

2. Importancia de la educación maternal durante la gestación

IMPORTANCE OF MATERNAL EDUCATION DURING PREGNANCY

Paula Corte García

Matrona en los servicios de Partos y Puerperio del Hospital Universitario de Donostia.

RESUMEN

El nacimiento de un hijo supone un cambio de vital importancia en la vida de las personas que lo experimentan. La búsqueda de recursos para afrontarlo ha ido aumentando desde inicios del siglo XX con la aparición de los primeros programas de educación maternal, así como evolucionando a lo largo de los años con el traslado del parto en el domicilio hacia el entorno hospitalario.

La educación maternal-paternal ofrece numerosos beneficios durante el embarazo, parto y puerperio favoreciendo una participación informada y más activa de la mujer y su pareja durante la vivencia de este proceso.

Las matronas, enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología, son las encargadas en la actualidad de desarrollar este tipo de programas teórico-prácticos en el ámbito público o privado. Con la creación de este trabajo, se pretende organizar un posible programa teórico que sirva de guía y facilite el desempeño de nuestro trabajo. Se ha estructurado en una sesión de presentación más 5 sesiones teóricas, y en un boceto esquemático de la parte práctica a realizar. Las sesiones teóricas incluyen: Los cambios en la gestación y la nutrición durante el embarazo; el parto y los tipos de partos; el puerperio; la alimentación y los cuidados en el recién nacido.

Palabras clave: Educación Maternal, Preparación al parto, Cuidados Prenatales y Beneficios.

ABSTRACT

There is no doubt that having a baby changes new parent's lives. Childbirth itself has not changed at all, but for a century many things associated with it have. Advances in maternal – foetal medicine shifted birth from the home to the hospital, requiring more consumer education and preparation. It was in the early 20th century when the first education programs, childbirth and family orientated began to appear.

Parental education has had an enormous impact on traditional childbirth. New parents have become more knowledgeable, self confident and participatory in their childbirth expe-

riences, shifting the focus to more family-centred maternity care.

Midwives, who are the lead care in the community, are in charge of designing childbirth education programs that provide accurate information concerning pregnancy matters. Taking place both in private and public settings.

The purpose of this paper is to develop a childbirth education program structured in 5 theoretical sessions and a schematic sketch of the practical part. The sessions will include information regarding changes and nutrition during pregnancy, labour, postnatal care and newborn care.

Keywords: Maternal Education, Delivery Preparation, Prenatal Care and Benefits.

INTRODUCCIÓN

Según la Guía Catalana de Educación Maternal “El nacimiento de un hijo o una hija supone un cambio en los distintos aspectos de la vida de la mujer y su pareja si la tuviese”⁸. La vivencia del embarazo y la llegada del nuevo miembro a la familia supone un gran reto que las parejas han de afrontar y saber resolver, buscando aquellas herramientas y estrategias que les permitan hacerlo de la manera más fisiológica. La Educación Maternal – Paternal, o los Programas de preparación al Nacimiento se encargan de dotar a las mujeres y sus parejas de estos recursos que les ayudarán a afrontar con ilusión la vivencia de la nueva vida”.

Desde los inicios de los programas de Educación Maternal (EM), allá por los inicios del siglo XX², éstos han recibido diversos nombres: “Educación Maternal, Psicoprofilaxis Obstétrica, Preparación al o para el parto, Preparación para el nacimiento, Preparación para la maternidad y la paternidad, Educación grupal en el embarazo, parto y puerperio...”³, todos ellos con un mismo significado: “La educación maternal comprende un rango de medidas educativas y de apoyo que ayudan a los padres o futuros padres a comprender sus propias necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante el embarazo, trabajo de parto y la paternidad”³.

Educación Maternal también podemos definirla como “Actividad que, estando en consonancia con el ámbito sociocultural y respetando el mismo, organiza un conjunto de actividades que realizan profesionales, comunidad e individuos para que la gestación se viva de forma positiva y facilite un parto y puerperio normal, tanto física como emocionalmente”⁶.

Los Programas de Educación Maternal-Paternal se incluyen dentro de las carteras básicas del Sistema Nacional de Salud desde el año 1986², y están recogidas en el Real Decreto 1030/2006 del 15 de Septiembre¹, son concebidas como un derecho fundamental de las mujeres a recibirla. Se encuentra dentro de las actividades básicas de prevención y promoción de la salud y todos ellos tienen objetivos comunes entre las que destacan: Influir en el comportamiento de la salud de las gestantes durante el embarazo

umentando su confianza en el momento del parto, siempre con el apoyo de las parejas; prepararlos para el nuevo rol que supone la maternidad-paternidad elaborando redes de apoyo social a las que tengan acceso en el momento que necesiten, y estimular la seguridad de los progenitores contribuyendo a una reducción de la morbilidad perinatal y la mortalidad³. Estos programas no son exclusivos del *Sistema Nacional de Salud*, sino que también se pueden ofertar en el ámbito privado¹.

Otra definición de los objetivos de estos programas según M^a Jesús Sanz en su *SIPOSO* (Seminario de Intervención y Políticas Sociales) sobre Los Programas de Educación Maternal-Paternal en el *Sistema Nacional de Salud* es "Contribuir a la crianza saludable, a la salud integral de los niños en sus primeros años de vida, en este caso también en la etapa prenatal". Añade además en su artículo una cita de (Jáñez, 2009: 166) en la que explica que "el embarazo es un momento crítico tanto para la prevención de posibles deficiencias en futuro niño como para la implantación y desarrollo de conductas física y psicológicamente saludables en los padres, sobre todo en la madre, que repercutirán no sólo durante esta etapa sino después del nacimiento y durante la crianza"¹.

Como se ha comentado anteriormente, los Programas de Educación Maternal tienen sus orígenes en los principios del pasado Siglo XX. Estos han ido evolucionando a lo largo de los años al igual que el cambio de paradigma en su significado. La educación maternal comenzó en sus orígenes con el objetivo de disminuir el dolor en el parto, conociéndose de manera coloquial entre la población como "curso para un parto sin dolor"¹. Antaño, las mujeres parían en sus casas acompañadas por las matronas y las mujeres cercanas a la familia; con el paso de los años, y con la evolución de la medicina, los partos poco a poco fueron trasladándose a los hospitales con el fin de mejorar los resultados perinatales tanto de las gestantes como de los recién nacidos. Esto significó una medicalización del parto y un aumento de su instrumentalización; los partos pasaban a ser ahora más dolorosos lo que conllevaba un aumento de la ansiedad materna. Este nuevo paradigma de atención al parto, supuso la necesidad de buscar nuevas formas o recursos dentro de la psicoprofilaxis obstétrica que ayudasen a sobrellevar mejor el aumento del dolor que implicaba esta nueva forma de parir².

Las primeras unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica en nuestro país se remontan al año 1955¹. Figuras importantes de la escuela Española fueron *Consuelo Ruiz* (Matrona) autora del libro "El parto sin dolor" que respondía a las tendencias de la época y *Aguirre de Cárcer* al que se le considera el pionero de la preparación al parto. En 1956 fundó la escuela de "Sofropedagogía Obstétrica o Educación Maternal" y supuso un cambio de paradigma: del parto sin dolor se pasaba a un enfoque más holístico en el que tanto la mujer y su pareja conseguían los recursos necesarios para afrontar un parto lo más sereno posible, sin miedos y viviendo ese momento como algo trascendental en su vida con plena consciencia y satisfacción porque esta experiencia iba a repercutir en el hijo al desarrollar la "Urdimbre Afectiva"² que significa en palabras de *Rof Carballo* que «el hombre resulta, como todo ser biológico, de la puesta en marcha de un proceso que llamamos «información genética» o herencia. Esta ofrece, como

peculiaridad, la de preparar al ser vivo para un último terminado («urdimbre») que le permite asimilar, incorporar, unas estructuras formales del ambiente a las estructuras organizadas por la herencia, le dotan de una máxima capacidad de adaptación dentro de su mundo peculiar...»⁹.

La evolución de la preparación maternal a lo largo del tiempo se debió en gran medida a los cambios sociológicos, científicos y descubrimientos médicos entre otros: El papel del hombre y la mujer en la sociedad actual, la psicología prenatal o la introducción de métodos analgésicos más eficaces en la obstetricia, ampliaron el enfoque atrayendo y extendiendo temas más amplios a tratar dentro de la educación maternal y paternal. Por tanto, los programas han ido evolucionando en muchos aspectos, ya no se limitan sólo a la gestante, si no que se tiene en cuenta el papel de la pareja o acompañante, al que se le involucra a participar de manera activa. También han ido transformándose los contenidos, ya que actualmente no solo se centran en el parto y el dolor que éste supone, si no que tratan aspectos más emocionales, de la dinámica familiar, de los cuidados del bebé y de la importancia de la creación del vínculo en el embarazo y tras el parto. Además, la metodología educativa también ha cambiado, ya que en un clima de confianza se promueve la participación más activa de los asistentes. Se abandona esa metodología expositiva para favorecer la implicación de los presentes a las sesiones; de esta manera puede expresar sus dudas y miedos y compartirlas con el resto de participantes creando un aprendizaje en grupo mucho más productivo². Se pretende por tanto dar una atención más cercana y humana a las gestantes y sus acompañantes, poniendo como protagonista del embarazo y parto a la propia mujer dejando atrás el modelo del "parto medicalizado"³.

La educación maternal en la actualidad, es competencia de las enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología, es decir, las Matronas, que desarrollan su actividad en los Centros de Atención Primaria o Centros de Salud, solas o en colaboración con otros profesionales tanto de la atención primaria como de la atención especializada².

Se han desarrollado diferentes estudios para evaluar la eficacia de estos programas de preparación al nacimiento. *La Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad* (GPC) para la atención en el embarazo, parto y puerperio (2014, pendiente de actualización) nombra una Revisión Sistemática Cochrane "Gagnon, 200", donde se evaluó el impacto de diversos programas de educación perinatal en relación con la adquisición de conocimientos, el nivel de ansiedad y la sensación de control ante el parto, el dolor durante el mismo, el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, la capacidad de los participantes en la atención al recién nacido y otros factores psicosociales⁷. Otro estudio que se nombra en la misma GPC es el de *Bailey, 2008* en la que se explica que "la educación perinatal para la preparación al nacimiento sigue siendo un componente esencial de la atención sanitaria en el periodo perinatal... Facilitando la participación informada de las gestantes y sus parejas en su propio embarazo parto y puerperio se espera conseguir una mayor satisfacción y mejores resultados"⁷.

Como resumen de la evidencia consultada, la *GPC del Ministerio de Sanidad* concluye que la calidad es baja, por

Lo que no es posible extraer conclusiones firmes sobre la eficacia de los programas de educación prenatal para la preparación al nacimiento; sin embargo otros estudios con muestras más pequeñas nombrados también en esta GPC, (Corwin1 1999; Klerman, 2001) sugieren que la participación en estos programas *“contribuye a mejorar el conocimiento y a mejorar la autopercepción respecto a la capacidad de aplicar los conocimientos adquiridos”*.

A pesar de la baja evidencia, la GPC del Ministerio de Sanidad *“recomienda ofrecer a las gestantes y sus parejas la oportunidad de participar en un programa de preparación al nacimiento con el fin de adquirir conocimientos y habilidades relacionadas con el embarazo, el parto, los cuidados del puerperio, del/la recién nacido/a y con la lactancia”*.

En nuestro país, aunque los programas de educación maternal están incluidos en las carteras de servicios públicas y gratuitas de las diferentes Comunidades Autónomas, el porcentaje de mujeres que solicita participar o participa en dichos programas es relativamente bajo: Alrededor del 26-45%³.

JUSTIFICACIÓN

A pesar de la escasa evidencia, las Matronas creemos que la Educación Maternal sí tiene beneficios tanto para la madre y su pareja como para el recién nacido. En estos últimos tiempos que nos ha tocado vivir, con la llegada en 2020 de la Pandemia por Covid-19, dónde la atención al embarazo en los distintos centros de Salud se ha visto mermada con la reducción de consultas presenciales y en muchos casos con la suspensión de la Preparación a la Maternidad, ha hecho que nuestras gestantes lleguen al día del parto y afronten el postparto con muchas más dudas e incertidumbres que antes de la pandemia. Esto se evidencia en las urgencias obstétrico-ginecológicas de los hospitales, donde las embarazadas acuden con dudas básicas que se deberían haber tratado en una clase de Educación Maternal como por ejemplo, *“no debes acudir al hospital por la expulsión del tapón mucoso”* o durante el parto, cuando en ocasiones las mujeres no saben cuáles son las etapas del parto y por último en las plantas de maternidad, dónde dudas básicas sobre lactancia materna florecen cada día.

Los Beneficios de la Educación Maternal se dividen en: *Beneficios para la madre y beneficios para el recién nacido*.

Beneficios para la madre^{6,5}

- La asistencia a cursos de preparación maternal promueve la aclaración de dudas en relación con el embarazo, parto y puerperio. Supone además el lugar idóneo para desmitificar mitos y ritos que han ido perdurando generación tras generación, solventándolos desde un punto de vista científico.
- Promueve la participación más activa de las mujeres en el parto y tiene un claro beneficio sobre el cuerpo de la mujer gestante, ya que la asistencia a estas sesiones favorece la funcionalidad del cuerpo aumentando la elasticidad del mismo con mayor amplitud de movimientos y percibiendo menores dolores musculares.

- Favorece la adquisición de hábitos higiénico-dietéticos saludables durante la gestación entre los que destacan, el abandono del hábito tabáquico y del alcohol, el aumento del consumo de productos lácteos, abandono del consumo de productos potencialmente peligrosos como el embutido sin congelar o los quesos sin pasteurizar y el aumento del ejercicio físico.
- Según diversos estudios, la asistencia a estas sesiones de educación maternal, aumenta la satisfacción de las mujeres con la experiencia del proceso de parto, teniendo vivencias más positivas y con mayor seguridad a la hora de afrontar la maternidad.
- La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, califica además la asistencia a las clases preparto como un *“método analgésico no farmacológico de eficacia poco demostrada”*. Quiere decir que el acudir a estas sesiones podría preparar a las mujeres para un parto menos doloroso. Estas afirmaciones están en entredicho, puesto que existen otros estudios que concluyen que la participación a las clases de educación maternal suponen un aumento del uso de analgesia epidural respecto a las mujeres que no acuden.
- El establecimiento de amistades y lazos con mujeres que están en una misma situación, es otro de los beneficios más reportado por las asistentes, considerando un instrumento útil para establecer redes de apoyo que pueden perdurar más allá del parto.
- El aprender a reconocer los signos y síntomas de inicio del parto, o los motivos por los que han de acudir o no al hospital, también es uno de los beneficios más destacables, ya que disminuyen la carga asistencial en las urgencias hospitalarias evitando desplazamientos innecesarios.

Está claro que la Humanización de la asistencia al nacimiento, ha hecho que se produzca una disminución de intervenciones innecesarias: Se intentan realizar las cesáreas estrictamente imprescindibles, se evita la realización de episiotomías en la medida de lo posible, se fomenta la libre movilidad de la mujer durante el parto y el uso de oxitocina parece estar más limitado. Aún así, existen estudios que aún expresan asociaciones negativas o anodinas respecto a la asistencia a los grupos de educación maternal y la presencia de mayor número de desgarros perianales, la duración de los tiempos de las diferentes etapas del parto o el aumento/disminución de la instrumentalización o la realización de cesáreas³. Según una revisión Cochrane del 2011 *“la asistencia a las clases de preparación al parto pueden reducir las tasas de cesárea en partos de bajo riesgo”*.

Beneficios para el recién nacido⁶

- Las mujeres que acuden a las clases de Educación Maternal se decantan en mayor medida por la práctica del contacto *“piel con piel”*. Esto puede ser debido al reporte de beneficios explicados durante las diferentes sesiones.
- En relación con la Lactancia Materna, diversos estudios concluyen en que no hay diferencias significativas en la

elección del tipo de lactancia en mujeres que acudieron a las sesiones de preparación con respecto a las que no³. Sin embargo otras investigaciones establecieron diversos beneficios entre los que destacan que aquellas gestantes que acudieron a las diferentes sesiones de educación maternal, al final de ésta se decantaron en mayor medida por una lactancia materna, además, del inicio precoz y el mantenimiento del amamantamiento al menos hasta los dos meses de vida.

- No se observaron diferencias significativas entre el Test de Apgar al nacimiento del bebé al minuto y a los cinco minutos de vida, ni tampoco en las semanas de gestación a las que se desencadenó el parto en mujeres que acudieron con respecto a las que no lo hicieron.

OBJETIVOS

Objetivo principal

El objetivo principal de este trabajo, es crear un "Proyecto de Programa de Educación Maternal-Paternal" dividido en unas 6 sesiones, que les sirva a las enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología, es decir Matronas, cómo guía práctica para el desempeño de su actividad laboral, dotándoles de un esquema con sus instrumentos y sus contenidos teóricos a desarrollar durante la impartición.

Objetivos secundarios

- Dotar a las asistentes y sus acompañantes de los conocimientos necesarios para que vivan la etapa perinatal de la manera más positiva posible.
- Ofrecer apoyo a las gestantes durante esta etapa de vulnerabilidad resolviendo las dudas planteadas durante las sesiones.
- Establecer lazos de compañerismo y quizás amistad entre los asistentes, ya que se encuentran viviendo una misma etapa con muchos objetivos en común.
- Exponer los principales cambios que la gestación supone y cómo solventar los posibles malestares que podrían aparecer.
- Proporcionar los conocimientos básicos que las parejas deberían conocer respecto al inicio y establecimiento del parto, el postparto, y los cuidados esenciales de un recién nacido.
- Explicar las diferentes formas de alimentación de un bebé, para que los padres puedan decidir de manera informada y consensuada el tipo de lactancia que van a querer para su futuro hijo/a.
- Instruir a las mujeres en la realización de un ejercicio suave - moderado, mediante la práctica durante las sesiones de ejercicios de elasticidad, respiratorios y de relajación adaptados al embarazo.

METODOLOGÍA

Para la realización de éste trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases científicas de datos duran-

te los meses de Diciembre del 2020, Enero, Febrero, Marzo y Abril de 2021: *Uptodate, Cuiden, The Cochrane utilizando las siguiente palabras clave: Educación Maternal, Preparación al parto, Cuidados Prenatales AND Beneficios.*

También se realizó una búsqueda en internet en el buscador "Google Académico" con los mismos descriptores.

En ambos casos se intentaron seleccionar aquellos artículos que contenían las palabras claves desde los últimos 10 años, procurando seleccionar lo más actuales desde los últimos 5. En total se seleccionaron 6 artículos relacionados con el tema, por lo relevante de su contenido. El resto de artículos consultados sirvieron como base teórica para la realización de alguna de las sesiones a pesar de que fueran anteriores al 2016.

Se consultaron también diferentes guías de preparación al nacimiento: La guía Catalana "Educación Maternal: Preparación para el nacimiento" del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; La guía "Orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía" de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía; el "Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva: Preparación para la maternidad y paternidad" del Servicio Canario de Salud y por último la guía de Salud Materno- Infantil: "La salud desde el principio" de la Junta de Castilla y León.

Se incluyeron también en la bibliografía las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de "Atención en el embarazo y puerperio" del 2014, la Guía de práctica clínica sobre "Atención al parto normal" del 2010 y la Guía de Práctica Clínica sobre "Lactancia Materna" del 2017.

Con toda la información recogida se hizo un análisis sintético que consistió en intentar reflejar lo más importante de la evidencia científica actual sobre la importancia de la Educación Maternal – Paternal. Se elaboró entonces una revisión sintetizada que se resume en la introducción de este trabajo, dónde se realizó un repaso por la historia de ésta práctica y la importancia de ella.

Por último se organizaron las sesiones teóricas que se impartirían durante el desarrollo del programa. Se dividió en una sesión de presentación más 5 sesiones teóricas dónde se expuso la parte teórica que las matronas podríamos utilizar como guía a la hora de organizar e impartir nuestras clases en atención primaria.

Para finalizar se agregó un "boceto" de los ejercicios prácticos a realizar en cada sesión. Por cuestión de extensión del trabajo, esta parte se añadió a modo esquemático haciendo referencia a las anteriores guías de preparación mencionadas cómo lugar dónde extraer dichos ejercicios.

DESARROLLO

Este proyecto de Programa de Educación Maternal – Paternal está diseñado para ser llevado a cabo por las Matronas de Atención Primaria de los distintos centros de salud. Puede ser adaptado en función de la Comunidad Autóno-

ma en dónde se desempeñe nuestra labor asistencial, e irá dirigido a todas las mujeres y sus acompañantes.

En los tiempos actuales de pandemia que nos ha tocado vivir, algunas matronas han prescindido de las sesiones presenciales de educación maternal-paternal. Este programa podría ser adaptado para su realización online. Lo que se pretende es que pueda llegar a todas las mujeres gestantes. Para ello, las sesiones teóricas serían proyectadas a través del programa de "video llamada" y las prácticas serían llevadas a cabo por la propia matrona a través del mismo programa. Las mujeres deberían seguir las clases online desde sus casas y posteriormente realizar los ejercicios siguiendo las indicaciones de la matrona.

Para su desarrollo es necesario contar con *una serie de recursos*:

Recursos humanos

Entendemos por recursos humanos a todos los profesionales que hagan posible que este programa se pudiera llevar a cabo. La Matrona, enfermera-especialista en Obstetricia y Ginecología representa la figura principal. En función del centro de salud, también sería posible contar con profesionales de la Fisioterapia para abordar temas específicos dentro de su competencia como podría ser el Suelo Pélvico.

Recursos físicos

Para la realización de las sesiones es necesario un lugar físico en dónde llevarlas a cabo. Es necesario una clase amplia dónde se puedan combinar las sesiones teóricas y las prácticas. En muchos centros de salud, existe físicamente la clase de "educación maternal" dónde se realizan las sesiones. Si esto no existiera, se debería buscar un sitio dentro del centro que nos permitiera su realización.

Si el programa fuese llevado a cabo de manera online, se precisaría una habitación lo más amplia posible para poder realizar los ejercicios.

Recursos materiales

Es preciso adaptar estos recursos a los recursos económicos del centro. En situaciones ideales este sería el material a utilizar:

- Ordenador
- Proyector dónde poder proyectar las diapositivas explicativas
- Pizarra
- Sillas
- Esterillas
- Pelotas Suizas o Pelotas de Pilates
- Bandas elásticas para la realización de ejercicios circulatorios
- Triángulos u otro sistema que permite el apoyo de la cabeza cuando las gestantes estén tumbadas y evite la compresión de la vena cava
- Pelotas de tenis o similares para masaje lumbar

Captación de las mujeres

Este programa irá orientado a todas las mujeres gestantes que realicen su seguimiento de embarazo en nuestro centro de salud. La captación será en consulta, alrededor de la semana 25 y se organizarán los grupos según fecha aproximada de FFP ("Fecha Probable de Parto").

Un ejemplo es organizar los grupos por FFP de cada mes, es decir, "mujeres cuya FFP sea en Julio", iniciarían las clases aproximadamente en Mayo.

El inicio ideal de las clases será es entorno a la semana 28 de embarazo.

Se puede organizar en grupos abiertos en los cuales las mujeres que ya han realizando las sesiones van saliendo



Imagen 1. Imagen ilustrada Preparación al parto: Club Familias. (2019). preparación al parto [Image]. Recuperado de <https://www.clubfamilias.com/es/clases-preparacion-parto>.

y entran nuevas. Las mujeres que hayan finalizado las sesiones teóricas podrían seguir acudiendo a la parte práctica si el lugar en el que se desempeñaran dichas sesiones lo permitiese por cuestión de espacio y material.

Lo ideal serían grupos de entre 10 a 18 personas.

Duración y horario de las sesiones

Las sesiones se realizarán en horario de trabajo de la matrona. Se tendrán reservadas dos horas a la semana en la agenda de trabajo para su realización. Podrían ser dos horas seguidas en un mismo día o separadas en días diferentes. Por comodidad de las mujeres se preferiría la primera opción, es decir, *dos horas consecutivas a la semana, una vez por semana*.

El horario debería de ser consensuado con el centro de trabajo, es cierto que debería ser adaptado a aquel horario en el que pudieran acudir más gestantes y acompañantes, generalmente en turno de tarde.

En la primera hora se llevará a cabo la parte teórica, en la que la matrona expondrá el tema e intentará que los asistentes participen por medio de diferentes técnicas como la lluvia de ideas, intercambio de roles, proyectando videos y posteriormente haciendo discusiones...

En la segunda hora se llevaría a cabo la parte práctica donde se combinarían ejercicios con los que se trabajarían las diferentes partes del cuerpo implicadas en el parto. Además se explicarían también ejercicios destinados a aliviar las diferentes molestias que van apareciendo durante el parto: ejercicios de estiramiento, circulatorios, de hombros, de pectorales, brazos, piernas...ejercicios de pelvis, del suelo pélvico y por último se irían practicando según avancen las semanas de gestación los ejercicios respiratorios y de pujos.

Cada sesión finalizaría con unos minutos introductorios a las técnicas de relajación y sofronización.

Por tanto se tratan de unas sesiones "Teórico-Prácticas".

Duración del programa

El programa tiene una duración aproximada de 6 semanas, divididas en 6 sesiones. Existe la posibilidad de desdoblar el tema en dos días si éste fuera demasiado extenso.

La *sesión 1* es una sesión introductoria que sirve para realizar una presentación del grupo, donde cada mujer se presenta y nos explica sus motivaciones para acudir a las clases. Generalmente ésta es la sesión más corta del programa.

La matrona expone de manera breve los temas que se van a tratar, la duración de las sesiones, el lugar de impartición y la vestimenta que han de traer, generalmente se les explica que acudan con ropa cómoda para la realización de los ejercicios. Por último se les pasa una ficha que han de rellenar con sus datos, antecedentes obstétrico-ginecológicos, paridad, semanas de gestación, fecha probable del parto y transcurso del embarazo actual.

Según *la guía catalana*, existen patologías asociadas al embarazo que precisan de supervisión médica que autorice la



Imagen 2. ENFAMIL. (2020). mujer en posición de relajación [Image]. Recuperado de <https://www.enfamil.es/blogs/mi-embarazo/como-prepararse-para-el-parto-consejos-y-tecnicas-de-relajacion>

práctica del ejercicio físico durante la gestación y precisan de criterio profesional para determinar el tipo de ejercicio y la duración del mismo⁸. Estas serían:

- Enfermedades cardíacas
- Enfermedad pulmonar restrictiva
- Hemorragias persistentes en el segundo y tercer trimestre
- Preeclampsia o hipertensión inducida en el embarazo
- Amenaza de parto prematuro (anterior o actual)
- CIR o Retraso del crecimiento Intrauterino
- Incompetencias cervicales o cerclajes
- Placenta previa después de las 26 semanas de gestación
- Rotura prematura de membranas
- Gran fumadora (> 20 cigarrillos/día)
- Limitaciones ortopédicas
- Control incorrecto de la hipertensión
- Estilo de vida extremadamente sedentario
- Arritmia cardíaca materna sin evaluar
- Bronquitis crónica
- Gestación múltiple (individualizar)
- Disfunciones tiroideas
- IMC > 40
- Malnutrición o trastornos alimenticios
- Mal control de la Diabetes
- Epilepsia mal controlada
- Anemia

El resto de sesiones se detallan en el siguiente cuadro:

Sesión 1	Presentación
Sesión 2	La gestación y los cambios. Nutrición durante el embarazo
Sesión 3	El parto. Tipos de partos
Sesión 4	El Puerperio
Sesión 5	Alimentación en el Recién Nacido: Lactancia Materna, Artificial o Mixta
Sesión 6	Los cuidados del recién nacido sano

Cada sesión excepto la primera comenzará con una tabla de objetivos que se pretenden cumplir tras el desarrollo de ésta, el índice o los puntos claves que se tratarán en la clase y por último propio desarrollo de la misma.

PARTE TEÓRICA

SESIÓN 1: PRESENTACIÓN

¡COMENZAMOS!

NOS PRESENTAMOS

Inicio de la presentación por parte de la Matrona, nombre y recorrido profesional.

A continuación nos dirigimos a las gestantes y les preguntamos:

- Nombre
- N° de Hijos
- Semanas de Gestación
- Fecha probable del parto
- Expectativas con respecto a las clases ¿Qué esperáis de ellas? ¿Qué os gustaría que tratáramos?

Les pasamos la ficha para que rellenen mientras las compañeras hablan. Esta ficha nos servirá para tener un registro de las mujeres que acuden a nuestras clases.

ANEXO 1: FICHA

NOMBRE:
EDAD:
PROFESIÓN:
¿PRIMER EMBARAZO?: SI / NO
Nº HIJOS PREVIOS:
SEMANAS DE GESTACIÓN:
FECHA PROBABLE DE PARTO:
MOTIVOS PARA LA REALIZACIÓN DEL CURSO:
•
•
¿QUÉ ESPERAS DEL CURSO?
•
•

Parte teórica: ¿QUÉ TEMA TRATAREMOS DURANTE LAS DIFERENTES SEMANAS?

- **Tema 1:** La gestación y los cambios. Nutrición durante el embarazo.
- **Tema 2:** El parto. Signos y síntomas de urgencia. ¿Cuándo acudir al hospital? Proceso de parto, diferentes partos. Respiraciones.
- **Tema 3:** El postparto. Introducción a los ejercicios de suelo pélvico y recuperación.
- **Tema 4:** Alimentación en el Recién Nacido. Lactancia Materna, Lactancia Artificial o Lactancia Mixta
- **Tema 5:** Cuidados del Recién Nacido Sano.

Al final de la exposición les preguntamos a las asistentes si existe algún tema más que les gustaría que tratásemos. Les animamos a que lo apunten en la ficha que les hemos pasado.

Parte Práctica: GIMNASIA PRENATAL

- La parte práctica estará compuesta por:
 - Ejercicios de estiramiento
 - Ejercicios circulatorios
 - Ejercicios de hombros, pectorales, brazos, piernas...
 - Ejercicios de pelvis
 - Ejercicios de Suelo pélvico
 - Respiraciones y Pujos
 - Masajes
 - Introducción a las técnicas de Relajación
 - (...)

Lugar, Hora, Día de Impartición:

- Comienzo entorno a las 28 semanas.
- Horario: especificar el DIA DE LA SEMANA de __ a __ h. (Duración aproximada de +/- 2 horas)
- LUGAR: _____
- Parte práctica + parte teórica.

Acudir con **ROPA CÓMODA**



Finalizaremos la sesión con una ronda de preguntas aclaratorias.

SESIÓN 2: LA GESTACIÓN Y LOS CAMBIOS. NUTRICIÓN DURANTE EL EMBARAZO.



Imagen 3. Nutre Salut. (2016). Alimentación en la mujer gestante [Image]. Recuperado de <https://nutresalut.com/2016/02/charla-de-alimentacion-en-embarazo/>

OBJETIVOS DE LA SESIÓN*

La matrona iniciará la sesión con una diapositiva introductoria explicando a las asistentes mediante los objetivos, cuáles son los principales temas que se van a tratar.

- A. ¿Qué cambia en mi cuerpo?** Conocer las bases de la anatomía para comprender los cambios físicos más importantes que se producen a lo largo del embarazo y las consecuencias sobre el cuerpo de la mujer.
- B. ¿Cuándo hay molestias, que puedo hacer?** Adquirir las destrezas y habilidades para disminuir las molestias.
- C. Inestabilidad emocional ¿Es normal?:** Analizar los cambios emocionales



Imagen 4. FreePik. (2020). Crecimiento barriga gestante por meses [Image]. Recuperado de https://www.freepik.es/vector-premium/mujer-embarazada-barriga-crecimiento-meses_6463506.htm

D. Mitos y Realidades relacionados con la alimentación en el embarazo. ¿Qué puedo/debo comer si estoy embarazada? Conocer las bases de la alimentación en el embarazo.

E. Conocer la importancia de los principales nutrientes y dónde encontrarlos.

A. ¿QUÉ CAMBIA EN MI CUERPO?

EMPECEMOS POR EL PRINCIPIO...

“El embarazo es un periodo lleno de cambios en el desarrollo de la mujer. Estos cambios varía en función de las semanas de embarazo y es importante que se reconozcan como alteraciones propias del proceso de gestación”

¿Y TÚ QUE HAS NOTADO?

La matrona antes de comenzar la lanzará una pregunta a los asistentes para provocar una lluvia de ideas. Posibles respuestas:

- Durante el primer trimestre: cansancio, somnolencia, náuseas, vómitos, digestiones muy pesadas, dolor tipo regla...
- Durante el segundo y tercer trimestre: Ardores, estreñimiento, dolores lumbares, varices...



Tras analizar las posibles respuestas, comenzará la explicación ayudándose de diferentes imágenes. Será una explicación anatómica sencilla y fácil, repasando los principales cambios por órganos.

