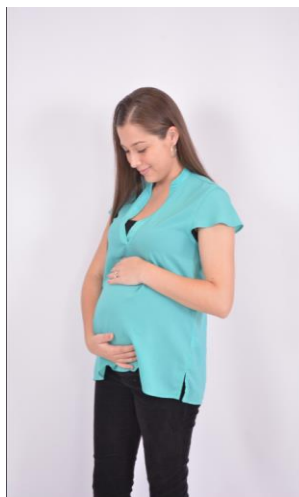


Caja Costarricense de Seguro Social  
Gerencia Médica  
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud  
Área de Atención Integral a las Personas  
Programa Institucional de Atención Integral de la Salud de la Mujer


# Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias

Código MT.GM.DDSS.AAIP.003


*(Versión pendiente de Diseño Gráfico)*




Diciembre 2014

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 2 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

<b>EQUIPO ELABORADOR</b>	<p><i>MPsc. Erika Solano Delgado, Psicóloga Clínica</i></p> <p><i>Licda. Odiney Quirós Serrano, Enfermera</i></p>	<p><i>Área de Atención Integral a las Personas, Programa Institucional de Atención Integral a la Salud de la Mujer</i></p> <p><i>Área de Atención Integral a las Personas, Programa Institucional de Atención Integral a la Salud de la Mujer</i></p>
<b>COORDINADOR</b>	<i>Dr. Hugo Chacón Ramírez, Médico</i>	<i>Jefatura, Área de Atención Integral a las Personas</i>
<b>COLABORADORES:</b>	<p><i>Adelaida Mata Solano. Psicóloga. Área de Atención Integral a las Personas. DDSS.</i></p> <p><i>Adriana Ocampo Vargas. Enfermera Pediátrica Clínica. Unidad de Desarrollo. Hospital Nacional de Niños</i></p> <p><i>Álvaro Jiménez Gamboa. Médico Especialista en Medicina Familiar. Clínica Dr. Ricardo Moreno Cañas</i></p> <p><i>Ana Lucía Herrera Jiménez, Odontóloga. Coordinación Nacional de Odontología. DDSS.</i></p> <p><i>Ana Ruth Herrera Arroyo. Enfermera Clínica Lactancia Materna y Desarrollo. Hospital Carlos Luis Valverde Vega.</i></p> <p><i>Ana Virginia Quesada Morales. Coordinadora Comité Estudio Integral del Niño Agredido. Hospital Nacional de Niños.</i></p> <p><i>Aurora Mc. Adams Morales, Enfermera Obstetra, Hospital de las Adolfo Carit Eva.</i></p> <p><i>Carmen Fernández Delgado. Sub Directora de Enfermería Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva.</i></p> <p><i>Digna Pérez Vásquez. Enfermera Obstetra. Área de Salud de San Ramón.</i></p> <p><i>Flor Chaverri Molina. Psicóloga. Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera.</i></p> <p><i>Freddy Ulate Mora. Médico pediatra. Área de Atención Integral de las Personas. DDSS</i></p> <p><i>Gloria Terwes Posada. Médica Coordinadora Prog Prevención y Control del VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual. CCSS</i></p> <p><i>Harold Segura Quesada. Médico Psiquiatra. Área de Atención Integral de las Personas. DDSS</i></p> <p><i>Hellen Porras Rojas, Médica General. Área de Atención Integral a las Personas. CCSS</i></p> <p><i>Ilse Schosinsky García. Psicóloga. Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera.</i></p> <p><i>José Arias Porras. Coordinador Farmacia Consulta Externa. Servicio de Farmacia Hospital San Juan de Dios.</i></p> <p><i>Karla Sequeira Vargas. Trabajadora Social. Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera.</i></p> <p><i>Kattia Morales G. Enfermera Coordinadora Clínica de Lactancia y Desarrollo. Hospital Rafael A. Calderón Guardia.</i></p> <p><i>Ligia Ramírez Villegas. Enfermera Obstetra. Hospital San Vicente de Paúl.</i></p> <p><i>Lilliana Otárola Salas, Enfermera Obstetra, Hospital San Juan de Dios.</i></p> <p><i>Luz Elena Arreola. Médica General Área de Atención Integral a las Personas. DDSS.</i></p> <p><i>Ma. de los Ángeles Hidalgo Ugalde. Enfermera Pensionada, Comité Obstetricia Colegio de Enfermeras y Enfermeros de CR.</i></p> <p><i>Ma. Fernanda López Hernández. Trabajadora Social, Servicio de Neonatología. Hospital Nacional de Niños.</i></p> <p><i>Ma. Griselda Ugalde Salazar. Enfermera Pensionada, Comité Obstetricia Colegio de Enfermeras y Enfermeros de CR.</i></p> <p><i>Marlon Lizano Muñoz. Nutricionista Área de Atención Integral a las Personas. DDSS</i></p> <p><i>Mireya Solórzano Rodríguez, Odontóloga. Coordinación Nacional de Odontología.</i></p> <p><i>Miriam Esquivel Blanco, Enfermera Pensionada, Comité Obstetricia Colegio de Enfermeras y Enfermeros de CR.</i></p> <p><i>Montserrat Alemán Leitón. Enfermera Clínica de Lactancia y Desarrollo Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva.</i></p> <p><i>Olga Nidia Hernández Chávez. Sist. Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno Perinatal Infantil. Ministerio de Salud.</i></p> <p><i>Robert Moya Vásquez. Médico Pediatra, Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo. Hospital Carlos Luis Valverde Vega.</i></p> <p><i>Rodrigo Álvarez Fernández. Educador Área Atención Integral a las Personas. DDSS.</i></p> <p><i>Rolando Meléndez Bolaños, Odontólogo. Coordinador Coordinación Nacional de Odontología. DDSS</i></p> <p><i>Ricardo Corrales Aguilar, Odontólogo. Coordinación Nacional de Odontología. DDSS</i></p> <p><i>Rita Hernández. Enfermera Coordinadora Clínica de Lactancia y Desarrollo. Hospital Max Peralta Cartago.</i></p> <p><i>Sandy González Fernández. Enfermero Obstetra Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva.</i></p> <p><i>Sara Monge Rojas. Enfermera Pensionada, Comité Obstetricia Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica.</i></p> <p><i>Sonia Chávez Quirós. Médica Pediatra Especialista en Lactancia Materna. Funcionaria Pensionada.</i></p> <p><i>Tatiana Mata Chacón. Médica General Área de Atención Integral a las Personas. DDSS.</i></p> <p><i>William Lao Gallardo, Epidemiólogo. Coordinación Nacional de Odontología. DDSS</i></p> <p><i>William Rubí Quirós. Educador Físico y Promotor de salud. Área deporte y recreación. Dirección Bienestar Laboral.</i></p> <p><i>Xiomara Ucañan Campos. Enfermera Obstetra. CENDEISS.</i></p> <p><i>Zaray Vargas Fernández. Enfermera Pensionada, Comité Obstetricia Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica.</i></p>	


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 3 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

<b>VALIDADORES</b>	<p>Ana Cecilia Cordero Conejo. Enfermera Obstetra, Hospital Monseñor Sanabria.  Guiselle Brenes Pacheco. Médica Psiquiatra, Área de Atención Integral a las Personas. DDSS  Gloria Rodríguez Bejarano. Enfermera, Hospital Monseñor Sanabria.  Hazel Rodríguez Peraza. Enfermera, Hospital Monseñor Sanabria.  Liliana Vargas Vargas. Enfermera Obstetra, Hospital de Guápiles.  Luis Diego Murillo Núñez. Médico General, Hospital y Área de Salud de Upala.  Luisa Fda del Río Olivera. Nutricionista, Coordinación Nacional de Nutrición.  Luz Marina Arguello Villalobos. Enfermera Obstetra, Área de Salud Alfaro Ruiz.  Magaly Ventura Sorto. Enfermera, Hospital Monseñor Sanabria.  Marlene Montoya Ortega. Nutricionista, Área de Atención Integral a las personas.  Mayela Monge Hernández. Enfermera Obstetra, Jefe de Enfermería Dirección Regional de Enfermería Huetar Norte.  Melvin Anchía Villalobos. Enfermero Obstetra, Dirección Regional Huetar Norte.  Milton Arce Barrantes. Enfermera Obstetra, Dirección Regional Huetar Norte.  Nydia Chaves Pizarro. Enfermera Obstetra, Hospital Enrique Baltodano Lizano.  Rodrigo Aguilar Mora. Enfermera Obstetra, Hospital de los Chiles.  Rosario López Jaén. Enfermera Obstetra, Hospital Dr. Tomas Casas Casajús.  Tatiana Picado Le Frank. Médica Epidemióloga, Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur.  Teresita Flores Jiménez. Enfermera PhD en Educación. Área Planificación del Desarrollo del Recurso Humano. CENDEISS.  Yolanda Barboza Castro. Nutricionista, Área de Atención Integral a las Personas. DDSS  Zully Araya Cubero. Enfermera Obstetra Área de Salud de San Ramón.</p>	
<b>REVISADO POR:</b>	Dr. Raúl Sánchez Alfaro. (Aval Mediante oficio No DDSS-1572-14)	Director de Desarrollo de Servicios de Salud
<b>Aprobado por:</b>	Dra. María Eugenia Villalta Bonilla (Aval Mediante oficio No GM-MDD-49176-14)	Gerente Médica
<b>Fecha de Emisión:</b>	DICIEMBRE 2014	
<b>Próxima revisión:</b>	2018	
<b>Observaciones</b>	<p>La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento.  No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.</p>	


