota que está apoyada en la pared, desde la posición de brazos cruzados, coger aire e ir abriendo los brazos en cruz a la vez que se echa el aire y se lleva la cabeza hacia atrás. Mantener unos segundos y volver.

12. De pie, hacer sentadillas con talones apoyados y pies separados. Contacta con la espalda sobre la pelota que está apoyada en la pared, coger aire y bajar haciendo la sentadilla hasta donde se pueda, echando el aire.

13. De pie, contacto con la espalda sobre la pelota que está apoyada en la pared, piernas ligeramente flexionadas y pies separados, hacer balanceos laterales suavemente.

14. Sentada sobre la pelota, apoyar los brazos en una mesa y elongar la columna llevando la pelvis hacia atrás, mantener unos segundos y volver.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Esta actividad permite a las embarazadas familiarizarse con el fitball como una herramienta que se encontrarán en el paritorio a la vez que trabajan su cuerpo de forma consciente e integral.

4.1

ACTIVIDAD

MODIFICACIONES DEL CÉRVIX CON PLASTILINA

- TRABAJO POR GRUPOS / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Ayudar a las embarazadas y sus parejas o acompañantes a comprender las modificaciones del cérvix durante el parto mediante la creación de modelos con plastilina.
- **MATERIALES:** Plastilina / Regla métrica / Maqueta del útero grávido.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

El cérvix o cuello del útero experimenta numerosos cambios a medida que el parto avanza. Su exploración nos va a permitir valorar el progreso del parto.

Con esta actividad se pretende que las mujeres embarazadas y sus parejas o acompañantes visualicen y entiendan los cambios que ocurren a este nivel durante el parto.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Dividimos a las mujeres y sus parejas o acompañantes en 3 grupos y repartimos la plastilina.
- Mostramos un esquema gráfico del cérvix en 3 momentos diferentes del parto. Podemos encontrar muchos ejemplos en internet.

- Al final del embarazo: se presenta un cuello formado y cerrado.
- Durante la fase prodrómica: el cérvix suele estar parcialmente borrado, lo que se mide en términos de porcentajes. En esta etapa, también puede estar permeable aproximadamente un dedo (o cm).
- Al final de la dilatación, el cérvix está totalmente dilatado, llegando a 10 cm.

- Pedimos que cada grupo reproduzca con la plastilina el estado del cérvix en una de las etapas del parto.
- Finalmente, elegiremos a una representante de cada grupo y, colocándolas en orden cronológico, iremos repasando los cambios que experimenta el cérvix a lo largo del trabajo de parto.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Esta actividad permite abordar de una manera lúdica e interactiva una información teórica que ellas vivirán, llegado el parto, en un momento de inquietud y, probablemente, de dolor.

4.2

ACTIVIDAD

PRUEBA DE PUJO

- TRABAJO POR PAREJAS / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Ayudar a las embarazadas a comprender y practicar la técnica de los pujos durante el parto.
- **MATERIALES:** Colchonetas / Fitball.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Durante el período expulsivo, la participación activa de la mujer con los pujos resulta imprescindible para lograr el descenso del feto por el canal del parto.

Si las mujeres empujan siguiendo sus propias sensaciones, se habla de pujos espontáneos. Ahora bien, si se utiliza analgesia en el momento del parto, esta podría interferir disminuyendo el reflejo de pujo. Es por ello que puede ser útil practicar antes del parto ejercicios que faciliten esta fase, haciéndolo de manera puntual para no debilitar el suelo pélvico y la musculatura abdominal.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Proporciona una breve explicación sobre los pujos, su importancia durante el parto y cómo realizarlos correctamente, enfatizando la importancia de guiarnos por las sensaciones y coordinar la respiración con el esfuerzo.

PUJO CON ESPIRACIÓN RESISTIDA (MÁS FISIOLÓGICO)

- Relajar la zona del periné, apoyarla bien sobre la colchoneta, evitar contraer el periné y los glúteos.
- Flexionar el tronco.
- Realizar una inspiración profunda, hacer una espiración prolongada expulsando el aire por la boca, mientras ofrecemos resistencia a la salida del aire. Empujar dirigiendo la fuerza hacia el pubis.
- Se produce una contracción del útero y de los abdominales, y una compresión más progresiva sobre el periné. Se evita la maniobra de Valsalva y no perturba la oxigenación, pero puede ser menos eficaz.

PUJO CON INSPIRACIÓN BLOQUEADA (FORMA CLÁSICA)

- Relajar la zona del periné, apoyarla bien sobre la colchoneta, evitar contraer el periné y los glúteos.
- Flexionar el tronco.
- Realizar una inspiración profunda, bloquear la respiración y empujar, dirigiendo la fuerza hacia el pubis.
- Puede ser más eficaz, pero también más lesivo para el periné.

ACTIVIDAD 4.2

- Muestra diferentes posiciones para empujar (sentada, de pie, en cuclillas, etc.) y permite que las participantes prueben cada una, añadiendo la participación de la pareja en el ejercicio.

POSICIONES DE PARTO



Figura 12: Posiciones de parto.
Fuente: Guía de Embarazo, Nacimiento y Puerperio. Consejería de Salud. Gobierno del Principado de Asturias (2024).