REPRODUCCIÓN HUMANA E INICIO DEL EMBARAZO

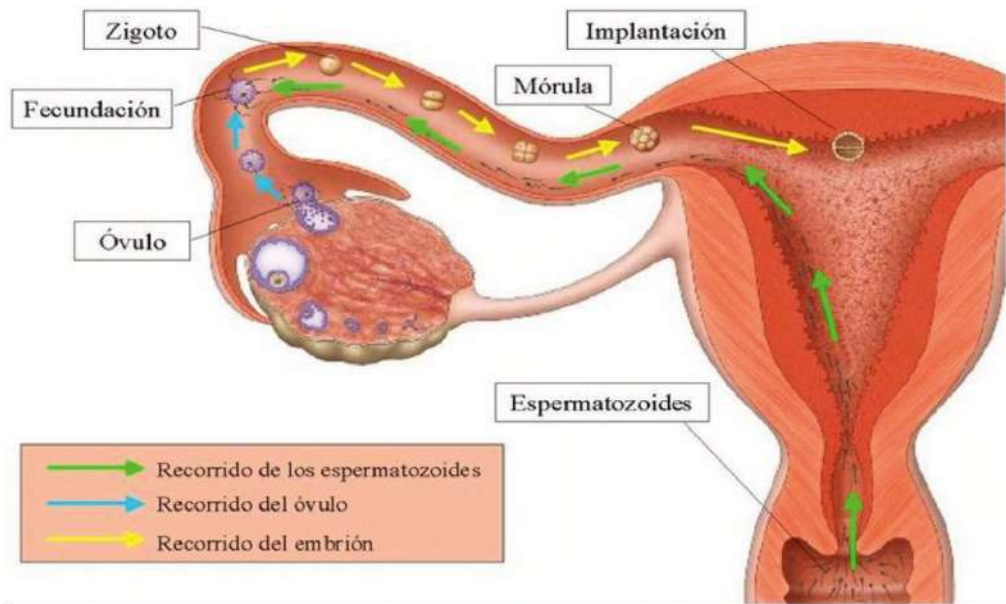


Imagen 5. Imagen 5: PortafolioADH. El proceso de la fecundación y el embarazo [Image]. Recuperado de TEMA 1: El proceso de la fecundación y el embarazo - portafolioADH (google.com)

Con el coito los espermatozoides ascienden por la vagina y el útero y llegan hasta las trompas de Falopio donde esperan encontrarse con el óvulo. Si el coito tiene lugar alrededor del día 14 del ciclo femenino es posible que se produzca la fecundación.

Una vez que se produce la unión de ambos gametos, comienza un viaje a través de la trompa de Falopio que dura unos 3-4 días. Durante estos días las dos células comienzan a replicarse rápidamente hasta que se implanta en el útero, aproximadamente en el octavo día post-fecundación¹¹. Se produce entonces el inicio del embarazo.

Podemos distinguir tres fases en el embarazo: *el periodo preembrionario* (desde la fecundación hasta la implantación del óvulo fecundado en el útero, aproximadamente dura unas 3 semanas), *el periodo embrionario*, que va desde la 4ª semana a la 8ª semana. Es el periodo más importante porque se produce la organogénesis o formación de órganos, y es el periodo más susceptible a malformaciones exógenas y por último *el periodo fetal* que va desde la semana 9 de embarazo hasta el final del mismo¹¹.

El parto a término se produce entre las semanas 37 a 42 de gestación desde la Fecha de Última Regla (FUR).

PRINCIPALES CAMBIOS EN NUESTRO CUERPO

A nivel del aparato reproductor

Útero, cuello del útero, vagina, ovarios y mamas

El *útero* aumenta de tamaño con el objetivo de albergar al bebé. En torno a la semana 24 de gestación alcanza el nivel del ombligo y crece hasta llegar al nivel de las costillas en la semana 36, para posteriormente descender un poco hasta el parto. Durante el embarazo pueden aparecer contracciones irregulares que suelen aparecer generalmente con el estímulo físico o el estrés. También se debería descartar una infección de orina en caso de que aparezcan. Se

aconseja descanso y relax para su tratamiento en el primer caso, y tratamiento antibiótico en el segundo. En el Tercer trimestre aparecen las llamadas contracciones de "Braxton-Hicks" que normalmente son indoloras e irregulares. Su objetivo es preparar el cuello del útero para el parto, madurándolo. También suelen desaparecer con el descanso.

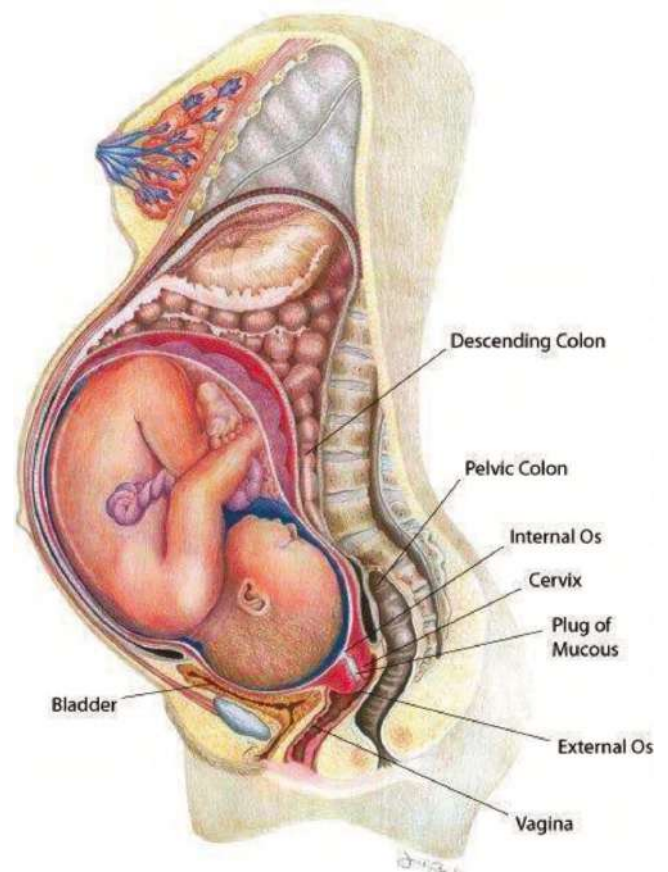


Imagen 6. Pinterest. Anatomía del embarazo [Image]. Recuperado de (59) Pinterest.



Imagen 7. Blog de una mama primeriza. Distintos aspectos del tapón mucoso [Image]. Recuperado de TAPÓN MUCOSO: MI MAMA ME MIMA (webnode.com)

La *vagina* se vuelve más elástica, aumenta de tamaño y cambia de color volviéndose más violácea. Se produce también un aumento de flujo que suele ser de color más blanco. Se aconseja el uso de ropa interior de algodón. Si apareciese picor o flujo maloliente habría que consultarlo.

En el *cuello del útero* se forma el famoso “*tapón mucoso*” que protege la cavidad uterina de posibles infecciones. Éste se expulsa en las últimas semanas del parto y NO constituye una urgencia por la que acudir al hospital.

Los *ovarios* permanecerán en reposo durante la gestación

En las *mamas* aumentan la sensibilidad y el tamaño. Se produce también un aumento y oscurecimiento de las areolas. Durante el último trimestre puede iniciarse la actividad secretora del calostro. El embarazo supone para las *mamas* el máximo desarrollo en la vida de una mujer. Se recomienda el uso de sujetadores sin aros, que sujeten sin apretar.

A nivel del aparato urinario

La *vejiga* es comprimida por el útero, esto produce un aumento de la diuresis que es más frecuente en el primer y último trimestre. La progesterona relaja los esfínteres y es posible un aumento de infecciones de orina durante el embarazo.

A nivel del aparato circulatorio

- *El Corazón*: aumenta de tamaño y se desplaza hacia la izquierda
- *Anemia Fisiológica*: se produce una anemia fisiológica durante el embarazo por hemodilución, es decir aumento del volumen sanguíneo en un 30-40%
- Aparición del famoso “*Síndrome de Hipotensión Supina*”. El aumento del tamaño del útero hace que comprima la

vena cava inferior ocasionando a la mujer una bajada brusca de tensión acompañada de sudoración fría, palidez y mareo. Se recomienda a las gestantes siempre descansar en decúbito lateral izquierdo para evitar este síndrome.

- Aparición de *varices* y *hemorroides* debido a la compresión de la circulación del retorno venoso en las extremidades inferiores por el aumento de peso.

A nivel del aparato digestivo

- Los *cambios hormonales* favorecen la aparición de náuseas durante el primer trimestre.
- *Boca*: puede ser frecuente la aparición de gingivitis por aumento de la vascularización y de las caries por cambios en el pH. Imprescindible una buena higiene.
- *Estómago*: anatómicamente se desplaza hacia arriba por el crecimiento uterino. La progesterona favorece que el tono y la motilidad de éste estén ralentizadas, lo que conlleva a un retardo en el vaciamiento gástrico, reflujo, ardores estomacales y sensación de hinchazón.
- *Intestinos*: hormonalmente se produce también una disminución de la motilidad intestinal favoreciendo el estreñimiento y las hemorroides.

A nivel dermatológico

- Aumento de la pigmentación de la piel y aparición de la famosa “*línea alba*” o el “*cloasma gravídico*”
- Aparición de estrías por estiramiento de la piel.
- La calidad del pelo suele mejorar durante el embarazo, aunque en ocasiones puede aparecer caída (más habitual en el postparto). Las uñas se pueden volver más quebradizas



Imágenes 8 y 9. : Bio-Oil. Linea alba y Cloasma gestacional [Image]. Recuperado de *¿Por qué aparecen manchas durante el embarazo y cómo tratarlas?* - Cuidados Bio-Oil.

- **Cansancio y Somnolencia:** más frecuente en el primer trimestre.
- **A nivel respiratorio:** Aumento de las necesidades de oxigenación. Según avanza el embarazo disminuye la capacidad pulmonar por la presión uterina.
- **A nivel de la Columna Vertebral:** se produce un desplazamiento del centro de gravedad y un aumento de la curvatura lumbodorsal, arqueándose la columna hacia delante (hiperlordosis lumbar). Pueden aparecer lumbalgias y dolor en el ciático.

B. ¿QUÉ PUEDO HACER CUANDO TENGO LAS MOLESTIAS?

La matrona lanzará un par de preguntas a las asistentes:

- *¿Cuáles han sido las molestias más habituales que has sufrido o estás sufriendo?*
- *¿Cómo has actuado o actúas para reducirlas?*

En la pizarra se hará una lista de las molestias que aparecen y cómo actúan para combatirlas. Al final de la exposición en común la matrona expondrá el siguiente cuadro resumen⁸:

Síntoma	¿Cómo puedo aliviarlo?
Náuseas y vómitos	<ul style="list-style-type: none"> • Consumir 3 ó 4 galletas o tostadas unos 15 minutos antes de levantarnos. • Comer poco y a menudo • Evitar alimentos grasientos y muy condimentados • Beber abundantes líquidos • Evitar la exposición a olores fuertes
Aumento de la diuresis	<ul style="list-style-type: none"> • No demorar las ganas de ir al baño • Si aparecen las ganas de mear nocturnas, evitar tomar líquidos o sopas antes de acostarse
Hipersensibilidad mamaria	<ul style="list-style-type: none"> • Sujetador apretado que no comprima, preferiblemente de fibra natural como el algodón
Aumento del flujo vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Reabsorción ósea
Higiene de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Ducha diaria evitando temperaturas excesivas para no provocar hipotensión • Hidratar bien la piel para evitar la aparición de estrías • Crema de protección solar evitando la aparición de manchas solares • Limpieza de genitales de adelante a atrás
Congestión nasal	<ul style="list-style-type: none"> • Irrigaciones con Suero Fisiológico • No utilizar antihistamínicos ni anticongestivos. CONSULTAR SIEMPRE PREVIAMENTE.
Inflamación de las encías (gingivitis)	<ul style="list-style-type: none"> • Correcta higiene dental • Utilizar cepillos de dientes suaves para evitar que las encías sangren • Hacer revisión con tu odontólogo
Ardor de estómago y acidez	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar 5-6 ingestas al día de poca cantidad, suaves y fraccionadas • Evitar grasas, las comidas irritantes y excitantes • Evitar bebidas con gas, alcohol y tabaco • No acostarse tras las comidas • Cenar un par de horas antes de ir a dormir • ANTIÁCIDOS permitidos • Descansar con la cabeza ligeramente incorporadas



Síntoma	¿Cómo puedo aliviarlo?
Estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta rica en fibra, verdura, cereales y fruta • Aumentar la ingesta de líquidos • Realizar ejercicio físico moderado • Procurar regularidad en el hábito deposicional • Si fuera necesario: Micralax, Duphalac, Plantaben
Hemorroides	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar el estreñimiento • Si aparecen, baños con agua tibia para relajar el esfínter interno y disminuir la inflamación del paquete hemorroidal • Utilizar pomadas con corticoides si persisten (Consultando al médico previamente)
Varices y edemas	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de flexión/rotación de los tobillos con las piernas elevadas • Mantener elevadas las extremidades inferiores • Descansar de lado izquierdo • Medias de compresión media • Evitar estar de pie durante mucho tiempo • No cruzar las piernas para evitar la compresión y no utilizar ropa que comprima • Aplicar duchas de agua fría para mejorar la circulación • Realizar masajes en sentido ascendente que favorezcan la circulación
Lumbalgias	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener postura correcta en las actividades cotidianas • Zapatos cómodos, evitar tacones • Calor local • Llevar recogida la barriga
Calambres y molestias en las piernas y muñecas	<ul style="list-style-type: none"> • Flexionar y extender suavemente los pies para estirar los músculos • Consumir alimentos ricos en potasio como el plátano • Reposar el pie/mano sobre una superficie
Mareos	<ul style="list-style-type: none"> • Levantarse con cuidado, primero de lado • Evitar aglomeraciones y espacios calurosos • Tomar líquidos, llevar botella en el bolso
Dificultad respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> • Postura corporal correcta • Dormir más incorporada con la ayuda de cojines o dormir apoyada sobre el lado izquierdo

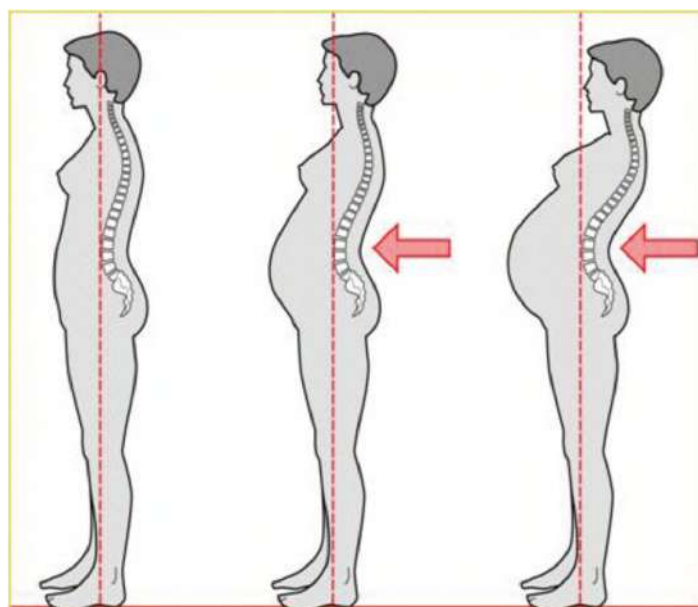


Imagen 10. Demamis. Hiperlordosis en el embarazo [Image]. Recuperado de Dolor de espalda en el embarazo, lordosis embarazada (demamis.com)

C. INESTABILIDAD EMOCIONAL ¿ES NORMAL?

El embarazo es un momento de grandes cambios físicos, fisiológicos y mentales. La llegada de un nuevo miembro a la familia supone un gran “desorden” en la vida de una pareja y precisa de un tiempo para asimilar los futuros cambios.

Existen diferentes situaciones que pueden facilitar o entorpecer la adaptación a este nuevo rol¹¹: La planificación o no del embarazo, el deseo de embarazo, la aceptación o no aceptación del mismo, la edad de la mujer, la situación económica o social, el nº de hijos previos, el entorno familiar, la relación con la pareja, etc.



Imágenes 11 y 12. Boonyem. FreePik. Dibujo embarazada feliz [Image]. Recuperado de Feliz sonriente mujer embarazada | Vector Premium (freepik.es) y Lorelyn Medina. 123RF. Ilustración de una mujer embarazada enferma. [Image]. Recuperado de Ilustración De Una Mujer Embarazada Enferma Fotos, Retratos, Imágenes Y Fotografía De Archivo Libres De Derecho. Image 11860873. (123rf.com)

La matrona expondrá unas fotos con imágenes de dos mujeres, una contenta y feliz y otra triste. Lanzará una pregunta a las asistentes ¿Os sentís identificadas?, ¿En algún momento del embarazo os habéis sentido así? El embarazo es una ambivalencia de sentimientos.

Con esto aclarará que la “montaña rusa de emociones” es normal durante la gestación, y aparecerán tanto sentimientos positivos como negativos. Estas emociones están muy relacionadas con los cambios hormonales y psíquicos. Es importante reconocer los sentimientos y hablar sobre ellos⁸.

D. MITOS Y REALIDADES SOBRE LA ALIMENTACIÓN EN EL EMBARAZO. Y... ¿QUÉ PUEDO COMER DURANTE EL EMBARAZO?

La matrona realizará una introducción a este apartado con una serie de diapositivas dónde se expondrán una serie de afirmaciones dónde las asistentes deberán aclarar si estas son verdaderas o falsas y por qué. Tras la puesta en común de las respuestas, la matrona desvelará la respuesta final y explicará cada caso:

MITO 1: “No puedo comer embutido durante el embarazo”. ¿Verdadero o Falso?

Respuesta: FALSO

Esta afirmación se asocia con la intención de evitar la **Toxoplasmosis** y la de **un aumento excesivo de peso**. La Toxoplasmosis, es una enfermedad producida por un protozoo que puede causar un cuadro infeccioso catarral, muchas veces asintomático. Puede ser transmitido por las heces de los gatos, por las carnes poco hechas o por realizar labores de jardinería sin guantes.

Medidas preventivas:

- No comer carne cruda o poco cocinada o bien congelarla durante 48 h a -18 °C. SI CONGELAMOS EL EMBUTIDO PODEMOS COMERLO SIN PROBLEMAS.
- Evitar el contacto con gatos y sus excrementos, sobre todo si son gatos callejeros.
- Lavarse muy bien las manos después de manipular carne cruda, verduras y frutas y limpiar bien los utensilios de cocina.
- Evitar trabajos de jardinería
- No tomar verduras, frutas, hortalizas, hierbas aromáticas ni vegetales crudos sin limpiarlos previamente a fondo con agua o algún desinfectante alimentario.

MITO 2: “Hay algunos quesos que no debo ingerir durante la gestación” ¿Verdadero o falso?

Respuesta: VERDADERO

¿Por qué?: Como prevención de la Listeriosis

Medidas preventivas:

- Se deben evitar todos los quesos ELABORADOS CON LECHE CRUDA O NO PASTEURIZADA. Fijarse en las compras, la mayoría lo son
- ¿Qué quesos se deben evitar?: Brie, Camembert, Cabrales...
- ¿Qué quesos puedo tomar?: Quesos curados, semicurados, quesos frescos hechos con leche pasteurizada.

MITO 3: “Se debe limitar el consumo de pescados grandes por la cantidad excesiva de Mercurio que acumulan” ¿Verdadero o Falso?

Respuesta: VERDADERO

Se debe limitar su consumo a 1-2 veces por semana por su alto contenido en Mercurio que puede acumularse en el cuerpo.

Evitar pescados grandes como el atún rojo, pez espada, mero, caballa, tiburón...Decantarse por pescados más pequeños y mejor azules con alto contenido en Omega-3 como las sardinas, anchoas...

MITO 4: “Lo normal en el embarazo es engordar hasta 20 kg...” ¿Verdadero o Falso?

Respuesta: FALSO

En general, el aumento de peso durante el embarazo debería ser de entre 9 y 12 kg. Esto depende del estado nutricional previo a la gestación:

Bajopeso IMC < 20.....	12,5 kg
Normopeso IMC 20-25.....	11,5 kg
Sobrepeso IMC 25-30.....	7 kg
Obesidad IMC 30-40.....	7 kg

¿Y cuanto deberíamos engordar en cada trimestre?:

- **Primer trimestre:** entre 0 – 2 kg
- **Segundo trimestre:** alrededor de unos 4-5 kg (± 1,5 kg al mes)
- **Tercer trimestre:** el peso se dispara de manera exponencial debido al crecimiento del feto: entre 3-5 kg
- **TOTAL: 11-12 kg**

MITO 5: “Durante el embarazo tienes que comer por dos”
¿Verdadero o Falso?

Respuesta: FALSO

Es cierto que la embarazada comporta la necesidad de un incremento de los nutrientes para garantizar el buen desarrollo del feto y la salud de la madre, pero la embarazada no debe comer por dos, si no, como se dice popularmente, **“DOS VECES MEJOR”**.

Esto implicaría: comer entre 5-6 veces al día, comer poco y a menudo y mejor la *“calidad”* que la *“cantidad”*.

MITO 6: “No podrás tomar café durante el embarazo”
¿Verdadero o Falso?

Respuesta: FALSO

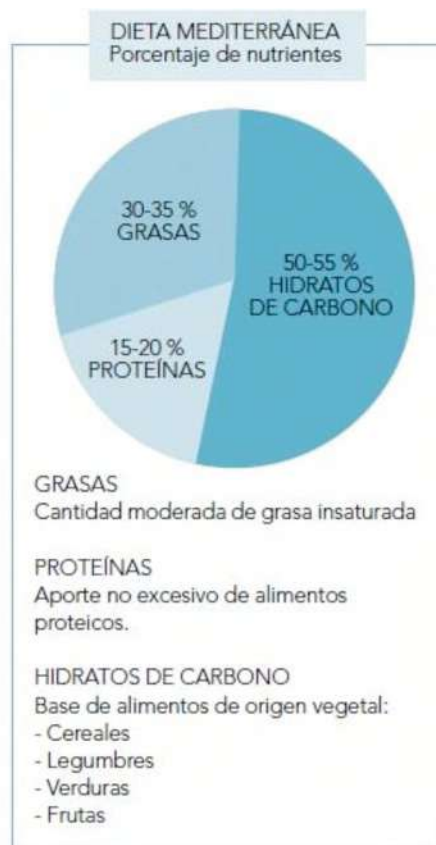
Durante el embarazo se puede tomar café, aunque no se recomienda abusar de él, ya que atraviesa la barrera placentaria y puede llegar a actuar sobre el feto.

Se recomienda no pasar de 200-300 mg día = **2 TAZAS DE CAFÉ AL DÍA**

Evitarlo si MOLESTIAS DIGESTIVAS, ya que la cafeína actúa sobre el estómago segregando mayor cantidad de Ac.Clórhídrico y pepsina, originando mayores ardores y reflujo gastroesofágico.

Tras repasar 6 de los mitos más populares en el embarazo y desmentirlos o aclararlos, la matrona hará una breve explicación sobre la alimentación durante la gestación, que no es más que el seguimiento de una dieta mediterránea y equilibrada que contenga todos los elementos básicos de los diferentes grupos alimentarios: *Hidratos de Carbo-*no (50-55% Kcal del total): entre los que se encuentran pan, patatas, arroz, pastas; *Proteínas* (15-20% del total de Kcal): Carne, pescados, huevos, legumbres; *Grasas* (30-35%): priorizando el uso del aceite de oliva como principal fuente, frutos secos, aguacates... Además del consumo preferente de *frutas y verduras*, es importante también el aporte de *leche y sus derivados* (yogurt, quesos, kéfir...) que asegure una buena ingesta de yodo: se recomiendan 3 raciones de lácteos al día. En este punto se les recordará a las mujeres la importancia del uso de Sal Yodada en la cocina¹³.

Otra opción más visual es la del *plato saludable*. Con ella se pretende que en un mismo plato se introduzcan todos los grupos alimentarios, de ésta manera se deberá rellenar el 50% del mismo con frutas y verduras, mientras que el otro 50% se divide en un 25% para los hidratos de carbono y el otro 25% para las proteínas:



Imágenes 12 y 13. Sánchez, A. *Cómo comer sano y controlar tu peso durante el embarazo: Guía de alimentación para embarazadas.* MedicaDiet ; 2015. Editado por: Mi bebé y yo. Disponible en: [Guía_Alimentacion_Embazaradas_Medicadiet.pdf \(seedo.es\)](#)



Imagen 15. La alimentación y el magnesio en el embarazo. El plato saludable [Image]. Recuperado de La alimentación y el magnesio en el embarazo - Blog AML

E. IMPORTANCIA DE LOS PRINCIPALES MICRONUTRIENTES Y VITAMINAS Y DÓNDE ENCONTRARLOS

En este apartado la matrona ahondará en la importancia del CALCIO, YODO, ÁCIDO FÓLICO y HIERRO.

Calcio

Durante el embarazo están aumentadas las necesidades de éste mineral. Es imprescindible para la buena osificación fetal, pero también es importante para el propio embarazo en sí, ya que se ha visto que un déficit podría provocar hipertensión en la gestante o un bajo peso del bebé¹³.

Podemos encontrarlo en su mayoría en los lácteos y además es el que más biodisponibilidad tiene, aunque también aparece en las verduras, hortalizas, legumbres, cereales integrales o frutos secos.

Yodo

Mineral imprescindible antes, durante y tras la gestación en la lactancia. Es imprescindible para el buen desarrollo del sistema nervioso del bebé, e importante también para el buen desarrollo y maduración de los tejidos fetales¹³.

También podemos encontrarlo en los lácteos, en los pescados, mariscos...

Es esencial como hemos dicho anteriormente el consumo de sal yodada en la cocina.

Generalmente lo tomamos en forma de suplementos vitamínicos desde antes de la gestación por la importancia que conlleva, pero sería posible evitarla si se consumieran las 3

raciones de lácteos al día recomendadas. Y, ¿en qué consiste una ración?

- 80 mg de queso fresco
- 40 mg de queso curado
- 2 gr de sal yodada
- 200 ml de leche
- 2 yogures

Ácido Fólico

Otro elemento esencial antes y durante el embarazo es la vitamina B9 o ácido fólico, pues la toma reduce el riesgo de "Defectos del Tubo Neural" (DTN), es decir enfermedades congénitas del cerebro y de la médula espinal, ayudando al cierre correcto de estas estructuras.

Podemos encontrarlos en las verduras y hortalizas de hoja verde, en las legumbres y también en las frutas, frutos secos o cereales integrales.

Normalmente se toma como suplemento vitamínico junto al Yodo de manera preconcepcional.

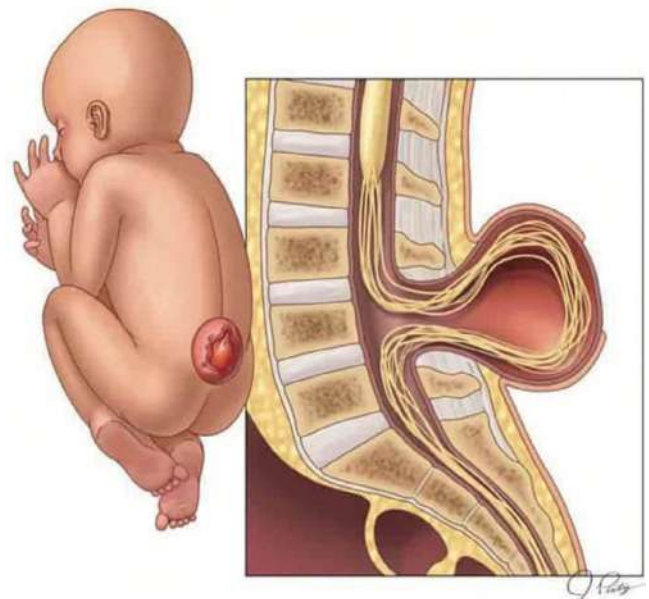


Imagen 16. Carrasco, S (2019). Espina bífida durante el embarazo. [Image]: recuperado de ¿Qué es la espina bífida en bebés? (lasillarota.com)

Hierro

El hierro es necesario para transportar la hemoglobina, el componente de los glóbulos rojos encargado de transportar el oxígeno.

Si una persona no tiene suficiente hierro, su cuerpo no podrá fabricar suficientes glóbulos rojos, por lo tanto sus tejidos se verán privados del suficiente oxígeno. Además el aumento del volumen sanguíneo durante el embarazo y la pérdida hemática en el postparto hace que sus requerimientos sean altos. Se precisa unos 30 mg/día de hierro. La suplementación se consigue mediante la dieta.

Podemos encontrarlo: En la carne roja, en los mariscos...

Para su mejor absorción tomarlo con el estómago vacío, sin café o té ya que ésta se reduce. Siempre se suele recomendar tomarlo junto a un zumo de naranja.

La matrona finalizará la exposición teórica de la segunda sesión con una tabla resumen de lo anteriormente expuesto y con una ronda de preguntas aclaratorias.

Durante la gestación la **alimentación debe ser COMPLETA y EQUILIBRADA**. A lo largo del embarazo su peso aumentará entre 9 y 12 kg. Es recomendable:

- Que los alimentos como la carne y el pescado sean cocinados a la plancha o hervidos, sobre todo si hay aumento excesivo de peso. **CARNES BIEN PASADAS.**
- Aumentar de forma moderada el consumo de frutas, verduras, pan (con preferencia integral), arroz, pasta y legumbres. **FRUTAS Y VERDURAS BIEN LAVADAS.**
- Consumir las 3 raciones de lácteos al día. **QUESOS PASTEURIZADOS.**
- Reducir/Evitar los alimentos con mucho azúcar, sobre todo dulces prefabricados y ultraprocesados.
- Utilice **SAL YODADA.**
- Tome pescado por lo menos 3 veces por semana, varíe el tipo de pescado y limitar muy de vez en cuando los pescados grandes: Atún rojo, pez espada o pez emperador.
- No abuse de la cafeína, tome 2 tazas/máximo al día.

SESIÓN 3: EL PARTO. TIPOS DE PARTO

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

La matrona, al igual que en sesiones previas iniciará la clase con una diapositiva introductoria explicando a las asistentes mediante los objetivos, cuáles son los principales temas que trataremos. Se trata de un tema muy amplio y mayormente expositivo en el que las mujeres están generalmente muy interesadas. Es posible que el tiempo sea escaso al desarrollar la exposición oral, por lo que podría ser dividida en dos días o incluso ocupar las dos horas de la Educación maternal.

La matrona se apoyará en imágenes expositivas para explicar el temario.

- A. Duración del embarazo normal.** Conocer las bases de la anatomía implicadas en la etapa del parto. Introducción al suelo pélvico, ejercicios de Kegel y Masaje Perianal. El plan de parto.
- B. Inicio del parto:** pródromos de parto; Signos y síntomas de urgencia ¿cuándo acudir al hospital?; ¿qué llevar al hospital?
- C. El Parto:** fases del parto, respiraciones, contacto piel con piel.
- D. Otros tipos de parto:** parto por cesárea, fórceps, ventosa o espátulas.
- E. Métodos de alivio del dolor en el parto:** farmacológicos y no farmacológicos.

La matrona iniciará la primera fase de la exposición con una serie de conceptos a definir antes de entrar en materia.

¿Qué es el PARTO?¹²

Conocemos el parto como el proceso que conseguirá el tránsito del bebé desde el útero hasta el exterior del cuerpo materno, seguido posteriormente de la salida de la placenta y las membranas fetales.

No está claro el por qué se produce el desencadenamiento de parto, pero se cree que podría deberse a una serie de cambios tanto maternos, del bebé, como de las membranas y anejos fetales que producen un cambio en los niveles hormonales y facilitan la distensión y contractibilidad de la fibra uterina.

¿Qué conocemos por PARTO NORMAL?¹²

Según la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* el parto normal es "aquel que comienza espontáneamente, es de bajo riesgo al comienzo y se mantiene como tal hasta el alumbramiento. La criatura nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el bebé se encuentran en buenas condiciones".



Imagen 17. Elizabeth (2017). *¿Cómo viví el parto?* Blog mamá oxitócica. Dibujo representativo del parto [image]: *¿Cómo viví el parto?* - Mamá Oxitócica (mamaoxitocina.com)

A. DURACIÓN DEL EMBARAZO NORMAL. CONOCER LAS BASES DE LA ANATOMÍA IMPLICADAS EN EL PARTO. INTRUDUCCIÓN AL SUELO PÉLVICO, EJERCICIOS DE KEGEL Y MASAJE PERIANAL. EL PLAN DE PARTO

DURACIÓN DEL EMBARAZO

Para establecer la duración del embarazo, nos basaremos en la FUR o Fecha de Última Regla. El embarazo generalmente tiene una duración de unos 280 días o unas 40 Semanas lo que también equivale a 10 meses lunares. Por norma general utilizaremos la siguiente nomenclatura para referirnos a la duración de un embarazo:

EDAD GESTACIONAL

Rn a término (37-42 semanas de gestación)

Rn Pretérmino (25-37 semanas de gestación)

Rn Postérmino (>42 semanas de gestación)

ANATOMÍA IMPLICADA EN EL PROCESO DEL PARTO

Repasando la anatomía...

Se trata de una exposición rápida de lo ya visto en la primera sesión, deteniéndonos en lo más importante y en lo que es nuevo para las asistentes.

- **Útero, tapón mucoso y placenta:** útero órgano en forma de pera que aloja al bebé. En su parte inferior está el cuello uterino que se cierra gracias al tapón mucoso que protege la cavidad uterina de posibles infecciones. La placenta es el órgano que conecta a la madre y al bebé a través del cual se produce el intercambio de nutrientes entre ambos.