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 4 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Tabla de Contenidos


<b>Presentación</b> .....	<b>10</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>11</b>
<b>Justificación</b> .....	<b>12</b>
<b>Referencia Normativa</b> .....	<b>12</b>
<b>Alcance</b> .....	<b>15</b>
Población Diana .....	15
Usuarios Diana .....	15
<b>Objetivos</b> .....	<b>15</b>
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos .....	15
<b>Metodología para la construcción del Manual Técnico</b> .....	<b>16</b>
<b>Proceso de validación de expertos</b> .....	<b>19</b>
<b>Elementos a Operativizar</b> .....	<b>21</b>
<b>Intervenciones y acciones</b> .....	<b>21</b>
<b>Monitoreo y auditoría del Manual Técnico</b> .....	<b>22</b>
<b>Contacto para consultas</b> .....	<b>23</b>
<b>1. Marco conceptual</b> .....	<b>24</b>
1.1 Concepto Educación prenatal .....	24
1.2 Componentes básicos de la educación prenatal .....	25
1.3 Componente Educativo .....	25
1.4 Componente de Movimiento Humano .....	26
1.5 Componente de Respiración.....	26
1.6 Componente de Relajación.....	26
<b>2. Componente de Educativo</b> .....	<b>27</b>
2.1 Conceptos Básicos en Educación en Salud .....	27
2.2 Metodología Educativa propuesta.....	28
2.3 Técnicas Educativas Propuestas .....	28
2.3.1 Técnicas Educativas Individuales .....	30
2.3.1.1 Entrevista individual .....	30
2.3.1.2 Demostración Individual.....	31
2.3.1.3 Asesoría o consejería telefónica .....	31
2.3.2 Técnicas Educativas Grupales.....	31
2.3.2.1 Charla .....	31
2.3.2.2 Conferencia .....	32
2.3.2.3 Discusión en grupos (Foro/Video Foro/Cine Foro y otros) .....	32
2.3.2.4 Simposio.....	33
2.3.2.5 Mesa Redonda .....	33
2.3.2.6 Taller.....	33
2.3.2.7 Dramatización/role play.....	34
2.3.2.8 Phillips 66 .....	34
2.3.2.9 Demostraciones .....	35
2.3.3 Técnicas introductorias .....	35
2.3.3.1 Presentación de parejas .....	36
2.3.3.2 Telaraña .....	36
2.3.3.3 Calles y avenidas .....	36
2.3.3.4 Mar adentro y mar afuera.....	36
2.4 Recursos Audiovisuales Propuestos.....	37
2.4.1 Pictóricas .....	38
2.4.2 Auditivas .....	38
2.4.3 Proyectables:.....	38

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 5 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

2.4.4	Ejemplares y modelos: .....	39
2.4.5	Impresos.....	39
2.5	Programa del Contenido Educativo Propuesto .....	39
2.6	Modalidad educativa a utilizar .....	44
2.6.1	Modalidad individual.....	44
2.6.2	Modalidad grupal.....	45
2.6.3	Captación de las mujeres gestantes y sus familias .....	45
2.6.4	Distribución del tiempo durante las sesiones.....	45
<b>3.</b>	<b>Componente de Movimiento Humano .....</b>	<b>47</b>
3.1	Introducción .....	47
3.2	Cambio en el cuerpo de la mujer .....	47
3.3	Conceptos básicos .....	49
3.3.1	Componente de Movimiento humano Concepto Actividad física .....	49
3.3.2	Concepto Actividad física para la salud. ....	49
3.3.3	Concepto Ejercicio Físico.....	49
3.3.4	Diferencia entre Actividad Física y Ejercicio Físico. ....	49
3.3.5	Prescripción de ejercicio .....	49
3.4	Beneficios la actividad física y el ejercicio .....	50
3.4.1	Beneficios del ejercicio físico para la madre.....	50
3.4.2	Beneficios en el feto.....	51
3.5	Permiso Médico.....	52
3.6	Contraindicaciones médicas para la Ejercicio físico .....	53
3.7	Recomendaciones para la prescripción de ejercicio físico .....	55
3.8	Acondicionamiento Cardiovascular .....	55
3.9	Ejercicio contrarresistencia o tonificación muscular .....	60
3.10	Piso pélvico .....	62
3.11	Ejercicios de Kegel.....	63
3.11.1	Beneficios de los ejercicios de Kegel.....	64
3.11.1.1	Músculos del piso pélvico. ....	64
3.11.1.2	Identificación de los músculos del piso pélvico .....	65
3.11.1.3	¿En qué consisten los ejercicios?.....	65
3.11.1.4	Postura .....	65
3.11.1.5	¿Cómo realizar los ejercicios?.....	66
3.11.2	Formas de realizar los ejercicios de Kegel. ....	67
3.11.3	Pauta de los ejercicios .....	67
3.11.4	Eficacia de los ejercicios .....	68
3.11.5	Consejos .....	68
3.11.6	Ventajas de los ejercicios del piso pélvico.....	69
3.11.7	Advertencias sobre los ejercicios.....	70
3.11.8	Errores comunes al hacer los ejercicios de Kegel .....	70
3.12	Flexibilidad .....	70
3.12.1	Posición Elevación Pélvica .....	71
3.12.2	Posición Rotación de la Columna .....	72
3.12.3	Posición Encogimiento .....	74
3.12.4	Recostada en la posición de parto boca arriba.....	75
3.12.5	Posición de Cuclillas .....	75
3.12.6	Posición de sastre .....	76
3.12.7	Posición “El gato” .....	77
3.12.8	Posición “De Lado”.....	78
3.12.9	Posición “Circunferencias” .....	79
3.12.10	Posición Acercamiento.....	80
3.12.11	Anteversión y retroversión de la pelvis .....	81
3.13	Ejercicios recomendados en el Postparto.....	83

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 6 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

<b>4.</b>	<b>Componente de Relajación .....</b>	<b>85</b>
4.1	Introducción .....	85
4.2	Relajación contra los dolores del parto .....	85
4.3	¿Cómo funciona la relajación en el parto? .....	85
4.4	Técnica de Jacobson .....	86
4.5	Técnica de visualización positiva .....	87
4.6	Técnicas táctiles y masajes .....	88
4.7	Gimnasia en el embarazo .....	88
4.7.1	Ejercicios de la gimnasia para embarazadas o yoga recomendados para mujeres embarazadas.....	89
<b>5.</b>	<b>Componente de respiración.....</b>	<b>91</b>
5.1	Introducción.....	91
5.1.1	Técnicas de Respiración.....	92
5.1.2	Respiración abdominal.....	92
5.1.3	Respiración tipo jadeo.....	92
5.1.4	Respiración torácica.....	93
5.1.5	Respiración para fase de alumbramiento .....	93
<b>ANEXOS .....</b>	<b>94</b>	
	ANEXO N ° 1: Entrevista Semiestructurada al personal de salud a cargo del proceso de educación perinatal de las mujeres gestantes y sus familias. ....	95
	ANEXO N ° 2: Encuesta Validación Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias .....	101
	Anexo N° 3: Evaluación de la Calidad Metodológica del Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias.....	111
	(Adaptado del Instrumento AGREE II (versión reducida)y Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS ) .....	111
	Anexo N° 4: Ejercicios para sesión grupal de educación prenatal.....	114
	Anexo N° 5: El sistema reproductor Humano.....	117
	Anexo N° 6: Promoción del desarrollo del nuevo ser humano desde el interior de la madre.....	124
	Anexo N° 7: Esperando al bebé: Cambios fisiológicos en el cuerpo de la mujer embarazada.....	138
	Anexo N° 8: ¿Cómo brindar malas noticias?: La Experiencia del Equipo Psicosocial de la Asociación Lucha Contra el Cáncer Infantil en el Servicio de Hemato-Oncología del Hospital Nacional de Niños	145
	Anexo N° 9: Atención Prenatal .....	149
	Anexo N° 10: Alimentación saludable antes, durante y después del embarazo.....	155
	Anexo N° 11: Cuidados buco dentales en la mujer embarazada.....	166
	Cuidados buco dentales en el niño(a) hasta los 3 años.....	166
	Anexo N° 12: Estimulación prenatal .....	173
	Anexo N° 13: Mitos y temores del trinomio madre-niño y familia durante el embarazo.....	181
	Anexo N ° 14: El uso de sustancias psicoactivas durante el embarazo.....	186
	Anexo N ° 15: Recomendaciones para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar.....	191
	Anexo N ° 16: Complicaciones en el embarazo. ....	196
	Anexo N° 17: Seguridad en el uso de medicamentos en la mujer embarazada, durante la lactancia y en el lactante.....	201
	Anexo N° 18: Sexualidad durante el embarazo.....	213
	Anexo N ° 19: Autocuidado de la mujer en el embarazo, parto y pos parto.....	217
	Anexo N° 20: La Depresión Postparto.....	230
	Anexo N° 21: Lactancia Materna: entrega y amor desde el primer minuto de vida del recién nacido	240
	Anexo N° 22: Cuidados Generales del Recién Nacido Sano.....	250
	Anexo N° 24: Actividades de estimulación temprana para niños(as) de 0 a 12 meses .....	263
	Anexo N° 25: Estimulación Temprana de niñas y niños de 1 a 5 años de edad.....	280
	Anexo N° 26: Planificación familiar.....	289