ACTIVIDAD 4.2

- Pide a las participantes que practiquen los pujos en diferentes posiciones. Utiliza pelotas de ejercicio o sillas para facilitar la práctica. Implicaremos al tren superior e inferior, creando anclajes e involucrando a todo el cuerpo durante el pujo.
- Hay mujeres que empujan mejor desde la flexión de tronco y miembros, otras lo harán desde la extensión y el empuje. Esto último ocurre especialmente si la mujer está sin epidural o la tiene puesta pero conserva la movilidad y la fuerza de los miembros inferiores. Probar ambas opciones puede ser interesante.
- Ofrece retroalimentación y correcciones para asegurar que las participantes están realizando los pujos de manera efectiva. Para ello, la matrona puede control la dirección de la fuerza poniendo la mano en el bajo vientre de la mujer.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Durante el embarazo, las posturas se prueban como experiencia, como conexión y visualización del día del parto, pero no debemos mecanizarlas, ni demonizar o idealizar posturas en concreto.

El parto es un momento hormonal y físico único que no es posible simular, aunque lo intentemos. Hacer pruebas de pujo fuera del contexto del parto puede ser contraproducente para el suelo pélvico y puede llevar a un sentimiento de fracaso por parte de la madre si piensa que “no sabe empujar bien”. Es conveniente hablar abiertamente con las mujeres de este aspecto para que entiendan el alcance real de la actividad.

En el caso de mujeres que optan por un parto de baja intervención, sin analgesia epidural, es importante reseñar la conveniencia de que el pujo sea libre.

4.3

ACTIVIDAD

CONCIENCIA CORPORAL. SIMULACIÓN DE UNA CONTRACCIÓN

- TRABAJO INDIVIDUAL / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Simular contracciones de parto y poner en práctica distintas estrategias de afrontamiento.
- **MATERIALES:** Silla / Pizarra.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Con esta actividad se pretende simular la tensión muscular y la sensación de incomodidad, no tanto el dolor, asociado a la contracción uterina. Para ello, las embarazadas llevarán a cabo una contracción de los músculos de las piernas.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

La matrona explicará el ejercicio:

Se pedirá a las gestantes que se pongan de pie detrás de una silla con las caderas en rotación externa, que se agachen flexionando las rodillas y que mantengan esta posición durante unos 45 segundos.

La contracción de los cuádriceps suele ser desagradable. Al acabar los 45 segundos, se formularán diversas preguntas:

- Si han empleado la respiración y/o la relajación.
- Si el periodo de no contracción les ha molestado (vivencia de descanso entre contracciones) y qué pensarían si realmente estuvieran en el trabajo de parto (actitud optimista cuando no hay contracción).

Se puede sugerir que confeccionen una lista de ideas y pensamientos positivos para utilizarlos en los momentos de no contracción. Podemos ponerlos en común sirviéndonos de una pizarra.

Podríamos sugerirles las siguientes:

FRASES MOTIVACIONALES PARA DAR A LUZ

1. **"Este es mi momento y puedo hacerlo".** Por naturaleza, la mujer tiene la fuerza para atravesar un proceso complejo como es el parto. Haz todo lo posible por disfrutar de este momento único y especial.
2. **"Mi cuerpo está preparado".** El parto es un acto fisiológico y el cuerpo está especialmente diseñado para parir.
3. **"Es un esfuerzo de equipo".** En el momento del parto comprenderás que tú y tu bebé trabajaréis juntos, al mismo tiempo, unidos por un mismo objetivo.

ACTIVIDAD 4.3

4. **"Relájate y vive este momento mágico".** Tu cuerpo tomará el control de la situación. La naturaleza es lo que determinará el «cuándo» y el «cómo». Entonces, tu trabajo es solo relajarte y hacer que todo suceda.
5. **"Piensa que el dolor es pasajero".** Este dolor es momentáneo y no es un fin en sí mismo. Cada contracción, cada minuto que pasa es un pequeño paso para tener al bebé en brazos.

A continuación, se repetirá el ejercicio pero indicando que, en este caso, realicen la respiración pertinente. Pueden probar a alargar la esperación o recurrir al canto carnático.

Tendrán que evaluar cómo se vive este segundo período de contracción.

Finalmente, es importante saber aplicar los recursos aprendidos, es decir, la respiración en las contracciones y la relajación entre ellas.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Con esta actividad se pretende que puedan explorar en su propio cuerpo las sensaciones que produce la simulación de la contracción uterina. Al finalizar, se recogerán las diferentes aportaciones de los asistentes.

A menudo se presentan contracciones durante los días que preceden al parto y, cuando se produzcan, es conveniente que la mujer compruebe por sí misma qué sucede si se practica la respiración entrenada en las sesiones y qué sucede si no se realiza. Todo ello le será provechoso para ir adquiriendo destreza y seguridad en estas nuevas habilidades.

4.4

ACTIVIDAD

ELABORAR EL PLAN DE PARTO

- TRABAJO INDIVIDUAL / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Ayudar a las embarazadas a comprender la utilidad del plan de parto, saber cómo elaborarlo y qué aspectos considerar.
- **MATERIALES:** Plan de parto del Principado de Asturias.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

El plan de parto es una herramienta que debe permitir a la mujer y a su pareja comunicar a los y las profesionales cuáles son sus expectativas y cómo quieren vivir el nacimiento de su hijo o hija.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Cada uno de los participantes tendrá un documento que contenga su propio plan. Se les avisará con antelación para que traigan la Cartilla de Salud Maternal. De lo contrario, se les puede imprimir desde Astursalud.
- La matrona indicará los aspectos más relevantes del plan de parto.
- Después, la matrona puede proponer que algunas mujeres y sus parejas verbalicen lo que desearían.
- Al acabar, cada persona se llevará su *plan de parto* para completarlo en casa con su pareja, si no asiste a la sesión.