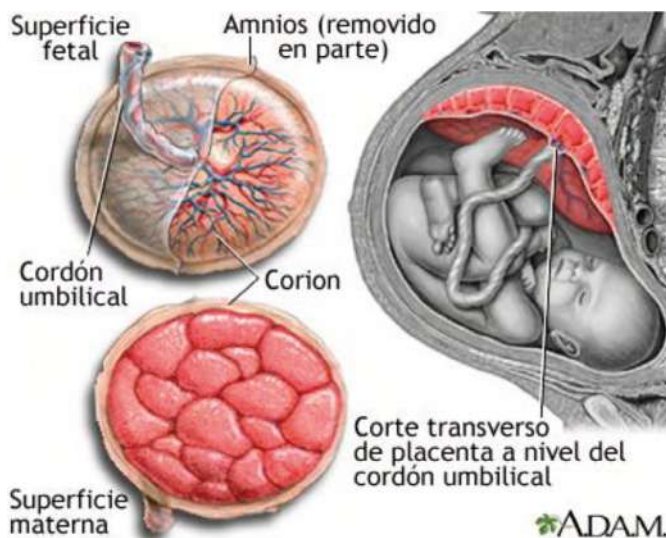


Imagen 18. Martín, M (2017). Placenta el árbol de la vida. Anatomía de la placenta [Image]: Placenta, el árbol de la vida. ¿Qué es? (maralmaternal.com)

- **Vejiga y Recto:** por delante y por detrás del útero respectivamente.

- **Ligamentos uterinos:** Sujetan al útero y pueden producir dolor al estirar.
- **Estómago e intestinos:** Comprimidos por el crecimiento uterino. Peores digestiones, ardores y reflujos.
- **Aumenta la hiperlordosis lumbar,** lo que puede aumentar los dolores de espalda.
- **La vena cava y la arteria aorta,** se encuentran por detrás del útero. Éste puede comprimirlas provocando mareos e hipotensiones. Nunca tumbarse boca arriba, siempre de lado o incorporadas.



Imagen 19. Guardería British Bubbles (2013). 26 semanas de embarazo. Anatomía del embarazo [Image]: 26 SEMANAS DE EMBARAZO. | Consejos para padres y embarazadas (britishbubbles.es)

LA PELVIS

Es importante pararse bien en este punto para que los asistentes entiendan la importancia de ésta estructura formada por varios huesos y la repercusión de ésta durante el trabajo de parto.

La pelvis constituye el CANAL DEL PARTO a través del cual el bebé tendrá que realizar unos movimientos internos muy bien planificados para poder amoldarse y salir al exterior.

La pelvis está formada por: *el sacro + los dos huesos iliacos + los dos isquiones + el pubis + el cóccix.* Tiene forma de embudo y se va a dividir imaginariamente en *pelvis mayor*

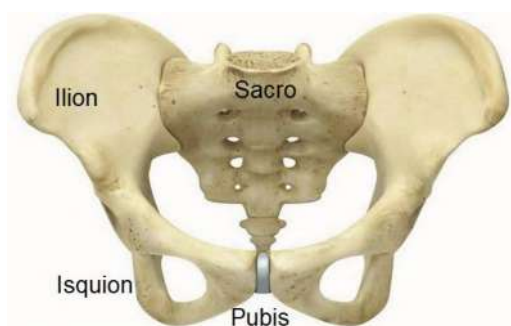


Imagen 20. Modelo anatómico de pelvis femenina. [Image]: la pelvis femenina - Bing images

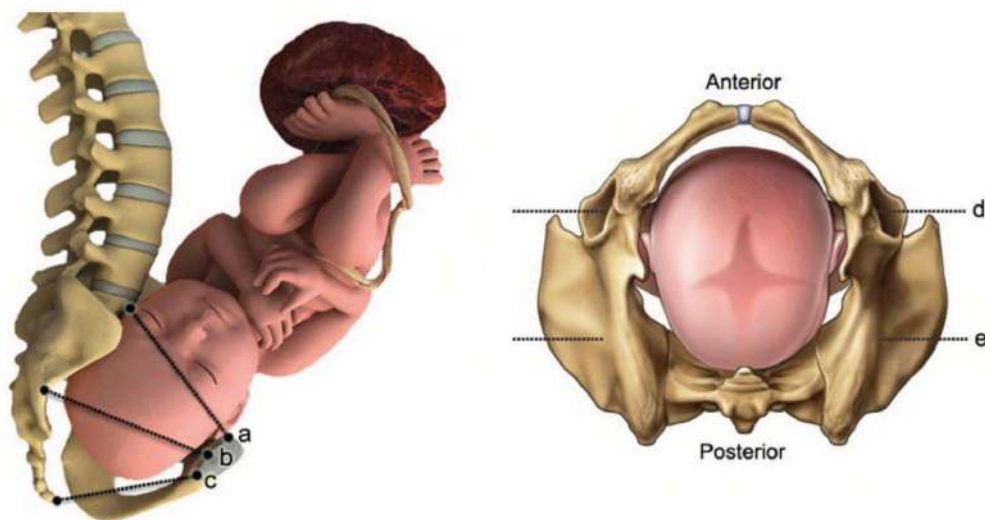


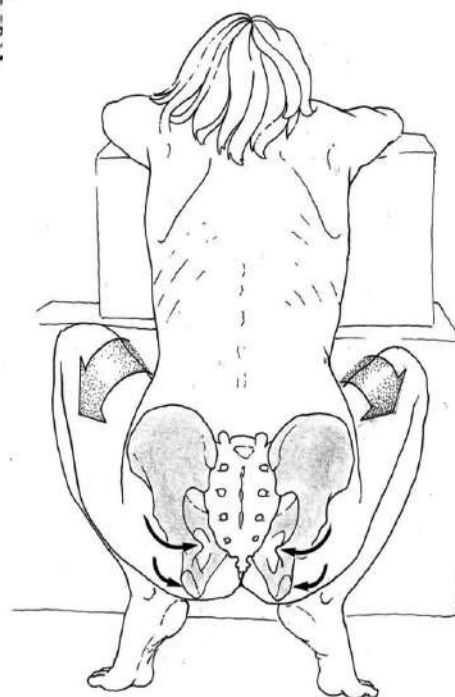
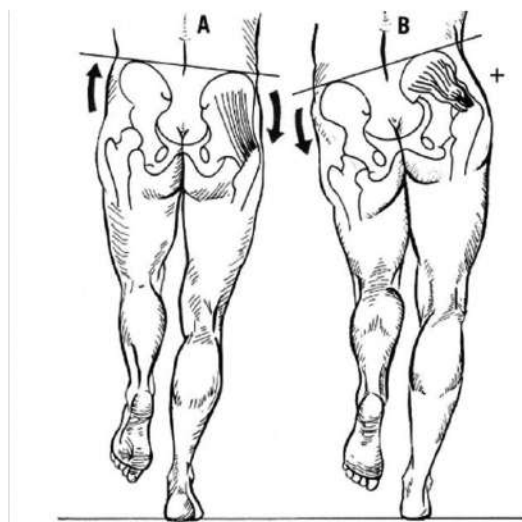
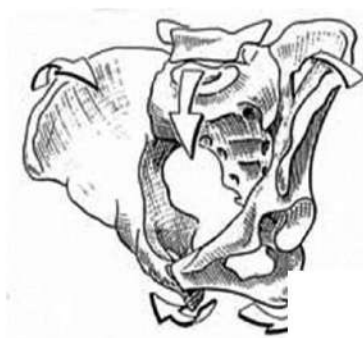
Imagen 21. Curiosoando.com (Actualizado el 6 julio, 2018). "¿Qué es el canal del parto?". Acomodación de bebé en el canal del parto [Image]: Disponible en <https://curiosoando.com/que-es-el-canal-del-parto>

y *pelvis menor*, ésta última es la que tiene mayor relevancia durante el parto. Es importante recalcar que la pelvis NO es una estructura inmóvil, por lo que las movilizaciones que hagamos durante el trabajo de parto pueden ayudar en el descenso del bebé por dicho canal.

La pelvis menor, o pelvis obstétrica también podemos dividirla en estrechos: así tendremos el estrecho superior, el es-

trecho medio o estrecho inferior. Puntos clave que el bebé tendrá que sortear durante el parto.

La pelvis **NO ES INMÓVIL**. La matrona podría utilizar una pelvis en maqueta, si la tuviera, para que las mujeres observasen más de cerca lo que es la pelvis y su movilidad. Los ejercicios de movilidad pélvica podrían estar incluidos en la parte práctica de la sesión.



Imágenes 22, 23 y 24. Calais-Germain B, Vives Parés N. Parir en movimiento: la movilidad de la pelvis en el parto. 3ª ed. la liebre de marzo; 2013.



Imagen 25. Julián personal trainer. Diafragma pelviano. [Image]: Piso pélvico (julianpersonaltrainer.com)

EL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico es el grupo de músculos (perineo) limitado por las nalgas, los muslos y la pelvis, que proporcionan el sostén a toda la parte baja del abdomen (vejiga, útero o matriz, e intestino inferior). La musculatura del suelo pélvico es la encargada de dar sostén a todas nuestras vísceras. Cuando ésta se debilita puede ocasionar problemas de prolapsos, incontinencias o insatisfacción en las relaciones sexuales. El embarazo y el parto son uno de los factores de riesgo por los cuales el suelo pélvico se debilita, por lo que es importante conocerlo y trabajarlo para prevenir complicaciones a largo plazo.

¿Cómo podemos evitar o prevenir estos problemas?

Mediante los ejercicios de Suelo Pélvico o *ejercicios de Kegel*.

- Los ejercicios de kegel son aquellos destinados a fortalecer los músculos pélvicos

- **¿Cómo se llevan a cabo?** Están basados en la CONTRACCIÓN – RELAJACIÓN de la musculatura pélvica
- **IMPORTANTE:**
 - Empezar en el embarazo y cuanto antes en el postparto
 - Integrarlo dentro de una rutina diaria
 - Realizarlos 5´ al día
- **3 Tipos de ejercicios:**
 - Contracción/Relajación simple
 - Contracción y Relajación el doble de lo que se contrae (P. Ejemplo: “contraigo contando hasta 5 y relajo contando hasta 10”)
 - El ascensor

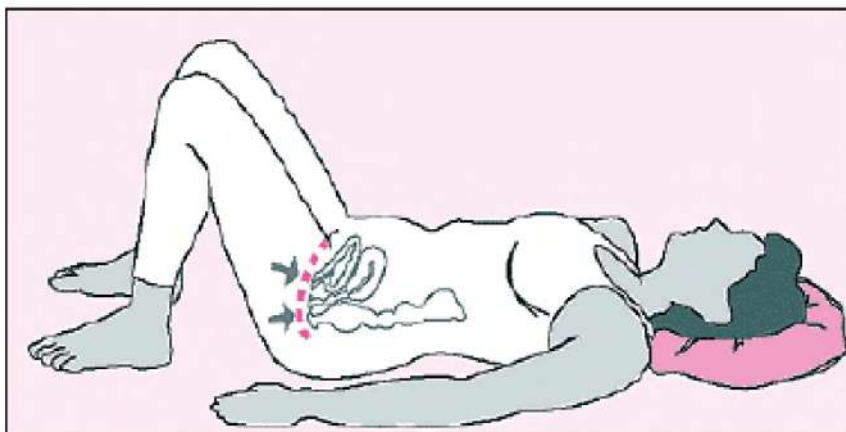


Imagen 26. DeporteSaludable. Ejercicios de Kegel para fortalecer el suelo pélvico. [Image]: MEJORA TU SALUD CON LA ACTIVIDAD FÍSICA: EJERCICIOS DE KEGEL PARA FORTALECER EL SUELO PÉLVICO (tu-deporte-saludable.blogspot.com)

La matrona explicará detenidamente como se realizan estos ejercicios, y los integrará dentro de la rutina práctica en cada sesión para que las mujeres se vayan familiarizando con ellos.

MASAJE PERIANAL

La matrona, aprovechando a explicación sobre el suelo pélvico podrá ahondar en el tema del masaje perianal. Éste masaje favorece la elasticidad de la zona y podría prevenir los desgarros perianales. En general no exime de episiotomías, ya que éstas se realizan por causas justificadas, como la pérdida del bienestar del bebé en el expulsivo.

Se puede comenzar en torno a la semana 33-34 del embarazo y puede realizarse sola o con ayuda de la pareja.

Se realiza por la parte externa de la zona perianal, y por la parte interna, masajeando la entrada de la vagina con los dedos pulgar e índice. Es recomendable utilizar algún aceite especial para la zona o un lubricante. El masaje debe realizarse realizando movimientos de media luna, aplicando presión en ciertos puntos. Si dividiéramos la vagina en un reloj, aplicaríamos la presión a las 3, 6 y 9 horas como se puede ver en la siguiente imagen 27¹⁴.

El masaje no debe resultar doloroso aunque sí es normal que al principio se note cierta molestia. Según van pasando los días la zona se irá notando más elástica.

EL PLAN DE PARTO^{8, 11, 15}

El plan de parto y de nacimiento es un documento escrito por la mujer embarazada y su pareja en el que se registran las preferencias de la mujer respecto a la atención durante el parto y postparto, y la atención al recién nacido. Cada servicio de salud debería facilitar un documento oficial dónde la mujer rellana sus necesidades y expectativas respecto al proceso. Idealmente debería ser relleno junto con la matrona de atención primaria entorno a las semanas 28-32 de embarazo, dónde aprovecharían para resolver ciertas dudas^{8, 11}.

Este documento, es un documento legal que debe seguir de guía de actuación a los profesionales de la salud respecto a las demandas de la mujer en su parto. Es preciso que tanto la mujer y su pareja se informen sobre los recursos a disposición en el hospital de referencia dónde se vaya a parir, para no crear falsas expectativas¹¹.

Es importante también dejar claro que la obstetricia es muy imprevisible y en determinadas ocasiones, el plan de parto podría verse rectificado para poder adaptarse a los protocolos hospitalarios, por ejemplo, en caso de alteraciones en la normalidad del proceso del parto o por la aparición de riesgo obstétrico sobreañadido¹¹.

Como ejemplo de modelo de plan de parto, la matrona podría exponer a las mujeres el propuesto por el *Ministerio de Sanidad*, en su *Estrategia de Atención al Parto Normal*, dónde incluyen también el documento de *“Plan de parto y Nacimiento”* que se expone a continuación¹⁵:

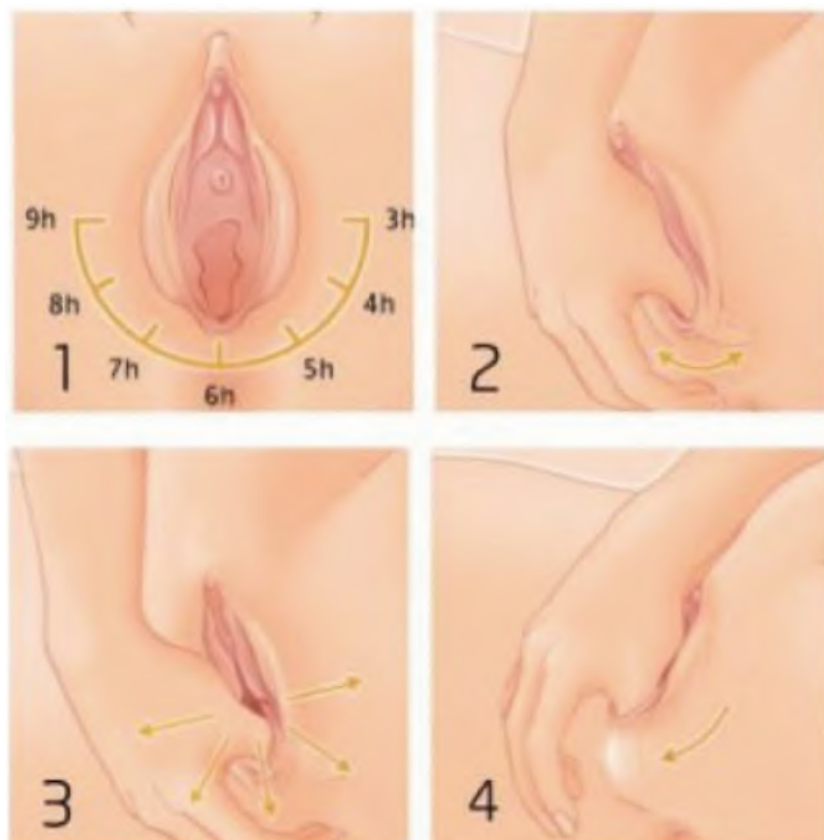


Imagen 27. Rubís G. 8 beneficios del masaje perianal antes del parto. Masaje perianal [Internet]. Gemmarubís el blog de la gente que se cuida. 2018 [citado 10 marzo 2021]. Disponible en: <https://farmaciagemmarubis.wordpress.com/2018/01/04/8-beneficios-del-masaje-perineal-antes-del-parto>



HOSPITAL:

HOJA DE REGISTRO HOSPITALARIA SOBRE PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Nombre: _____

Nº Historia clínica / Nº Seguridad Social: _____

Desea estar acompañada por: _____

ATENCIÓN AL PARTO

Desea usar su propia ropa <input type="checkbox"/>	No desea canalización IV rutinaria <input type="checkbox"/>
Elección del lugar y posición durante el parto _____	Uso de material de apoyo para el parto: Del centro <input type="checkbox"/> Propio (Especificar) <input type="checkbox"/>
Participación del acompañante/pareja: Desea su participación <input type="checkbox"/> No desea participación <input type="checkbox"/>	Necesidades específicas en caso de discapacidad: _____
No desea analgesia farmacológica <input type="checkbox"/> Desea analgesia epidural <input type="checkbox"/> Desea otros tipos de analgesia <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Desea que su pareja corte el cordón <input type="checkbox"/> Ha autorizado la donacion de cordón <input type="checkbox"/>

MULTICULTURALIDAD E INMIGRACIÓN

Idioma principal: _____ Otros idiomas que domina: _____	Requerimientos específicos: _____
Solicita traducción <input type="checkbox"/> Aporta traductor/a <input type="checkbox"/>	

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

Profilaxis Vitamina K IM <input type="checkbox"/> Vacuna Hep. B <input type="checkbox"/>	Preferencias sobre el contacto piel con piel y participación del acompañante: _____
Lactancia Desea dar el pecho <input type="checkbox"/> No desea dar el pecho <input type="checkbox"/> Desea contacto con grupos de apoyo <input type="checkbox"/>	Desea realizar cuidados e higiene <input type="checkbox"/> Desea la colaboración de su pareja <input type="checkbox"/> Desea que su pareja realice los cuidados <input type="checkbox"/>



HOSPITAL:

Observaciones e indicaciones recogidas en el Plan de Parto y Nacimiento o expresadas por la gestante, no recogidas en la tabla anterior:

Observaciones de la matrona que revisa y registra el Plan de Parto y Nacimiento:

Indicaciones para la cumplimentación de este registro:

- Pregunte al ingreso de la gestante si ha realizado un Plan de Parto y Nacimiento.
- Revise junto con la mujer y su pareja o acompañante los aspectos recogidos en el mismo, aclarando cualquier duda. Modifique en su caso cualquier cuestión sobre la que haya podido cambiar de opinión y hágalo constar en este documento.
- Registre los principales aspectos recogidos en el Plan de Parto y Nacimiento entregado, marcando con una X la casilla correspondiente. En su caso describa aquellas opciones sobre las que hay respuestas escritas y haga las observaciones que considere pertinentes.
- Adjunte este documento a la historia clínica para su revisión por los/las profesionales que atenderán el parto.

Plan de Parto y Nacimiento. Hoja de Registro Hospitalaria. REVERSO



DOCUMENTO FIRMADO POR:

D^a _____

Declaro que he leído el presente documento y he cumplimentado las opciones que he estimado convenientes para determinar mi "Plan de Parto y Nacimiento". En todo caso me reservo el derecho a modificar el mismo antes del parto o revocarlo de forma oral total o parcialmente durante el parto y la estancia hospitalaria.

Fecha:

Firma:

B. INICIO DEL PARTO: Pródromos de parto, Signos y síntomas de urgencia. ¿Cuándo debemos acudir al hospital?, ¿Qué debo llevar al hospital?

PRÓDROMOS DE PARTO

Suelen aparecer unos días, semanas antes de que se desencadene el parto son los "signos y síntomas premonitorios del parto". Son de diferente duración e intensidad y diferentes y distintos en cada mujer.

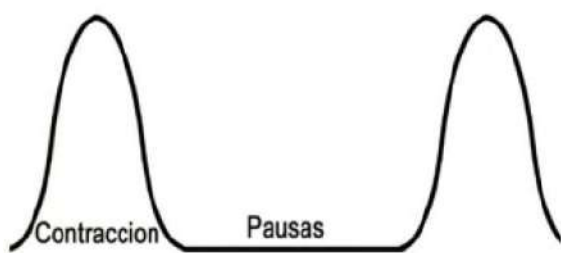
La matrona puede proponer varias preguntas abiertas al grupo para iniciar una lluvia de ideas. En general, se puede aprovechar la experiencia previa de mujeres que ya han sido madres y a las que no, preguntarle a cerca de sus expectativas sobre como esperan que sea el inicio del parto, o cuando creen ellas que deberían acudir al hospital⁸. *La guía catalana* nos propone varias preguntas:

- ¿Cómo recuerdas tus contracciones?/ ¿Cómo imaginas que serán?
- ¿Cómo las sentiste?/ ¿Qué sentimientos esperas que se den?
- ¿Qué te hizo acudir al hospital?/ ¿Qué te hará decidir ir al hospital?

Tras resumir un poco sus ideas, la matrona comenzará con la explicación teórica

¿Cuáles son esos signos y síntomas de pródromos?

- Dolor de espalda: **Aparece o aumenta**
- Inquietud, desasosiego
- Limpieza, orden "Síndrome del nido"
- Dolor de cabeza
- Vómitos
- Descenso del abdomen o fondo uterino (**por encajamiento del bebé**):
 - **Digestiones menos pesadas**
 - **Menor ardor de estómago**
 - **Micción más frecuentes y en menor cantidad (por compresión de la vejiga)**
- Aparición de contracciones irregulares o de "Braxton Hicks":
 - **Aparecen sobre todo en la tarde y la noche o cuando permanecemos mucho tiempo de pie o caminando**
 - **Se perciben como "pinchazos en el bajo vientre" o "pinchazos tipo regla". En ocasiones la tripa se pone dura.**



– Disminuyen e incluso desaparecen con el reposo

– **FUNCIÓN:** Van madurando el cuello

• **Expulsión del Tapón Mucoso:** Puede ocurrir días o semanas previas al parto, e incluso durante el mismo. Características:

- Espeso
- Más o menos oscuro incluso sanguinolento
- Importante: **NO ALARMARSE. NO ACUDIR AL HOSPITAL. No es una urgencia.**

Se expondrá de nuevo la imagen del tapón mucoso para que las asistentes y sus acompañantes llegado el momento, logren identificarlo correctamente:

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE URGENCIA, ¿Cuándo debo acudir al hospital?¹¹

- **Contracciones intensas y regulares que no ceden con el reposo:** como modo orientativo se podría decir que en primíparas aproximadamente cada 3 contracciones en 10 minutos durante 2 horas, y en multíparas cada 5-8 minutos durante 1 hora.
- **Rotura de Bolsa:** es preciso anotar color y hora de la ruptura. En general el líquido amniótico tiene un color trans-

parente o rosáceo. Si es así, se puede acudir con calma al hospital.

• **Situaciones que generen incertidumbre.** Ante la duda mejor acudir a urgencias que no hacerlo.

• **Situaciones de Alerta:**

- Líquido amniótico verdoso, amarillento u oscuro
- Sangrado vaginal abundante, superior a una regla
- Contracciones uterinas intensas, duraderas que no cesan o dolor abdominal intenso.
- Contracciones regulares que no ceden con el reposo y además menos de 37 semanas de gestación.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Fiebre mayor a 38 °C sin causa aparente.

“RECUERDA DATE PRISA SI...

- Menos de 37 semanas
- Líquido de color rojizo, verde, amarillo o marrón
- Salida de líquido brusca y abundante
- Dolor abdominal intenso y continuo
- Hemorragia vaginal abundante
- No percepción de movimientos fetales

...SI NO, MANTÉN LA CALMA”

¿QUÉ DEBO LLEVAR AL HOSPITAL?

La matrona aconsejará a la mujeres que semanas antes de la FFP tengan preparado un neceser o una bolsa con las cosas que van a tener que llevar al hospital. En general, la



Imagen 7. Blog de una mama primeriza. Distintos aspectos del tapón mucoso [Image]. Recuperado de TAPÓN MUCOSO: MI MAMA ME MIMA (webnode.com)

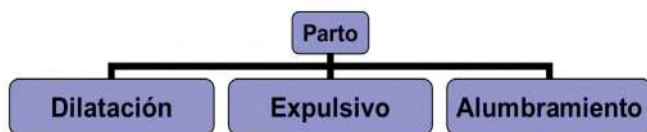
bolsa será muy similar en función del hospital al que vayan a dar a luz, lo que podría cambiar sería la ropita del bebé durante la estancia hospitalaria en función de si el centro la proporciona o no.

En general se les aconsejará llevar:

- Toda la **documentación en papel relativa al embarazo**. Cartilla de embarazo, Analíticas, Grupo y RH, Resultado del EGB, informe de las ecografías.
- **Cartilla del Seguro** y DNI
- **Neceser** con sus cosas: Cepillo, pasta de dientes, colonia, gel de ducha, champú...
- **Braguitas** desechables
- Camisón, bata, zapatillas
- No objetos de valor, no esmalte de uñas.
- **Para el bebé:** Ropita necesaria para el día del alta y Opcional: gorritos, manoplas, calcetines...

C. EL PARTO: Fases del parto

Definimos el parto como el *proceso a través del cual, mediante las contracciones uterinas se produce la salida del feto y la placenta al exterior*. Dividimos el parto en 3 estadios: La dilatación, el expulsivo y el alumbramiento.



PRIMERA FASE: LA DILATACIÓN

Es la fase más larga del parto, pudiendo durar de 4 a 12 horas en nulíparas y de 2 a 8 horas en múltiparas¹¹. En ella se produce "el borramiento" del cuello uterino y "la dilatación" hasta los 10 cm. Podemos distinguir varias fases dentro de la dilatación:



Según la bibliografía consultada los tiempos cambian con respecto a la dilatación en nulíparas y múltiparas, así la guía catalana específica que la dilatación en mujeres que nunca han parido podría durar hasta 15 horas, mientras en aquellas que ya han tenido más hijos hasta 10⁸.

En la misma guía también diferencia la dilatación en dos estadios, así la *fase latente* abarcaría desde los 0 a los 2 cm mientras que la *fase activa* sería entre los 2 a 10 cm, diferen-

ciando dentro de ésta última un periodo acelerativo que iría desde los 2 a los 4 cm, un periodo de máxima velocidad desde los 4 a los 9 cm y un periodo de desaceleración que incluiría desde los 9 cm a la dilatación completa.

¿Y qué entendemos por borramiento del cuello uterino?

La matrona tomará como ejemplo el cuello de una botella para explicar en qué consiste el borramiento uterino. Detallará que las contracciones poco a poco irán haciendo el cérvix más pequeño, hasta que desaparece, lo que consideramos un cérvix borrado.



Imagen 28. Jeroensanges. Imagen cuello de botella. [Image]: Cuellos de botella. Factores limitantes de nuestra productividad - Paperblog

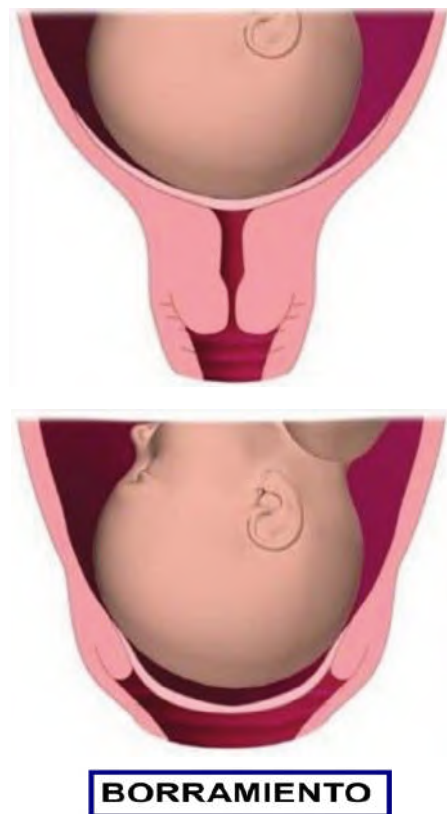
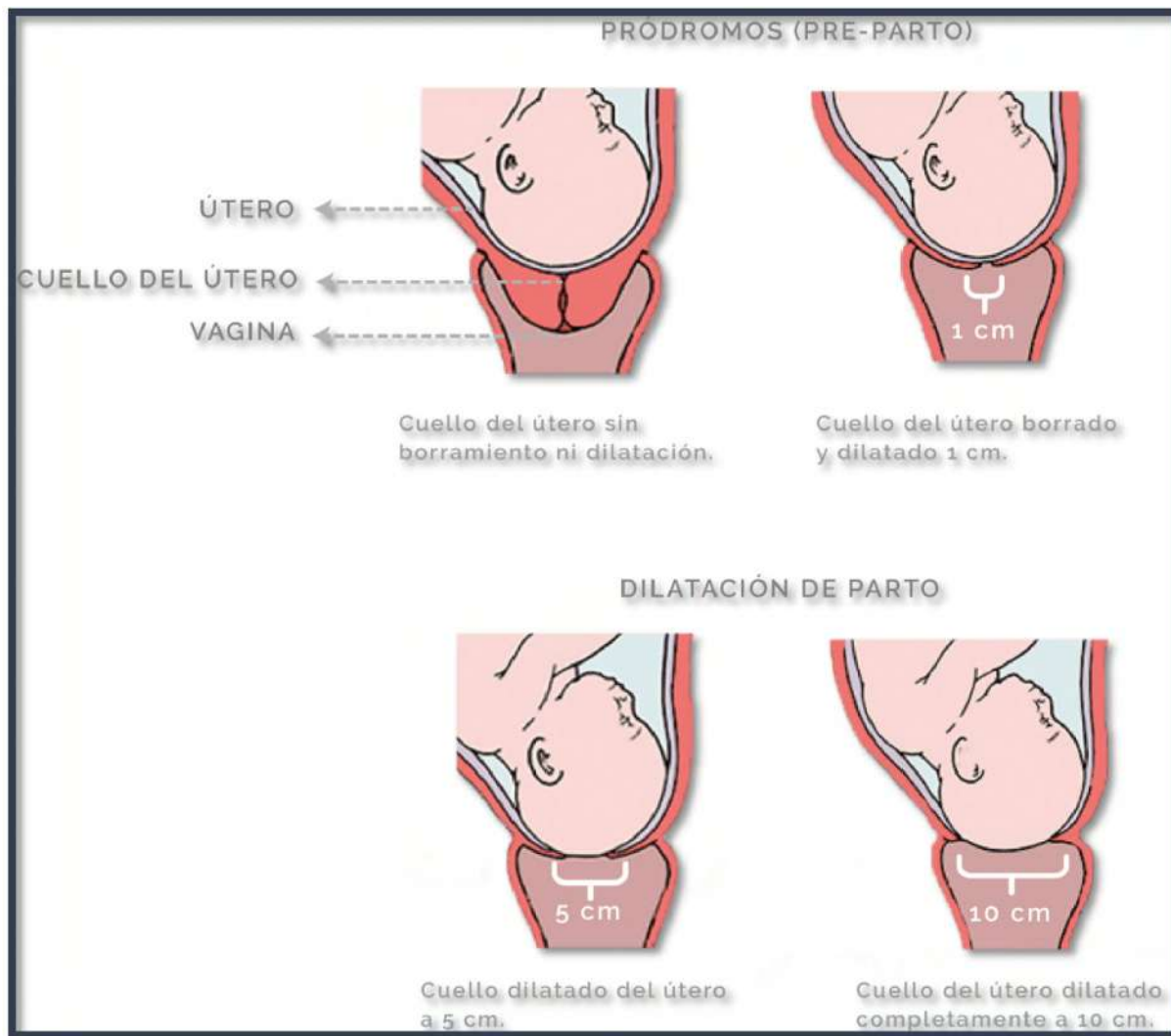


Imagen 29. Treviño, M (2017). La longitud del cuello uterino predice el riesgo de cesárea. Borramiento del cérvix. Matronas. Org [Image]. Recuperado de: La longitud del cuello del útero predice el riesgo de cesárea (matronas.org)



Dilatación

Imagen 30. Enfermeriacelayane (2018). Licenciatura en enfermería y obstetricia. Universidad de Guanajuato. La dilatación [image]. Recuperado de: Unidad didáctica 7: Parto parte dos - Contenidos didácticos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia - Universidad de Guanajuato (ugto.mx)

En Primíparas la dilatación suele ser de ± 1 cm/hora, mientras que en múltiparas 1,5 cm/ hora.

Para valorar la evolución de la dilatación es necesario hacer tactos vaginales que en función de los protocolos hospitalarios varían entre 2-4 horas, tiempo necesario para apreciar los cambios.

SEGUNDA FASE: EL EXPULSIVO

Se considera el periodo expulsivo a la etapa comprendida desde la dilatación completa hasta el nacimiento del bebé.