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 7 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Anexo N° 27: Infección por el virus de inmunodeficiencia humana y por transmisión sexual.296

Anexo N° 28: Ejerciendo paternidades y maternidades con responsabilidad social ..... 301

Anexo N° 29: Legislación relacionada con la madre embarazada y lactante en Costa Rica304

**Abreviaturas y Acrónimos ..... 309**

**Glosario..... 310**

## Índice de Cuadros

Cuadro 1. Colaboradores y validadores del Manual Técnico según profesión y etapa en la que participó.....	19
Cuadro 2. Intervenciones y acciones para la implementación del Manual Técnico .....	22
Cuadro 3. Temas educativos propuestos en el proceso de educación perinatal grupal y/o individual.....	40
Cuadro 4. Contraindicaciones absolutas y relativas para la práctica de actividad física.....	54
Cuadro 5. Guía de entrenamiento aeróbico para la mujer embarazada .....	59
Cuadro 6. Franja de pulsaciones adecuadas para el ejercicio de mujeres embarazadas.....	60
Cuadro 7. Propuesta de acondicionamiento muscular para la mujer embarazada no atleta .....	62
Cuadro 8. Grupos de alimentos recomendados para embarazo y lactancia.....	159
Cuadro 9. Recomendaciones Nutricionales para problemas de salud comunes durante el embarazo y la lactancia	160
Cuadro 10. Guía práctica de alimentación complementaria según edad.....	164
Cuadro 11. Control bucal de la mujer gestantes .....	167
Cuadro 12. Beneficios obtenidos con el abandono del tabaco .....	193
Cuadro 13. Sugerencias para ayudar a los pacientes a superar las barreras para dejar de consumir tabaco con éxito .....	194
Cuadro 14. Medicamento y su recomendación para utilizarlos.....	203
Cuadro 15. Medicamento y su recomendación para utilizarlos.....	203
Cuadro 16. Medicamento y su recomendación para utilizarlos.....	204
Cuadro 17. Medicamento y su recomendación para utilizarlos.....	204
Cuadro 18. Medicamento y su recomendación para utilizarlos.....	205
Cuadro 19. Medicamento y su recomendación para utilizarlos.....	206
Cuadro 20. Medicamento y su recomendación para utilizarlos.....	206
Cuadro 21. Medicamento y su recomendación para utilizarlos.....	207
Cuadro 22. Medicamento y su recomendación para utilizarlos.....	208
Cuadro 23. Medicamento y su recomendación para utilizarlos.....	209
Cuadro 24. Pérdida diaria de Hierro, expresada en mg.....	210
Cuadro 25. Mitos, tabúes y restricciones que dificultan la sexualidad durante el embarazo.....	214
Cuadro 26. Formas de violentar a las personas menores de edad.....	301

## Índice de Figuras

Figura 1. Escala Puntuación Consenso para Metodología RND/UCLA Delphi modificado.....	20
Figura 2. Protocolo de actuaciones para la práctica segura del ejercicio físico para mujeres gestantes .....	53
Figura 3. Fases del ejercicio cardiovascular .....	58
Figura 4. Esquema de la pelvis.....	64
Figura 5. Músculos del suelo pélvico .....	65
Figura 6. Ejercicios de Kegel .....	66
Figura 7. Posición Elevación pélvica.....	71
Figura 8. Posición Rotación de la Columna .....	73
Figura 9. Posición Encogimiento.....	74
Figura 10. Recostada en la posición de parto boca arriba. ....	75
Figura 11. Cuclillas.....	76
Figura 12. Posición de sastre.....	76
Figura 13. Posición El gato .....	77
Figura 14. Posición De Lado.....	79
Figura 15. Posición Circunferencias.....	80
Figura 16. Posición Acercamiento.....	81
Figura 17. Ejercicios Anteversión y retroversión de la pelvis .....	82
Figura 18. Visualización Positiva.....	87
Figura 19. Técnicas táctiles y masajes. ....	88
Figura 20. Respiración tipo jadeo.....	92



	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 8 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTATES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003


Figura 21 Respiración tipo torácica.....	93
Figura 22. Respiración tipo alumbamiento.....	93
Figura 23. Escala Puntuación Consenso para Metodología RND/UCLA Delphi modificado.....	101
Figura 24. Ciclo menstrual de 28 días.....	119
Figura 25. Diagrama del ciclo menstrual.....	120
Figura 26. El inicio.....	124
Figura 27. Morula.....	125
Figura 28. Blastocisto.....	125
Figura 29. Implantación.....	126
Figura 30. Embrión.....	126
Figura 31. Desarrollo embrionario entre 3era y 4ta semana.....	127
Figura 32. Desarrollo embrionario en la 4ta semana.....	127
Figura 33. Desarrollo embrionario 7ma semana.....	128
Figura 34. Desarrollo embrionario en la 7ma y 4 días semana.....	128
Figura 35. Desarrollo embrionario en la 8va semana.....	129
Figura 36. Desarrollo embrionario en la 8va semana y 2 días.....	129
Figura 37. Desarrollo embrionario en la 9na semana.....	130
Figura 38. Desarrollo embrionario en la 10ma semana.....	130
Figura 39. Desarrollo embrionario en la 11va semana y 3 días.....	131
Figura 40. Desarrollo embrionario a los 3 meses.....	131
Figura 41. Desarrollo embrionario a los 3 meses, huellas digitales.....	132
Figura 42. Desarrollo embrionario a los 4 meses.....	132
Figura 43. Desarrollo embrionario a los 5 meses.....	133
Figura 44. Desarrollo embrionario a los 5 meses y 1 semana.....	133
Figura 45. Desarrollo embrionario a los 6 meses.....	134
Figura 46. Desarrollo embrionario a las 25 semanas.....	134
Figura 47. Desarrollo embrionario a las 26 semanas.....	135
Figura 48. Desarrollo embrionario a las 27 semanas.....	135
Figura 49. Desarrollo embrionario a las 28 semanas.....	135
Figura 50. Desarrollo embrionario a las 31 semanas.....	136
Figura 51. Desarrollo embrionario a las 32 semanas.....	136
Figura 52. Desarrollo embrionario a las 35 semanas.....	137
Figura 53. Mujer Gestante.....	138
Figura 54. Alimentación Saludable en la mujer gestante.....	155
Figura 55. Círculo de la Alimentación Saludable.....	156
Figura 56. Selección de alimentos, según edad del niño y la niña, hasta los 12 meses de edad.....	163
Figura 57. Contracciones del útero en el postparto.....	219
Figura 58. Etapas Labor de parto y parto.....	224
Figura 59. Borramiento y dilatación cervical durante el parto.....	225
Figura 60. Fase latente de la labor de parto.....	225
Figura 61. Evaluación de la dilatación a través del tacto vaginal.....	226
Figura 62. Episiotomía.....	227
Figura 63. Acople del bebé al pezón en la lactancia materna.....	241
Figura 64. Congestión mamaria.....	244
Figura 65. Punto blando en el seno.....	245
Figura 66. Mastitis.....	246
Figura 67. Abceso mamaria.....	246
Figura 68. Cándiasis mamaria.....	247
Figura 69. Fenómeno de Raynaud.....	248
Figura 70. Aumento de las mamas en el recién nacido.....	254
Figura 71. Fimosis fisiológica el pene.....	255
Figura 72. Marcas de la cigüeña.....	255
Figura 73. Exantema tóxico del recién nacido.....	256
Figura 74. Mancha mongólica del recién nacido.....	256

## Índice de Recuadros

Recuadro 1. Normativa Existente.....	15
Recuadro 2. Contactos para consultas.....	23

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 9 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Recuadro 3. Signos de Advertencia para terminar el ejercicio en mujeres embarazados .....	55
Recuadro 4. Diario de ejercicios para los músculos pélvicos.....	68
Recuadro 5. Conclusiones GPC US Public Health Service (PHS) 2008.....	191
Recuadro 6. Las cinco A.....	193
Recuadro 7. Factores asociados a la prevalencia de sífilis congénita .....	298
Recuadro 8. Factores asociados presencia ITS y VIH.....	298

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 10 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Presentación


El presente Manual Técnico responde a la necesidad en salud de las mujeres gestantes y sus familias de contar con un proceso de educación perinatal de calidad, que les apoye y facilite su proceso de embarazo, parto y puerperio, así como cuidados del recién nacido y lactante, orientándolas con información clara, certera y concisa sobre aspectos relacionados con su etapa de vida.