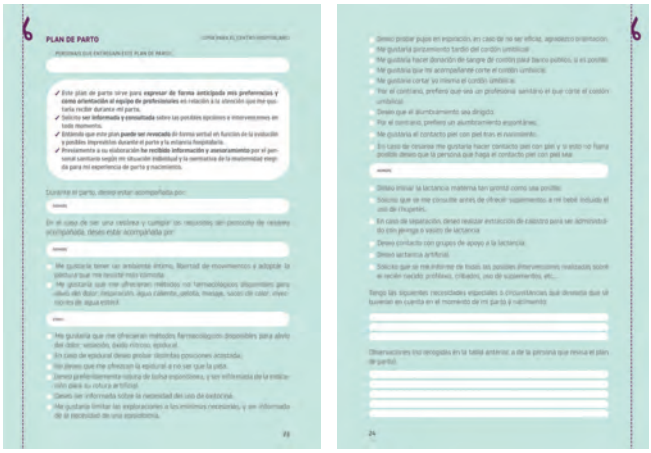


Figura 13: Plan de parto. Fuente: Cartilla de Salud Maternal. Consejería de Salud. Gobierno del Principado de Asturias (2024).

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Para finalizar, la matrona remarcará la importancia del plan de parto como un instrumento útil para que las mujeres y sus parejas puedan ordenar y exponer sus deseos, anhelos o expectativas en relación al nacimiento de su hijo/a. Será importante recordarles que el bienestar del feto y/o de la propia madre o ciertos imprevistos pueden obligarles a desviarse del plan concebido.

5.1

ACTIVIDAD

LOQUIOS. IDENTIFICAR EL PATRÓN NORMAL DE SANGRADO

- TRABAJO POR GRUPOS / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Dotar a las embarazadas y a sus parejas o acompañantes de información y habilidades para identificar el patrón normal de sangrado en el postparto y reconocer signos de alerta.
- **MATERIALES:** Gráficos que muestren los diferentes tipos de loquios.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Los loquios son el sangrado vaginal que ocurre después del parto. Son una parte normal del proceso de recuperación posparto y no deben confundirse con una hemorragia.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Empezaremos explicando la evolución normal del sangrado posparto con ayuda de tablas y fotografías.

  Aunque en cada mujer los loquios son diferentes, de manera clásica se habla de:

NOMBRE	COLOR	DURACIÓN	CANTIDAD
RUBRA	ROJO (brillante al principio, más oscuro después) Pequeños coágulos	3-4 primeros días	+++
SEROSA	ROSÁCEO-MARRONÁCEO	10 primeros días	++
ALBA	BLANCOS-AMARILLENTOS	Entre 2 y 4 semanas, aunque pueden durar la cuarentena	+

Tabla 8: Evolución de los loquios durante el puerperio. Fuente: elaboración propia.

La máxima eliminación se produce entre las 24-96 horas postparto, por la caída de estrógenos. Generalmente duran de 4 a 6 semanas, aunque puede variar según la mujer y el tipo de parto.

Son más abundantes al principio y disminuyen a medida que el útero se contrae y se recupera.

ACTIVIDAD 5.1

- Instruiremos sobre motivos de consulta:

  Es importante estar atenta a los cambios en los loquios, ya que un sangrado excesivo o con mal olor puede indicar una complicación.

  Consulta a la matrona si:

  — El sangrado empapa una compresa por hora durante dos horas seguidas.
  — Hay fiebre.
  — Hay dolor o sensibilidad en la pelvis.

- Realizaremos un ejercicio por grupos, 2 pueden ser suficientes, analizando casos clínicos:

CASO CLÍNICO	¿ACUDIMOS A URGENCIAS?	
	SI	NO
María, mujer de 32 años, dio a luz a su primer hijo hace 20 días mediante un parto vaginal sin complicaciones. Hoy, María nota que el sangrado ha cambiado: presenta un sangrado rojo brillante nuevamente, cantidad abundante, mal olor, fiebre de 38.5°C.	X	
María, mujer de 32 años, dio a luz a su primer hijo hace 20 días mediante un parto vaginal sin complicaciones. Hoy, María nota que el sangrado ha cambiado: presenta un sangrado rojo brillante nuevamente, con coágulos. No hay fiebre, ni mal olor.		X

Tabla 9: Casos clínicos relativos a la evolución de los loquios. Fuente: elaboración propia.

Podemos aprovechar este segundo caso para hablar a las mujeres del llamado coloquialmente como “partillo”. Es la expulsión de los últimos restos que quedaban en el útero. Suele ser un sangrado rojizo o amarronado. También puede haber algún coágulo bastante consistente, y no suele durar más de 3-4 días. Sólo sería motivo de consulta si se acompaña de otros signos de alarma: el sangrado empapa una compresa por hora durante dos horas seguidas, hay fiebre, dolor en el bajo vientre o si se prolonga más de 4 días.

No obstante, si la mujer está preocupada puede consultar.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Debe controlarse la cantidad de los loquios así como su color y olor. La presencia de un sangrado muy abundante o de un olor demasiado intenso deben alertar para una revisión por una posible infección.