Dentro de este periodo podemos distinguir también dos etapas: *Expulsivo PASIVO*, dónde se produce el descenso

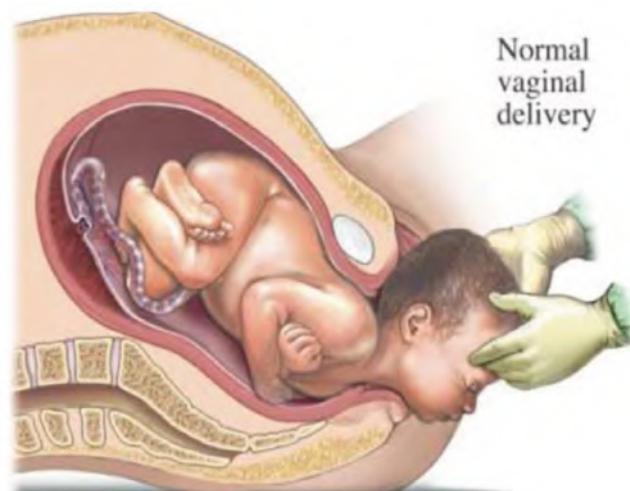


Imagen 31. Louise Taylor, C (2012). Antenatal classes for beginners (blog pregnancy). Expulsivo [Image]. Recuperado de: Antenatal classes for beginners... - Write Like No One's Watching

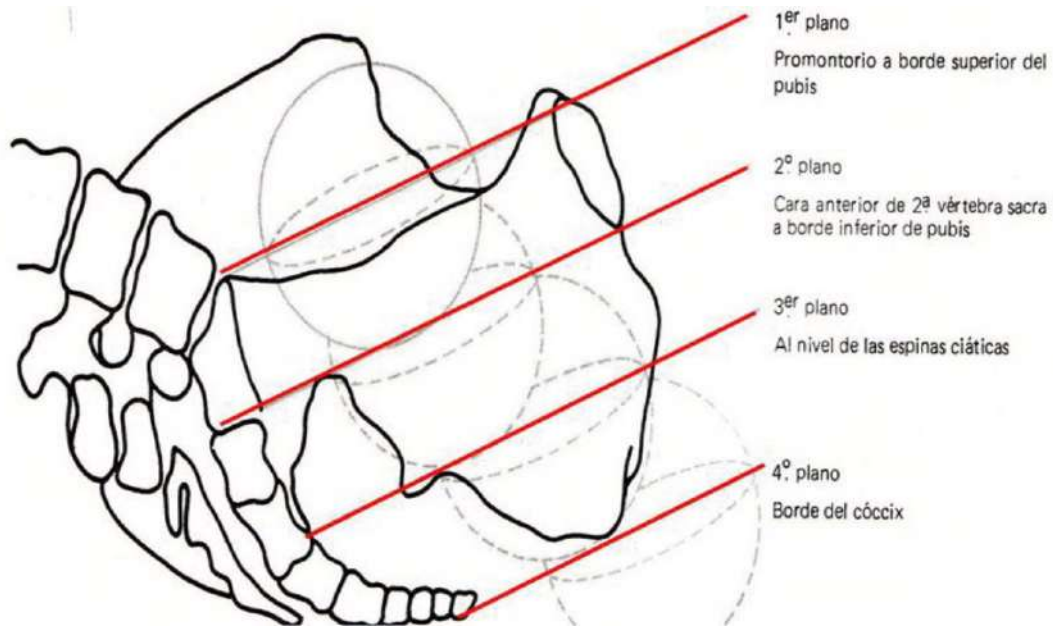


Imagen 32. Silva A (2012). *Altura de la presentación cefálica, planos de Hodge.* [Image]. Recuperada de: Andrea Silva: noviembre 2012 (andreasilvarubalcava.blogspot.com)

pasivo del bebé por el canal del parto, y el *expulsivo ACTIVO*, dónde la madre ayuda a su bebé al nacimiento a través de los pujos maternos.

Durante el periodo expulsivo, el bebé ha de descender por la pelvis materna como si de un ascensor se tratase. Poco a poco irá bajando a través de los planos de Hodge, que son pisos imaginarios que nos sirven de referencia a los profesionales que asistimos el parto para valorar el descenso de la cabecita del bebé. Se trata de 5 pisos: SES, I, II, III, IV Plano. El piso más alto correspondería al SES mientras que el IV Plano correspondería al momento en el que el bebé está a punto de salir.

En este periodo es preciso dar TIEMPO al bebé para que vaya amoldando dentro de la pelvis materna. La duración normal es de 2 horas en nulíparas y 1 hora en múltiparas. Cuando la mujer tiene analgesia epidural¹², este periodo se puede alargar, pudiendo durar hasta 4 horas en mujeres que no ha

parido, y hasta 3 en mujeres que si lo han hecho previamente.

¿Qué sensaciones pueden aparecer en este periodo?

Aparecen las ganas intensas de pujos o “sensación de ir al baño”. Con analgesia epidural, este sentimiento puede ser más suave, y simplemente notarlo como una leve presión en “el culo”. Esto ocurre porque la cabecita fetal presiona el recto con la contracción.

TERCERA ETAPA: EL ALUMBRAMIENTO

Periodo comprendido desde que sale el bebé hasta que sale la placenta. Tras la salida de la placenta el útero se contrae para evitar hemorragias. Es un periodo de vital importancia. Puede durar de 10 minutos a 60 minutos en ser expulsada⁹.



Imagen 33. Paris E (2008). *Bebés y más. Las fases del parto: alumbramiento.* [Image]. Recuperado de: Las fases del parto: alumbramiento (bebesymas.com)

¿QUÉ ESPERAMOS QUE PASE EN CADA FASE DEL PARTO? ¿QUÉ ACTUACIONES PODRÁ LLEVAR A CABO EL PERSONAL EN CADA PERIODO?⁹

DURANTE EL PREPARTO

- Es preciso tener una actitud expectante y continuar con la vida cotidiana
- Se harán controles en la consulta de Fisiopatología fetal para valorar el control del bebé.

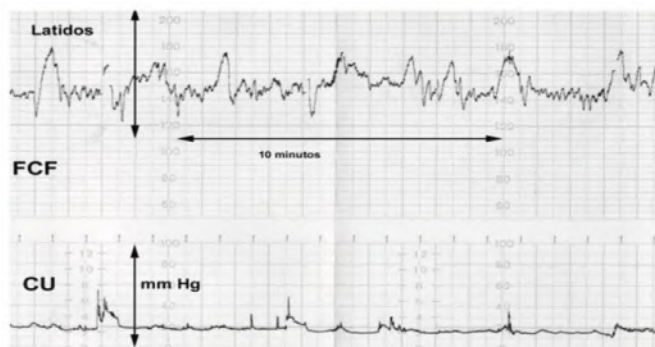


Imagen 34. Plaza M (2013). Subida en mis tacones. Graficas que se recogen en los monitores. [Image]. Recuperado de: Subida en mis tacones - Ocio en familia: Voy hacerme monitores ¿De qué estamos hablando?

- Buscar métodos analgésicos alternativos cuando se inician las contracciones: masaje, inmersión en agua caliente, musicoterapia, aromaterapia...

DURANTE LA DILATACIÓN

- Cuando la mujer llegue a urgencias, se le realizará un tacto vaginal para valorar el estadio del parto. Si nos encontramos en la fase latente, probablemente, se le tomarán unas constantes vitales, se le hará un monitor y si todo es normal se le mandará a casa con las instrucciones necesarias.
- Si la mujer está de parto activo se la ingresará en el Partorio.

- Se le ofrecerán los diferentes tipos de analgesia disponibles. Si la mujer desea analgesia epidural se le facilitará, si no la desea, se aconsejará la deambulacion durante el proceso, o el uso de pelotas suizas que favorezcan la movilidad pélvica.
- Dentro del paritorio es esperable que a la mujer se le coja una vía venosa periférica por seguridad durante el parto. Si la mujer no desea es posible no ponérsela, pero ha de constar en la historia clínica por escrito. Si la gestante desea analgesia epidural, la vía venosa será obligatoria. También lo será si es necesario poner alguna medicación intravenosa intraparto como la oxitocina o el *prepar* (medicación necesaria para frenar contracciones en determinados momentos).
- Se le tomarán las constantes vitales aproximadamente cada 2-4 horas.
- Para conocer el estado del bebé y el ritmo de las contracciones es preciso utilizar un monitor fetal, bien puede estar puesto continuamente o se le podría colocar en periodos ventanas siempre que sea un parto de bajo riesgo y este transcurra con normalidad.
- Los tactos vaginales se realizarán cada 2-4 horas en función de los protocolos hospitalarios para valorar el progreso de la dilatación.
- Se facilitará el vaciado de la vejiga cada 2 horas. Si la mujer no tiene analgesia epidural, se le animará a acudir al baño. Si la mujer si la tiene puesta, se realizarán sondajes intermitentes para favorecer el vaciado vesical.
- Es importante la hidratación durante el parto. Se puede ingerir agua o bebidas isotónicas durante el parto.
- PROCEDIMIENTOS: ¿Amniorrexis artificial?, ¿uso de oxitocina? ¿Colocación de catéter interno para valorar la frecuencia del bebé, o la dinámica uterina? No por rutina. (La matrona explicará en qué casos es preciso romper una bolsa, el uso de medicamentos oxitócicos o la colocación de dichos catéteres).



Imagen 35. Plaza M (2013). Subida en mis tacones. Graficas que se recogen en los monitores. [Image]. Recuperado de: Subida en mis tacones - Ocio en familia: Voy hacerme monitores ¿De qué estamos hablando?

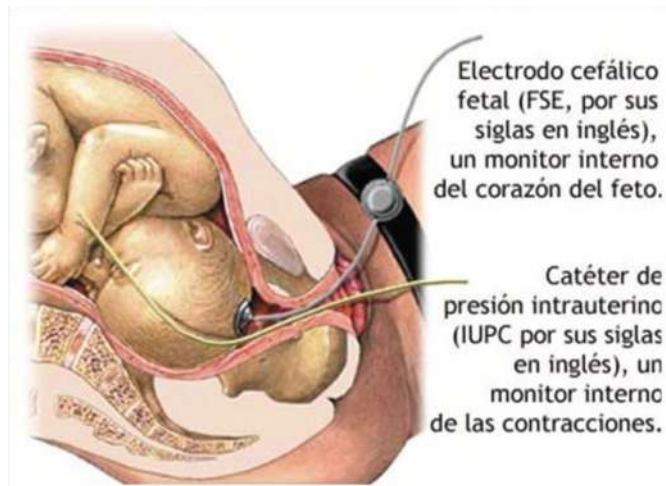
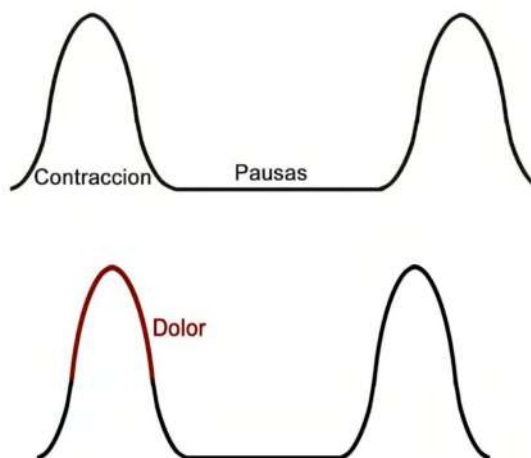


Imagen 36. Amyta Health. Procedimientos que pueden realizarse durante el periodo de dilatación y el parto. Catéter Interno de FCF y de DU [Image]. Recuperado de: Procedimientos que pueden realizarse durante el periodo de dilatación y el parto (adam.com)

Durante este periodo se animará al uso de las *respiraciones* como método alternativo de alivio del dolor. El uso de éstas puede iniciarse en el momento que la mujer perciba dolor. Durante la primera fase del parto las contracciones se sienten como endurecimientos abdominales indoloros. En esta fase, no es necesaria la práctica de la técnica respiratoria.

A medida que transcurre el parto, las contracciones van aumentando en intensidad y duración, y las pausas se van acortando. Y, llega un momento que se sienten como endurecimientos dolorosos. Es entonces cuando se podría comenzar a practicar las técnicas de respiración.



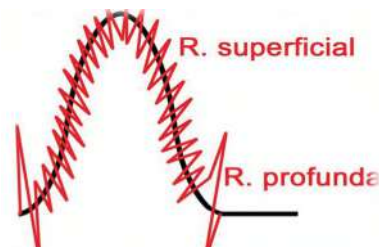
El dolor se percibe cuando la contracción tiene una cierta intensidad. Al principio y al final, la contracción es indolora.

TIPOS DE RESPIRACIONES

- *Respiración por la nariz:* Primera en emplear
- *Respiración por la boca:* cuando la anterior deja de ser eficaz

¿Y, cómo llevamos a cabo dichas respiraciones? (Explicación práctica que la matrona expondrá los asistentes)

Cuando llega la contracción (en esos momentos es indolora) se efectúa una inspiración profunda, se suelta el aire y, a continuación, se realizan respiraciones superficiales rápidas, por la nariz o por la boca (según el tipo de respiración). Cuando termina la contracción se practica de nuevo una inspiración profunda. Durante la pausa entre las contracciones la mujer debe relajarse y respirar normal.



DURANTE EL EXPULSIVO

- La mujer comenzará con las ganas de pujos. Se colocará en la posición más cómoda para ella, pero también permitiendo que la persona que atiende el parto pueda escuchar a su bebé, pues es el periodo más crítico para ellos.
- Es preciso la desinfección de la zona perianal, sondaje evacuador y quizás la lubricación del canal del parto.
- Se iniciarán los pujos dirigidos en la fase activa. Existen dos tipos de pujos en este momento del parto:
 - **PUJO EN INSPIRACIÓN BLOQUEADA:** Consiste en realizar una respiración completa antes y después de cada contracción. Tras ello, inspirar, bloquear la respiración y empujar en apnea con la *glotis cerrada* (mientras dura la contracción). Se trataría de hacer 2-3 pujos largos y seguidos en cada contracción, con intercambio rápido de aire entre los pujos.
 - **PUJO EN ESPIRACIÓN:** Se realizaría una respiración completa antes y después de cada contracción, tras ello inspirar y empujar mientras se *espira lentamente* con la *glotis abierta* (mientras dura la contracción). Se debe empujar como si se fuera a vaciar la vejiga (no el recto). Para este tipo de pujo se requiere mucho entreno.

Se debe aunar la fuerza del pujo junto con la fuerza de la contracción. Mientras no aparezca contracción, la mujer debe descansar realizando respiraciones normales y profundas para oxigenar a su bebé.

- Cuando la cabeza esté a punto de salir, es preciso atender a las indicaciones de la persona que atiende el parto, ya que se intentará evitar siempre que se pueda la realización de episiotomías. Se le indicará a la mujer que en vez de empujar sople como *“si quisiera apagar una vela”*. Esto sirve para frenar la salida de la cabeza y evitar desgarros vaginales.

DURANTE EL ALUMBRAMIENTO

- Una vez que nace el bebé, comienza la tercera fase del parto. En este punto es posible que se aplique una inyec-

ción oxitócica que favorezca el alumbramiento. Se llama “*alumbramiento dirigido*” y previene el sangrado postparto.

- La persona que asiste el parto realizará la revisión de la placenta y del canal del parto, y suturará la episiotomía y/o desgarro si lo hubiese.
- Se llevará a cabo el pinzamiento del cordón umbilical una vez que éste ha dejado de latir
- Durante este tiempo la mujer debe relajarse y disfrutar de su bebé. Se llevará a cabo siempre que las condiciones del parto y del bebé lo hagan posible el “*Contacto piel con piel*” por lo innumerable de sus ventajas:

VENTAJAS DEL CONTACTO “PIEL CON PIEL”

- Se estrechan los **lazos afectivos**
- Evitamos la **pérdida de calor** del bebé
- Estabiliza las funciones vitales del recién nacido
- Favorece el inicio de la **Lactancia Materna**
- **Disminuye** la percepción del dolor de la madre
- Mayor **desarrollo neuronal**



Imagen 37. Behl F (2016). *Life after birth trauma. Imagen del contacto piel con piel tras el parto [Image].* Recuperado de: *Life After Birth Trauma | HuffPost UK Parents (huffingtonpost.co.uk)*

D. PARTOS ESPECIALES: Embarazos patológicos, inducción del parto, partos instrumentales o cesáreas

Existen algunas circunstancias que provocan una desviación de la normalidad durante el embarazo o el parto, pudiendo finalizar la gestación mediante un parto instrumental o una cesárea¹¹.

En otras muchas ocasiones, es preciso inducir el parto por algún motivo obstétrico, como por ejemplo: en una gestación prolongada, en un oligo/polihidramnios, en una hipertensión o una diabetes mal controlada, por una rotura de bolsa espontánea donde no se haya desencadenado el parto o por cualquier otro motivo obstétrico que lo justifique.

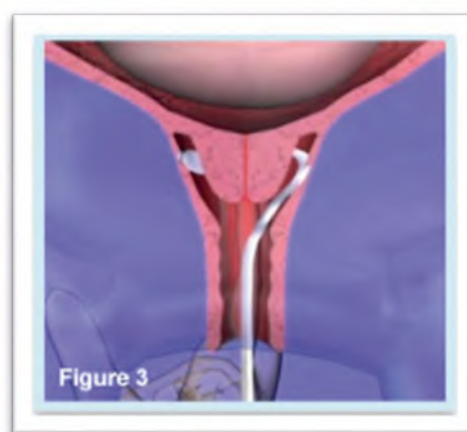
PARTOS INDUCIDOS O ESTIMULADOS

Inducción: Se trata de poner de parto a una mujer que espontáneamente no lo está utilizando medios materiales o farmacológicos.

Estimulación: Consiste en intentar acelerar el proceso del parto cuando éste ya está establecido pero por alguna circunstancia las contracciones se ralentizan. Por ejemplo: el uso de la analgesia epidural.

La inducción de parto se puede llevar a cabo de dos maneras en función de la madurez del cuello uterino o Test de Bishop (test utilizado por los profesionales sanitarios que indican cómo está de maduro un cérvix y nos guían para saber cómo iniciar la inducción):

- **Cérvix favorable o Test de Bishop favorable:** Se llevará a cabo la inducción con oxitocina directamente. Es preciso que se realice una amniorrexis controlada en el transcurso de la inducción.
- **Cérvix desfavorable o Test de Bishop desfavorable:** Inicio de la inducción mediante prostaglandinas. Éstas se colocan en el fondo de la vagina y se van liberando progresivamente, favoreciendo la madurez del cuello uterino. En función de los hospitales, estas pueden presentarse en pastillas que se colocan cada 4 horas, en una especie de gel, o en una especie de támpax que puede permanecer hasta 24 horas en el interior.



Imágenes 38 y 39. Maternity Care. *Me van a provocar el parto con propess ¿qué es eso? Prostaglandinas vaginales [Image].* Recuperado de: *Me van a provocar el parto con Propess. ¿Qué es eso? - Maternity Care*

La matrona les explicará a las mujeres que ésta fase de la inducción suele ser LARGA y es preciso tener mucha PACIENCIA. Es importante que se lleven libros para leer, escuchar música o ver alguna película para que el tiempo se pase antes. Mientras no tengan dolor, lo aconsejable es descansar. Esta fase, dependiendo de la organización de

cada hospital, suele llevarse a cabo en la propia habitación, con controles periódicos de monitor fetal para valorar el estado del bebé y de las contracciones maternas.

Una vez que las prostaglandinas hayan hecho su efecto y el cérvix haya madurado, se continuará la inducción en paritorio, generalmente de la manera que iniciaríamos una inducción con el cérvix favorable: Oxitocina + amniorrexis artificial.

Durante el proceso de inducción en paritorio es posible que permanezcáis unidas a un monitor para un control exhaustivo del latido cardiaco fetal al igual que conectadas a un suero dónde se administrará la medicación oxitócica.

Se favorecerá en cada momento el alivio del dolor de la mujer con los medios farmacológicos y no farmacológicos disponibles.

PARTOS INSTRUMENTALES: ventosas, fórceps, espátulas

Durante el expulsivo puede ser necesario el uso de instrumentos que faciliten la salida del bebé bien cuando deba de salir rápidamente por compromiso fetal, bien por agotamiento materno o bien por una mal posición en el canal del



Imagen 40. Rodellar L (2015). Mater training. Parto inducido: verdades o mitos. [Image]. Recuperado de: PARTO INDUCIDO: VERDADES Y MITOS I – Mater Training

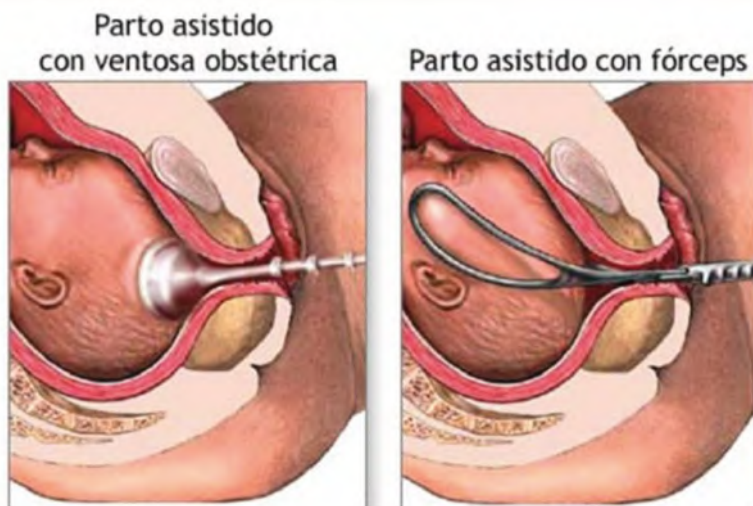


Imagen 41. Amyta Health. Procedimientos que pueden realizarse durante el periodo de dilatación y el parto. Parto vaginal asistido. [Image]. Recuperado de: Procedimientos que pueden realizarse durante el período de dilatación y el parto (adam.com)



Imagen 42. Fournié A, Parant O. Espátulas de Thierry [Internet]. 2004 [citado 24 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X04702222>

parto. Un uso selectivo de esos instrumentos los convierte en buenas herramientas¹¹.

La elección de uno u otro instrumento va a depender de las condiciones de la cabeza fetal y de la habilidad del obstetra.

CESÁREAS

Consiste en una intervención quirúrgica, a través de la cual se realiza una incisión en el abdomen de la mujer para la extracción del bebé.

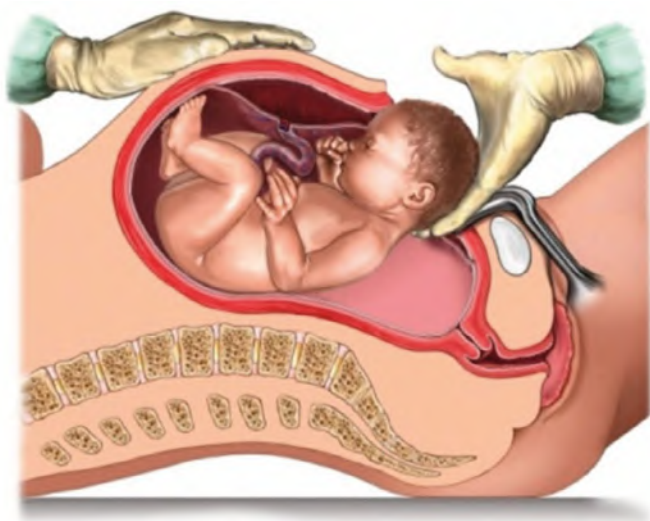


Imagen 43. Nucleos Medical Media. Cancer Care of western New York. Parto mediante cesárea [Internet]. 2021 [Citado 24 de marzo 2021]. Disponible en: Parto por cesárea - Cancer Care of Western New York (cancercarewny.com)

Las cesáreas pueden ser: PROGRAMADAS o INTRAPARTO.

Las cesáreas programadas son aquellas que se programan con anterioridad por cualquier motivo obstétrico mientras que las intraparto se deciden durante el transcurso del mismo.

Dependiendo de la urgencia, las cesáreas intraparto se pueden clasificar en colores, así tendremos, Cesáreas Código VERDE (poco urgentes), Cesáreas Código NARANJA (Urgencia intermedia) o Cesáreas Código ROJO (Extrema urgencia).

E. MÉTODOS DE ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO: no farmacológicos y farmacológicos

La matrona explicará los métodos farmacológicos y no farmacológicos disponibles en el hospital de referencia donde las mujeres vayan a dar a luz, con el fin de no crear falsas esperanzas.

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS

INMERSIÓN EN AGUA CALIENTE

- Tª agua < 37 °C
- Inmersión < 2 horas
- Dilatación mínimo 5 cm

- Inmersión temprana → riesgo parto prolongado y uso analgesia epidural y oxitocina !!
- RPM no contraindica uso del agua



Imagen 44. Marcos. G; Moreno M.A. Beneficios de la dilatación en el agua y otros métodos. Revista Público [Internet]. 2019 [Citado 24 de marzo 2021]. Disponible en: Beneficios de la dilatación en el agua y otros métodos – Bienestar es vida (publico.es)

USO DE PELOTA SUIZA

- Ayuda al descenso de la presentación
- Alivio en las contracciones
- Útil en fase de dilatación lenta



Imagen 45. Pinterest. La pelota suiza, qué es, cómo se usa y cómo reduce el dolor en el parto [Internet] [Citado el 24 de marzo de 202]. Disponible en: (21) Pinterest

INYECCIONES EN EL ROMBO DE MICHAELIS

- Intradérmica o subcutánea (0,1-0,5 ml)
- 2 o 4 aplicaciones (región lumbo-sacra):
- Espinas iliacas posterosuperiores dcha/izda
- 3-4 cm por encima y 1-2 cm por debajo
- Picor / dolor punzante (1 min) tras inyección
- Efecto analgésico rápido (10 min), máx 90 min
- Alivio dolor lumbar
- Fases tempranas de la dilatación



Imagen 46. Vila Candel, R. *¿Son efectivas las inyecciones de agua estéril para aliviar el dolor durante el trabajo de parto?* [Internet]. [Citado el 24 de marzo 2021]. Disponible en: *¿Son #efectivas las inyecciones de #agua estéril para aliviar el dolor del trabajo de #parto? – parto 40 semanas (wordpress.com)*



Imagen 47. Casanova A, Ramírez L. *Óxido nitroso una alternativa analgésica en el parto.* [Internet] [Consultado el 24 de marzo de 2021]. Disponible en: *Óxido nitroso, alternativa analgésica en el parto | Ayúdanos Que Somos Padres (ayudanosquesomospadres.com)*

OTROS MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS...

- Las respiraciones
- El acompañamiento: de vital importancia, proporcionará tranquilidad, confianza, apoyo a la mujer, además de vivir la experiencia del proceso junto a ella¹¹
- El masaje
- TENS o la *Estimulación Eléctrica Transcutánea*.
- La musicoterapia
- La aromaterapia
- La relajación
- La libertad de movimientos

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS

ÓXIDO NITROSO O “GAS DE LA RISA”

El óxido nitroso es un gas (50% óxido nitroso, 50% oxígeno) que de manera auto inhalada durante las contracciones, alivia el dolor del parto en mujeres que no quieren, no pueden o desean esperar el momento de la analgesia epidural.

¿Cómo se utiliza?: Se debe inhalar el gas mediante una boquilla o mascarilla al inicio y durante la contracción de cualquier etapa del parto, coincidiendo el mayor efecto analgésico en el acmé de la contracción.

Es fácil de administrar, no tiene efectos sobre el bebé ni las contracciones ya que se elimina rápidamente; además, no aumenta las tasas de parto distócico y facilita en la mujer la adopción de cualquier postura, favoreciendo además una rápida recuperación postparto.

Para su utilización es preciso mantener un espacio con buena ventilación.

El mareo, las náuseas, los vómitos y la somnolencia son los efectos adversos más comunes en las mujeres que lo utilizan.

ANALGESIA LOCORREGIONAL¹¹

Las anestesia locorregional consiste en la administración de anestésicos a través de un catéter por vía espinal. Es la analgesia disponible más eficaz para el alivio del dolor. Podemos distinguir dos tipos de analgesias:

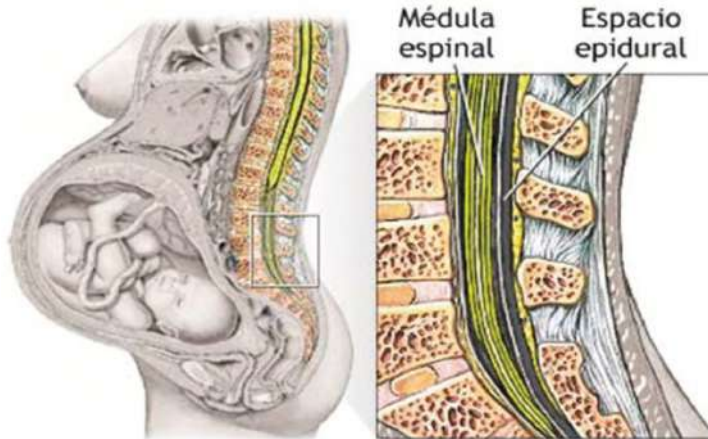


Imagen 48. Dr. Tango (2020). MedlinePlus. *Bloqueo epidural y embarazo: ¿cómo se aplica la anestesia epidural?* [Internet] [Consultado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: *Bloqueo epidural - embarazo: MedlinePlus enciclopedia médica*

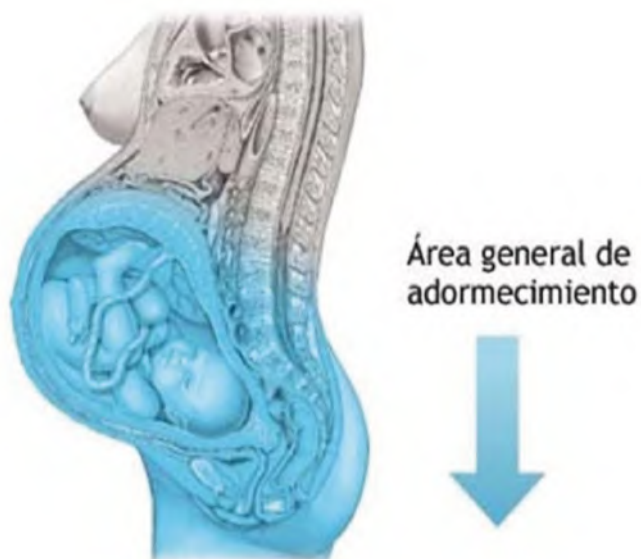
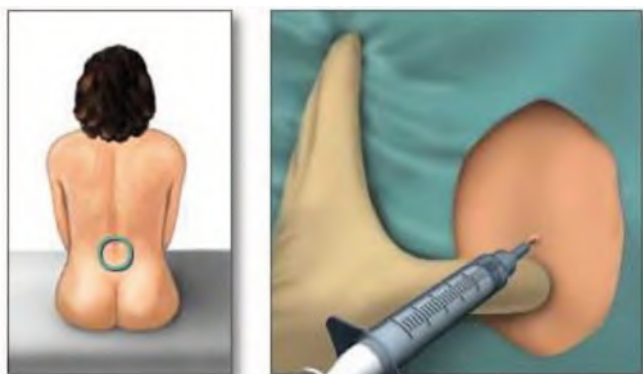


Imagen 49. Dr.Tango (2020). MedlinePlus. Bloqueo epidural y embarazo: ¿cómo se aplica la anestesia epidural? Área de adormecimiento [Internet] [Consultado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: Bloqueo epidural - embarazo: MedlinePlus enciclopedia médica

- **Analgesia Intradural:** que es la usada frecuentemente en cesáreas programadas o de urgencia media (en cesáreas muy urgentes se sigue utilizando la anestesia general, cuando la mujer no tiene previamente colocado el catéter epidural). Consiste en la inyección directa de los anestésicos locales entre dos vértebras. Produce un bloqueo motor y sensitivo.
- **Analgesia Epidural:** consiste en la colocación de manera estéril de un catéter en el espacio epidural, a través del cual irá pasando una perfusión anestésica continua que dura hasta el final del parto. Produce bloqueo de la sensación dolorosa pero no bloqueo motor.

Durante la técnica es preciso mantener una postura determinada y evitar moverse:



Sitio de la inyección

Inyección de anestesia

Imagen 50. Dr. Tango (2020). MedlinePlus. Bloqueo epidural y embarazo: ¿cómo se aplica la anestesia epidural? Sitio de inyección [Internet] [Consultado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: Bloqueo epidural - embarazo: MedlinePlus enciclopedia médica

Las principales complicaciones de este tipo de analgesia son:



Imagen 51. Tejera C (2012). El parto es nuestro: la epidural no es inocua. Técnica epidural [Internet] [Consultado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: La epidural no es inocua | El Parto es Nuestro



Imagen 52. Wikiwand. Anestesia epidural. Técnica epidural [Internet] [Consultado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: Anestesia epidural - Wikiwand

- Hipotensión Arterial
- Dolor de espalda
- Problemas derivados de la posición del catéter.



Imagen 53. Ole Bebé (2009). La anestesia durante el parto. Colocación de esparadrapos tras epidural. [Internet] [Consultado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: La anestesia durante el parto | Ole Bebé (olebebe.com)

- Dolor en el sitio de punción
- Cefalea

Con la exposición de los métodos analgésicos durante el parto, la matrona dará por concluida la tercera sesión teórica. Como siempre finalizará la clase con una ronda de preguntas y su discusión.