Este Manual pretende ser un documento de referencia de para el personal de salud responsable de brindar educación perinatal a las mujeres gestantes y sus familias, brindándole al funcionario herramientas, información, técnicas educativas, entre otros, que fortalezcan y estandaricen institucionalmente la educación perinatal ofrecida a dicha población.

El Manual Técnico cuenta con información variada de diversos temas relacionados directamente con al proceso de embarazo, parto y puerperio de las mujeres, como por ejemplo: movimiento humano enfocado en mujeres embarazadas, en el periodo de postparto o lactancia, educación para la salud, cuidados del recién nacido, alimentación saludable, estimulación temprana, lactancia materna, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, entre otras

La necesidad de las mujeres gestantes y sus familias de contar con un proceso de educación perinatal que le brinde apoyo, información, etc., sobre aspectos relacionados a su embarazo, parto, postparto, cuidados del recién nacido, entre otros, es la base para la elaboración del Manual Técnico de Educación Perinatal de mujeres gestantes y sus familias, orientado a facilitar un documento de referencia al personal de salud encargado de brindar educación perinatales, dándoles herramientas, información, técnicas, etc., que apoye a su labor en las Servicios de Salud Institucionales.

En respuesta a dicha necesidad, se elaboró este documento con el objetivo de estandarizar el proceso de educación perinatal brindado por el personal de salud de la CCSS, con un documento de fácil comprensión y práctico, desde una perspectiva integral y multidisciplinaria, cuyo propósito es brindar al personal de salud que atención a las mujeres gestantes y sus familias, utilizando este Manual Técnico puedan utilizarlo, indistintamente de la zona geográfica donde se utilice y de acuerdo a los recursos y personal con el que se cuente, además se deja a criterio del facilitador(a) las técnicas a utilizar de acuerdo a las características socioculturales y nivel educativo de la población que lo recibe.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 11 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Introducción

La forma en que las mujeres viven su embarazo repercute directamente en su vida y la de sus hijos(as), esto hace que sea necesario que el proceso de educación perinatal que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social a las mujeres gestantes y sus familias esté fundamentado en evidencia que respalde esta afirmación desde una perspectiva integral.

La creación de este Manual Técnico de Educación Perinatal busca ser un documento de referencia al personal de salud encargado del proceso de educación perinatal de las mujeres gestantes y sus familias, que busca homogenizar y estandarizar dicho proceso, brindando herramientas, información técnicas y otros en temas relacionados al proceso de embarazo, el parto y pos parto además de los cuidados del recién nacido y nuevo miembro de la familia, cuidados de la madre y su familia.

En este manual educativo se visualiza a la mujer como dueña de su embarazo, parto y pos parto y a su pareja, acompañantes y familia, como pilares fundamentales de apoyo a la mujer gestante y futura madre. El papel del personal de salud consta en brindar un abordaje integral en materia de educación perinatal a la mujer gestante, su pareja y familia, fortaleciendo sus competencias y conocimientos, para el autocuidado, salud mental y acompañamiento durante la gestación, el parto y el posparto, así como en el desarrollo del ajuste de la mujer, familia y neonato, durante el período perinatal, disminuyendo así sus temores, ansiedades y dudas con respecto a esta etapa de la vida que involucra a toda la familia y modifica de una manera directa la dinámica familiar.


Es necesario que el embarazo sea visto como un proceso integral, con cambios tanto físicos como psicosociales en la mujer, su pareja y familia. Esta es la razón por la que se incorporan ejercicios tanto físicos como respiratorios y de relajación como técnica para mantener un mejor control y equilibrio tanto físico como emocional sobre este proceso.

Mediante la educación perinatal de mujeres embarazadas, ya sea su primer embarazo o aquella que tenga más hijos y su pareja y familia, se pretende brindar una educación perinatal integral, abordando diferentes temáticas relacionadas a este periodo de vida, utilizando diversas técnicas educativas por medio de las cuales se brindará información importante que necesitan conocer para enfrentar de forma preparada esta etapa de la vida, minimizando el riesgo, proveyendo así una atención integral y adecuada en el momento preciso.

El proceso de educación perinatal debe ser comprendido desde una perspectiva integral y multidisciplinaria, por lo que puede ser brindado en diferentes momentos en el proceso de atención de la mujer gestante y sus familias, durante la consulta prenatal, en la preconsulta y entre otros, así como, en una modalidad individual o grupal.

Por lo anterior, este manual técnico busca brindarle al personal de salud que atienda a las mujeres gestantes y sus familias herramientas para suministrar una educación perinatal actualizada, estandarizada y adecuada a las necesidades de la población objetiva.

El presente manual técnico de educación perinatal se realiza tomando en cuenta las diferentes experiencias que se han realizado en la Institución, así como documentos normativos elaborados en años anteriores. En éste se presentan lineamientos que se deben ajustar a la realidad de cada centro de salud y población en donde se vaya a impartir, en los

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 12 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

que debe predominar la creatividad y el respeto a la idiosincrasia tanto de quien lo imparte como de quienes lo reciben respetando las necesidades y diferencias de cada grupo así como de los recursos con que se cuente.

## Justificación

La necesidad de las mujeres gestantes y sus familias de contar con un proceso de educación perinatal que le brinde apoyo, información, etc., sobre aspectos relacionados a su embarazo, parto, postparto, cuidados del recién nacido, entre otros, es la base para la elaboración del Manual Técnico de Educación Perinatal de mujeres gestantes y sus familias, orientado a facilitar un documento de referencia al personal de salud encargado de brindar educación perinatales, dándoles herramientas, información, técnicas, etc., que apoye a su labor en los Servicios de Salud Institucionales.

La Institución cuenta con documentos de normalización técnica en relación a educación prenatal que data de los años 1993, 1996 y la Guía de Atención Integral a las mujeres niños y niñas en el período prenatal, parto y posparto, que es el documento más actual, con el que cuenta quienes se encargan del curso de preparación para el parto ya que es del año 2009. Por lo anterior, la realización de un documento de normalización actualizado es de suma importancia para brindar una atención de calidad y oportuna a las mujeres gestantes y sus familias.


En respuesta a dicha necesidad, se elaboró este documento con el objetivo de estandarizar el proceso de educación perinatal brindado por el personal de salud de la CCSS, con un documento de fácil comprensión y práctico, desde una perspectiva integral y multidisciplinaria, cuyo propósito es brindar al personal de salud que atiende a las mujeres gestantes y sus familias, utilizando este Manual Técnico puedan utilizarlo, indistintamente de la zona geográfica donde se utilice y de acuerdo a los recursos y personal con el que se cuente, además se deja a criterio del facilitador(a) las técnicas a utilizar de acuerdo a las características socioculturales y nivel educativo de la población que lo recibe.

## Referencia Normativa

Educación a la mujer gestante y a su familia para la llegada de un miembro a la familia no es una preocupación reciente para el personal de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. La necesidad de ofrecer educación y preparación durante el embarazo, sobre el proceso fisiológico en sí, los cambios experimentados durante el embarazo y después del mismo, así como las necesidades que como mujer parte de una familia y una sociedad se tienen han quedado en evidencia desde mucho tiempo atrás.

El primer curso inspirado en esta temática se dio en el año 1953 impulsado por el personal de Enfermería del Ministerio de Salud, para 1958 se modifican las actividades educativas que se impartían y se atienden los primeros partos bajo esta modalidad.

Durante algunos años cesa la cantidad de cursos que se imparten, por lo que para 1977 el Departamento de Salud Mental de forma coordinada con el Departamento Materno Infantil, inician un plan de acción complementado con la estimulación del desarrollo integral del niño(a). En esta actividad participó personal profesional voluntario que tenía el interés de promover la preparación para el parto.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 13 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTATES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

La primera fase de trabajo consistió en preparar al personal de salud, para 1986 se retoma el programa cuando se continúa la capacitación del equipo de salud en coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social.