Habría que valorar si puede existir retención de restos de placenta, una involución imperfecta de la región placentaria o ambos.

5.2

ACTIVIDAD

ESTABLECER UN PLAN DE POSPARTO

- TRABAJO INDIVIDUAL O POR PAREJAS / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Ayudar a las embarazadas y sus parejas o acompañantes a crear un plan de posparto personalizado que les permita enfrentar de manera organizada y tranquila los desafíos del puerperio.
- **MATERIALES:** Un folio en blanco y un bolígrafo para cada mujer y su pareja o acompañante.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Antes de la llegada del bebé, elaborar un plan de posparto puede ayudarnos a organizar el reparto de los cuidados, la carga mental y las tareas del hogar.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Entregaremos a cada embarazada y a su pareja o acompañante un folio en blanco y un bolígrafo para que reproduzcan una tabla como la siguiente y elaboren su propio plan de posparto.

Redes de apoyo: ¿Con quién podéis contar?	• Familia y amistades cercanas, que puedan echar una mano física y real. • Si tenemos ya más hijos/as, su apoyo también puede ser imprescindible en momentos determinados. • Criar es cansado, pero criar en soledad es inhumano. Saber si existen grupos de apoyo en nuestra zona, pues compartir la crianza con otras madres facilita el camino.
Las tareas de la casa	• ¿Hay mascotas? Pensad si hay algo que preparar al respecto. • Limpieza del hogar y lavadoras. Establecer prioridades. • Comida: comprar y cocinar. Los amistades y la familia pueden ayudarnos a traer comida ya hecha y lista para comer. Tener platos congelados y recurrir al *batchcooking* pueden facilitar las cosas.
Visitas en el posparto	• Organizad, si queréis, las visitas en el hospital y en casa. De qué manera, quiénes, cuánto tiempo y en qué horario. Poned vuestras normas y límites, antes de que nazca el bebé. • Las visitas se agradecen mucho cuando vienen a echar una mano, a cuidar y a mimar. Pero desgastan cuando nos cuestionan o nos sentimos invadidos/as a todas horas.
Apoyo profesional	• El equipo de Atención Primaria que trabaja en tu centro de salud será tu principal fuente de apoyo profesional (matrona, pediatra, enfermera de pediatría, etc...) • Tener el contacto de otras referencias profesionales también puede ser de interés.

Tabla 10: Plan de posparto. Fuente: Adaptado de Olivera Belart, N. Ser bebé (2024).

ACTIVIDAD 5.2

- Finalmente haremos una puesta en común, recopilando las respuestas que puedan servir de sugerencia al resto.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Animaremos a las mujeres y sus parejas o acompañantes a conservar los planes de posparto, guardarlos en un sitio accesible o, directamente, pegarlos a la nevera con un imán. Serán de mucha utilidad llegado el momento, y será interesante recuperarlos de cara a los grupos posparto. En ese momento, podríamos hacer una segunda puesta en común y reflexionar sobre qué aspectos hemos mantenido según lo planeado y cuáles no.

5.3

ACTIVIDAD

DANZA ORIENTAL PARA LA MATERNIDAD

- TRABAJO POR GRUPOS / 30 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Promover el baile como herramienta que facilita una vivencia positiva del embarazo y el posparto. Conocer algunos movimientos básicos de la danza oriental y sus efectos.
- **MATERIALES:** Música / Pañuelos.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

La danza oriental se caracteriza por la disociación: se consigue mover una parte del cuerpo de forma aislada.

Consta de unos movimientos ondulantes y suaves en contraste con otros más bruscos, donde la cadera y el abdomen son los protagonistas. Se puede usar en la época de la maternidad como un ejercicio de intensidad baja-moderada, de bajo impacto y con riesgo bajo de golpes o caídas. Además, trabaja las zonas específicas relacionadas con esta etapa y también mantiene o mejora el estado emocional.

Usada en esta etapa, tiene ciertas peculiaridades:

- Se trabajan más los movimientos suaves y redondos (lunares) que los bruscos (solares).
- Se trabajan movimientos individualmente pero también es importante el trabajo en grupo (efecto emocional).
- Evitar: saltos, vibraciones y disociaciones muy marcadas, elevar demasiado la temperatura corporal.

La postura básica incluye 3 puntos clave: rodillas, pelvis y hombros.

Las rodillas deben estar “blandas”, la pelvis en ligera retroversión, y los hombros atrás y abajo.

Esta postura actúa en sinergia con los músculos transversos y el suelo pélvico, siendo muy útil para la preparación física maternal.

CLASIFICACIÓN DE MOVIMIENTOS

- Por su efecto emocional: solares y lunares.
  Los movimientos solares son más enérgicos, más lineales. Los lunares son más sutiles y redondos, se trabajan más hacia el interior.
- Por su efecto físico:
  - **Pequeña amplitud:** relaja, suelta y desbloquea músculos, tendones y ligamentos. Efecto “enfilado”: orientan al bebé hacia el canal. En el posparto, podemos usarlos desde el principio para trabajar el suelo pélvico y los transversos.
  - **Gran amplitud:** producen una modificación intrínseca de la pelvis, de los estrechos, porque intervienen músculos y ligamentos de la cadera que traccionan de los tres grandes huesos. Efecto “tamiz”: hace que el bebé avance por el canal. En el posparto inmediato no son muy adecuados.