SESIÓN 4: EL PUERPERIO

Como en cada sesión la matrona iniciará la clase con una presentación explicativa de lo que se va a abordar. Se intentará hacer partícipe a las asistentes mediante preguntas abiertas que creen una lluvia de ideas que ayudarán a fijar conocimientos.

Los Objetivos de la sesión serán:

A. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR PUERPERIO?

B. ¿CUÁLES SON LOS CAMBIOS EN NUESTRO CUERPO TRAS PARIR?

- Cambios hormonales
- La involución uterina. ¿Qué son los entuertos?
- Conocer qué son los Loquios
- Alteraciones del periné: Desgarros y/o Episiotomías. Cuidados, ejercicios de recuperación postparto y suelo pélvico.
- Principales cambios en las mamas. Problemas más frecuentes.
- La eliminación

- Cambios emocionales
- Alimentación en el postparto
- Reinicio de la relaciones sexuales

C. SIGNOS DE ALARMA QUE REQUIEREN CONSULTA

D. INTRODUCCIÓN A LA ANTICONCEPCIÓN EN EL PUERPERIO



Imagen 54. Emaze. Caso clínico puerperio. Dibujo de una puérpera [Image]. Recuperado de: Presentation Name copy2 by loy.p.mancilla on emaze

A. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR PUERPERIO?

La matrona preguntará al grupo si conocen la palabra puerperio previa explicación.

El puerperio, comúnmente conocido como postparto, es el periodo que transcurre desde la salida de la placenta en el momento del parto, hasta la aparición de la primera regla (famosa "CUARENTENA"). Tiene una duración aproximada de unas 6 semanas y se caracteriza por la vuelta paulatina del organismo al estado pre- gravídico.

Distinguimos 3 etapas:

PUERPERIO INMEDIATO	PUERPERIO CLÍNICO O PRECOZ	PUERPERIO TARDÍO
<ul style="list-style-type: none"> • Abarca las primeras 24h • Periodo más crítico, por lo que exige más control 	<ul style="list-style-type: none"> • Abarca la primera semana del parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el fin de la primera semana hasta la aparición de la primera regla • Dura unas 6 semanas

B. ¿CUÁLES SON LOS CAMBIOS EN NUESTRO CUERPO TRAS PARIR?

Antes de comenzar la explicación, la matrona lanzará varias preguntas abiertas al grupo para iniciar una lluvia de

ideas y una puesta en común de las respuestas. *¿Qué cambios significativos notaste si ya habéis parido previamente, o si habéis tenido de manera cercana a alguna mujer en el puerperio? ¿Sabéis por qué se dan esos cambios?* Tras la recopilación oral de las respuestas, se iniciará la explicación.

CAMBIOS HORMONALES

Con la salida de la placenta se produce una disminución importante de la hormonas del embarazo: Estrógenos y Progesterona, y un aumento de la producción de las hormonas asociadas al puerperio: PROLACTINA y OXITOCINA, favorecedoras de la producción láctea y de la contracción uterina. El aumento de estas hormonas dará lugar a la mayoría de cambios asociados en esta etapa.

LA INVOLUCIÓN UTERINA, ¿QUÉ SON LOS ENTUERTOS?

Tras la salida de la placenta el útero se contrae formando "las ligaduras vivientes de Pinard" o globo de seguridad. Evita un sangrado anormal tras el alumbramiento.

El útero disminuye rápidamente de tamaño en un proceso llamado "involución", volviendo a su estado pregestacional más o menos hacia el día 12 del postparto. Este proceso se debe a la contracción y retracción del útero iniciado tras la salida de la placenta y se da entre otros motivos gracias a la actuación de la hormona *oxitocina*. Esta involución va a provocar los famosos "entueritos" que generalmente no son dolorosos salvo en mujeres que lactan y en multiparas. Se puede tomar medicación antiinflamatoria para paliar las molestias. Su uso no está contraindicado con la lactancia.

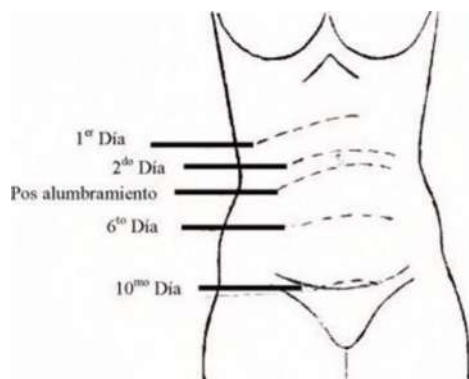


Imagen 55. Olivares, T. *¿Qué es y qué sucede en el puerperio inmediato? Involución uterina [Internet] [Consultado el 26 de marzo de 2021]. Disponible en: ¿Qué es y qué sucede en el puerperio mediato? (maternidadfacil.com)*

LOQUIOS ¿QUÉ SON?

Los loquios constituyen la pérdida de sangre que se produce tras el alumbramiento. Van cambiando su cantidad, color y consistencia según van pasando los días. Así lo normal será:

EVOLUCIÓN NORMAL

Primeros días: sangre + moco

3º-6º día: Serosanguinolentos (como agua de lavar carne)

6º-10º día: color amarillento

>10º día: Serosos (escasos y fluidos)

Hacia la 3ª semana suelen desaparecer

Además del color, es importante también valorar su cantidad, normalmente nunca mayor a una regla abundante y su olor, normalmente inodoro.

Cualquier desviación del rango normal en las características de los loquios será motivo de consulta.



Imagen 56. Geraldine222 (2017): *Tipos de loquios postparto [Internet] [Consultado el 26 de marzo de 2021]. Disponible en: TIPOS DE LOQUIOS POST PARTO comenten !!! - Club de bebés Julio 2017 - BabyCenter*

ALTERACIONES DEL PERINÉ: Desgarros y/o Episiotomías. Cuidados, Ejercicios de Recuperación postparto y Suelo Pélvico

DESGARROS Y/O EPISIOTOMÍAS: Cuidados habituales

Tras un parto es frecuente la presencia de algún punto en la zona perianal. Esto puede dar lugar a molestias, tanto por dichos puntos como por el estiramiento que ha sufrido la zona por el paso de un bebé.

Es importante la higiene tanto para la cicatrización como para la prevención de la infección, por lo que se deben seguir una serie de pautas:

- Mantener la zona lo más *limpia y seca* posible, cambiándose de compresa frecuentemente para evitar macerar el periné.
- Airear la zona, aprovechar momentos de descanso para mantenerla al aire.
- Realizar una ducha normal, evitando baño completo para no sumergirse y favorecer la humedad.
- Limpieza a toquitos de delante hacia atrás. Lo mismo tras ir al baño.
- Utilizar compresas tocológicas de algodón
- Es posible la utilización de productos cosméticos regeneradores para la zona para la higiene.

EJERCICIOS DE RECUPERACIÓN POSTPARTO Y SUELO PÉLVICO

En este punto, la matrona realizará un breve recuerdo de lo que es el suelo pélvico y por qué se debilita, así como la importancia de trabajar en él para evitar potencialmente

problemas de incontinencias, prolapsos o insatisfacciones sexuales.

Propondrá la práctica de los ejercicios de Kegel, y les mostrará instrumentos útiles para la recuperación postparto como pueden ser las bolas o ejercitadores de suelo pélvico. **(Nos remitiremos al punto A de la 3ª Sesión: “El parto” para la explicación de éste punto, previamente abordado)**

CAMBIOS EN LAS MAMAS. Problemas más frecuentes

Pregunta abierta al grupo: *¿Qué cambios habéis experimentado durante el embarazo?*

Entre las posibles respuestas están: el aumento del tamaño, aumento de la sensibilidad, cambios en la coloración de las areolas y aumento de las mismas...

Y es que durante el embarazo se produce el máximo de desarrollo posible de las glándulas mamarias, que culmina con el establecimiento de la lactancia en el puerperio. Las mamas se preparan para nutrir al futuro bebé y ya desde el último trimestre del embarazo puede ser posible la salida del Calostro (líquido amarillento, “primera leche”). Entre las hormonas implicadas en este proceso están la Prolactina, hormona por excelencia de la lactancia o la Oxitocina.

Tras el parto si la decisión es decantarse por una Lactancia Materna, esta se iniciará tan pronto como el bebé se quiera agarrar al pecho tras el parto. Los problemas más habituales durante los primeros días de lactancia son: las *dificultades para el agarre*, lo que puede producir *grietas* o la *ingurgitación mamaria* a consecuencia de la subida de la leche. Problemas más a largo plazo como *mastitis*, podrían darse por asuntos previos no resueltos como la ingurgitación. **(Los problemas relacionados con la lactancia materna se abordarán más a fondo en la sesión sobre “los Tipos de Lactancia”)**

Si la decisión es ofrecer una Lactancia Artificial, es precisa la toma de unas pastillas inhibidoras de la lactancia además de utilizar un sujetador deportivo para mantener el pecho apretado y restringir la ingesta hídrica (“beber sin pasarse”).

ELIMINACIÓN

- *Eliminación Urinaria*: suele ser antes de las 8h siguientes al parto. Aumento de la diuresis. Importante la comunicación al personal de planta de esa primera micción tras el parto.
- *Deposición*: suele ser espontánea. Posibilidad de necesitar ayuda mediante enemas. Necesario un entorno tranquilo para la primera vez tras el parto. En muchas ocasiones, no se realiza hasta la llegada al domicilio, no es grave. A muchas mujeres les da pavor por miedo a que se suelten los puntos, se precisa calma porque esto suele ser casi imposible.

También es frecuente la aparición de *hemorroides* que causan molestias. Para su alivio se puede aplicar frío local en la zona y mantener reposo. También es efectiva la aplicación de compresas húmedas con azúcar, ya que esta parece absorber el edema de la hemorroide.

CAMBIOS EMOCIONALES

Tras el parto: se produce una sensación de bienestar y tranquilidad.

Días después del parto puede aparecer la famosa “tristeza puerperal”, “melancolía puerperal” o “maternity blues” que poco a poco irá desapareciendo. Se caracteriza por presentar llanto, tristeza, irritabilidad, fatiga, dificultad para dormir, ansiedad...y suele ser pasajero. Está relacionado con todos los cambios que suponen la nueva vida, adquisición de nuevas responsabilidades, nuevos roles, nuevos horarios...y también tienen un componente hormonal. Suele aparecer entre el tercer al quinto día del parto y desaparecer entorno a los 15 días¹⁶. Es una situación transitoria y es importante mantener la calma y no desesperarse, así como de importante es el apoyo de la pareja y de la familia durante este proceso.

¿Cuándo debería pedir ayuda? Cuando los síntomas persistieran más allá de 15 días o tuvieran una sintomatología más grave. SOLICITAR APOYO PROFESIONAL para evitar la llamada “Depresión postparto”.

ALIMENTACIÓN EN EL PUERPERIO

Con el parto se produce una pérdida aproximada de unos 5 kg. Las mujeres lactantes metabolizarán antes los depósitos grasos.

Durante el puerperio no existen restricciones dietéticas y es preciso mantener una dieta equilibrada y rica en fibra¹² con un aumento de la ingesta hídrica. La alimentación de la madre durante la lactancia materna debe ser la suficiente como para asegurar una correcta producción de leche para su bebé¹³. El aumento calórico en estas mujeres está en unas 400-500 Kcal de más. Las mujeres no lactantes no precisan ningún aumento calórico.

REINICIO RELACIONES SEXUALES

Es recomendable esperar unas 3-4 semanas del parto para el reinicio, aunque la mayoría prefieren esperar al cese del sangrado. No hay un momento preestablecido para reiniciarlas.

Es frecuente que las mujeres, debido a todos los cambios hormonales tengan una disminución de la libido, “la nueva vida”, la falta de tiempo, la dedicación exclusiva del bebé, el miedo a las molestias pueden hacer que se retrase el retomo de las relaciones. Es importante la comunicación con la pareja y el conocimiento de las diversas formas de vivir y disfrutar de la sexualidad¹².

IMPORTANTE: Utilización de *lubricantes*, pues la zona vaginal en mujeres que lactan estará seca y el uso de *anticonceptivos* por el riesgo de embarazo.

C. SIGNOS DE ALARMA QUE REQUIEREN CONSULTA

- Temperatura >38 °C
- Sangrado que va a más a lo largo de los días o sangrado mayor a una regla

- Mal olor de los Loquios (“olor a pescado podrido”)
- Signos inflamatorios en los pechos, en la zona perianal o en las piernas
- Dificultad o problemas respiratorios
- Sintomatología urinaria: Escozor, sensación de no vaciar bien la vejiga
- Tristeza puerperal que no cede pasados los 15 días del parto

D. INTRODUCCIÓN A LA ANTICONCEPCIÓN DURANTE EL PUERPERIO^{11,12}

En este punto la matrona expondrá brevemente las opciones anticonceptivas más interesantes que tenemos en el puerperio aún si la mujer está lactando. Les remitiremos para información más específica respecto a las ventajas e inconvenientes de cada método a las diferentes guías anticonceptivas, y se les animará a que pidan consejo contraceptivo tras el parto en la consulta de la matrona. Se responderá a las dudas planteadas durante la exposición.

MÉTODOS NATURALES

Son aquellos métodos que no utilizan ningún dispositivo o sustancia que impida el embarazo. Son poco fiables pues tiene un alto índice de error. Dentro del postparto destaca el **método MELA o Lactancia Materna Prolongada**, que se produce gracias a la hormona prolactina que inhibe la ovulación siempre y cuando se produzcan las siguientes condiciones:

- El bebé tiene menos de 6 meses
- Es amamantado con lactancia materna exclusiva y a demanda
- Entre toma y toma no pasan más de 6 horas
- No se ha producido ningún sangrado menstrual desde el parto

MÉTODOS BARRERA

Destacan el *preservativo masculino* y el *femenino*. Son más eficaces que los anteriores y además evitan infecciones de transmisión sexual. Es uno de los métodos más recomendables.

Podríamos incluir dentro de este grupo al *DIU DE COBRE*, ya que en cierta medida es un método que actúa como barrera, por un lado por la *reacción de cuerpo extraño* que produce en el endometrio, evitando la implantación del huevo y por otro en la *incapacitación que produce sobre los espermatozoides*. Es un método compatible con la lactancia y se podría insertar en el postparto inmediato o tras 6 semanas postparto.

MÉTODOS HORMONALES

- **Mujeres NO LACTANTES:** misma pauta para la elección que en el resto de las mujeres, pero es necesario que al menos pasen 4 semanas del parto para el inicio de la anticoncepción hormonal combinada (ACOS).
- **Mujeres LACTANTES:** No es recomendable la anticoncepción combinada con estrógeno porque puede disminuir la producción de leche. Evitar la *píldora combinada*, el *anillo vaginal* o cualquier otro método que en su composición lleve estrógenos + progesterona.

En estas mujeres la anticoncepción hormonal de elección es la **“anticoncepción sólo gestágenos”**, ya que tiene una eficacia si se utiliza correctamente de hasta un 99% sin afectar en la producción de leche. Puede utilizarse desde la 6ª semana postparto.

Otras opciones disponible para mujeres lactantes serían: el *DIU de Progesterona*, *Implante subdérmico*, *gestágenos inyectables* o cualquier otro método hormonal que en su composición sólo presente progestágenos.

Como anticoncepción hormonal de urgencia podría utilizarse el levonorgestrel en las primeras 72h del coito sin protección. Al ser un gestágeno también es compatible con la lactancia materna.



Imagen 57. Alamaraz Y. Anticonceptivos naturales. Método MELA [Image]. Disponible en: Anticonceptivos Naturales (slideshare.net)

RESTO DE MÉTODOS

Ligadura de trompas, vasectomía masculina... misma pauta que para el resto de parejas, con los tiempos necesarios tras el parto.

Se finalizará la sesión, como siempre, con una ronda de preguntas aclaratorias.

SESIÓN 5: ALIMENTACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO: Lactancia Materna, Lactancia Artificial o Lactancia Mixta

Durante la sesión número 5, la matrona llevará a cabo la exposición de los tipos de alimentación disponibles para los bebés. Se tratará el tema de la forma más objetiva posible para que sean las madres, las que de una manera informada, decidan qué tipo de alimentación van a querer darle a su futuro bebé.

Cómo siempre se iniciará la sesión con la presentación de los objetivos a conseguir durante el transcurso de la misma:

A. LACTANCIA MATERNA

- Conocer la Anatomía y Fisiología de la lactancia materna
- Composición de la Leche Humana: Diferentes leches, diferentes momentos
- Ventajas para la madre y el recién nacido.
- Técnica de la Lactancia Materna
- Principales problemas y complicaciones de la lactancia materna

- Pérdida de peso fisiológica del recién nacido
- Extracción y conservación de la leche
- Alimentación de la madre lactante
- Grupos de Apoyo para la lactancia

B. LACTANCIA ARTIFICIAL

- Inhibición de la lactancia
- Tipos de leche artificial, ¿Cuál elegir?
- Ventajas de la leche artificial.
- Cómo reconstituir la leche para preparar un biberón
- Cantidad de leche durante los primeros días
- Limpieza de biberones y tetinas

C. LACTANCIA MIXTA

- Qué es la lactancia mixta? ¿Cómo se lleva a cabo?
- Situaciones en las que desarrollar una lactancia mixta

A. LACTANCIA MATERNA

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA^{11, 12}

Durante la lactancia, se lleva a cabo el máximo desarrollo en la vida de las mamas de una mujer. La matrona llevará a cabo una explicación práctica de la anatomía externa e interna de las mamas, apoyada en las siguientes imágenes:

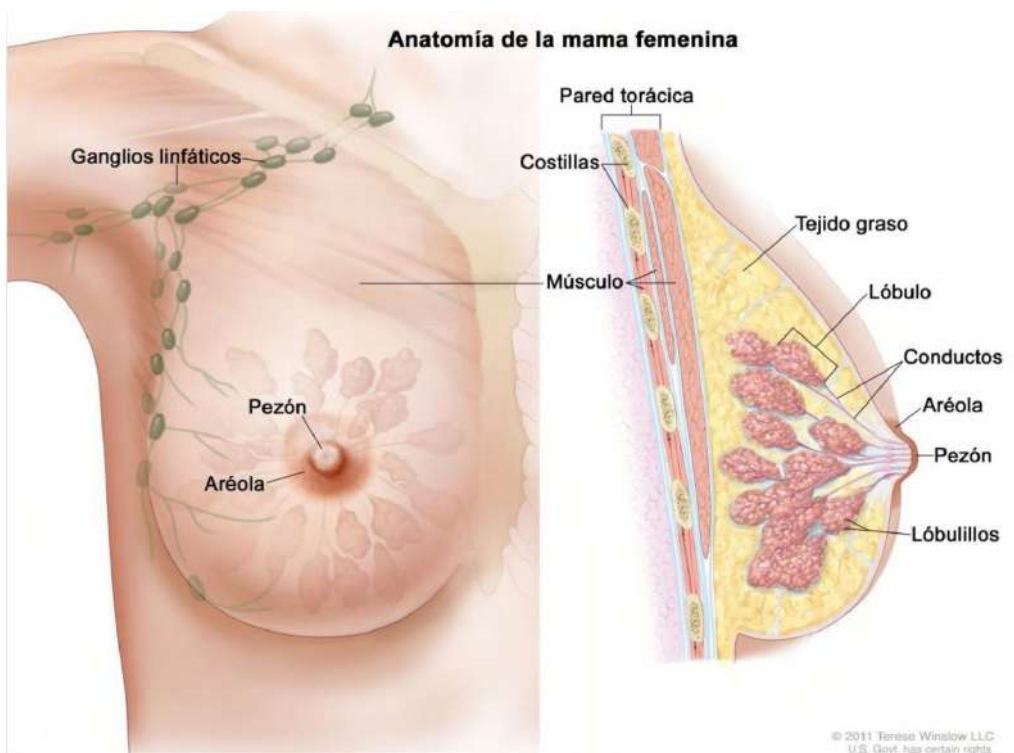


Imagen 58. Instituto nacional del cáncer. Anatomía de la mama. [Image] [Internet]. Consultado el 05 de abril de 2021. Disponible en: Definición de mama - Diccionario de cáncer del NCI - Instituto Nacional del Cáncer (cancer.gov)



Imagen 59. Aguado Maldonado J.; Gómez Papi A.; Hernández Aguilar M.T, Lasarte Velillas J.J.; et al. *Fisiología de la lactancia* [Image]. *Manual de lactancia materna*, 2008; p. 63. [Internet]. Disponible en: *Fisiología de la lactancia*. | *Una nueva vida* (wordpress.com)

Las mamas son dos órganos glandulares que se desarrollan desde etapas muy tempranas del crecimiento embrionario y que están compuestas en su mayoría por un tejido adiposo o grasa y un tejido glandular, que responde al estímulo hormonal para la producción de leche.

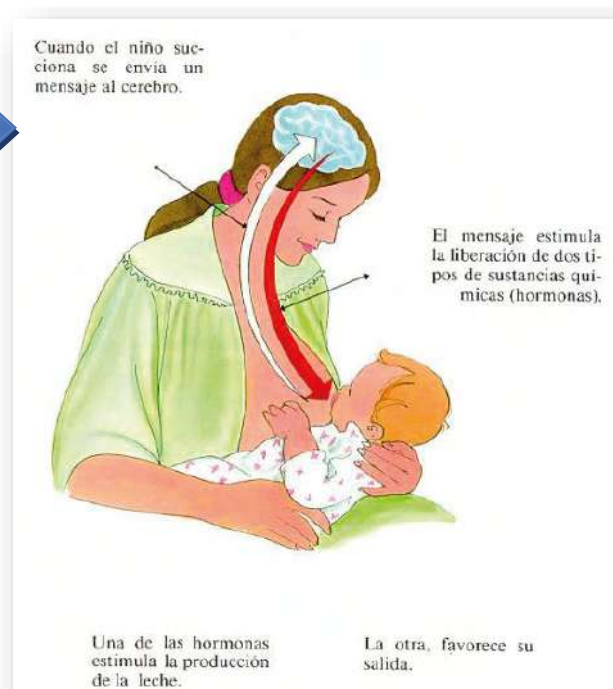
Externamente, la mama se compone de la areola y el pezón. La areola es la parte más oscura donde se sitúa el pezón, tiene este color con el objetivo de que el bebé pueda localizarlo con más facilidad. Dentro de la areola encontramos los

tubérculos de Montgomery, que son una especie de granitos cuyo objetivo es la lubricación de la areola.

El pezón, situado en el medio de la areola, es una protuberancia de origen muscular que facilita el acople del bebé a la mama. En él desembocan los conductos galactóforos y tiene el objetivo de facilitar la salida de la leche.

Internamente, las mamas están compuestas por grasa y por tejido glandular, donde tiene lugar la fabricación de

MECANISMO DE PRODUCCIÓN DE LA LECHE



“La teta es como una fábrica: cuanto más estímulo produzca el bebé, más leche habrá”

Imagen 60. Aranzazu I. *Regulación hormonal de la lactancia. Mecanismo de producción de la leche*. [Image] [Internet]. Consultado el 6 de abril de 2021. Disponible en: *Regulación hormonal de la lactancia*. | *Una nueva vida* (wordpress.com)

la leche. Estas glándulas están conectadas a los conductos galactóforos que desembocan en el pezón, y a través de los cuales la leche sale al exterior.

Fisiológicamente, la producción de leche responde a un entramado hormonal que va preparando las mamas desde el embarazo. Tras la salida de la placenta, se produce una brusca disminución de las hormonas del embarazo, estrógenos y progesterona, y una brutal subida de las hormonas de puerperio, *oxitocina* y *prolactina*, que van a favorecer la producción láctea.

La prolactina es la encargada de la producción láctea en sí, mientras que la oxitocina es la hormona que favorece la "eyección láctea" o expulsión de la leche desde el tejido glandular hacia el pezón. Ambas hormonas tienen una producción directamente proporcional al estímulo que el bebé haga sobre el pezón, es decir "a mayor demanda, mayor producción hormonal y por tanto, se producirá más cantidad de leche". Por eso se dice coloquialmente que "la teta es como una fábrica, cuando más se demande, más producción de leche habrá".

- **Producción Láctea = Prolactina.** La succión del pezón hace que se libere esta hormona.
- *¿Cómo se mantiene la producción Láctea?:*
 - Succión del pezón por el RN
 - Vaciamiento correcto de la mama
- *Evacuación o salida de la leche = Oxitocina*



Imagen 61. Mena Nannig P. Producción composición de la leche materna. Fisiología de la lactancia. Diapositiva 3. [Internet] [Consultado el 6 de abril de 2021]. Disponible en: Composición leche materna (slideshare.net)

COMPOSICIÓN DE LA LECHE HUMANA: DIFERENTES LECHES, DIFERENTES MOMENTOS

La leche humana va cambiando de aspecto, composición y volumen según pasan los días para adaptarse a las necesidades del recién nacido, así podemos distinguir fundamentalmente 3 tipos de leches: *calostro*, *leche de transición* y *leche madura*.

CALOSTRO¹²

- Producción previa al parto y durante **los primeros días**
- Aspecto amarillento, espeso y en poca cantidad
- Es necesario y suficiente para los primeros días. Contiene además:
 - Proteínas de fácil absorción, vitaminas liposolubles, anticuerpos maternos, enzimas con propiedades laxantes que además preparan el aparato digestivo del recién nacido...
 - Gran cantidad de minerales y menos grasa o lactosa que la leche madura.



LECHE DE TRANSICIÓN¹²

- Su producción abarca aproximadamente desde el **4º día del parto hasta el primer mes postparto**
- Es más rica en grasa y vitaminas y también contiene mayor cantidad de lactosa y calorías.
- Varía a lo largo de los días.
- "Subida de la leche", es la leche que aparece con la subida.



LECHE MADURA¹²

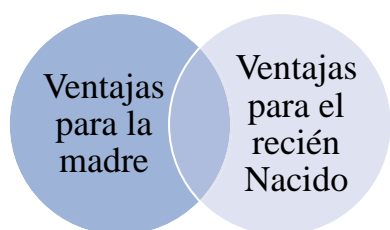
- Aproximadamente **desde el primer mes**, hasta el **fin de la lactancia**
- Está compuesta por elementos nutritivos y no nutritivos:
 - *Elementos nutritivos:* Agua en su mayoría, proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas y minerales.

- *Elementos no nutritivos:* enzimas, hormonas, factores de crecimiento, sustancias inmunológicas entre otros.



VENTAJAS PARA LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO

La matrona lanzará una pregunta abierta al grupo sobre las ventajas y desventajas que las mujeres perciben de la lactancia materna. Se discutirán las respuestas y para finalizar se pondrán en común las principales ideas obtenidas.



VENTAJAS PARA LA MADRE	VENTAJAS PARA EL BEBÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Favorece el vínculo afectivo materno-filial. • Previene el cáncer de mama y ovario. • Favorece la involución uterina por acción de la oxitocina y disminuye hemorragia postparto. • Cierto efecto contraceptivo ¡¡¡¡OJO!!!!. • Favorece la pérdida de grasa acumulada durante el embarazo. • Es barata. • Es cómoda, al no requerir preparación. • Está disponible a la temperatura adecuada en cada momento y sin riesgo de contaminación. • Menos riesgo de Osteoporosis en el futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece el vínculo afectivo con la madre. • Contiene todos los requerimientos nutricionales que el bebé necesita en cada momento. La leche va variando en el tiempo, adaptándose a las necesidades del bebé. • Protección Inmunológica (Ac), protección frente a infecciones respiratorias e intestinales, por el paso de anticuerpos. • Disminución de Alergias, por ser un alimento natural. • Prepara el aparato digestivo del niño: <ul style="list-style-type: none"> - es laxante - favorece la formación de jugos gástricos para facilitar la digestión • Favorece el desarrollo mandibular y de los dientes, y la musculatura de la boca. • Disminución de la obesidad en el futuro.

¿¿DESVENTAJAS???

TÉCNICA DE LA LACTANCIA MATERNA

PRIMERA TOMA

El momento de la primera puesta al pecho, debe suceder en el paritorio favoreciendo el *“piel con piel”*; ¿por qué?:

- Se estrechan los lazos afectivos
- Evitamos la pérdida de calor del bebé
- Se estabilizan las funciones vitales del recién nacido
- Disminuye la percepción dolorosa de la madre
- Favorece un mayor desarrollo neuronal
- Se favorece el *contacto precoz* permitiendo al recién nacido reconocer el olor materno, encontrar el pecho, y realizar la *primera toma (primeras horas de vigilia)*. Es importante este momento constituido por las dos primeras horas del nacimiento, dónde el bebé está más alerta y es más susceptible el inicio de la lactancia materna. Tras este periodo de vigilia, en las horas posteriores, el recién nacido se aletarga y cae en un profundo sueño.

HORARIO

Es importante olvidarse del reloj. El pecho no tiene horarios, **LACTANCIA MATERNA A DEMANDA DÍA Y NOCHE** (importancia de las tomas nocturnas para el mantenimiento de la lactancia):

- **Frecuencia:** A demanda desde el principio, sin dejar pasar más de 3 horas entre toma y toma los primeros días. Es importante que el bebé mame todo el tiempo que quiera y las veces que quiera, asegurándonos que a partir del segundo día hacen entre 8 – 10 tomas al día.
- **Duración:** No debe limitarse la duración, en cada toma debe ofrecerse un pecho hasta que el bebé muestro signos de saciedad¹² (puños abiertos, somnolencia, calma) y se suelte espontáneamente. Se le puede ofrecer posteriormente el otro pecho si lo desea. En la siguiente toma se debería empezar por el pecho al que no se le ha puesto en la anterior, o si se la ha puesto en los dos, por el último que ha mamado, al que consideramos que ha dejado *“a la mitad”*. Es importante un buen vaciado de pecho, porque al final de la toma está la parte más grasa de la leche, la que hace engordar a los bebés, y por qué el buen vaciado y el estímulo de succión es lo que mantiene la producción láctea.

Es interesante conocer los signos que los bebés expresan cuando están hambrientos pues es importante identificar *“las señales tempranas de hambre”* ya que será el momento ideal para la puesta al pecho. Esperar a las *“señales tardías”* solo nos llevará a la desesperación y a posponer la toma hasta que se consiga calmar al bebé. *El llanto es un signo tardío de hambre.* De manera ilustrativa el *hospital Queensland en Australia* propuso el siguiente gráfico identificativo:

También es importante recordar que el estómago de un bebé es pequeño, por lo que los recién nacidos van a comer *“poco y a menudo”*, es decir harán tomas cortas cada



Imagen 62. Hospital de Queensland, Australia 2012. Señales identificativas cuando tiene hambre el bebé. [Internet]. Disponible en: Neonatología: La lactancia materna puede ser exitosa, pero no soporta muchos obstáculos (neonatologiahps.com.ar)

poco tiempo, sobre todo los primeros días. En la siguiente imagen se puede observar la comparación del tamaño del bebé con el de diversos alimentos para poder visualizar cuánto cantidad ingieren en cada toma de una manera aproximada:



Imagen 63. EFE. La leche materna humana es única entre los mamíferos. Tamaño del estómago del recién nacido. Madrid, 2016 [Image] [Internet]. Consultado el 8 de abril del 2021. Disponible en: La leche materna humana es única entre los mamíferos – Prensa Libre

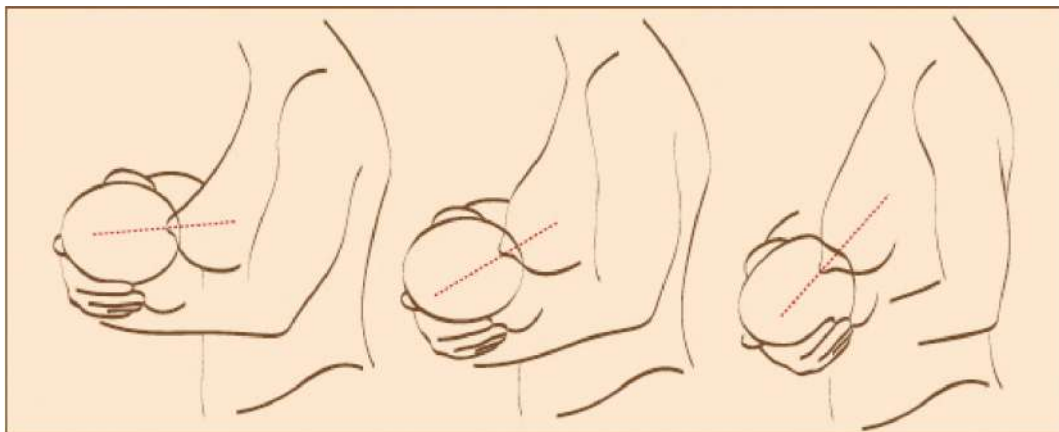


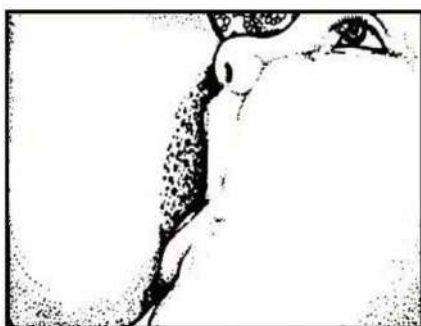
Imagen 64. Ruiz M. *Lactancia Materna. Posturas para amamantar: Línea imaginaria para un agarre correcto*, 2018. [Image] [Internet]. Disponible en: *Posición correcta y posturas para amamantar - Asesoras de lactancia online*.