Este curso se impartió en los hospitales nacionales desde 1976, el Hospital San Juan de Dios lo ofreció con apoyo de Enfermeras Obstetras y de la Jefatura Médica de Ginecología y Obstetricia.

Para el año 1980 en el Instituto Materno Infantil Carit se retoman los cursos por parte del personal de Enfermería Obstétrica de forma coordinada con Trabajo Social. En ese mismo año se inician los cursos en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, impartidos también por personal de Enfermería. En el Hospital México estos cursos inician en el año 1983, ofrecidos por un equipo conformado por una Enfermera Obstetra, un Médico y una Trabajadora Social.

Las Normas de Preparación Psicofísica para el parto<sup>1</sup> se crearon en el año 1993, con el propósito de desarrollar un programa de capacitación para la mujer embarazada y su familia que le permitieran enfrentar una etapa de cambios tanto físicos como emocionales y sociales.

La capacitación que se brindaría en un periodo de 12 sesiones, con el objetivo era fomentar la salud integral para el niño(a) desde la concepción, de forma que tanto la madre como la familia podría enfrentar cada etapa de la vida con experiencia y conocimiento. Esto ayudaría a la disminución de la mortalidad prenatal.

A medida que se da la implementación y uso de este documento y con la experiencia acumulada se evidencia la necesidad de involucrar más a la mujer en el proceso de su embarazo por lo que se crea el Manual operativo de las Clínicas de atención Prenatal<sup>2</sup> del año 1996 busca ofrecer una atención integral por medio de un equipo interdisciplinario, utilizando la modalidad tanto grupal como individual, en las que se atienden las necesidades de la mujer gestante y su familia aumentando la cobertura de atención desde la captación de la usuaria. Su fundamento es la búsqueda del mayor bienestar posible de la mujer embarazada y su niño(a), en el que se considera eficiente aquel control prenatal que se realiza de forma precoz, que se brinda mensualmente, completo y analizando los posibles riesgos que se puedan presentar.

El planteamiento de este Manual se estableció desde tres puntos específicos:

1. La Educación en Salud.
2. La Evaluación Integral de la Usuaria.
3. La participación Comunitaria en Salud.


Este planteamiento se dirigió de manera que el personal de salud, las usuarias y su familia compartieran experiencias e interactuaran construyendo el conocimiento de forma participativa; sin embargo, operativamente no logró instaurarse por completo en los servicios de salud.

Con el rápido crecimiento de la población, también han crecido sus necesidades y demandas en el proceso educativo en cuanto a su salud se refiere. Esta necesidad de la población representó el objetivo de la realización de la Guía de Atención Integral a las Mujeres niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y pos parto<sup>3</sup> en el año 2009.

<sup>1</sup> Ministerio de Salud (1993). Normas Preparación psicofísica para el Parto. San José, Costa Rica.

<sup>2</sup> Caja Costarricense del Seguro Social (1996). Manual Operativo de las Clínicas de Atención Prenatal. San José, Costa Rica.

<sup>3</sup> Caja Costarricense del Seguro Social (2009). Guía de Atención Integral a las Mujeres, niños y niñas en el Periodo Prenatal, Parto y Posparto. San José, Costa Rica.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 14 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTATES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

En este sentido, el enfoque de atención que se brinda es de acuerdo a las necesidades de las mujeres, los niños y niñas, así como de sus familias en los diferentes aspectos de la salud reproductiva y en particular, durante el embarazo y nacimiento, por lo que su transformación es indispensable: de la medicalización y el intervencionismo innecesario a un enfoque positivo de salud, que incorpora e integra los aspectos objetivos y subjetivos de proveedores(as) y de los y las usuarios(as).


Esta Guía pretende que la participación de la mujer sea activa, que se apropie de su estado de embarazo y se inserte en la comunidad a la que pertenece, es por esta razón que se toma en cuenta la visita domiciliar, el diagnóstico como forma de identificar necesidades, problemas, fortalezas y debilidades. Es decir que la atención prenatal empieza en la comunidad y termina en ella porque es un proceso continuo en el que se aborda a la mujer embarazada, parto y posparto y luego la atención del niño(a), la atención la visualiza como continua en el ciclo de vida abordando cada etapa según las necesidades que se vayan presentando en el ciclo de vida.

Dentro de los alcances más valiosos que se evidencian en la Guía de Atención Integral a las mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto están la apropiación por parte de la mujer de su proceso de embarazo, parto y posparto, como persona de derecho a la que se debe dar un trato digno y respetuoso, capaz de decidir lo que desea para sí en ese momento tan importante. Es por ello que este proceso normal no se debe atender como una enfermedad y más bien ser tratado con naturalidad en el que se brinde confianza y respeto a la mujer, en el cual, por ejemplo, el número de tactos vaginales que se realicen sea el mínimo necesario brindando a la mujer un espacio de privacidad que no atente contra su dignidad de persona tal y como lo establece la Guía en su capítulo 4 “Actividades de la Atención del Parto Normal”.

De acuerdo con las Normas de Atención Materna Perinatal y del Recién Nacido del año 2000 y las Normas de la OMS del año 1985, la atención que se debe brindar a la mujer embarazada coincide con el concepto actual de proveer atención en salud apegados al avance científico y tecnológico actual, en el que la mujer embarazada sea atendida en un Primer Nivel de Atención durante todo el proceso y una vez identificado algún nivel de riesgo en el que se necesite de un nivel de mayor poder resolutivo, se realicen los trámites pertinentes y sea enviada para su seguimiento y tratamiento.

De acuerdo con estas normas es evidente la necesidad de enfocar la atención del embarazo sustentado en un proceso de evidencia, en el cual las practicas que se realicen y las intervenciones que se practiquen tengan el mínimo o escaso riesgo tanto para la mujer como para su bebé y familia. Se debe evitar al máximo, realizar acciones si realmente no se justifican, de esta forma se establecen las condiciones óptimas de desarrollo del mismo y por lo tanto un cambio en la intervención del personal de salud. Esto con el propósito de proveer una atención más humanizada en la que la mujer sea participe activa de su embarazo, parto y posparto.

Según las Normas de la OMS, se debe cumplir con las normas existentes incorporando todas aquellas prácticas que beneficien a la mujer gestante y su familia, contando con personal más humanizado con mayor conocimiento y destrezas gracias al avance tecnológico y una mayor participación de la mujer en su embarazo, comprobando lo que los estudios realizados

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 15 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

en Europa y Estados Unidos que establecen, que aquellos embarazos en los que la mujer es atendida por personal que respeta sus decisiones, se practican menos intervenciones en la labor de parto y parto se aseguran una menor mortalidad tanto materna como infantil.

Por todo lo anterior, la revisión y análisis de las referencias normativas nacionales e internacionales fueron bases fundamentales en la elaboración de este documento de normalización técnica, haciendo especial énfasis en la normativa institucional existente (ver Recuadro 1)

Recuadro 1. Normativa Existente
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto (2009)</li> <li>• Manual Operativo de las Clínicas de Atención Prenatal (1996)</li> <li>• Guía Didáctica Preparación Psicofísica para el Parto (1993)</li> <li>• Normas Preparación Psicofísica para el Parto (1993)</li> </ul>
<small>FUENTE: Elaboración propia</small>

## Alcance

### Población Diana

Las mujeres gestantes (primigestas o multíparas) y sus familias que reciben educación perinatal, en la modalidad grupal y/o individual, en los diferentes escenarios de atención de los Centros de Salud de la Red de Servicios de la CCSS.

### Usuarios Diana

El personal de salud que ofrece educación perinatal a las mujeres gestantes (primigestas o multíparas) y sus familias, en la modalidad grupal y/o individual, captadas en los diferentes escenarios de atención de los Centros de Salud de la red de servicios de la CCSS.


## Objetivos

### Objetivo General

Facilitar al personal de salud un marco conceptual y herramientas prácticas que orienten y estandarización el proceso de educación perinatal a las mujeres gestantes y sus familias brindado en los servicios de salud institucionales, contribuyendo al fortalecimiento de sus competencias, actitudes y conocimientos, para el autocuidado y acompañamiento durante la gestación, el parto y el posparto.

### Objetivos Específicos

- Proporcionar al personal de salud, una metodología educativa, técnicas y recursos audiovisuales que faciliten el proceso de educación perinatal de las mujeres gestantes y sus familias, fomentando la construcción de conocimientos, actitudes y destrezas positivas.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 16 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Brindar al personal de salud contenidos educativos e información clara y sencilla en temas relacionados con educación perinatal que le facilite el proceso de educación perinatal brindado en los servicios de salud institucionales a las mujeres gestantes y sus familias.
- Ofrecer al personal de salud información y técnicas de respiración y relajación y ejercicio físico que contribuyan al bienestar integral de la mujer durante el embarazo, parto, postparto, periodo de lactancia.