ACTIVIDAD 5.3

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

CALENTAMIENTO

El objetivo es calentar progresivamente los músculos y las articulaciones, para evitar daños en estos al realizar movimientos más marcados. Estos son algunos ejemplos:

- **Enraizamiento (descalza).** Promueve la relajación, la toma de contacto con la tierra, la propiocepción y la postura adecuada.
- **Molino de brazos.** Inspirando se elevan, espirando bajan. Movimiento fluído.
- **La espiral.** Con los ojos cerrados (y con cuidado), dibujar una espiral con la cadera. Este ejercicio se puede usar como relajación también, poniendo el énfasis en la respiración, en el contacto con la tierra.
- **El embudo.** Con las palmas entrecruzadas, y los brazos arriba, dibujar círculos pequeños en el aire.
- **Círculos** de muñecas, tobillos y hombros.
- **Brazos.** Círculos grandes, hacia dentro y hacia fuera.

MOVIMIENTOS

- **Traslaciones**. Balanceo lateral. Movimiento en el plano frontal: la pelvis se traslada de un lado a otro del cuerpo. Las rodillas permanecen blandas, no hay flexión ni extensión total. El borde inferior de la pelvis está siempre paralelo al suelo. Se puede caminar, trasladando la pelvis hacia el lado donde pisamos. Efectos:
  - — Pequeño: efecto enfilado.
  - — Grande: efecto tamiz.
- **Basculaciones**. Báscula pélvica o volquete. La pelvis bascula sobre el eje frontal, llevándola en anteversión y retroversión.
  - — Anteversión: libera al feto del promontorio.
  - — Retroversión: franquea el 1º plano hacia el 2º.

  Si se realiza de forma suave, no produce modificación de la excavación. De forma exagerada, sí la produce por las tensiones ligamentosas y musculares.
- **Inclinaciones laterales.** La pelvis se inclina en el eje sagital. Una forma de hacer este movimiento es el “paso- punta”, en el que las caderas se alternan en la subida o en la bajada, pero caminando. Es un paso muy divertido.
- **Movimientos combinados**. En general, los movimientos combinados son los que más trabajan el suelo pélvico y los más adecuados para trabajar en fases avanzadas del parto ya que producen modificación de la excavación pélvica, por la asimetría que provocan.
  - — Círculo grande de cadera. Combina la traslación de la pelvis lateral (balanceo) y anteroposterior. Se realiza en un plano transversal. Tiene un efecto relajante. Se puede caminar con él, describiendo círculos enteros ó mitades (medias lunas).

ACTIVIDAD 5.3

— Círculo africano. Movimiento combinado de inclinaciones (laterales y anteroposteriores). Pequeño y lento: produce relajación. Grande: efecto tamiz.

— Báscula con traslación antero-posterior. movimiento combinado de los dos anteriores, trabaja suelo pélvico y faja abdominal (efecto enfilado).

— En el plano sagital. De arriba a abajo, se puede hacer sólo de cadera (círculo vertical) o implicando al pecho también (camello). El efecto visual es una onda que recorre el cuerpo de arriba abajo. Precaución: procurar hacer el movimiento sin desviarlo demasiado de la vertical, para proteger las lumbares y los abdominales. Es un movimiento estupendo intraparto ya que imita y ayuda al útero en su trabajo de expulsión.

— Ocho horizontal. En el plano transversal. Combina balanceo y twist (no descrito de forma aislada). Así la pelvis dibuja un ocho paralelo al suelo. Realizado en pequeña amplitud, produce un efecto relajante y de enfilado del bebé. En gran amplitud, modifica la excavación pélvica.

- **Movimientos de pecho**. Elevaciones de pecho. La distancia entre el esternón y las crestas ilíacas aumenta, abrimos las costillas. Cuidado de mantener la posición neutra de la espalda, de lo contrario la lordosis lumbar aumenta. Se puede usar como parte de otro movimiento combinado ya descrito, el camello.

- **Movimiento de brazos.** Aunque pueda parecer secundario, el movimiento de los brazos tiene funciones importantes: adorna el movimiento de la cadera, aumenta el gasto energético y da sentido musical a los movimientos del resto del cuerpo.

  Se pueden tener unas pocas poses de brazos con los que jugar y combinar con los diferentes movimientos del resto del cuerpo:

  — Brazos a los lados del tórax (postura básica)

  — “Brazo arriba- brazo abajo”

  — “La flor en el pelo”

  — “Abrazando al bebé”: manos en la barriga o un brazo en la cadera contraria.

  — Manos en cuchara a ambos lados de la pelvis.

ESTIRAMIENTOS

Al realizar estiramientos, incidir en las partes que más hayan trabajado.

Espalda y tronco

- Saludo al sol.
- Estiramiento lateral. Con los brazos arriba, tomar la muñeca derecha con la mano izquierda apoyando el peso del cuerpo en la pierna derecha.
- El gato de pie o a cuatro patas (evitando hiperlordosis).
- Torsiones de columna, de pie o en media pinza.
- Bajar al suelo hasta quedarse en cuclillas (con o sin apoyo).
- Postura de Mahoma.

Gemelos e isquiotibiales

- Balanceo con apoyo en una rodilla.