POSTURA Y AGARRE CORRECTOS

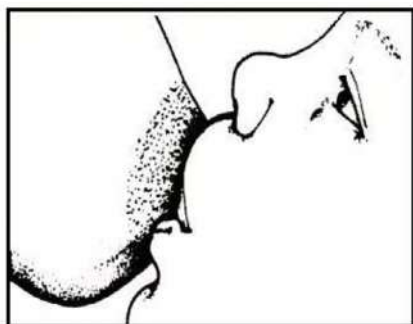
Es importante que tanto la madre como el bebé estén cómodos durante la toma para conseguir un buen agarre. Se debe buscar la posición más adecuada en cada momento del día; así es posible que durante las tomas nocturnas, la madre pueda preferir dar el pecho tumbada, mientras que durante el día prefiera hacerlo sentada.

- *Posición materna:* Espalda recta, hombros relajados.
- *Posición del bebé:* el bebé ha de agarrar el pecho *de frente al pezón*, sin torcer la cara, con su boca a la altura del pezón, rozando éste entre su nariz y el labio superior, para favorecer la apertura de la boca y el agarre espontáneo.

- *Agarre correcto:* el bebé debe tener la boca muy abierta con el pezón y gran parte de la areola en su interior. Los labios han de quedar evertidos hacia fuera “*como la boca de un pez*”. La nariz y el mentón están rozando el pecho, se ve más areola por encima del labio superior que por debajo del labio inferior y se notan los movimientos de succión en la mandíbula inferior y en las orejas.
- *Diferentes posturas:*



POSICION CORRECTA



POSICION INCORRECTA



Posición de cuna



Posición de cuna cruzada

Imagen 65. *Las mil y una noches...de pediatría. ¿Estás pensando en dar lactancia materna? Agarre correcto*, 2015 [Image] [Internet]. Consultado el 6 de abril de 2021. Disponible en: *¿Estás pensando en dar lactancia materna? (chiopedia.blogspot.com)*



Posición biológica



Cuna ladeada



Posición de rugby



Estirada paralelo



Posición caballito



Posición estirado inversa

Imagen 66. Ruiz M. Lactancia Materna. Posturas para amamantar, 2018. [Image] [Internet]. Disponible en: Posición correcta y posturas para amamantar - Asesoras de lactancia online.

PRINCIPALES PROBLEMAS Y COMPLICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

¿Y tú, tuviste alguna complicación cuando amamantaste?

Pregunta abierta al grupo para las madres con experiencia en lactancia materna. Discusión de respuestas.

En este punto, la matrona explicará cuales son los problemas de aparición más frecuentes durante los primeros meses de la lactancia materna. Es importante insistir en que la mayoría tiene solución, y si se presentan no duden en pedir ayuda, bien a la matrona en su propio centro de salud, o acudiendo a los diferentes grupos de apoyo a la lactancia materna. El principal éxito de una lactancia materna es "querer dar el pecho con convicción" y si se quiere, se puede. Pocos son los casos en los que por problemas maternos o neonatales, no es posible.

Los principales problemas asociados a la lactancia materna son^{11, 12}

- **Presencia de pezones planos o invertidos:** No consiste en un problema en sí mismo, siempre que el bebé logre un buen agarre, para lo que suele ser frecuente necesi-

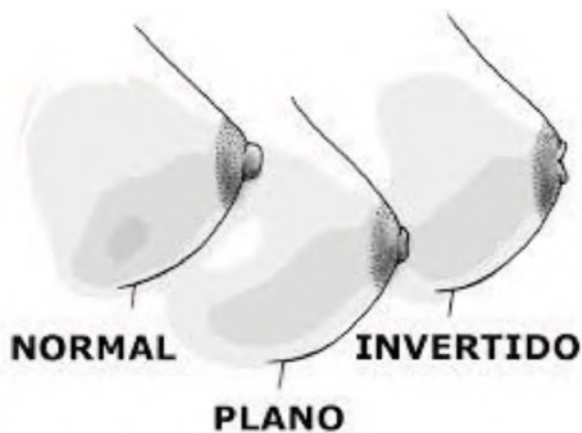


Imagen 67. Maternity Care. Como superar dificultades...pezones planos o invertidos. [Image] [Internet]. Consultado el 8 de abril de 2021. Disponible en: *Cómo superar dificultades...pezones planos o invertidos - Maternity Care.*

tar ayuda durante las primeras tomas. Se debe estimular el pezón antes de la toma para favorecer su erección.

- **Grietas y/o pezones doloridos.** Las grietas son pequeñas heridas en el pezón consecuencia de la fricción mantenida en el amamantamiento. Generalmente se producen por una mala posición del bebé al pecho.

El dolor en los pezones, en ocasiones es algo inevitable durante las primeras tomas o al principio de las mismas. Se produce por el reflejo de bajada de la leche y suele desaparecer con el tiempo. Si persiste se debe revisar la posición del bebé al pecho, ya que *dar de mamar no debería doler.*



Imagen 68. Creciendo con luna. Lanolina y grietas en los pezones, 2018. [Image] [Internet]. Consultado el 8 de abril de 2021. Disponible en: *LANOLINA Y GRIETAS EN LOS PEZONES – Creciendo con Luna (wordpress.com)*

¿Qué puedo hacer?

- Lo primero ante la aparición de dolor o grietas en los pezones es comprobar que el bebé está haciendo un buen agarre. **PRINCIPAL CAUSA DE APARICIÓN.**
- Revisión de la boca del bebé. La aparición de frenillo sublingual también puede causar un mal acople del bebé al pecho.
- Mantener los pezones al aire el mayor tiempo posible, para evitar la humedad y maceración (no usar discos de lactancia).

- Empezar la toma por el pecho menos afectado para que el bebé llegue con menos ansias al segundo pecho.
- Mantener las tomas frecuentes para favorecer el vaciado del pecho y evitar ingurgitaciones. Si el dolor es tan intenso que dificulta la toma directa, se debe extraer la leche bien manualmente o bien con un sacaleches.
- Probar diferentes posturas de amamantamiento para evitar mantener la fricción siempre sobre el mismo punto del pezón.
- El aceite de oliva virgen extra favorece la curación e hidratación del pezón. Echarse unas gotitas de aceite tras las tomas puede ser beneficioso para la cicatrización.

- **Ingurgitación mamaria:** Es la congestión mamaria por acumulación excesiva y dolorosa de leche que puede ocurrir de manera fisiológica entre el 3º-5º día tras el parto (*"subida de la leche"*) o por una retención patológica de leche al disminuir las tomas por algún motivo, por ejemplo, grietas, separación madre e hijo. Causan dolor e inflamación mamaria e incluso podría ocasionar fiebre materna. Generalmente ocurren en ambos pechos.



Imagen 69. Matrona online. Ingurgitación mamaria, 2013. [Image] [Internet]. Consultado el 8 de abril 2021. Disponible en: *Ingurgitación mamaria - Matronaonline.net*

¿Qué puedo hacer?

- Lo más importante para resolver una ingurgitación mamaria es la **EXTRACCIÓN DE LA LECHE**, bien con el bebé o bien con un sacaleches.
- Los pechos estarán duros, por lo que para facilitar la extracción es preciso ablandarlos mediante **CALOR húmedo local** (ideal ducha de agua tibia o compresas con calor) y **MASAJE de manera circular** desde cada cuadrante externo de la mama hacia el pezón ayudadas con la yema de los dedos, intentado deshacer los nudos formados por la leche acumulada. (Imagen 71)
- Antes de colocar al bebé al pecho, es preciso ablandar el pezón para que el bebé pueda agarrarse. Utilizaremos la *"presión inversa suavizante"* que consiste en ejercer una presión positiva con los dedos sobre

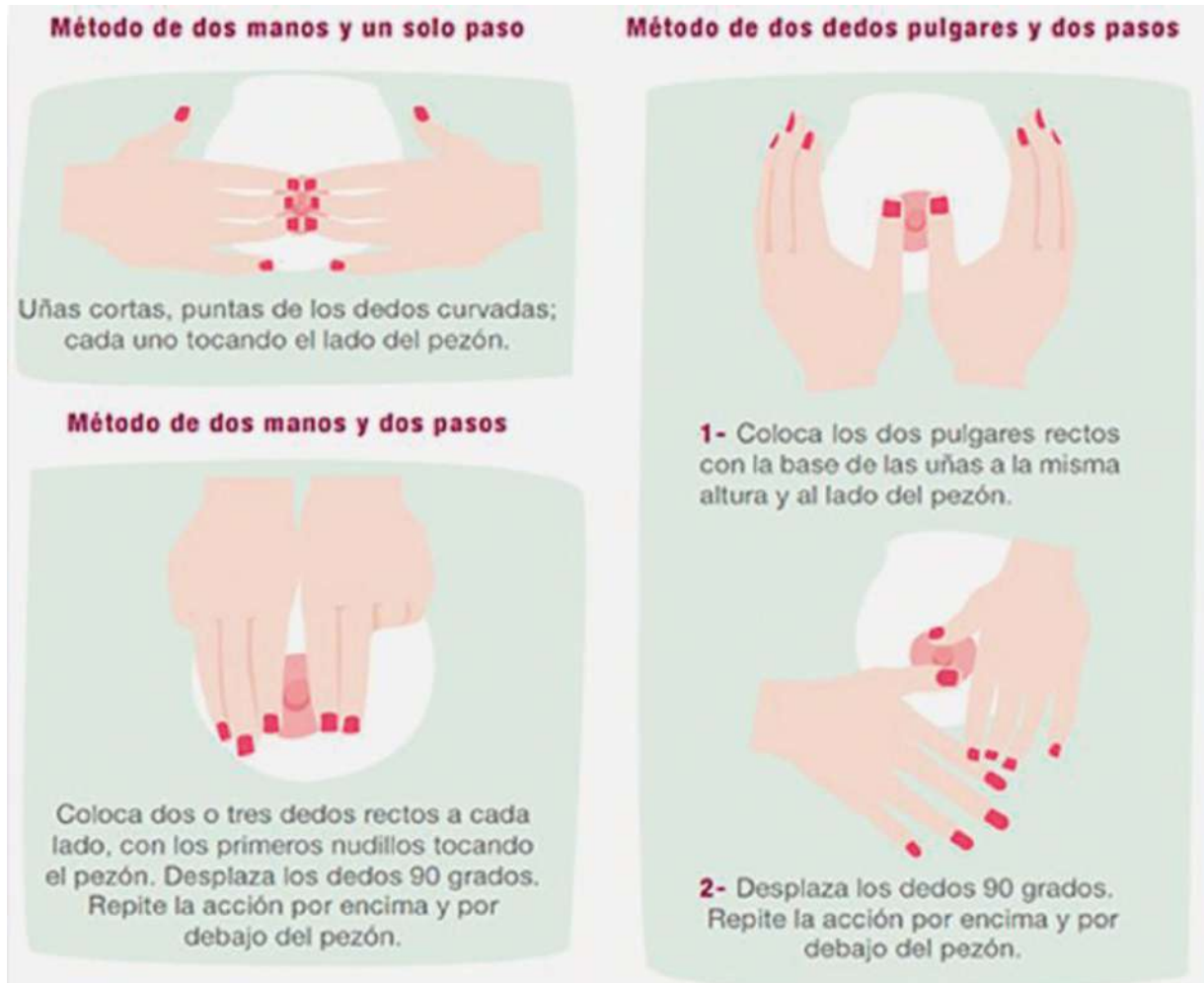


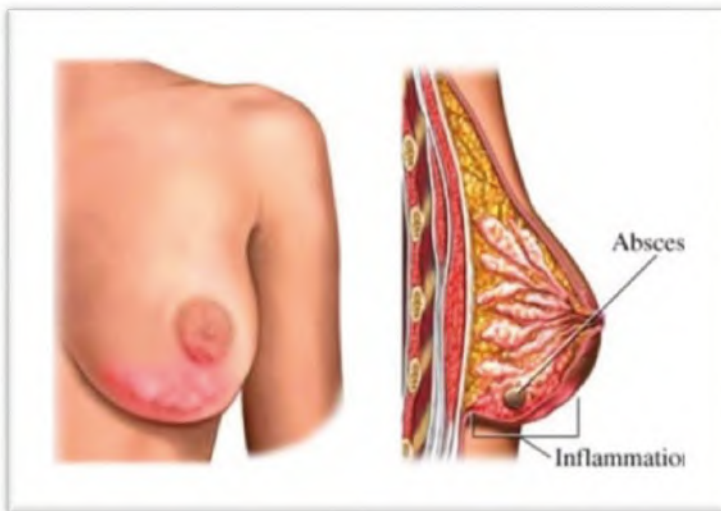
Imagen 70. Instituto Aragonés de ciencias de la salud. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes y cómo debería afrontarlos? Técnica de la presión inversa suavizante [Image] [Internet]. Consultado el 8 de abril 2021. Disponible en: ¿Cuáles son los problemas más frecuentes y cómo debería afrontarlos? - GuíaSalud (guiasalud.es)

la zona de la areola, desplazándola hacia las costillas para favorecer también el desplazamiento del edema acumulado en esa zona y que interfiere en la salida de la leche. Se debe hacer en todos los sentidos como se muestra en la imagen superior (Imagen 70).

- Corregir la posición del bebé.
- Aumentar la frecuencia de las tomas intentando vaciar bien el pecho.
- Tras la toma se puede aplicar frío local para disminuir la inflamación e incluso tomarse antiinflamatorios tipo ibuprofeno, que aliviarán la congestión y no interfieren con la lactancia.
- Está comprobado el efecto beneficioso de las *hojas de col* para disminuir la inflamación. Se recomienda aplicarlas encima de los pechos tras la toma.
- **Mastitis:** La mastitis es una infección de la glándula mamaria por sobreinfección tras la aparición de grietas, o por la evolución de una ingurgitación no tratada. Generalmente la afectación es unilateral. Los síntomas más comunes son el dolor y el enrojecimiento, edema e induración de la zona afectada, signos típicos de infección. Además pueden acompañarse de fiebre elevada (> 38 °C) y malestar general.



Imagen 71. Bancos de leche y lactarios. La leche materna es vida ¡Dónala! Masaje Circular sobre el pecho ingurgitado [Image] [Internet]. Consultado el 8 de abril de 2021. Disponible en: Lactancia materna: ¿Cómo puedo donar leche materna? (bancosdelecheylactarios.blogspot.com)



Imágenes 72 y 73. Dxline. Mastitis: What is mastitis? Enrojecimiento e induración en mastitis. [Image] [Internet] Consultado el 8 de abril 2021. Disponible en: Mastitis. Causes, symptoms, treatment Mastitis (dxline.info)

¿Qué puedo hacer?

- NO INTERRUMPIR LA LACTANCIA MATERNA. Importante el vaciamiento correcto de las mamas con las mismas pautas que en la ingurgitación. Tomas frecuentes del recién nacido o extracción mediante sacaleches en su defecto.
- Corregir postura del recién nacido si precisa.
- Acudir al médico, pues en algunos casos cuando las medidas anteriores no mejoran el cuadro, es preciso la toma de antibióticos.
- El uso de probióticos específicos para la lactancia pueden resultar beneficiosos tras la toma de antibióticos para evitar recidivas.
- **Crisis de lactancia en los recién nacidos.** Las crisis de lactancia o brotes de crecimiento son periodos experimentados por un bebé que previamente comía y dormía más o menos de forma regular y que de repente inicia un periodo de unos días en los que se vuelve más demandante queriendo estar al pecho todo el rato y con un llanto inconsolable cuando se le separa. La madre "parece no tener leche" o piensa que su "leche no es suficiente". Es el punto en el que muchas lactancias se van "al traste" y se incorporan suplementos de fórmula artificial por el miedo a que el bebé "esté pasando hambre". Es importante reconocerlas ya que todos los bebés las experimentan más o menos a la misma edad del nacimiento: a los 15 días, a las 6-7 semanas, a los 3 meses (probablemente la más larga) y al primer y segundo año de vida.
- La explicación es simple, los bebés aumentan la demanda para que también lo haga la producción de leche.

¿Qué puedo hacer?

- Estar tranquilas, confiar en vosotras mismas y en el bebé, pues no estáis haciendo nada mal. Pedir ayuda, es pasajero y la lactancia pronto se volverá a regular.

PÉRDIDA DE PESO FISIOLÓGICA EN EL RECIÉN NACIDO¹⁷

Es importante conocer que todos los recién nacidos pierden un porcentaje de su peso al nacimiento durante los primeros tres días. Ese porcentaje se fija como fisiológico cuando no sobrepasa el 10% del peso al nacimiento. Lo normal es que el bebé comience a ganar peso a partir del quinto día de manera que haya recuperado el peso del parto entre el 10º-15º día. A aquellos bebés que pierden más del 10% durante los primeros días es preciso investigar cuál puede ser el motivo, ver cómo son y han sido las tomas hasta el momento y hacerles un seguimiento estrecho. Es posible que los pediatras del hospital pauten una suplementación extra hasta la visita con el pediatra del centro de salud. Esta suplementación debería ser de lactancia materna siempre que fuera posible, o de sucedáneos de leche cuando no lo fuera.

Dependiendo de las rutinas de cada hospital, cada día se pesará al recién nacido para ir evaluando esa pérdida de peso e intervenir cuanto antes para no llegar a ese 10%, bien reforzando las tomas más frecuentes, animando a la realización de extracción manual de calostro para ofrecerles a los bebés tras las tomas e incluso mediante la estimulación con sacaleches cuando el bebé no puede estimular el pecho como debería.

EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE

En determinadas ocasiones es necesario extraerse la leche, bien porque el bebé necesite una ayuda extra de suplemento, o porque estemos ante algún problema que nos impida poner al bebé al pecho durante cierto tiempo: grietas, ingurgitación o mastitis, o porque nos toca incorporarnos a nuestra vida laboral y queremos crear un banco de leche a domicilio para el bebé. También es posible la extracción manual de calostro a partir de la semana 37 de embarazo, congelando el calostro extraído puede estar disponible para los primeros días postparto si fuera necesaria la suplementación. Para la realización de la extracción de leche es muy importante la higiene previa con un buen lavado de manos antes de preparar el pecho.

También es necesario buscar un lugar tranquilo y cómodo dónde llevar a cabo la técnica.

Existen dos maneras de realizar extracción de leche: extracción manual de leche (EML) o estimulación y extracción con sacaleches.

- **La Extracción Manual de Leche (EML):** consiste en realizar una extracción con nuestras propias manos siguiendo la "Técnica de Marmet". Se trata de realizar una masaje manual en los pechos previa extracción para favorecer el reflejo de eyección (mismo masaje usado para la ingurgitación: Imagen 71) y posteriormente llevar a cabo la extracción.

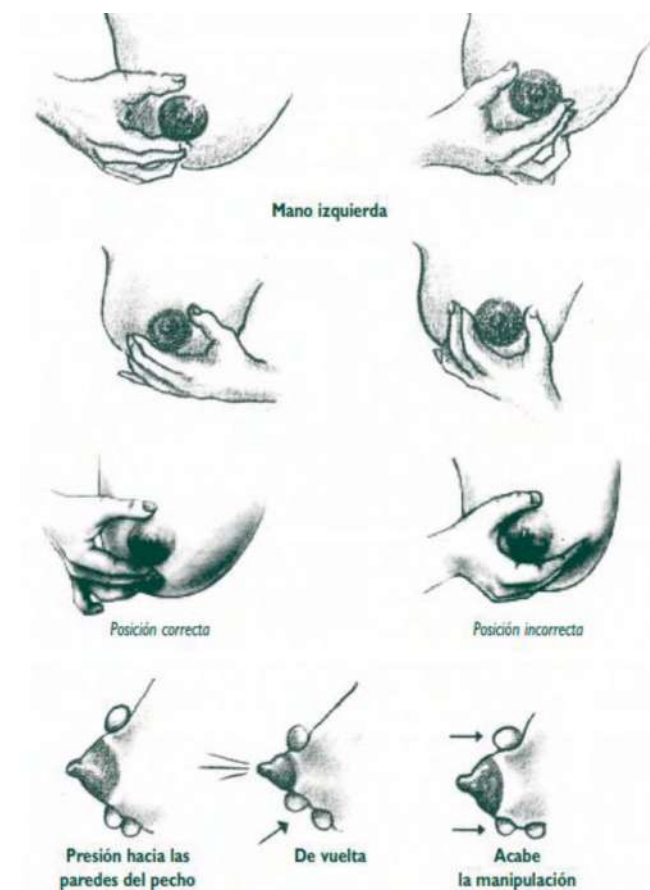


Imagen 74. Hernández Aguilar MT. La incorporación de la mujer al trabajo; extracción y conservación de la leche. Técnica Marmet. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004; p. 225-235.

Pasos a seguir para la correcta realización de la técnica¹⁸:

- Colocar la mano en forma de C con el dedo pulgar por encima del pezón y el dedo índice y corazón por debajo del mismo, a unos 3-4 cm aproximadamente del pezón.



Imagen 75. Hernández Aguilar MT. La incorporación de la mujer al trabajo; extracción y conservación de la leche. Técnicas a evitar. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004; p. 225-235.



- Llevar los dedos hacia atrás, es decir, hacia las costillas y volver hacia el pezón comprimiendo el pecho con los dedos en dirección al pezón, realizando un movimiento de ordeño. En pechos grandes, es preciso primero levantar el pecho antes de deslizar los dedos hacia atrás.



- Se debe repetir rítmicamente hasta vaciar el pecho. Se debe ir alternando la posición de los dedos para vaciar las distintas partes de la mama. Cuando se acabe con uno, se debe comenzar con el otro. Tranquilizar a las mujeres porque puede parecer una técnica difícil pero es cuestión de práctica.
- **Estimulación y extracción de leche mediante sacaleches:** Es preciso seguir las indicaciones del fabricante. Existen sacaleches manuales y eléctricos. Se debe buscar una copa del sacaleches que se adapte al pecho de manera que se produzca un buen acople y no haya dolor. Hay que regular la fuerza de succión hasta el punto que la mujer note pero de manera cómoda sin llegar a ser dolorosa.

Cada cuanto hay que realizar una extracción de leche?

Esto va a depender del motivo por el cual se esté extrayendo la leche; si lo que queremos es estimularlos para un aumento de la producción o para conseguir una suplementación, la extracción de leche debería hacerse tras las tomas del recién nacido o cada 3 horas aproximadamente, pero siempre después de una toma. Esto favorecerá un aumento de la cantidad de leche; si lo que necesitamos es una estimulación y extracción porque no se puede poner

al bebé al pecho, estas deberían realizarse mínimo cada 3 horas para realizar el trabajo que el bebé no puede hacer, es decir, la extracción sustituye la toma. Finalmente, si lo que se quiere es crear un banco de leche para almacenamiento, el proceso debe ser igual que el primer punto. Realizar la estimulación y extracción después de cada puesta al pecho. En la siguiente toma, el cuerpo entenderá que ha de generar más leche y así se producirá un aumento de la producción. Recuerda que *"la teta es como una fábrica, cuando más se demande más se va a producir"*.

¿Cómo puedo conservar la leche?^{12, 19}

Una vez extraída la leche materna se puede conservar almacenándola a temperatura ambiente, en la nevera o congelador. Para su almacenaje es recomendable utilizar envases individuales de vidrio, o bolsas de plástico especiales para ello, y siempre en pequeñas cantidades que se vayan a utilizar en la toma para no desperdiciar nada. Si se utilizan bolsas de plástico, guardarlas dentro de un recipiente rígido para evitar pinchazos. Es preciso etiquetar la fecha y la hora de la extracción. Como hemos comentando es importante realizar la extracción con unas buenas condiciones de asepsia.

Descongelación y Calentamiento

- Sacar el día previo y dejar descongelar en la nevera. *Esta leche podría utilizarse durante las siguientes 24 horas.* Lo que sobre se desecha. **NUNCA VOLVER A CONGELAR.**
- Si se precisa la leche en el momento también puede ser descongelada. Para ello introducir la leche en bolsa dentro de otro recipiente con agua caliente o bajo el grifo con un chorrito de agua.
- Para calentarla, lo más recomendable es utilizar la técnica del *"baño maría"*. **NUNCA UTILIZAR EL MICROONDAS,**

se pierden propiedades nutritivas de la leche y además debido al calentamiento irregular puede haber riesgo de quemaduras.

ALIMENTACIÓN DE LA MADRE LACTANTE

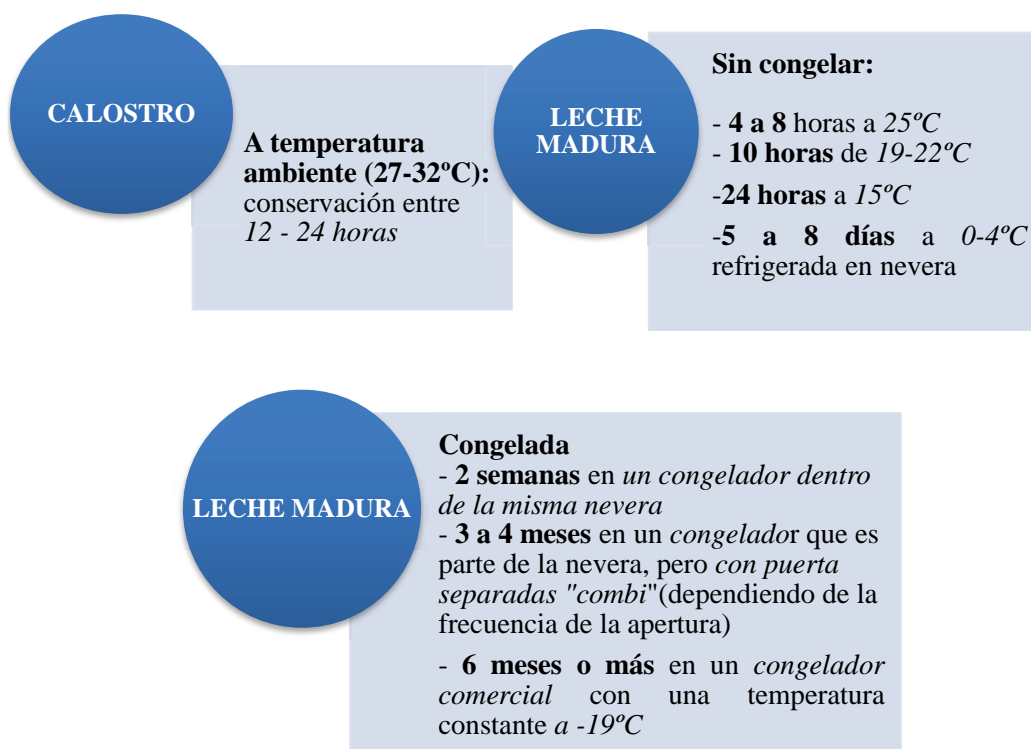
La alimentación de la madre lactante, cómo durante el embarazo, debe ser una alimentación lo más equilibrada posible. Se debe aumentar la ingesta de líquidos para favorecer la producción de leche y también se debe aumentar en 500 las calorías totales que se ingieren al día, ya que la lactancia supone un aumento del gasto energético para la madre.

GRUPOS DE APOYO PARA LA LACTANCIA MATERNA

Durante la lactancia, si aparecen problemas es importante contactar con tu matrona de referencia. Ella podrá ayudarte a resolver el problema o derivarte a los diferentes grupos de apoyo para la lactancia materna que existen a nivel nacional y regional, y que dan soporte social a las mujeres que desean amamantar. Además disponen de recursos materiales para la ayuda en la lactancia. Suelen realizar reuniones periódicas mensuales, y tiene teléfonos disponibles para cualquier duda.

Para finalizar este punto de la sesión, la matrona lanzará varios mitos sobre la lactancia materna para repasar y afianzar los conocimientos explicados. Se debe hacer una discusión en grupo reforzando lo aprendido. *Mitos sobre la lactancia materna* (Aguayo Maldonado, J. et al, 2004)¹²:

- *"Las mujeres con poco pecho no suelen ser capaces de producir toda la leche que sus hijos necesitan"*
- *Los bebés deben alimentarse de ambos pechos a la vez"*
- *Los bebés deben mamar diez minutos en cada pecho, después sólo toman aire"*



- “Para que el niño aguante toda la noche, hay que darle un biberón”
- “Si la madre toma medicación hay que suprimir la lactancia”
- “Es normal que duela dar el pecho”
- “Los pezones planos o invertidos impiden amamantar”
- “Algunas madres fabrican leche de baja calidad que impide que el niño engorde bien”
- “Sentir los pechos blandos son señales de baja producción”

(...) Para finalizar recordar a las mujeres que:

- “La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, seguidos de la introducción de alimentación complementaria a partir de esa edad, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años de vida o más”.
- “Durante el primer año de vida la lactancia es el alimento principal del bebé”.

B. LACTANCIA ARTIFICIAL

RETIRADA DE LA LACTANCIA MATERNA

Existen varios supuestos en la retirada de la lactancia materna:

- **“Tengo claro que no voy a dar el pecho desde antes del parto”**: Importante avisar a los profesionales sanitarios. Es una **retirada farmacológica** en la cual se toman dos pastillas juntas a la vez en una única dosis para inhibir la subida de la leche. Además se deben llevar a cabo unos consejos como restringir la ingesta hídrica, llevar sujetador apretado y no estimular el pecho.
- **“Quiero intentar dar el pecho”**: una vez iniciada la estimulación del pecho durante los primeros días, si se decide interrumpir la lactancia hay que hacerlo también **mediante fármacos** pero con otra pauta diferente. En este caso, se tomará ½ comprimido de la pastilla anterior cada 12 horas durante 2 días. Además se debe seguir mismas pautas higiénicas que en el anterior supuesto.
- **“Tras la subida de la leche, he decidido que no quiero seguir con esto”**: en este caso, la retirada farmacológica es la misma que en el supuesto anterior, pero debido a que estamos ante una subida de leche, probablemente acompañada de ingurgitación, además de todo lo anterior, debemos asegurarnos de vaciar bien el pecho para que la leche acumulada no se convierta en una mastitis. Tras el vaciamiento de las mamas se debe proceder a colocarse un sujetador deportivo bien apretado durante todo el día, restringir líquidos y toma de antiinflamatorios si precisa para disminuir la inflamación. Además se puede colocar también frío local.
- **“Vuelvo al trabajo y quiero ir destetando al bebé”**: se trata de poco a poco ir sustituyendo cada día alguna toma por biberón, así el pecho irá dejando de producir paulatinamente, y sólo se adaptará a la demanda del bebé.

TIPOS DE LECHES ARTIFICIALES

Existen en el mercado multitud de marcas, todas aptas para la alimentación del recién nacido. La podemos encontrar líquida o en polvo. Esta última es necesaria su reconstitución.

Básicamente a la hora de elegir una leche, hay que fijarse en el número de su etiquetado, así tendremos:

- **Fórmulas de inicio I**: aquellas que una vez reconstituidas según las indicaciones del fabricante, cubre por sí misma, todas las necesidades nutritivas del lactante hasta los 4-6 meses de vida.
- **Fórmulas de continuación o seguimiento II**: destinadas a la alimentación del lactante a partir de los 4-6 meses de vida y hasta 18-24 meses.
- **Leches de seguimiento o crecimiento III**: Para lactantes mayores de 1 año.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL¹²

- Mayor independencia para la madre
- Favorece la participación del padre u otros miembros de la familia en la alimentación del bebé.
- Es la alternativa a otros tipos de lactancia cuando por diversos motivos la materna no es posible: Enfermedades maternas o del recién nacido, o condiciones maternas que contraindiquen la lactancia, por ejemplo, la toma de determinados fármacos.

¿CÓMO RECONSTITUIR LA LECHE PARA PREPARAR UN BIBERÓN?

Es importante seguir las instrucciones del fabricante, pero como norma general, **LAS LECHES EN POLVO SE DEBEN RECONSTITUIR EN LA PROPORCIÓN DE UN CACITO O MEDIDA RASA POR CADA 30 ml DE AGUA**. Siempre hay que preparar la leche de 30 en 30 ml, de manera que si necesitamos preparar 50 ml debemos preparar 60 ml y desechar los 10 ml sobrantes. En este caso necesitaríamos 2 cacitos rasos + 60 ml de agua.



Imagen 76. Paloma. *Bebés y mucho más, ¿cómo se prepara un biberón? Imagen de cacito raso, 2013 [Image] [Internet]. Consultado el 9 de abril 2021. Disponible en: Cómo se prepara un Biberón? Blog sobre Bebés Online (bebesonline.es)*



Imagen 77. Programa de intervención para la prevención de la obesidad infantil. Artificial feeding. Preparación del biberón. [Image] [Internet] Consultado el 9 de abril 2021. Disponible en: Artificial feeding | Pipo Programme (programapipo.com)

PREPARACIÓN¹²

- Importante higiene de manos
- PRIMERO SE ECHA EL AGUA: utilizar agua de botella apta para preparación de biberones (baja mineralización) o agua del grifo. Si se opta por esta última se debe hervir unos minutos. Añadir la cantidad precisa de agua que vayamos a preparar: 30, 60, 90, 120 ml...
- A CONTINUACIÓN SE AÑADE LA LECHE EN POLVO: Añadir la cantidad exacta de cacitos rasos que vayamos a necesitar.
- Revolver agitando con energía una vez tapado el biberón.
- Se pueden calentar al baño maría, bajo el grifo con agua caliente o utilizando un calienta biberones. NUNCA CALENTAR EN MICROONDAS.
- Comprobar la temperatura de la leche antes de ofrecérsela al bebé. Un buen modo de comprobación es echarla en nuestra muñeca.
- Tras la toma se deben lavar bien todos los componentes del biberón.