## Metodología para la construcción del Manual Técnico

La elaboración de este documento técnico fue basada en el formato establecido en el documento “Manual metodológico para la construcción de una Manual Técnico en la DDSS”<sup>4</sup>.

Para la construcción de este Manual Técnico se realizó una búsqueda de la normativa institucional, nacional e internacional existente y actual en el campo de la educación perinatal de mujeres gestantes y sus familias.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en temas relacionados con el proceso de educación y atención perinatal en las diferentes bases de datos y metabuscadores: Biblioteca Cochrane, The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Dynamed y Evidence in Health and Social Care (NHS Evidence), Guía Salud, Fisterra, Pubmed, entre otros. Se revisaron documentos tanto en español, como en inglés, estos últimos fueron traducidos por los miembros del equipo elaborador del Manual.


El equipo desarrollador formuló un plan de trabajo para la construcción de este Manual Técnico, el cual consta de las actividades críticas a desarrollar y la distribución de tareas. Dicho Plan de trabajo, fue modificado en el transcurso de la construcción del Manual Técnico.

Se coordinó interinstitucional con el Comité de Obstetricia del Colegio de Enfermeras(os) de Costa Rica, realizándose diversas reuniones donde el Comité brindó la visión de gremio de enfermeras(os), profesionales que históricamente han estado, en gran parte encargadas/os del proceso de educación perinatal institucional de las mujeres gestantes y sus familias, tanto en consulta directa, preconsulta, sala de partos, los llamados cursos de preparación para el parto, etc.

Además, se realizaron consultas a otros profesionales y expertos externos a la Institución que trabajan directamente en el proceso de educación perinatal a mujeres gestantes y sus familias, con el fin de contar con diferentes perspectivas de este proceso.

Por otro lado, se realizaron entrevistas semiestructuradas (ver Anexo 1) a un grupo seleccionado de profesionales de salud encargados del proceso de educación perinatal de mujeres gestantes y sus familias en Centros de Salud de la Red de Servicios de la CCSS; con

<sup>4</sup> CCSS. Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS. Versión 01. Costa Rica. 2012.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 17 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

el fin de conocer la realidad institucional en relación al proceso de educación perinatal (tanto grupal como individual).

Se realizó dicho sondeo en siete Centros de Salud, en diferentes niveles de atención de la Red de Servicios de la CCSS, incluyendo: Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Clínica Dr. Carlos Durán, Hospital México, Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, Hospital San Juan de Dios y Área de Salud de Coronado. Se entrevistaron a 9 funcionarios/as, para un total de 8 enfermeras obstetras y 1 enfermera general, todos/as actualmente en labores de atención directa de mujeres gestantes y sus familias.

En dichas entrevistas se recopiló información valiosa que permitió establecer un patrón de atención en educación perinatal actual, así como una propuesta de temas que deben y pueden ser abordados en dicha proceso de educación.

Dicho sondeo se realizó en el año 2011, por medio de una entrevista de educación prenatal institucional, con el propósito de establecer el tipo de educación que se le brinda en la actualidad a la mujer embarazada y su familia, la duración de las sesiones, los temas más desarrollados, la población a la que va dirigida, nivel académico de las y los participantes, edad promedio y procedencia geográfica, además de revisar cual es el personal de salud que imparte el curso de preparación para el parto como frecuentemente se le conoce.


El análisis y sistematización de estas entrevistas demuestra que en la actualidad en los diferentes Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social en los que se realizó, son en su mayoría las (os) profesionales de Enfermería son los encargados del proceso de educación prenatal.

Las entrevistadas refieren que en el proceso de Educación Perinatal la modalidad más utilizada es la grupal, debido a la cantidad de participantes, los temas que desarrollan y recursos que poseen. Con la salvedad de que si se presenta un caso especial o si la mujer así lo solicita se le brinda un espacio de privacidad, consulta individual o se le remite a una consulta con el profesional requerido para ser valorada.

Además al atender a la población en grupo hacen uso de las charlas, foros, películas, discusiones participativas, sociodramas, etc. Dentro del recurso usado están los simuladores de embarazo, los muñecos, la pizarra, el video beam, DVD, pancartas o rota folios, entre otros.

Los profesionales entrevistados refieren que a las mujeres embarazadas a las que se les considera de alto riesgo obstétrico se les brinda la misma atención, solo se les recomienda no practicar los ejercicios activos para evitar complicaciones, y se les refuerzan los cuidados que deben tener durante su embarazo.

En la mayoría de los lugares entrevistados la queja es el poco espacio con que se cuenta, esto evidencia que dentro de la institución no se ha considerado este tipo de cobertura a la mujer embarazada como una necesidad, por lo que el espacio físico no se ha designado para tal propósito. Los entrevistados refieren que los cursos son impartidos por Enfermeras/os Obstetras.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 18 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Indican que el curso se imparte en su mayoría en las tardes o las noches, por la necesidad de la población asistente, sin embargo en la población adolescente que tiene su atención especializada en la Clínica del Adolescente en el Hospital Calderón Guardia, se les imparte en la mañana por que la asistencia es mayor. Así la captación de las mismas se realiza en las Áreas de Salud o EBAIS y son referidas a esta Clínica, por lo que son todas consideradas de Alto Riesgo Obstétrico, con apoyo en muchos casos de otros profesionales multidisciplinarios (por ejemplo nutrición, psicología, odontologías, trabajo social, etc.).

La duración de los cursos es aproximadamente de 4 horas la sesión, se imparten de 6 a 12 sesiones dependiendo de la cantidad de temas que se desarrollen y de la inscripción que se reporte.

Manifiestan que en su gran mayoría la mujer embarazada asiste con su pareja o su madre, son pocas las que asisten sin compañía. La captación de las mujeres se realiza ya sea en la pre consulta en aquellos lugares donde hay, en la consulta médica, por medio de afiches, pizarra informativa, anuncios publicitarios en radio, o cuando entre las mismas mujeres se comunican, y en pocas ocasiones referidos por las Áreas de Salud u otro Centro de Salud.


El personal que imparte el curso comenta que es preferible que la mujer tenga de 28 semanas de gestación en adelante, ya que si lo llevan desde el comienzo del embarazo a muchas se les olvidan los temas de gran importancia que se tratan en el proceso de educación prenatal.

Las(os) entrevistadas(os) en su mayoría refieren que la mayor parte de las mujeres que asisten al curso son primigestas, alrededor del 90%, sin embargo también asisten madres que van a tener su segundo o tercer hijo.

Los Profesionales refieren que imparte el curso de preparación para el parto ya tiene un esquema didáctico de la forma en que desarrollará la temática, en la mayoría de las sesiones se les pregunta a los asistentes si tienen dudas, o si algún tema les interesa en especial.

Las(os) entrevistadas (os) expresan que los temas más ampliamente tratados son los siguientes:

- Anatomía y fisiología de los órganos sexuales femeninos y masculinos.
- Anatomía y fisiología del embarazo.
- Nutrición en el embarazo.
- Drogas y medicamentos que afectan al bebé.
- Estimulación prenatal.
- Signos y síntomas del parto.
- Labor de parto.
- Cuidados en el posparto.
- Lactancia materna.
- Cuidados del recién nacido.
- Depresión pos parto.
- Estimulación del recién nacido.
- Planificación familiar.
- Enfermedades de transmisión sexual.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 19 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Ablactación.

Para finalizar los hallazgos en este sondeo institucional, las(os) entrevistadas indican que es fundamental el apoyo interdisciplinario de otros profesionales en el campo de Trabajo Social, Psicología, Nutrición sobre todo en el curso que se les brinda a las adolescentes, debido a que son una población de riesgo.

Una vez recopilada la información básica, se trabajó con expertos en diversas temáticas, como educación en salud, medicina, educación física, enfermería, psicología, etc., con el objetivo de desarrollar los contenidos a incluir en este Manual Técnico.

Posteriormente se realizó un proceso de validación con diversos funcionarios involucrados en el proceso de educación prenatal y/o expertos en diversos temas relacionados. A continuación se presenta una tabla donde se hace un listado de las profesiones tanto de los colaboradores que participaron en la etapa de diseño del Manual Técnico como de los validadores del mismo (ver Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Colaboradores y validadores del Manual Técnico según profesión y etapa en la que participó


Profesión	Total de participantes	Diseño del Manual	Validación del Manual
Profesionales en Enfermería	32	18	14
Profesionales en Medicina	11	8	3
Odontólogos(as)	5	5	-
Nutrición	4	1	3
Psicología	4	4	-
Trabajador Social	2	2	-
Educador (especialista en Educación para la Salud)	1	1	-
Farmacia	1	1	-
Promotor de Salud	1	1	-

FUENTE: Elaboración propia.