ACTIVIDAD 5.3

- Estiramiento lateral en medias cuclillas.
- Sentada, inclinación de una pierna a la otra.
- Sentada, posición de loto o con pies enfrentados.
- Estirar pierna hacia arriba (isquiotibiales).

Dedos de los pies

- Apoyar los dedos contra la pared, notando el estiramiento en los gemelos y en los dedos de los pies.

Hombros, brazos, cuello y pecho

- Estirar los hombros a cuatro patas o de pie, apoyando las manos sobre las rodillas.
- Rotaciones de los hombros.
- Estirar el brazo por delante del cuerpo, en la dirección contraria.

Antebrazos

- Un brazo al frente, con la palma de la mano hacia arriba, estirar los dedos hacia abajo.

Omoplatos y dorsales

- Entrelazar los dedos por detrás del cuerpo y tirar hacia fuera.
- Apoyar los antebrazos en la pared y bajar el torso sin deslizar.

RELAJACIÓN

Movimientos lunares lentos y fluidos con música relajante: africanos, círculos, espirales, ondulaciones de brazos...

- Tumbada en el suelo, me acaricio de un lado al otro.
- Tumbada en el suelo, pinto alrededor de mi cuerpo sobre el suelo.
- Tumbada, respiro con las manos sobre la barriga.
- Sentada, subo los brazos con las palmas hacia arriba al inspirar, bajo con las palmas hacia abajo al espirar.

Dependiendo de la creatividad del facilitador, se puede diseñar la clase integrando los movimientos de diferentes formas:

- una secuencia repetitiva.
- una secuencia, alternando en el sitio y en movimiento.
- una secuencia para el estribillo y otra para el resto de la canción.
- Se puede trabajar con la misma secuencia dividiendo en grupos a las gestantes, haciendo formas en movimiento (caminando de un lado a otro de la sala, girando).

DINÁMICAS DE GRUPO

1. **Busco pareja:** repartir papelitos con un movimiento escrito y buscarse.
2. **Improvisación:** movimiento libre, tratando de sentir la música.

ACTIVIDAD 5.3

3. **El corro:** una embarazada sale al medio y realiza un movimiento que el resto imita. Elije a otra embarazada que saldrá cuando la toque.
4. **El pasillo:** hacer dos filas, una fila mirando a la otra. Por el pasillo avanza una mujer haciendo un movimiento, el resto imitan. Se incorpora al final de la fila y sale la primera.
5. **Movimientos por pares**, ayudándose unas a otras a través de las manos.
6. **El hilo:** cada una elige un movimiento, empieza con ese movimiento y lo extiende a todo el cuerpo.
7. **Corro con pañuelos** de seda.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

La danza oriental es una forma divertida de hacer los ejercicios de preparación al parto. Uno de los principales beneficios que se obtiene es emocional, al tener un impacto muy positivo en la autoestima (autopercepción corporal, producción de endorfinas).

6.1 "TETA SUTRA"

ACTIVIDAD

- TRABAJO POR GRUPOS / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Reflexionar sobre las distintas posiciones de lactancia y su utilidad.
- **MATERIALES:** Muñeco / Gráfico con las distintas posiciones.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

En nuestro imaginario colectivo, cuando pensamos en una madre que alimenta a su bebé se nos vendrá a la mente, con mucha probabilidad, una madre que ofrece un biberón o que ofrece el pecho en posición de cuna. Pero debemos saber que el pecho no se ofrece como se da un biberón, y que el abanico de posiciones es mucho más amplio que la clásica posición de cuna.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Con esta actividad pretendemos presentar las diferentes opciones que tienen las mujeres a la hora de poner al pecho a sus bebés y analizaremos la indicación de cada postura, porque, tal y como iremos desgranando en esta actividad, no es una simple excentricidad ni un capricho.



Figura 14: Posiciones de amamantamiento. Fuente: Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA (2017).

ACTIVIDAD 6.1

- Dividiremos a los y las asistentes en dos grupos, uno analizará las 3 primeras posiciones y el otro las 3 últimas.
- Les daremos 10 minutos para intercambiar opiniones, y les dejaremos el muñeco para que traten de replicarlas.
- Al finalizar el tiempo, un representante del grupo nos dará al menos una indicación de cada posición
- Conforme habla, iremos dando la réplica según la información aquí recogida:

1. **Posición cuna:** Posición más frecuente.
2. **Posición Rugby:** Adecuada en caso de cesárea (ya que el bebé no está en contacto con la herida quirúrgica). Recomendada también para mujeres con mamas grandes de difícil manejo, lactancias gemelares (si se desea dar de amamantar a ambos al mismo tiempo) y también si deseas vaciar la parte externa de la mama.
3. **Posición biológica:** Adecuada en caso de dolor perineal. Facilita el agarre.
4. **Posición recostada de lado:** Recomendada en caso de dolor perineal. Ideal para las tomas nocturnas.
5. **Posición dancer:** Recomendada para bebés que presenten reflujo o problemas anatómicos (hipotonía), y madres con reflejos de eyección muy potentes
6. **Posición de cuna cruzada:** Recomendada cuando se precisa un agarre dirigido.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

La información que transmitimos siempre tendrá mayor calado si la acompañamos de un ejercicio de reflexión y, en este caso, también de visualización y representación. Con esta actividad esperamos ampliar el imaginario colectivo de las mujeres y sus parejas o acompañantes, y fomentar su competencia de cara a las primeras tomas al pecho.