CANTIDAD DE LECHE DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS.

Es preciso seguir las indicaciones del pediatra con respecto a la cantidad de leche artificial que se le debe dar a un recién nacido sano, pero en general las cantidades orientativas de leche artificial que toma un bebé se reflejan en la siguiente tabla.

Primer día (primeras 24h)	10-15 ml c/3h
Segundo día	20-25 ml c/3h
Tercer día	30-35 ml c/3h
Cuarto día	40-45 ml c/3h
Quinto día	50-55 ml c/3h
Sexto día	60-65 ml c/3h
Séptimo día	70-75 ml c/3h
VISITA CON PEDIATRA DEL CS QUIEN DARÁ LA SIGUIENTE PAUTA	

Las pautas son orientativas y van a depender del peso del bebé al nacimiento, así un bebé de 2500 gr podría tomar en un primer día unos 10-15 ml cada 3 horas mientras que un bebé de 4000 gr tome ya en sus primeras 24h hasta 20-25 ml.

Lo que sí es importante saber que cada día se le deben subir 10 ml a la pauta tomada el día previo. Estas son las pautas a seguir hasta la visita con el pediatra en el centro de salud en la primera semana de vida, quién será el encargado de dar el resto de instrucciones.

LIMPIEZA DE BIBERONES Y TETINAS

Debido a las buenas condiciones higiénicas en nuestro país, la Asociación Española de Pediatría, ya en un artículo publicado en 1996²⁰, explica que no es necesario hervir cada biberón y tetina tras su uso, salvo que el pediatra de

cabecera así lo indique en función de las condiciones de salubridad de la familia.

Especifican que sería recomendable hervirlos antes del primer uso, y tras ello sería suficiente con la limpieza habitual con detergente.

No obstante muchas casas comerciales, siguen recomendando la esterilización al menos hasta los 4 meses de vida.

Existen diversos instrumentos en el mercado para la esterilización de biberones y tetinas. En caso de querer hacerlo, sería suficiente con sumergir dichos instrumentos en agua hirviendo por unos 10 minutos. Tras ello dejar secar.

C. LACTANCIA MIXTA¹²

¿QUÉ ES? ¿COMO SE LLEVA A CABO?

La lactancia mixta consiste en alimentar al bebé con leche materna complementando con leche artificial.

Se debe colocar primero al pecho y tras la toma ofrecerle al bebé la fórmula artificial, bien con biberón o bien con jeringuilla, cucharita o con vasito, si queremos evitar la confusión pecho-tetina. Es importante que primero se ponga al recién nacido al pecho para que lo vacíe bien y así pueda continuar la producción láctea.

En ocasiones, la lactancia mixta se lleva a cabo en horas del día en que la madre no puede estar con el bebé. En este caso es importante que la madre se extraiga la leche durante esas tomas para mantener dicha producción.

SITUACIONES QUE EN LAS QUE DESARROLLAR UNA LACTANCIA MIXTA¹²

- Situaciones que indiquen una escasa producción de leche respecto a las necesidades del bebé: por pérdida excesiva de peso o no ganancia ponderal, hipoglucemias en el recién nacido, escasas deposiciones...
- Recién nacidos prematuros, que precisen una ayuda extra de alimentación.
- Problemas psicosociales maternos que impidan dar la cantidad suficiente de leche. Por ejemplo en casos de depresión postparto.
- Incorporación de la madre a la vida laboral

Con la lactancia mixta se dará por finalizada la sesión teórica sobre lactancia en el recién nacido. Como siempre se concluirá con una ronda de preguntas aclaratorias.

SESIÓN 6: CUIDADOS EN EL RECIÉN NACIDO SANO

Cómo en cada sesión, la matrona introducirá el tema mediante los puntos a tratar y los objetivos de conocimiento a retener. Se trata de que los asistentes a la sesión tengan una idea general de los cuidados que sus bebés van a recibir durante su estancia hospitalaria y de que conozcan las características normales de un recién nacido sano, con el fin de que la vuelta a casa sea más "llevadera".

A. CUIDADOS HOSPITALARIOS

- Test de Apgar, Contacto piel con piel y pinzamiento óptimo del cordón umbilical
- Identificación del recién nacido
- Cuidados del rutina: Peso, Talla, medición del perímetro cefálico, profilaxis ocular y administración de vitamina K.
- Primera exploración pediátrica
- Pruebas metabólicas y cribado de hipoacusia

B. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS MORFO-FISIOLÓGICAS DEL RECIÉN NACIDO SANO

- Exploración cefálica: Fontanelas, caput succedaneum y cefalohematoma
- Vénix caseosa
- Lanugo
- "Pubertad precoz en miniatura": intumescencia mamaria, acné neonatal, pseudomenstruación.
- Ictericia fisiológica
- Manchas mongólicas, cutis marmorata, millium facial, eritema tóxico del recién nacido.
- Principales características de la micción y las deposiciones.

C. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO SANO

- Baño y cuidados de la piel y mucosas
- Cuidados del cordón umbilical
- Sueño y reposo
- La importancia del paseo
- La ropa en el recién nacido
- Regurgitaciones y vómitos
- Cólicos en el recién nacido sano
- Prevención de la Muerte Súbita del Lactante (MSL)

D. SIGNOS DE ALARMA O CONSULTA

A. CUIDADOS HOSPITALARIOS

Tras el nacimiento del bebé se llevan a cabo una serie de cuidados hospitalarios de rutina que pueden variar en cuanto a la secuencia en que se llevan a cabo en función del hospital.

TEST DE APGAR, CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL Y PINZAMIENTO ÓPTIMO DEL CORDÓN UMBILICAL

Con el nacimiento del bebé, se inicia una serie de cambios adaptativos que son importantes valorar. Mediante

	0 puntos	1 punto	2 puntos
Color de la piel (Apariencia)	todo azul	extremidades azules	normal
Ritmo cardíaco (Pulso)	no posee	<100	>100
Reflejos e irritabilidad (Gesto)	sin respuesta a estimulación	mueca / llanto débil al ser estimulado	estornudos / tos / pataleo al ser estimulado
Tono muscular (Actividad)	ninguna	alguna flexión	movimiento activo
Respiración	ausente	débil o irregular	fuerte

Imagen 78. Criado Vega, E. *Padres y pediatras al cuidado de la infancia y la adolescencia. Test de Apgar, 2016. [Image] [Internet]. Disponible en: Test de Apgar | Familia y Salud*

el "Test de Apgar" los profesionales medimos la capacidad de adaptación del bebé a la vida extrauterina a través de la valoración de varios ítems (imagen 78) y la necesidad de que precise reanimación. Se puntúa de 0 a 10 y se mide al minuto y a los cinco minutos de vida. Si ha precisado algún tipo de ayuda en la adaptación se vuelve a medir también a los 10 minutos del nacimiento.

Un bebé que no precisa ayuda al nacimiento normalmente tendrá una puntuación de 9 al minuto y de 10 a los cinco minutos de vida.

Tras el nacimiento, si el bebé ha tenido una buena adaptación se colocará con su madre en "contacto piel con piel", pues como ya hemos visto en otras sesiones, entre sus beneficios destaca la estabilización de las funciones vitales del bebé evitando también la pérdida de calor.

Se debe favorecer, si la política hospitalaria lo permite, el contacto ininterrumpido durante las dos primeras horas de vida posponiendo todas aquellas intervenciones rutinarias que puedan esperar: el peso, el tallaje, la medición del perímetro cefálico y la administración de la profilaxis oftálmica o de la vitamina K.

Se intentará siempre que sea posible realizar un pinzamiento tardío de cordón umbilical. Esto significa, seccionar el cordón una vez que éste haya dejado de latir. Con ello conseguimos que al bebé le llegue más cantidad de sangre,



Imagen 79. BabyCenter en español. *Contacto precoz piel con piel [Image] [Internet]. Disponible en: (22) Pinterest.*

aumentando los depósitos de hierro y disminuyendo el riesgo de anemia neonatal.

No siempre es posible realizarlo, pues si el bebé precisa algún tipo de ayuda en la adaptación, se realizará un pinzamiento precoz para priorizar la reanimación.

IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Cada centro tiene una política en cuanto a la identificación del recién nacido. Identificación mediante ADN, a través de una gotita de sangre del cordón umbilical, identificación mediante huellas dactilares tanto de la madre como del bebé...

Además de estas dos opciones por seguridad, madre y bebé siempre han de ir identificados durante su estancia hospitalaria con una pulsera dónde figura el nombre de ambos, la habitación y el número de historia.

CUIDADOS DE RUTINA: Peso, Talla, medición del Perímetro Cefálico, profilaxis ocular y vitamina K

- **Peso normal:** el peso medio de un recién nacido es de 3.500g (2.500-4.000 g). Acordarse de la pérdida fisiológica del 10% en los primeros días. Recuperación en los 7-15 siguientes.
- **Talla:** talla media 50 cm (48-52 cm).
- **Perímetro cefálico:** tamaño medio de 35 cm. (33-35 cm). Al nacimiento el Perímetro cefálico > Perímetro torácico.
- **Administración de la profilaxis oftálmica:** para prevenir infecciones por el paso del canal del parto, a todos los bebés se les administra una pomada antibiótica para evitar la conjuntivitis neonatal.
- **Administración de vitamina K:** los recién nacidos nacen con un déficit de vitamina K, importante en la prevención de hemorragias. Con la administración tras el parto de esta vitamina, prevenimos la aparición de la enfermedad hemorrágica del recién nacido. Su administración es en una única dosis intramuscular (IM), aunque también es posible la pauta ORAL. En éste último caso

la absorción no es tan eficaz y además se debe repetir la dosis diariamente durante 12 semanas si el recién nacido es alimentado con lactancia materna exclusiva.

PRIMERA EXPLORACIÓN PEDIÁTRICA

Se suele llevar a cabo al día siguiente del nacimiento en la maternidad, aunque depende de la política del servicio.

Se trata de una revisión completa del recién nacido, dónde es explorado por parte del pediatra dando a los padres las indicaciones precisas tras el alta. Generalmente se les indica que pidan cita en la primera semana de vida con el pediatra del centro de salud, quién le hará el posterior seguimiento.

Si existe alguna alteración en la exploración, se pedirán las pruebas oportunas durante el ingreso. Si ha sido un parto vaginal, la estancia hospitalaria dura entorno a 48h, si ha sido una cesárea, unas 72h. En los hospitales cada vez se está abogando más por la corta estancia, así que es posible que os podáis ir de alta precoz a las 24 horas del parto si la madre y el recién nacido se encuentran en buenas condiciones.

PRUEBAS METABÓLICAS Y CRIBADO DE HIPOACUSIA

- **Cribado neonatal de enfermedades metabólicas:** Comúnmente conocida como “prueba del talón”, se realiza a todos los recién nacidos entre las 48 y 72 horas de vida, momento en el cuál ya han iniciado su alimentación. Consiste en la extracción mediante un pequeño pinchazo de unas gotitas de sangre que empapan unos cartones; con ello es posible la detección precoz de distintas enfermedades metabólicas (varían en función de la Comunidad Autónoma) y anticipar su tratamiento. Si no fuesen diagnosticadas y tratadas con prontitud estas tendrían graves repercusiones para el bebé. Entre las enfermedades diagnosticadas destacan: *El hipotiroidismo congénito, la fibrosis quística o la fenilcetonuria.*

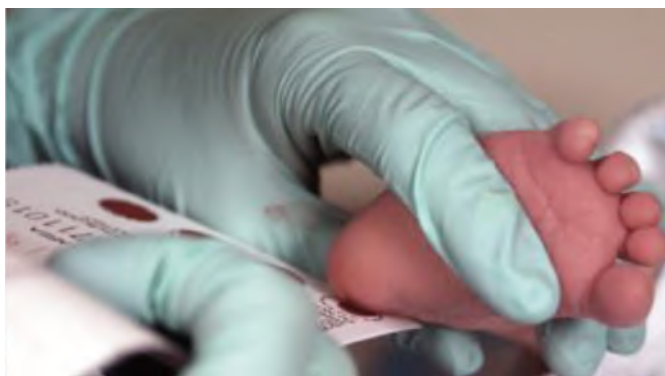


Imagen 80. Faros Sant Joan de Déu. En qué consiste el cribado metabólico neonatal (prueba de talón). Barcelona, 2016. [Image] [Internet]. Disponible en: *En qué consiste el cribado metabólico neonatal (prueba del talón) | Faros HSJBCN (hsjbcn.org)*

- **Cribado de hipoacusia:** se realiza habitualmente durante la estancia hospitalaria y permite la detección precoz de la sordera infantil para conocer su diagnóstico antes del tercer mes e iniciar con prontitud su estimulación. Se lleva a cabo mediante los “potenciales auditivos evocados”; consiste en colocar unos cascos al bebé y emitir sonidos



Imagen 81. Dos pediatras en casa. ¿Estará sordo mi bebé? Prueba Otoemisiones. Revista 20 minutos, 2018. [Image] [Internet]. Disponible en: *¿Estará sordo mi bebé?, la prueba de los oídos del recién nacido (20minutos.es)*

mediante un aparato. Las señales que el tronco cerebral emite tras escuchar el sonido quedan reflejadas en la máquina. Es preciso que el bebé esté tranquilo.

La matrona se apoyará en las imágenes para explicar con claridad en qué consisten las pruebas, y resolverá las dudas que surjan durante la explicación.

B. PRINCIPALES CARACTERÍSTICA MORFO-FISIOLÓGICAS DEL RECIÉN NACIDO SANO

EXPLORACIÓN CEFÁLICA: Fontanelas, caput succedaneum, cefalohematoma

- **Fontanelas:** son los espacios membranosos que se encuentran entre los huesos de la cabeza de los bebés, que todavía están separadas para permitir el crecimiento. Durante el parto sirven de guía a los profesionales para saber cómo están colocados. No hay peligro por tocarlas al lavarlas. Distinguimos dos más importantes:
- **Fontanela mayor o anterior:** tiene forma romboidal. Cierre entre los 12-18 meses. Siempre antes de los 2 años. Se puede ver latir.



Imagen 82. El blog de experiencia bebé. Cráneo normal en el recién nacido, 2018. [Image] [Internet]. Disponible en: *parto_image001 - El blog de Experiencia Bebé (experienciabebe.com)*

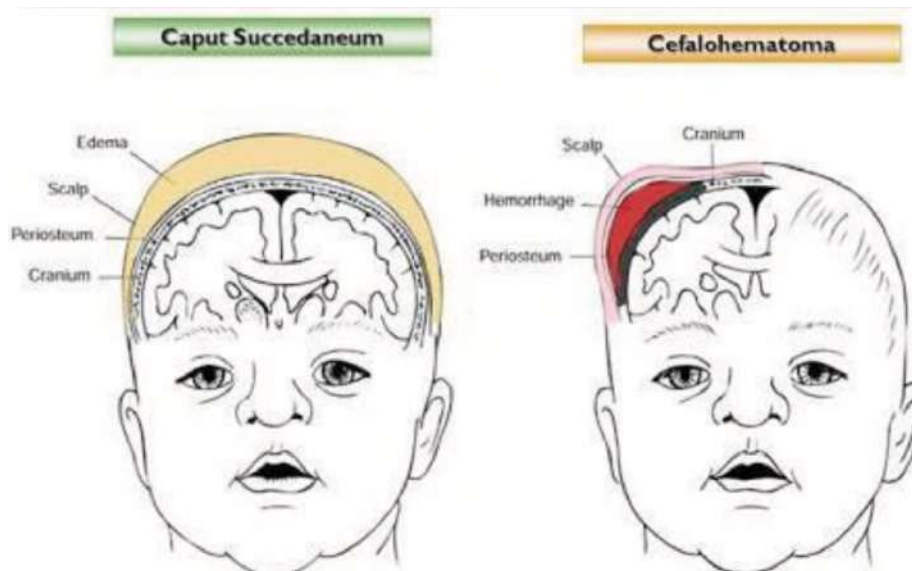


Imagen 83. Gómez M. *Caput Succedaneum y Cefalohematoma*, 2016. [Image] [Internet]. Disponible en: Marco Gómez en Twitter: "Caput succedaneum: edema subcutáneo. Cruza suturas. Por trabajo de parto prolongado #Medicina #Pediatria #RepasoMD <https://t.co/co8GgiQW7P>" / Twitter

- **Fontanela menor o lambdaidea:** con forma triangular. Cierre entre los 2-4 meses.
- **Caput succedaneum:** también llamado "tumor del parto", es una masa de contenido serohematoso sin límites precisos que desaparece en los pocos días. Aparece por el amoldamiento de la cabecita fetal al canal del parto. No tiene ningún peligro.
- **Cefalohematoma:** se produce por una colección de sangre entre los huesos que acaba reabsorbiéndose. Es más habitual en bebés que han nacido a través de partos instrumentales.

VÉRNIX CASEOSA

Sustancia grasa que cubre la piel del recién nacido. Tiene un color blanquecino y su función es evitar la pérdida excesiva de calor del bebé al nacimiento y protegerle mientras esté en el útero. Cuanto más prematuros más cantidad tendrán.

Antiguamente se tendía a lavar en exceso tras el parto, retirando todo el vérnix. Hoy en día se evita un lavado excesivo con el fin de mantener el unto sebáceo durante más tiempo.



Imagen 84. Olmo Villar, I. *Peques Salud. Vernix Caseosa: ¿Para qué sirve?*, 2019. [Image] [Internet]. Disponible en: *Vernix caseosa: ¿para qué sirve?* | *PequeSalus: "Enfermeras de bebés"*

LANUGO

Vello fino que cubre los hombros y espalda. Puede aparecer incluso en la cara. Es más habitual en prematuros y suele desaparecer durante las primeras semanas de vida.



Imagen 85. Garrido J. *Mi pediatra online. Lanugo en bebés*, 2017. [Image] [Intenet]. Disponible en: ? *Lanugo en bebés - Mi Pediatra Online*

PUBERTAD PRECOZ EN MINIATURA

Se produce por el paso de estrógenos maternos a través de la placenta que permanecen en el recién nacido durante los primeros días. Así es posible encontrarnos con:

- **Intumescencia mamaria o mamas "hinchadas":** las mamas se presenta abultadas e incluso es posible la salida ocasional de gotitas de leche. No se deben apretar en ningún caso. Puede aparecer en ambos sexos.



Imagen 86. Garcia Tornel, S. *Reflexiones de un pediatra curtido. Intumescencia neonatorum del recién nacido ¿Mastitis?*, 2010. [Image] [Internet]. Disponible en: *Reflexiones de un pediatra curtido: Intumescencia neonatorum del recién nacido ¿Mastitis?* (drgarcia-tornel.blogspot.com)



Imagen 87. Bagazgoitia, L. *Blog de dermatología. Granitos en la cara del recién nacido: engordaderas (Acné neonatal)*, 2017. [Image] [Internet]. Disponible en: Granitos en la cara del recién nacido: acné neonatal | Doctora Lorea Bagazgoitia Dermatología (dermatologia-bagazgoitia.com)

- **Acné neonatal:** aparición de granitos en mejillas y frente durante las primeras semanas de vida.
- **Pseudomenstruación:** algunas niñas pueden llegar a presentar incluso un sangrado vaginal escaso durante los primeros días, simulando una regla. No es preocupante ni hay que hacer nada, también es debido al paso de hormonas maternas. También es posible en las niñas la aparición de flujo vaginal blanquecino similar al de la mujer adulta.
- **Genitales edematizados:** durante los primeros días, por el mismo motivo que las anteriores.

ICTERICIA FISIOLÓGICA DEL RECIEN NACIDO

El color de la piel y mucosas se torna amarillento a partir del segundo día de vida en algunos bebés, con diferencias en su intensidad. Se debe a la inmadurez del sistema hepático-digestivo del recién nacido para eliminar la bilirrubina generada. Generalmente es fisiológica y desaparece con



Imagen 88. *Mi manual del bebé. ¿Qué es la ictericia neonatal?*, 2017. [Image] [Internet]. Disponible en: ¿Que es la ictericia neonatal? | Mi manual del bebé (mimanualdelbebe.com)

los días. Es más frecuente en recién nacidos alimentados con lactancia materna exclusiva. La bilirrubina se elimina por la orina y las heces, por lo que es importante que los bebés coman bien para que la eliminen. Sólo en algunas ocasiones el nivel de bilirrubina excede por encima del límite normal y los bebés precisan tratamiento con fototerapia para disminuir los niveles en sangre.

Se debería consultar si apareciese antes de las 24h de vida o durase más de 10 días.

MANCHA MONGÓLICA, CUTIS MARMORATA, MILLIUM FACIAL, ERITEMA TÓXICO DEL RECIÉN NACIDO

- **Mancha mongólica:** se trata de una mancha de color azul que aparece en algunos bebés en la zona del sacro o la espalda. Es más frecuente en las razas asiáticas y negras. Se da por la acumulación de melanocitos en determinadas partes de la piel. Desaparece en los primeros años de vida.



Imagen 89. Bastida, A. *Bebés y más. Mancha mongólica*, 2012. [Image] [Internet]. Disponible en: Mi hijo tiene una mancha en la espalda y las nalgas: la mancha mongólica (bebesymas.com)

- **Cutis Marmorata:** coloración violácea de la piel que aparece de manera transitoria cuando el bebé se expone a temperaturas bajas.
- **Millium facial:** aparición en la cara de pequeños puntitos blanquecinos por acumulación de grasa de las glándulas sebáceas.



Imagen 90. Medina, A. *Sobre tu piel: millium*, 2016. [Image] [Internet]. Disponible en: Millium - sobretupiel.com

- **Eritema tóxico del recién nacido:** se trata de una erupción cutánea que aparece en los recién nacidos sanos en los primeros días de vida y desaparece sin dejar ningún tipo de secuela. Es una afección benigna que supone gran preocupación para los padres en las maternidades. Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo excepto en las palmas y las plantas de los pies, siendo muy característica su aparición en el tronco, las nalgas o cerca de los pliegues cutáneos²¹. Va variando su localización.



Imagen 91. Monteagudo B, Labandeira J, León-Muñoz E, Ramírez-Santos A, Suárez-Amor Óscar, Cabanillas M. Eritema tóxico neonatal: pápulas y pústulas rodeadas de eritema en el tronco. *Elselvier Doyma*. 2010;(25(9):507–510.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA MICCIÓN Y LAS DEPOSICIONES EN LOS RECIÉN NACIDOS

MICCIONES

La primera micción del recién nacido suele aparecer en las primeras 24 horas del nacimiento, a veces incluso 48h. Hay que cerciorarse previo al alta que el bebé haya hecho alguna micción objetivada para descartar patologías.



Imagen 92. Izazu 1907. Babycenter. Mancha en el pañal: uratos en la orina, 2018. [Image] [Internet]. Disponible en: Mancha en el pañal! - Club de bebés Julio 2018 - BabyCenter.

Durante el primer día, el recién nacido realizará una o más micciones; normalmente el número de micciones aumenta con los días de vida, así el segundo y tercer día realizara entre 2-3 o más micciones, así hasta la semana de vida, en la cual los bebés realizarán 6-7 o más micciones al día, es decir “micciones frecuentes”. El color de éstas suele ser transparente o un amarillo pálido²². La micción es uno de los principales signos que indican que el bebé no está deshidratado, por lo que es necesario asegurarse que el bebé “moja al menos 6 pañales al día”.

Es posible que alguna ocasión el pañal aparezca manchado con orina de un color rojizo o color teja que suele provocar gran preocupación a los padres. Se trata de la presencia de uratos que durante los primeros días pueden ser eliminados por la orina. No hay que alarmarse, pues es un proceso fisiológico y desaparecerá en pocos días.

DEPOSICIONES

La primera deposición que realiza el bebé se denomina *meconio*, y tiene un color negruzco y pegajoso. Al tercer o cuarto día se inicia las heces de transición, que son más grumosas y con un color que varía entre verde y amarillo. Transcurrido este periodo se inician las heces del lactante que son bastante variables en consistencia y cantidad entre los bebés alimentados al pecho o con fórmula artificial.

En los bebés con lactancia materna, el ritmo intestinal es muy variable, pudiendo realizar desde una deposición al día, o una tras la toma. Tienen un color ocre-amarillento y de consistencia más bien semilíquida¹⁰. También es muy posible que en estos bebés con este tipo de alimentación se pasen días sin hacer cacas. Si el bebé está tranquilo, come bien y no vomita no hay que hacer nada especial, pues forma parte de la normalidad^{10,12}.

En aquellos recién nacidos alimentando con leche de fórmula, cabe esperar heces más duras, en mayor cantidad y con una frecuencia menor¹⁰.



Meconio Transición



Lactancia materna

Imagen 93. Velázquez, Y. Nadie cómo mamá, blog. Tipos de heces. [Image] [Internet]. Disponible en: ¿Qué sacaleches me recomiendas utilizar durante la lactancia? » Nadie como mamá (nadiecomomama.com)

C. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

EL BAÑO Y LOS CUIDADOS DE LA PIEL Y MUCOSAS

El momento del baño es un momento placentero tanto para los padres como para el bebé, por lo que es preciso encontrar un momento de relax en el que el bebé esté tranquilo para llevarlo a cabo. No se deben bañar cuando están hambrientos ni tampoco justo tras la toma, pues podrían vomitar. La hora del baño es un momento para crear rutinas, que los niños pueden asociar con el descanso. Un buen momento para realizarlo puede ser la tarde-noche.

Al principio no es necesario bañarle todos los días, y si lo hacemos, el baño ha de ser corto (de unos 5 minutos) por lo menos hasta la caída del cordón umbilical para evitar reemplandecerlo y para evitar que se enfríen. Una vez que se haya caído, los baños pueden ser más frecuentes y más largos de hasta 15 o 20 minutos¹⁰.

Es preciso tener todo preparado antes de iniciar el baño con el fin de tener sujeto al bebé durante todo el proceso evitando accidentes inoportunos.

Se recomienda utilizar jabones especiales para recién nacidos, así como esponjas más suaves como las naturales.

¿Qué vamos a necesitar para el baño?

Preparación^{10, 12}

• Antes del baño

- Mantener la temperatura de la habitación en torno a 22-23 °C
- Preparar el agua de la bañera. No es preciso que cubra al bebé, sería suficiente con que le llegara a las caderas una vez sentadito. La temperatura del agua debe estar entre 36-38 °C. Es preciso comprobarlo para evitar quemaduras.
- Dejar a mano todo lo que vayamos a utilizar: toalla, jabón neutro, esponja natural, crema hidratante, ropa del bebé, pañales...

• Durante el baño

- Se introduce al bebé bien sujeto con las dos manos, posteriormente se le apoya la cabeza en nuestro antebrazo izquierdo (si somos diestros, si fuéramos zurdos sería al contrario), llevando nuestra mano izquierda a la altura del glúteo. Con la otra mano que tendremos libre le limpiaremos.
- La limpieza se iniciará por la cabeza, y poco a poco iremos bajando por el cuerpo hasta llegar a los genitales. Si es niña la limpieza de los genitales ha de ser de adelante hacia atrás, y si es niño se ha de evitar retirar la piel del glande.

• Tras el baño

- Se coloca el bebé sobre la toalla y se limpia delicadamente, prestando especial atención a los pliegues cutáneos que han de quedar bien secos.

- Aplicar crema hidratante, evitando echar en la cara y las manos. Es un buen momento para realizar un masaje al bebé.
- *Limpieza de ojos:* si hubiera secreción se limpiaría con una gasita estéril con suero fisiológico siempre de dentro hacia fuera y utilizando una gasita para cada ojo.
- *Limpieza de las orejas:* secar con la toalla. Evitar introducir palitos de los oídos por riesgo de perforación del tímpano.
- *Limpieza de la nariz:* se realiza con suero fisiológico a presión, tras ello si fuese necesario se podría aspirar. Existen en farmacia diferentes dispositivos destinados para la limpieza de la nariz.
- *Cuidado de las uñas:* puede ser preciso limarlas para evitar que se arañen. También se puede cortar, para ello es necesario hacerlo con una tijera con punta roma para evitar cortes.



Imagen 94. Archila, M. *Descubre tu salud. ¿Cómo alimento, baño y acuesto a mi bebé en sus primeros días de nacido?*, 2020. [Image] [Internet]. Disponible en: [¿CÓMO ALIMENTO, BAÑO Y ACUESTO A MI BEBÉ EN SUS PRIMEROS DÍAS DE NACIDO? | Colsanitas | Descubre tu salud](#)

CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL^{10, 12}

El cordón umbilical se debe limpiar cada día con agua y jabón o con el mismo baño, o tras el cambio del pañal si éste se ha mojado (más frecuente en los niños). Tras el lavado es de vital importancia el secado del mismo, ya que un cordón humedecido tiene más riesgo de infectarse. Se puede poner una gasita estéril alrededor de él una vez limpiado. La caída suele darse entre el 4º-12º día de vida¹². Tras ella se queda una cicatriz enrojecida que se puede curar con una gasita a toquitos o con un palito de los oídos humedecido con alcohol de 70º hasta su total cicatrización.

Debo consultar con el pediatra si el cordón:

- Presenta un olor fétido
- La base tiene una zona enrojecida y con supuración
- Presenta sangrado

Poco a poco el cordón se irá secando y volviéndose cada vez más finito y negruzco hasta su caída.



Imagen 95. Paris E. *Bebés y más. Anomalías en el ombligo del recién nacido. Cicatrización del cordón umbilical.* [Image][Internet]. Disponible en: *Anomalías en el ombligo del recién nacido (bebesymas.com)*

SUEÑO Y REPOSO^{10, 12}

Los recién nacidos duermen entre 17-20 horas al día, alternando el sueño con los periodos de vigilia en los que comen. Al principio no tienen un ritmo del sueño organizado y a medida que pasa el tiempo sus periodos de actividad pueden ir en aumento logrando un sueño más regular entorno al tercer mes.

Cada bebé es diferente y su ritmo de sueño va a variar en función del cansancio, hambre y demás necesidades.

Como prevención de la muerte súbita del lactante se recomienda que el bebé duerma siempre boca arriba. Se aconseja que lo haga en la misma habitación que los padres mientras se mantenga la lactancia materna exclusiva.

El colecho es una opción. Según recomiendan la Asociación Española de Pediatría junto con el *Grupo de trabajo de Muerte Súbita Infantil* se debe evitar el colecho en los siguientes casos:

- Lactantes menores de tres meses de edad.
- Prematuridad y bajo peso al nacimiento.
- Padres que consuman tabaco, alcohol, drogas o fármacos sedantes.
- Situaciones de cansancio, especialmente de cansancio extremo, como el postparto inmediato.
- Colecho sobre superficies blandas, colchones de agua, sofá o sillones.
- Compartir la cama con otros familiares, con otros niños o con múltiples personas.

Una buena opción son las cunas colecho que permiten al bebé estar al lado de sus padres pero dentro de su propia cuna, lo cual también facilita la lactancia.

LA IMPORTANCIA DEL PASEO

Se recomienda el paseo diario por sus múltiples beneficios tanto para la madre como para el bebé. Se debe iniciar tan pronto como se llegue a casa si la madre se encuentra con ganas. Durante el invierno, aprovechar las horas centrales del día más cálidas, y en verano evitarlas intentando realizarlo en la mañana o la tarde.

No exponer al recién nacido al sol directo durante los primeros meses de vida.

LA ROPA EN EL RECIÉN NACIDO

Como norma general, se dice que los bebés deben llevar "una prenda más de la que llevamos los adultos". Es importante no sobre-abrigarles para evitar deshidrataciones.

Se aconsejan las prendas hechas de fibras naturales, que sean fáciles de poner y quitar y que sean holgadas. Se debe evitar lazos, cordones y prendas ajustadas para prevenir accidentes¹².

También es recomendable lavar por separado la ropa del bebé, utilizando jabones específicos.

VÓMITOS Y REGURGITACIONES

Es importante diferenciar entre ambos conceptos. La *regurgitación* se define como *el retorno no forzado de la leche a la boca tras las tomas*¹², mientras que el *vómito* es una salida brusca y explosiva del contenido del estómago con contracción de la musculatura abdominal.

Los recién nacidos presentan fisiológicamente una inmadurez de la válvula que une el estómago y el esófago, por eso son muy frecuentes y normales las regurgitaciones. Es importante mantener un rato erguido al bebé tras las tomas para disminuirlas.

CÓLICOS DEL LACTANTE

- **Condición:** Niño Sano
- **Diagnóstico:** se trata de un lactante sano con episodios de llanto incontrolable de manera repentina.
- **Características clínicas:**
 - Llanto excesivo, con gritos, irritabilidad, desasosiego, rostro enrojecido.
 - Aparecen en la tarde – noche.
 - Ceden espontáneamente a partir del tercer trimestre y antes de los 6 meses.
 - Son consecuencia de la inmadurez del sistema digestivo del bebé.
- **Tratamiento:** ¿masajes?, ¿leches anticólicas?...el único tratamiento eficaz es ¡el TIEMPO! Es necesario mucha paciencia.

PREVENCIÓN DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (MSL)

La Asociación Española de Pediatría (AEP) lanza una serie de consejos preventivos para evitar una MSL entre los que incluyen²³:

- Poner al niño boca arriba para dormir, al menos hasta los 6 meses de edad.
- Desaconsejar a los padres el hábito tabáquico antes, durante y después del embarazo.
- Recomendar la lactancia materna
- Acostarle sobre una superficie rígida evitando almohadas.
- No desaconsejar el uso del chupete durante el primer año de vida si ya lo utiliza y está establecida adecuadamente la lactancia materna.
- Evitar el arropamiento excesivo del lactante, especialmente si tiene fiebre con cuidado de no cubrirle la cabeza. Mantener una temperatura de unos 20-22 °C en la habitación.