## Proceso de validación de expertos

Se realizó una validación utilizando la metodología RND/UCLA (Método Delphi modificado)<sup>5</sup> con un grupo representativo de posibles usuarios diana de este Manual Técnico, seleccionando al menos un panel de expertos reconocidos en el campo de la educación perinatal a nivel Institucional de diversas disciplinas, a cargo o que estén involucrados en proceso de educación perinatal de mujeres gestantes y sus familias en los servicios de salud

<sup>5</sup> CCSS. Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS. Versión 01. DDSS. Costa Rica. 2012.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 20 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

institucionales. Con el fin de obtener un consenso de opiniones de los expertos en relación al contenido del documento.

Se incluyeron 20 expertos que laboran en la Institución en diversas disciplinas como fueron: enfermería, medicina, psiquiatría, nutrición, educación, entre otras.

Figura 1. Escala Puntuación Consenso para Metodología RND/UCLA Delphi modificado




FUENTE: CCSS. Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS. Versión 01. San José, Costa Rica. 2012.

Se utilizó una encuesta enviada vía correo electrónico (ver Anexo #2) y se envió el documento final en formato pdf, donde el experto puntuó cada ítem con una escala de uno a nueve dependiendo qué tan apropiado considera el contenido del documento. Una puntuación de 1 significa que el contenido es extremadamente inapropiado y un 9 significa que es extremadamente apropiado, utilizando la siguiente escala de puntuación: (ver Figura 1)

Se consideró como apropiado el si el 100% de los colaboradores (as) situó su calificación en el rango de 7 a 9 de la escala, lo que se llamó consenso absoluto. Por el contrario, si la recomendación recibió una calificación por alguno de los colaboradores (as) entre el rango de 4 a 6 fue considerada como dudosa. Entre 1 y 3 como inapropiada y se denominó consenso por mayoría. En los casos en que fue más de un colaborador (a) que evaluaron entre el rango de 1 a 6 la recomendación, se consideró como más de una persona discrepando. Todas las recomendaciones de la primera ronda que no fueron aprobadas por consenso absoluto fueron sometidas a una segunda ronda y de ser preciso a una tercera ronda (reunión presencial).

Posterior al proceso de validación del documento y una vez realizada la tabulación de la información recibida en la encuesta se observa que la puntuación general se sitúa en el rango de muy apropiado (8 puntos).

Con el resultado del proceso de validación de expertos se incorporó las modificaciones y recomendaciones recopiladas en dicho proceso de validación, emitiéndose una segunda versión del Manual Técnico con el fin de ser enviada a las jefaturas correspondientes para su aprobación final.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 21 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Una vez concluida la validación, y previo a la oficialización del documento, se realizó una evaluación de la calidad metodológica del Manual Técnico, por medio de un instrumento de evaluación que contempla los puntos clave de cumplimiento del Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS<sup>6</sup> y basado en el AGREE II<sup>7</sup>. En el Anexo #3 se puede observar el instrumento utilizado en esta evaluación. Dicha evaluación fue realizada por tres de funcionarios del Área de Atención Integral a las Personas con experiencia en la elaboración de documentos de normalización técnica, y se obtuvo una calificación de 90%, representando una buena calidad metodológica y recomendando el uso de este Manual Técnico.

## Elementos a Operativizar

La educación perinatal se brinda en los tres niveles de atención de la Red de Servicios Institucionales, según el nivel de complejidad, tanto a la mujer gestante como a su familia, en diferentes modalidades de atención sea individual o grupal, por personal de salud, en diferentes momentos de la atención a las usuarias y usuarios, sea en la pre consulta, consulta médica o post consulta.

Esta educación perinatal busca brindar información, educación y consejería en torno al proceso de embarazo, parto, postparto, cuidados del recién nacido y ajuste de la familia al nuevo miembro, etc., fortaleciendo sus competencias y conocimientos, disminuyendo así sus temores, ansiedades y dudas con respecto a esta etapa de la vida.

Como fortalezas para la operativización de este componente de educación perinatal, es la capacidad técnica del recurso humano existente, así como la amplia Red de Servicios de Salud con que cuenta la Institución.


Como barreras para esta operativización, es la necesidad de mayor sensibilización y estandarización de conceptos relacionados al tema, lo que puede ser subsanado con un adecuado proceso de sensibilización y capacitación con el personal de salud involucrado en la atención de las mujeres gestantes y sus familias.

## Intervenciones y acciones

A continuación se presentan las actividades, estrategias, metas, responsables e indicadores para la implementación de este Manual Técnico. El proceso de implementación se ha dividido en diferentes etapas: socialización, implementación y monitoreo y seguimiento.

<sup>6</sup> Mora A. et al (2012). Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS. Dirección de Desarrollo, Caja Costarricense de Seguro Social.

<sup>7</sup> Modificado de: Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico, España 2007. p 86 en: <http://www.guiasalud.es/manual/general/copyright.html> y adaptado de The AGREE Next Steps Consortium (2009). Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II Instrument. Canadá. en: <http://fhswebge.csu.mcmaster.ca/pebc/agreetrust/instrument.htm>

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 22 de 322	
			FECHA DE EMISIÓN: 2014	
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003	


**Cuadro 2.** Intervenciones y acciones para la implementación del Manual Técnico

ETAPA	ESTRATEGIA	META	RESPONSABLES	INDICADORES
Socialización	-Identificar el personal clave en los diferentes centros de salud y direcciones regionales. -Realizar la socialización del manual técnico al personal de salud identificado por medio de las estrategias que cada centro considere pertinentes (capacitaciones, utilización de tecnologías de la información (videoconferencias, correo electrónico, chats, etc.), material impreso, entre otros) -Distribución de material impreso y/o de forma digital.	I y II semestre 2015	-Programa de salud de la mujer -Personal de salud de los centros respectivos	-Porcentaje de centros de salud en los que se socializó el manual técnico. -Porcentaje de centros de salud que cuenten con el manual técnico de forma digital y/o impresa.
Implementación	Utilización del manual técnico como referencia, por el personal de salud en cada centro, en los espacios dispuestos para este fin.	I y II Semestre 2016	Personal de Salud de los Centros respectivos	-Porcentaje de los centros de salud que utilizan el manual técnico como documento de referencia.
Monitoreo y Seguimiento	-Utilización de instrumentos de monitoreo y seguimiento. -Identificación de fortalezas y debilidades del manual técnico para realizar los planes de contingencia respectivos y modificaciones en futuras actualizaciones.	I Semestre 2017	Personal de salud responsable de cada centro, personal de las direcciones regionales y Programa de la Mujer.	-Porcentaje de los centros de salud que apliquen y remiten al Programa de Salud de la Mujer los instrumentos de monitoreo y seguimiento. -Porcentaje de centros de salud que implementen lo planes de contingencia respectivos en los casos en que aplique.

FUENTE: Elaboración propia.

## Monitoreo y auditoría del Manual Técnico

La evaluación de la aplicación de este Manual Técnico se realizará tres años después de haber iniciado el proceso de implementación. Se realizará por medio de una encuesta dirigida a cada centro de salud del primer nivel de atención de la CCSS; el objetivo de dicha encuesta es determinar:


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 23 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS  MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Porcentaje de centros de salud en los que se socializó el Manual Técnico.
- Porcentaje de centros de salud que cuenten con el Manual Técnico de forma digital o impresa.
- Porcentaje de los centros de salud que utilizan el Manual Técnico como documento de referencia.

## Contacto para consultas

Para consultas sobre este documento, puede comunicarse con:

Recuadro 2. Contactos para consultas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Licda. Odiney Quirós Serrano, Área de Atención Integral a las Personas (<a href="mailto:oquiross@ccss.sa.cr">oquiross@ccss.sa.cr</a>, tel. 22-23-89-48)</li> <li>• Dra. Hellen Porras Rojas, Área de Atención Integral a las Personas (<a href="mailto:hrporras@ccss.sa.cr">hrporras@ccss.sa.cr</a>, tel. 22-23-89-48)</li> <li>• Dra. Erika Solano Delgado, Área de Atención Integral a las Personas (<a href="mailto:esolanod@ccss.sa.cr">esolanod@ccss.sa.cr</a>, tel. 22-23-89-48)</li> </ul>
FUENTE: Elaboración propia

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 24 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## 1. Marco conceptual

### 1.1 Concepto Educación prenatal

La educación perinatal busca brindar a las mujeres embarazadas y su familia información con evidencia científica sobre el proceso del embarazo, prepararse para el nacimiento y la crianza del recién nacido. Con el fin que cuenten con la información suficiente para la adecuada toma de decisiones por parte de las mujeres, con apoyo de los profesionales de la salud que la atiendan.