6.2

ACTIVIDAD

ENCUENTRO ENTRE IGUALES

- ACTIVIDAD GRUPAL / 90-120 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Facilitar un espacio de encuentro y diálogo entre embarazadas y puérperas para compartir experiencias, consejos y apoyo mutuo, promoviendo un ambiente de aprendizaje y comunidad.
- **MATERIALES:** Sillas y mesas dispuestas en círculo para fomentar la conversación / Hojas de papel y bolígrafos para tomar notas / Folletos informativos sobre la lactancia / Contactos de recursos locales (consultoras de lactancia, grupos de apoyo, etc.).

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

La información que trasladamos a la embarazada sobre la alimentación de la criatura recién nacida tiene un calado relativo, porque en ese momento la mujer tiene toda su atención puesta en el parto. Cuesta mucho pensar más allá, el puerperio y la lactancia se ven como algo lejano.

Juntando a las embarazadas con las puérperas, haciendo coincidir el encuentro con la **SESIÓN DEL POSPARTO: LACTANCIA Y DESTETE**, se reforzará la información teórica impartida en la sesión actual y tendrá un mayor impacto.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Recibir a las participantes y explicar el objetivo del encuentro.
- Breve presentación de cada participante (nombre, etapa del embarazo o posparto, expectativas del encuentro).
- Rueda de experiencias: cada puérpera comparte su experiencia del posparto, incluyendo desafíos y aprendizajes. Las embarazadas pueden hacer preguntas y tomar notas.
- La sesión “Lactancia y destete” continuará con normalidad, permitiendo a embarazas y puérperas intervenir cuando estimen necesario.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

El encuentro permitirá un valioso intercambio de experiencias entre embarazadas y puérperas. Las embarazadas podrán escuchar relatos reales sobre la alimentación de la criatura recién nacida, lo que les ayudará a tener una visión más clara y realista de lo que pueden esperar.

7.1

ACTIVIDAD

IDENTIFICAR RIESGOS FRENTE A ACCIDENTES DOMÉSTICOS

- TRABAJO GRUPAL / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Ayudar a las futuras familias a identificar riesgos y prevenir posibles accidentes domésticos que puedan afectar a sus bebés, creando un entorno seguro en el hogar.
- **MATERIALES:** Sillas y mesas dispuestas en círculo para fomentar la conversación / Imágenes o tarjetas con diferentes escenarios de riesgos domésticos.

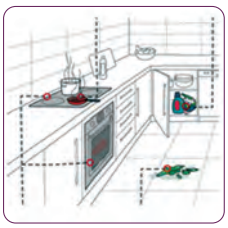
INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

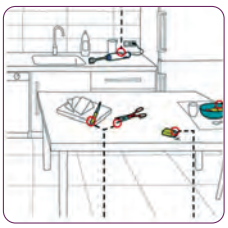
La seguridad en el hogar es crucial, especialmente cuando tenemos un bebé. Los accidentes domésticos son una de las principales causas de lesiones durante la infancia, pero muchos de estos accidentes se pueden prevenir con algunas medidas simples.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

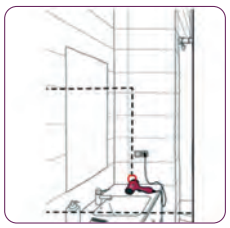
- **Escenarios de riesgos:** Divide a las participantes en 4 grupos y distribuye una imagen a cada grupo con diferentes escenarios de riesgos domésticos: la cocina, el baño, el dormitorio infantil y la sala, respectivamente. Cada grupo debe identificar los riesgos presentes y discutir cómo prevenirlos.
- **Discusión en grupo:** Después de la discusión en grupos pequeños, reúne a todos para compartir sus conclusiones y discutirlas en conjunto. Utiliza la pizarra para anotar los puntos clave.
- **Espacio abierto:** Abre un espacio para que los y las participantes hagan preguntas sobre los temas discutidos. Responde a las preguntas y proporciona información adicional si es necesario.

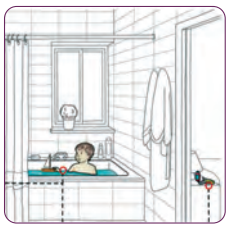
LA COCINA



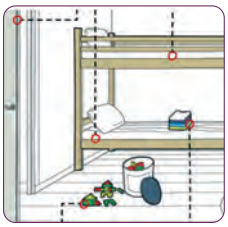


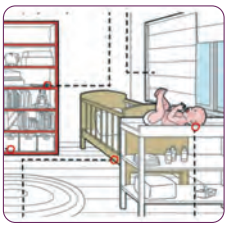
EL BAÑO



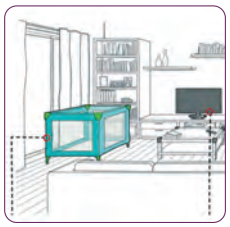


EL DORMITORIO INFANTIL





LA SALA, EL COMEDOR O ZONA DE ESTAR



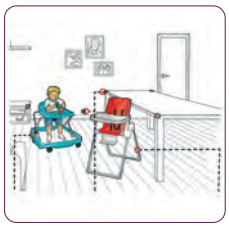


Figura 15: Escenarios de riesgos domésticos. Fuente: Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas en la edad infantil. Asociación Española de Pediatría (2017).