D. SIGNOS DE ALARMA Y DE CONSULTA¹¹

Se debería consultar en caso de aparición en el bebé de:

- Diarrea abundante
- Estreñimiento persistente (más de dos días. ¡Ojo en lactancia materna!, si el bebé está tranquilo, come bien y no hay otro síntoma se puede considerar normal)
- Temperatura mayor de 38 °C
- Presencia de vómitos continuos, con un color verdoso y explosivos.
- Recién nacido que rechaza las tomas.
- Aparición de una secreción purulenta en los ojos, o que estos tengan un lagrimeo continuo.
- Color azulado de la piel o ictericia que dure más de 10 días

Con este tema se daría por finalizada la parte teórica del programa de atención primaria. Finalizaríamos la sesión con una ronda de preguntas, y resolviendo las dudas que se pudieran plantear.

PARTE PRÁCTICA

Los beneficios del ejercicio físico durante el embarazo han sido ampliamente estudiados a lo largo del tiempo y son numerosos: Desde aliviar las molestias propias que provoca el embarazo cómo los dolores de espalda, los edemas y las varices en las piernas, el insomnio o el cansancio hasta ayudar a disminuir el estrés y la ansiedad⁸. El ejercicio favorece la elasticidad y flexibilidad articular aumentando el bienestar físico y emocional de las mujeres que lo practican¹⁰.

Cada una de las sesiones teóricas irá acompañada de una sesión práctica dónde se llevarán a cabo diferentes ejerci-

cios aptos para embarazadas. La matrona aconsejará a las mujeres que una vez entrenados en la clase, se pongan en práctica en el domicilio para llegar al parto en las mejores condiciones físicas posibles.

Será la matrona encargada de impartir estas sesiones la que elija el tipo de ejercicio que quiere añadir en cada sesión, intentando combinar ejercicios de cada tipo en cada una. Además tendrá en cuenta el tema tratado para poder incluir en ese día los ejercicios relacionados con la exposición teórica. Ejemplo: El día que se habla del parto estaría bien añadir ejercicios de "respiraciones y pujos"; o el día que se hable del postparto, "ejercicios de suelo pélvico". Así cada sesión deberá incluir las siguientes partes*:

GIMNASIA PRENATAL

- Ejercicios cervicales
- Ejercicios pectorales
- Ejercicios para los hombros
- Ejercicios abdominales
- Ejercicios de espalda
- Ejercicios para las piernas
- Ejercicios circulatorios
- Ejercicios de suelo pélvico
- Ejercicios de movimientos de la pelvis con o sin pelota suiza

MASAJE

- Masajes por parejas
- Masajes por parejas con pelotas de tenis o similares
- Explicación práctica del masaje perianal con maquetas

RESPIRACIONES Y PUJOS

- Puesta en práctica de las respiraciones con simulación de contracción
- Práctica del pujo en espiración
- Práctica del pujo en inspiración bloqueada

RELAJACIÓN Y SOFRONIZACIÓN

Se finalizará cada sesión con la práctica de la relajación pudiendo incluir alguna de las siguientes (se aconseja ir variando en cada clase):

- Sofronización simple o básica
- Entrenamiento autógeno de Schultz
- Relajación progresiva de Jacobson
- Técnicas de visualización del bebé

* Los distintos ejercicios a realizar se pueden extraer de las diferentes guías de educación maternal: La guía Catalana "Educación Maternal: Preparación para el nacimiento" del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; la guía "Orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía" de La Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía; el "Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva: Preparación para la maternidad y paternidad" del Servicio Canario de Salud y la guía de Salud Materno- Infantil: "La salud desde el principio" de la Junta de Castilla y León entre otras.

Por cuestión de extensión no se han añadido las explicaciones y las imágenes de la parte práctica y se deja a modo de boceto para que la matrona pueda elegir qué ejercicios incluir y cuáles no en la impartición de sus sesiones.

HOJA EVALUATIVA

Una vez finalizadas las sesiones establecidas en el programa, la matrona les pasará a las asistentes una hoja evaluativa con el fin de realizar una valoración retrospectiva que sirva como análisis para cambiar o modificar ciertas cosas en posteriores grupos. Se podría hacer anónima para que las mujeres no mostraran reparo a la hora de decir la verdad.

Entre las preguntas que se incluirán en ella⁸:

- **¿Te ha parecido suficiente la duración del programa? ¿Sí? ¿No?, ¿Por qué?**
- **¿Qué es lo que más te ha gustado de las sesiones? ¿Y lo que menos?**
- **¿Qué cambiarías o añadiría en el programa?**
- **¿Hay algún tema que te interese y no se haya tratado?**
- **¿Consideras que personalmente te ha aportado algo la asistencia a las sesiones? ¿Te sientes más preparada tras haber acudido?**
- **¿Recomendarías a alguna amiga la asistencia a las clases de educación maternal?**

Tras la recogida de fichas la matrona se despedirá quedando a disposición de las mujeres para cualquier duda o consulta.

CONCLUSIONES

Todas las mujeres embarazadas tienen derecho a recibir una educación maternal de calidad durante la gestación debido, a pesar de la escasa evidencia, a los múltiples beneficios que esta tiene para la madre y bebé durante el embarazo, parto y puerperio: La aclaración de dudas con un profesional, la participación más activa durante el proceso, la adquisición de hábitos higiénico-dietéticos más saludables, el establecimiento de lazos y amistades con otras mujeres en su misma situación, la posibilidad de reconocer los signos y síntomas de inicio del parto o el saber cuándo acudir al hospital, el decantarse por una lactancia materna o la práctica del *piel con piel* y los beneficios que esto conlleva, son algunos de los frutos que otorga "la educación maternal-paternal" en nuestra sociedad.

Las matronas, enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología son las encargadas de su impartición, solas o en colaboración con otros profesionales de la salud implicados en el tema. Desarrollan su trabajo en el ámbito público (por ejemplo desde la atención primaria en el centro de salud) o privado (en centros o en domicilios) y son las responsables de transmitir a las mujeres asistentes y sus acompañantes la información práctica que mejore las habilidades y conocimientos durante esta nueva etapa.

A pesar de que en proporción eran pocas las mujeres que solicitaban la asistencia a estas sesiones, lo cierto es que la llegada en 2020 de la pandemia por *Covid-19* ha disparado la búsqueda y la demanda de estos programas de manera extraoficial fuera de los centros de salud, ya que en muchos de ellos estas clases fueron suspendidas dejando a las mujeres en una situación de vulnerabilidad.

Con la creación de este trabajo, se ha pretendido la organización de manera práctica de un posible programa teórico para la impartición de las sesiones, de manera presencial o telemática, que ayude a las matronas a su organización. Se trata de reflejar todo lo que la matrona como profesional contaría a las mujeres para adquirir esos conocimientos y habilidades en los cambios que les acontecerán, ayudándoles a vivirlos de una manera más tranquila, serena y satisfactoria.

Las matronas somos las encargadas de velar por el bienestar de la mujer en las diferentes etapas de la vida especialmente en el embarazo, parto y puerperio, momento de especial fragilidad donde se precisa una buena red de apoyo. El mantenimiento de las sesiones de preparación maternal, aún en tiempos de pandemia, es fundamental para conservar dicho bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz MJ. Los programas de educación maternal-paternal en el sistema nacional de salud. *Polibea* 121. 2016; 19–22.
2. Fernández M. Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. *Index de Enfermería*. 2013;(Vol.22 no.1-2)
3. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. Contribución de la educación maternal a la salud materno-infantil. *Revisión Bibliográfica. Matronas Profesión*. 2014;(15(4):137–141.
4. Guijarro Villar C, Martínez-Lorca M, González González J, Zabala-Baños C, Martínez-Lorca A. Conocimiento de la estimulación prenatal en los programas de educación maternal en atención primaria por parte de las gestantes. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2016; 9(2).
5. Paz Pascual C, Artieta Pinedo I, Grandes G, Espinosa Cifuentes M, Gaminde Inda I, Payo Gordon J. Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio Cualitativo para el rediseño de la educación maternal. *Atención Primaria (SemFyC)*. 2016; 48(10):657–664.

6. Guillén Rodríguez M, Sánchez Ramos J, Toscano Márquez T, Garrido Fernández M. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. *Atención Primaria Práctica*. 1999; 24(2):66–74.
7. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Educación Maternal: preparación para el nacimiento, 1ª ed. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2009.
9. Rof Carballo, J. El hombre como encuentro. Madrid, 1973: Alfaguara: 35.
10. Consejería de Sanidad: Junta de Castilla y León. La salud desde el principio. Guía de Salud Materno-Infantil. Junta de Castilla y León; 2011.
11. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía. Junta de Andalucía; 2014
12. Gobierno de Canarias: Consejería de Sanidad. Servicio Canario de Salud. Programa de Atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva: Preparación a la maternidad y paternidad. Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias: Consejería de Sanidad. Servicio Canario de Salud; 2009
13. Sánchez, A. Cómo comer sano y controlar tu peso durante el embarazo: Guía de alimentación para embarazadas. *MedicaDiet*; 2015. Editado por: Mi bebé y yo. Disponible en: [Guia_Alimentacion_Embarazadas_Medicadiet.pdf](https://www.seedo.es/Guia_Alimentacion_Embarazadas_Medicadiet.pdf) (seedo.es)
14. Rubís G. 8 beneficios del masaje perianal antes del parto [Internet]. *gemmarubís el blog de la gente que se cuida*. 2018 [citado 10 marzo 2021]. Disponible en: <https://farmaciagemmarubis.wordpress.com/2018/01/04/8-beneficios-del-masaje-perianal-antes-del-parto/>.
15. Plan de Parto y Nacimiento. Estrategia de atención al parto normal [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2020 [citado 19 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>.
16. PSISE: Servicio de Psicología Clínica del Desarrollo. Unidad de Observación y Diagnóstico funcional. Maternity Blues [Internet]. [Citado el 26 de marzo 2021]. Disponible en: *Maternity Blues o Depresión Posparto | PSISE Madrid*
17. Padró A. Somos la leche: dudas, consejos y falsos mitos sobre la lactancia. 5.ª ed. Grijalbo; 2020.
18. Hernández Aguilar MT. La incorporación de la mujer al trabajo; extracción y conservación de la leche. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2004*. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 225-235
19. Comité AEP. Asociación Española de Pediatría. Conservación de la leche. [Internet]. Consultado el 8 de abril 2021. Disponible en: *Conservación leche | Asociación Española de Pediatría (aeped.es)*
20. E. Alcover Bloch, S. García-Tornel Florensa. Cartas al director: La esterilización de biberones, tetinas y agua: ¿Por qué hacemos trabajar a las madres más de la cuenta? *An Esp Pediatr* 1996; 44:524525.
21. Monteagudo B, Labandeira J, León-Muiños E, Ramírez-Santos A, Suárez-Amor Óscar, Cabanillas M. Eritema tóxico neonatal. *Elselvier Doyma*. 2010;(25(9):507–510.
22. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
23. Asociación Española de Pediatría. Programa de Salud infantil. Prevención del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, 2009. Disponible en: *PSI (aepap.org)*

BIBLIOGRAFÍA DE LAS IMÁGENES

1. Imagen 1: Club Familias. (2019). preparación al parto [Image]. Recuperado de <https://www.clubfamilias.com/es/clases-preparacion-parto>
2. Imagen 2: ENFAMIL. (2020). mujer en posición de relajación [Image]. Recuperado de <https://www.enfamil.es/blogs/mi-embarazo/como-prepararse-para-el-parto-consejos-y-tecnicas-de-relajacion>
3. Imagen 3: Nutre Salud. (2016). Alimentación en la mujer gestante [Image]. Recuperado de <https://nutresalut.com/2016/02/charla-de-alimentacion-en-embarazo/>
4. Imagen 4: FreePik. (2020). Crecimiento barriga gestante por meses [Image]. Recuperado de https://www.freepik.es/vector-premium/mujer-embarazada-barriga-crecimiento-meses_6463506.htm
5. Imagen 5: PortafolioADH. El proceso de la fecundación y el embarazo [Image]. Recuperado de *TEMA 1: El proceso de la fecundación y el embarazo - portafolioADH (google.com)*
6. Imagen 6: Pinterest. Anatomía del embarazo [Image]. Recuperado de (59) Pinterest
7. Imagen 7: Blog de una mama primeriza. Distintos aspectos del tapón mucoso [Image]. Recuperado de *TAPÓN MUCOSO :: MI MAMA ME MIMA (webnode.com)*
8. Imagen 8: Bio-Oil. Línea alba [Image]. Recuperado de *¿Por qué aparecen manchas durante el embarazo y cómo tratarlas? - Cuidados Bio-Oil*

9. Imagen 9: Bio-Oil. Cloasma gestacional [Image]. Recuperado de ¿Por qué aparecen manchas durante el embarazo y cómo tratarlas? - Cuidados Bio-Oil.
10. Imagen 10: Demamis. Hiperlordosis en el embarazo [Image]. Recuperado de Dolor de espalda en el embarazo, lordosis embarazada (demamis.com)
11. Imagen 11: Boonyem. FreePik. Dibujo embarazada feliz [Image]. Recuperado de Feliz sonriente mujer embarazada | Vector Premium (freepik.es)
12. Imagen 12: Lorelyn Medina. 123RF. Ilustración de una mujer embarazada enferma. [Image]. Recuperado de Ilustración De Una Mujer Embarazada Enferma Fotos, Retratos, Imágenes Y Fotografía De Archivo Libres De Derecho. Image 11860873. (123rf.com)
13. Imagen 13: Sánchez, A. Cómo comer sano y controlar tu peso durante el embarazo: Guía de alimentación para embarazadas. MedicaDiet; 2015. Editado por: Mi bebé y yo. Recuperado de: Guia_Alimentacion_Embarazadas_Medicadiet.pdf (seedo.es)
14. Imagen 14: Sánchez, A. Cómo comer sano y controlar tu peso durante el embarazo: Guía de alimentación para embarazadas. MedicaDiet; 2015. Editado por: Mi bebé y yo. Recuperado de: Guia_Alimentacion_Embarazadas_Medicadiet.pdf (seedo.es)
15. Imagen 15: La alimentación y el magnesio en el embarazo. El plato saludable [Image]. Recuperado de La alimentación y el magnesio en el embarazo - Blog AML
16. Imagen 16: Carrasco, S (2019). Espina bífida durante el embarazo. [Image]: recuperado de ¿Qué es la espina bífida en bebés? (lasillarota.com)
17. Imagen 17: Elizabeth (2017). ¿Cómo viví el parto? Blog mamá oxitócica. [image]: ¿Cómo viví el parto? - Mamá Oxitocina (mamaoxitocina.com)
18. Imagen 18: Martín, M (2017). Placenta el árbol de la vida. [Image]: Placenta, el árbol de la vida. ¿Qué es? (maralmaternal.com)
19. Imagen 19: Guardería British Bubbles (2013). 26 semanas de embarazo. [Image]: 26 SEMANAS DE EMBARAZO. | Consejos para padres y embarazadas (british-bubbles.es)
20. Imagen 20: Modelo anatómico de pelvis femenina. [Image]: la pelvis femenina - Bing images.
21. Imagen 21: Curiosoando.com (Actualizado el 6 julio, 2018). "¿Qué es el canal del parto?". [Image]: Recuperado de: <https://curiosoando.com/que-es-el-canal-del-parto>.
22. Imagen 22: Calais-Germain B, Vives Parés N. Parir en movimiento: la movilidad de la pelvis en el parto. 3.ª ed. la liebre de marzo; 2013
23. Imagen 23: Calais-Germain B, Vives Parés N. Parir en movimiento: la movilidad de la pelvis en el parto. 3.ª ed. la liebre de marzo; 2013
24. Imagen 24: Calais-Germain B, Vives Parés N. Parir en movimiento: la movilidad de la pelvis en el parto. 3.ª ed. la liebre de marzo; 2013
25. Imagen 25: Julián personal trainer. Diafragma pelviano. [Image]: Piso pélvico (julianpersonaltrainer.com)
26. Imagen 26: DeporteSaludable. Ejercicios de Kegel para fortalecer el suelo pélvico. [Image]: MEJORA TU SALUD CON LA ACTIVIDAD FÍSICA: EJERCICIOS DE KEGEL PARA FORTALECER EL SUELO PÉLVICO (tu-deporte-saludable.blogspot.com)
27. Rubís G. 8 beneficios del masaje perianal antes del parto [Internet]. gemmarubís el blog de la gente que se cuida. 2018 [citado 10 marzo 2021]. Disponible en: <https://farmaciagemmarubis.wordpress.com/2018/01/04/8-beneficios-del-masaje-perineal-antes-del-parto/>
28. Jeroensanges. Imagen cuello de botella. [Image]: Cuellos de botella. Factores limitantes de nuestra productividad - Paperblog
29. Imagen 29: Treviño, M (2017). La longitud del cuello uterino predice el riesgo de cesárea. Matronas. Org [Image]. Recuperado de: La longitud del cuello del útero predice el riesgo de cesárea (matronas.org)
30. Imagen 30: Enfermeriacelayane (2018). Licenciatura en enfermería y obstetricia. Universidad de Guanajuato. La dilatación [image]. Recuperado de: Unidad didáctica 7: Parto parte dos - Contenidos didácticos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia - Universidad de Guanajuato (ugto.mx)
31. Imagen 31: Louise Taylor, C (2012). Antenatal classes for beginners (blog pregnancy). [Image]. Recuperado de: Antenatal classes for beginners... - Write Like No One's Watching
32. Imagen 32: Silva A (2012). Altura de la presentación cefálica, planos de Hodge. [Image]. Recuperada de: Andrea Silva: noviembre 2012 (andreasilvarubalca-va.blogspot.com)
33. Imagen 33: Paris E (2008). Bebés y más. Las fases del parto: alumbramiento. [Image]. Recuperado de: Las fases del parto: alumbramiento (bebesymas.com)
34. Imagen 34: Plaza M (2013). Subida en mis tacones. Graficas que se recogen en los monitores. [Image]. Recuperado de: Subida en mis tacones - Ocio en familia: Voy hacerme monitores ¿De que estamos hablando?
35. Imagen 35: Plaza M (2013). Subida en mis tacones. Graficas que se recogen en los monitores. [Image]. Recuperado de: Subida en mis tacones - Ocio en familia: Voy hacerme monitores ¿De que estamos hablando?
36. Imagen 36: Amyta Health. Procedimientos que pueden realizarse durante el periodo de dilatación y el parto. Catéter Interno de FCF y de DU [Image]. Recu-

- perado de: Procedimientos que pueden realizarse durante el período de dilatación y el parto (adam.com)
37. Imagen 37: Behl F (2016). Life after birth trauma. [Image]. Recuperado de: Life After Birth Trauma | HuffPost UK Parents (huffingtonpost.co.uk)
 38. Imagen 38: Maternity Care. Me van a provocar el parto con propess ¿qué es eso? [Image]. Recuperado de: Me van a provocar el parto con Propess. ¿Qué es eso? - Maternity Care
 39. Imagen 39: Maternity Care. Me van a provocar el parto con propess ¿qué es eso? [Image]. Recuperado de: Me van a provocar el parto con Propess. ¿Qué es eso? - Maternity Care
 40. Imagen 40: Rodellar L (2015). Mater training. Parto inducido: verdades o mitos. [image]. Recuperado de: PARTO INDUCIDO: VERDADES Y MITOS I – Mater Training
 41. Imagen 41: Amyta Health. Procedimientos que pueden realizarse durante el periodo de dilatación y el parto. Parto vaginal asistido. [Image]. Recuperado de: Procedimientos que pueden realizarse durante el período de dilatación y el parto (adam.com)
 42. Imagen 42: Fournié A, Parant O. Espátulas de Thierry [Internet]. 2004 [citado 24 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X04702222>
 43. Imagen 43: Nucleos Medical Media. Cancer Care of western New York. Parto mediante cesárea [Internet]. 2021 [Citado 24 de marzo 2021]. Disponible en: Parto por cesárea - Cancer Care of Western New York (cancercareswny.com)
 44. Imagen 44: Marcos. G; Moreno M.A. Beneficios de la dilatación en el agua y otros métodos. Revista Público [Internet]. 2019 [Citado 24 de marzo 2021]. Disponible en: Beneficios de la dilatación en el agua y otros métodos – Bienestar es vida (publico.es)
 45. Imagen 45: Pinterest. La pelota suiza, qué es, cómo se usa y cómo reduce el dolor en el parto [Internet] [Citado el 24 de marzo de 202]. Disponible en: (21) Pinterest
 46. Imagen 46: Vila Candel, R. ¿Son efectivas las inyecciones de agua estéril para aliviar el dolor durante el trabajo de parto? [Internet]. [Citado el 24 de marzo 2021]. Disponible en: ¿Son #efectivas las inyecciones de #agua estéril para aliviar el dolor del trabajo de #parto? – parto 40 semanas (wordpress.com)
 47. Imagen 47: Casanova A, Ramírez L. Óxido nitroso una alternativa analgésica en el parto. [Internet] [Consultado el 24 de marzo de 2021]. Disponible en: Óxido nitroso, alternativa analgésica en el parto | Ayúdanos Que Somos Padres (ayudanosquesomospadres.com)
 48. Imagen 48: Dr. Tango (2020). MedlinePlus. Bloqueo epidural y embarazo: ¿cómo se aplica la anestesia epidural? [Internet] [Consultado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: Bloqueo epidural - embarazo: MedlinePlus enciclopedia médica.
 49. Imagen 49: Dr. Tango (2020). MedlinePlus. Bloqueo epidural y embarazo: ¿cómo se aplica la anestesia epidural? Área de adormecimiento [Internet] [Consultado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: Bloqueo epidural - embarazo: MedlinePlus enciclopedia médica.
 50. Imagen 50: Dr. Tango (2020). MedlinePlus. Bloqueo epidural y embarazo: ¿cómo se aplica la anestesia epidural? Sitio de inyección [Internet] [Consultado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: Bloqueo epidural - embarazo: MedlinePlus enciclopedia médica
 51. Imagen 51: Tejera C (2012). El parto es nuestro: la epidural no es inocua. [Internet] [Consultado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: La epidural no es inocua | El Parto es Nuestro
 52. Imagen 52: Wikiwand. Anestesia epidural [Internet] [Consultado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: Anestesia epidural - Wikiwand
 53. Imagen 53: Ole Bebé (2009). La anestesia durante el parto. Colocación de esparadrapos tras epidural. [Internet] [Consultado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: La anestesia durante el parto | Ole Bebé (olebebe.com)
 54. Imagen 54: Emaze. Caso clínico puerperio. [Image]. Recuperado de: Presentation Name copy2 by loy.p. mancilla on emaze
 55. Imagen 55: Olivares, T. ¿Qué es y qué sucede en el puerperio inmediato? Involución uterina [Internet] [Consultado el 26 de marzo de 2021]. Disponible en: ¿Qué es y qué sucede en el puerperio mediató? (maternidadfacil.com)
 56. Imagen 56: Geraldine222 (2017): Tipos de loquios postparto [Internet] [Consultado el 26 de marzo de 2021]. Disponible en: TIPOS DE LOQUIOS POST PARTO comenten !!! - Club de bebés Julio 2017 - Baby-Center
 57. Imagen 57: Alamaraz Y. Anticonceptivos naturales. Método MELA [Image]. Disponible en: Anticonceptivos Naturales (slideshare.net)
 58. Imagen 58: Instituto nacional del cáncer. Anatomía de la mama. [Image] [Internet]. Consultado el 05 de abril de 2021. Disponible en: Definición de mama - Diccionario de cáncer del NCI - Instituto Nacional del Cáncer (cancer.gov)
 59. Imagen 59: Aguado Maldonado J.; Gómez Papi A.; Hernández Aguilar M.T, Lasarte Velillas J.J.; et al. Fisiología de la lactancia [Image]. Manual de lactancia materna, 2008; p. 63. [Internet]. Disponible en: Fisiología de la lactancia. | Una nueva vida (wordpress.com).
 60. Imagen 60: Aranzazu I. Regulación hormonal de la lactancia. Mecanismo de producción de la leche. [Image] [Internet]. Consultado el 6 de abril de 2021. Disponible en: Regulación hormonal de la lactancia. | Una nueva vida (wordpress.com)

61. Imagen 61: Mena Nannig P. Producción composición de la leche materna. Fisiología de la lactancia. Diapositiva 3. [Internet] [Consultado el 6 de abril de 2021]. Disponible en: Composición leche materna (slideshare.net)
62. Imagen 62: Hospital de Queensland, Australia 2012. Señales identificativas cuando tiene hambre el bebé. [Internet]. Disponible en: Neonatología : La lactancia materna puede ser exitosa, pero no soporta muchos obstáculos (neonatologiahps.com.ar)
63. Imagen 63: EFE. La leche materna humana es única entre los mamíferos. Tamaño del estómago del recién nacido. Madrid, 2016 [Image] [Internet]. Consultado el 8 de abril del 2021. Disponible en: La leche materna humana es única entre los mamíferos – Prensa Libre
64. Imagen 64: Ruiz M. Lactancia Materna. Posturas para amamantar: Línea imaginaria para un agarre correcto, 2018. [Image] [Internet]. Disponible en: Posición correcta y posturas para amamantar - Asesoras de lactancia online
65. Imagen 65: Las mil y una noches... de pediatría. ¿Estás pensando en dar lactancia materna?, Agarre correcto, 2015 [Image] [Internet]. Consultado el 6 de abril de 2021. Disponible en: ¿Estás pensando en dar lactancia materna? (chiopedia.blogspot.com)
66. Imagen 66: Ruiz M. Lactancia Materna. Posturas para amamantar, 2018. [Image] [Internet]. Disponible en: Posición correcta y posturas para amamantar - Asesoras de lactancia online
67. Imagen 67: Maternity Care. Como superar dificultades...pezones planos o invertidos. [Image] [Internet]. Consultado el 8 de abril de 2021. Disponible en: Cómo superar dificultades...pezones planos o invertidos - Maternity Care:
68. Imagen 68: Creciendo con luna. Lanolina y grietas en los pezones, 2018. [Image] [Internet]. Consultado el 8 de abril de 2021. Disponible en: LANOLINA Y GRIETAS EN LOS PEZONES – Creciendo con Luna (wordpress.com)
69. Imagen 69: Matrona online. Ingurgitación mamaria, 2013. [Image] [Internet]. Consultado el 8 de abril 2021. Disponible en: Ingurgitación mamaria - Matronaonline.net
70. Imagen 70: Instituto Aragonés de ciencias de la salud. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes y cómo debería afrontarlos? Técnica de la presión inversa suavizante [Image] [Internet]. Consultado el 8 de abril 2021. Disponible en: ¿Cuáles son los problemas más frecuentes y cómo debería afrontarlos? - GuíaSalud (guiasalud.es)
71. Imagen 71: Bancos de leche y lactarios. La leche materna es vida ¡Dónala! Masaje Circular sobre el pecho ingurgitado [Image] [Internet]. Consultado el 8 de abril de 2021. Disponible en: Lactancia materna: ¿Cómo puedo donar leche materna? (bancosdelecheylactarios.blogspot.com)
72. Imagen 72: Dxline. Mastitis: What is mastitis? Imagen mastitis. [Image] [Internet] Consultado el 8 de abril 2021. Disponible en: Mastitis. Causes, symptoms, treatment Mastitis (dxline.info)
73. Imagen 73: Dxline. Mastitis: What is mastitis? Imagen mastitis. [Image] [Internet] Consultado el 8 de abril 2021. Disponible en: Mastitis. Causes, symptoms, treatment Mastitis (dxline.info)
74. Imagen 74: Hernández Aguilar MT. La incorporación de la mujer al trabajo; extracción y conservación de la leche. Técnica Marmet. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 225-235.
75. Imagen 75: Hernández Aguilar MT. La incorporación de la mujer al trabajo; extracción y conservación de la leche. Técnicas a evitar. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 225-235
76. Imagen 76: Paloma. Bebés y mucho más, ¿cómo se prepara un biberón? Imagen de cacito raso, 2013 [Image] [Internet]. Consultado el 9 de abril 2021. Disponible en: Cómo se prepara un Biberón? Blog sobre Bebés Online (bebesonline.es)
77. Imagen 77: Programa de intervención para la prevención de la obesidad infantil. Artificial feeding. Preparación del biberón. [Image] [Internet] Consultado el 9 de abril 2021. Disponible en: Artificial feeding | Pipo Programme (programapipo.com)
78. Imagen 78: Criado Vega, E. Padres y pediatras al cuidado de la infancia y la adolescencia. Test de Apgar, 2016. [Image] [Internet]. Disponible en: Test de Apgar | Familia y Salud
79. Imagen 79: BabyCenter en español. Contacto precoz piel con piel [Image] [Internet]. Disponible en: (22) Pinterest
80. Imagen 80: Faros Sant Joan de Déu. En qué consiste el cribado metabólico neonatal (prueba de talón). Barcelona, 2016. [Image] [Internet]. Disponible en: En qué consiste el cribado metabólico neonatal (prueba del talón) | Faros HSJBCN (hsjbcn.org)
81. Imagen 81: Dos pediatras en casa. ¿Estará sordo mi bebé? Prueba Otoemisiones. Revista 20 minutos, 2018. [Image] [Internet]. Disponible en: ¿Estará sordo mi bebé?, la prueba de los oídos del recién nacido (20minutos.es)
82. Imagen 82: El blog de experiencia bebé. Cráneo normal en el recién nacido, 2018. [Image] [Internet]. Disponible en: parto_image001 ~ El blog de Experiencia Bebé (experienciabebe.com)
83. Imagen 82: Gómez M. Caput Succedaneum y Cefalohematoma, 2016. [Image] [Internet]. Disponible en: Marco Gómez en Twitter: "Caput succedaneum: edema subcutáneo. Cruza suturas. Por trabajo de parto prolongado #Medicina #Pediatría #Repa-soMD <https://t.co/co8GgiQW7P>" / Twitter

84. Imagen 84: Olmo Villar, I. Peques Salud. Vértex Caseosa: ¿Para qué sirve?, 2019. [Image] [Internet]. Disponible en: Vernix caseosa: ¿para qué sirve? | PequeSalus: "Enfermeras de bebés"
85. Imagen 85: Garrido J. Mi pediatra online. Lanugo en bebés, 2017. [Image] [Internet]. Disponible en: ? Lanugo en bebés - Mi Pediatra Online
86. Imagen 86: García Tornel, S. Reflexiones de un pediatra curtido. Intumescencia neonatorum del recién nacido ¿Mastitis?, 2010. [Image] [Internet]. Disponible en: Reflexiones de un pediatra curtido: Intumescencia neonatorum del recién nacido ¿Mastitis? (drgarcia-tornel.blogspot.com)
87. Imagen 87: Bagazgoitia, L. Blog de dermatología. Granitos en la cara del recién nacido: engordaderas (Acné neonatal), 2017. [Image] [Internet]. Disponible en: Granitos en la cara del recién nacido: acné neonatal | Doctora Lorea Bagazgoitia Dermatología (dermatologia-bagazgoitia.com)
88. Imagen 88: Mi manual del bebé. ¿Qué es la ictericia neonatal?, 2017. [Image] [Internet]. Disponible en: ¿Que es la ictericia neonatal? | Mi manual del bebé (mimanualdelbebe.com)
89. Imagen 89: Bastida, A. Bebés y más. Mancha mongólica, 2012. [Image] [Internet]. Disponible en: Mi hijo tiene una mancha en la espalda y las nalgas: la mancha mongólica (bebesymas.com)
90. Imagen 90: Medina, A. Sobre tu piel: millium, 2016. [Image] [Internet]. Disponible en: Millium - sobre tu piel.com
91. Imagen 91: Monteagudo B, Labandeira J, León-Muñoz E, Ramírez-Santos A, Suárez-Amor Óscar, Cabanillas M. Eritema tóxico neonatal: pápulas y pústulas rodeadas de eritema en el tronco. Elsevier Doyma. 2010;(25(9):507–510.
92. Imagen 92: Izazu 1907. Babycenter. Mancha en el pañal: uratos en la orina, 2018. [Image] [Internet]. Disponible en: Mancha en el pañal! - Club de bebés Julio 2018 - BabyCenter
93. Imagen 93: Velázquez, Y. Nadie cómo mamá, blog. Tipos de heces. [Image] [Internet]. Disponible en: ¿Qué sacaleches me recomiendas utilizar durante la lactancia? » Nadie como mamá (nadiecomomama.com)
94. Imagen 94: Archila, M. Descubre tu salud. ¿Cómo alimento, baño y acuesto a mi bebé en sus primeros días de nacido?, 2020. [Image] [Internet]. Disponible en: ¿CÓMO ALIMENTO, BAÑO Y ACUESTO A MI BEBÉ EN SUS PRIMEROS DÍAS DE NACIDO? | Colsanitas | Descubre tu salud
95. Imagen 95: Paris E. Bebés y más. Anomalías en el ombligo del recién nacido. Cicatrización del cordón umbilical. [Image][Internet]. Disponible en: Anomalías en el ombligo del recién nacido (bebesymas.com)

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



Máster en atención de enfermería en las unidades de cuidados intensivos



Universidad
Isabel I

**1500
HORAS**

**60
ECTS**