ACTIVIDAD 7.1

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Se reforzará la importancia de mantener un hogar seguro para el bebé. Para más información, animaremos a consultar la "Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas en la edad infantil" de la Asociación Española de Pediatría. De la página 64 a la 81, aparecen estas imágines y otras correspondientes al entorno fuera del hogar.



Figura 16: Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas en la edad infantil. Fuente: Asociación Española de Pediatría (2017).

7.2

ACTIVIDAD

¿CUÁNDO DEBO CONSULTAR AL EQUIPO DE PEDIATRÍA?

- TRABAJO GRUPAL / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Ayudar a las futuras familias a entender cuándo es necesario consultar al equipo de pediatría, proporcionando información clave sobre los signos y síntomas que requieren atención sanitaria.
- **MATERIALES:** Pizarra y marcadores / Tarjetas con diferentes escenarios de salud infantil / Sillas para los participantes.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Una de las cuestiones que más angustia a los padres y madres, especialmente cuando tienen a su primer bebé, es discernir cuándo deben acudir a consulta.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- **Escenarios de salud:** Divide a los y las participantes en pequeños grupos y distribuye tarjetas con 6 diferentes escenarios de salud infantil: Llanto, fiebre, tos, diarrea, vómitos y estreñimiento. Remarcaremos que pueden ser motivo de consulta, o no. Todo dependerá de las circunstancias en que se den. Cada grupo debe discutir cuándo el escenario requiere una consulta al pediatra y por qué.
- **Discusión en grupo:** Después de la discusión en grupos pequeños, reúne a todos para compartir sus conclusiones y discutirlas en conjunto.
- **Espacio abierto:** Abre un espacio para que las participantes hagan preguntas sobre los temas discutidos. Responde a las preguntas y proporciona información adicional si es necesario.

ACTIVIDAD 7.2

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

A modo de conclusión, resumiremos los principales motivos de consulta a pediatría:

- **Llanto**
  Ante un llanto intenso inconsolable que persiste tras haber atendido todas las necesidades básicas del niño o niña, o asociado a síntomas como fiebre, vómitos, diarrea...

- **Fiebre**
  Teniendo en cuenta que la fiebre es un mecanismo de defensa y solo debe tratarse si causa malestar, se debería consultar si:
  — Si tiene menos de 3 meses de edad.
  — Si está adormilado, decaído o por el contrario muy irritable.
  — Si ha tenido por primera vez una convulsión.
  — Si se queja de cefalea intensa y vomita varias veces.
  — Cuando aparecen manchas rojas en la piel que no desaparecen al presionar.

- **Tos**
  Es un mecanismo de defensa, que ayuda a movilizar secreciones, no está indicado dar mucolíticos ni antitusivos a los niños o niñas ya que no está demostrado que produzcan beneficios y pueden provocar efectos adversos.
  Se debe consultar:
  — Si está producida por un atragantamiento.
  — Si tiene dificultad respiratoria.
  — Si es persistente.
  — Si se acompaña de cianosis peribucal.

- **Diarrea**
  — Si el niño o la niña está decaído/a, inapetente, vomita, impidiendo la ingesta de líquidos.
  — Si dura más de 10-15 días.
  — Si se acompañada de moco o sangre.

- **Vómitos**
  Cuando los lactantes vomitan repetidamente o presentan dolor abdominal.

- **Estreñimiento**
  — Si presenta molestias o dificultad para hacer deposición.
  — Si se acompaña de sangrado o fisuras anales.

8.1

ACTIVIDAD

PORTEO ERGONÓMICO Y SEGURO, ¿O NO?

- TRABAJO INDIVIDUAL O POR PAREJAS / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Enseñar a las futuras familias los principios del porteo ergonómico y seguro, ayudándolas a identificar la manera correcta de usar los portabebés. Garantizar la comodidad y seguridad tanto del bebé como de la persona porteadora.
- **MATERIALES:** Fotografías de porteo / Folios y bolígrafos para que escriban: Sí y NO / Infografía de porteo y tipos de portabebés.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Nuestro/a hijo/a viene programado/a para ser llevado/a en brazos. Necesita la proximidad física tanto como necesita sueño y alimento. En ese sentido, el porteo será una gran herramienta que nos ayudará a satisfacer la necesidad de contacto con la que nacen nuestros hijos/as.

Eso sí, no debemos realizarlo de cualquier manera. Por nuestra seguridad y la del bebé, será importante conocer los principios del porteo ergonómico y ser capaces de identificar la manera correcta de portear.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Vamos a poner en práctica los conocimientos que acabamos de adquirir sobre porteo ergonómico y seguro.
- Con la ayuda de fotos de personajes famosos, intentaremos diferenciar portabebés ergonómicos de otros que no los son. No las podemos incluir en la guía por motivos de derechos de imagen, pero resultan fáciles de encontrar en internet.
- Para ello, cada mujer y su pareja o acompañante deben contar con 2 folios. En uno escribirán SÍ y en otro NO.
- Iremos enseñando las fotos y tendrán que votar SÍ/NO estamos ante un ejemplo de porteo seguro.
- Tras cada foto, elegiremos a una persona para que nos justifique su respuesta.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Un buen asesoramiento será fundamental a la hora de adquirir un portabebés y utilizarlo correctamente. Podremos recurrir al personal del centro de salud que tenga formación al respecto y a tiendas especializadas.

Principado de Asturias | Consejería de Salud

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Estrategia de Salud
de las Mujeres de Asturias
2024 - 2030