Las mujeres embarazadas deben contar la oportunidad de contar con un proceso de educación prenatal, con el fin de recibir información sobre su cuidado prenatal, labor del parto, crianza y cuidados del recién nacido, entre otras temáticas.<sup>8</sup>

Las futuras madres y padres a menudo esperan que la educación prenatal les proporcione información importante sobre temas como el embarazo, la toma de decisiones sobre y durante el trabajo de parto, las habilidades para el trabajo de parto, el alivio del dolor, la atención infantil y posnatal, la lactancia materna, entre otros.<sup>9</sup>

Las mujeres embarazadas deberían recibir información basada en la evidencia y el apoyo que les permitan para tomar decisiones informadas sobre su atención médica. La información debe incluir los detalles de dónde será visto y quién se encargará de su cuidado. Brinda herramientas a las mujeres en el proceso de toma de decisiones sobre su embarazo, parto, post-parto y cuidados del recién nacido.<sup>10</sup>

La educación prenatal debe ser adaptada a las necesidades de la mujer, y culturalmente apropiados. También debe ser accesible a las mujeres con necesidades adicionales, tales como discapacidades físicas, sensoriales o de discapacidad en el aprendizaje. Además, debe ser adaptada a la mujer, su pareja y su familia con información clara, sencilla y concisa, y el apoyo que necesitan.<sup>11</sup>

La modalidad de educación prenatal puede darse de forma individual (durante la cita control prenatal) y grupal por parte de equipos de salud conformados por personal de salud de diversas disciplinas, que brinden información y herramientas a la mujer para una mejor toma de decisiones durante su embarazo, parto, posparto y cuidados del recién nacido.

Los programas de educación prenatal tienen un rango de objetivos, en cuanto a: aumentar la confianza de las mujeres en su capacidad de dar a luz; preparar a las mujeres y a sus parejas para el parto; prepararlos para la maternidad y paternidad; desarrollar redes de apoyo social; estimular la seguridad de las madres y padres; y contribuir con la reducción de la morbilidad perinatal y la mortalidad.<sup>12</sup>


<sup>8</sup>Gagnon AJ, Sandall J.(2007) Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida)

<sup>9</sup>NICE (2008). Antenatal care: routinecareforthehealthypregnantwoman. Inglaterra.

<sup>10</sup>Gagnon AJ, Sandall J.(2007) Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida)

<sup>11</sup>Idem.

<sup>12</sup>Adaptado:NICE (2008). Antenatal care: routinecareforthehealthypregnantwoman.Inglaterra.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 25 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

La educación prenatal, por lo tanto, comprende un rango de medidas educativas y de apoyo que ayudan a las futuras madres y padres a comprender sus propias necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante el embarazo, el trabajo de parto y la maternidad y paternidad.<sup>13</sup>

En cada cita de control prenatal, el personal de salud debe ofrecer una información coherente y explicaciones claras y deben proporcionar a las mujeres embarazadas una oportunidad de discutir temas y hacer preguntas.<sup>14</sup>

## 1.2 Componentes básicos de la educación prenatal

Tomando como base lo indicado en la Guía Didáctica para preparación psicofísica para el parto<sup>15</sup>, siendo que el proceso de educación perinatal consiste en un proceso de aprendizaje en el cual el personal de salud a cargo y las mujeres gestantes y sus familias intercambian conocimientos y experiencias acerca del proceso del embarazo, parto, cuidado del recién nacido y el proceso de adaptación de la familia al nuevo miembro<sup>16</sup>. Por lo tanto, el proceso de educación perinatal se fundamenta en tres componentes que deben ser incluidos en todo proceso de educación perinatal, tanto grupal como individual:

- Componente Educativo
- Componente de Movimiento Humano
- Componente de Respiración
- Componente de Relajación

## 1.3 Componente Educativo

Siendo la educación perinatal un proceso de inter aprendizaje entre el personal de salud, la mujer gestante y su familia, es fundamental el componente educativo, el cual busca un proceso participativo donde el personal de salud y la mujer gestante y su familia construyan conocimientos, actitudes y prácticas positivas para vivir el proceso de embarazo, parto y puerperio de la mujer.


En este proceso de inter aprendizaje se ofrece a la mujer y su familia información clara, concisa y veraz, acerca de temáticas relacionadas con el proceso de embarazo, parto, postparto, cuidado del recién nacido, proceso de adaptación de la familia con el nuevo miembro, entre otros; así como técnicas y herramientas que faciliten a la mujer gestantes y sus familias llevar de la mejor manera esta etapa de vida. Este componente se desarrollará de manera más amplia en este Manual Técnico.

<sup>13</sup>Idem.

<sup>14</sup>Gagnon AJ, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida)

<sup>15</sup>Ministerio de Salud, CCSS (1993). Guía Didáctica para la preparación psicofísica para el parto. San José, Costa Rica.

<sup>16</sup>Adaptado: CCSS (1996). Manual Operativo de las Clínicas de Atención Prenatal. San José, Costa Rica.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 26 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## 1.4 Componente de Movimiento Humano

Este componente está constituido por elementos teórico prácticos relacionados con el movimiento humano el cual permite ejecutar la gimnasia perinatal la cual contribuye al bienestar y satisfacción de la mujer gestante, fortalecimiento neuromuscular y la prevención de trastornos que limiten la postura y el ajuste a los cambios en el embarazo.

Incluye ejercicios físicos que permiten a la mujer embarazada una adecuada preparación y adaptación de su cuerpo para el proceso de embarazo, parto y postparto. Poniendo especial atención en aquellos músculos, ligamentos y articulaciones que tienen una participación más directa en dichos procesos<sup>17</sup>. Este componente se desarrollará de manera más amplia en este Manual Técnico.


## 1.5 Componente de Respiración

Este componente corresponde a la aplicación de técnicas de respiración que favorezcan el ajuste a los cambios fisio-gravídicos y permita el mantenimiento del proceso respiratorio en forma adecuada en el embarazo, parto y post parto, poniendo especial atención en el momento del parto y el alumbramiento. Este componente se desarrollará de manera más amplia en este Manual Técnico.

## 1.6 Componente de Relajación

El componente de relajación se refiere a la selección de técnicas de relajación, que permitan a la mujer gestante y su familia contar con las herramientas necesarias para desarrollar el proceso de adaptación al nuevo miembro de la familia, el manejo del estrés, la ansiedad y la introyección de ellas y ellos mismos, en busca del equilibrio físico y emocional, fundamental en el proceso de embarazo, parto y postparto. Este componente se desarrollará de manera más amplia en este Manual Técnico.

<sup>17</sup> CCSS (1996). Manual Operativo de las Clínicas de Atención Prenatal. San José, Costa Rica.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 27 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## 2. Componente de Educativo

La población objetivo de este Manual Técnico es el personal interdisciplinario de salud que labora en las diferentes unidades de atención de la Red de Servicios de la CCSS, la cual será capacitada por medio del mismo, adaptando los conocimientos y estrategias brindadas en este Manual con la intención de transmitir el conocimiento a la población meta.

Para lograr que el personal de salud se convierta en agentes multiplicadores del proceso de enseñanza-aprendizaje de la Educación Prenatal a las mujeres gestantes y sus familias dentro de sus comunidades, es indispensable que cuenten con un marco teórico donde se desarrollen conceptos básicos de educación en salud y educación comunitaria.

### 2.1 Conceptos Básicos en Educación en Salud

Este Manual Técnico se fundamenta en los principios de educación en salud, establecidos a nivel mundial y avalado por la Organización Panamericana de la Salud. A continuación se presentan algunos conceptos de educación en salud en términos generales, así como, otros conceptos en educación comunitaria y educación en salud en adultos.

Se define educación en salud como “el proceso esencialmente activo que envuelve cambios en la manera de pensar, sentir y actuar de los individuos, con respecto a la obtención de salud”, tal y como lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es el proceso por el cual los individuos cambian o adquieren conocimientos, actitudes y prácticas referentes a la salud (didáctica en salud). Su importancia estriba en que la educación tiene como objetivo primordial lograr cambios positivos en la conducta de las comunidades con respecto a salud, se insiste en el proceso educativo, ya que no basta con que la población modifique sus conocimientos si su actitud y prácticas siguen siendo inadecuadas, ya que existen personas que aunque tengan los conocimientos indispensables sobre salud, continúan con prácticas desfavorables. Por lo tanto, los esfuerzos educativos que se realicen a nivel comunitario juegan un papel importante en la adopción de estilos de vida saludables.


La educación en salud para las personas usuarias(os) de los servicios de salud, se conceptualiza como un proceso continuo y permanente, encaminado a desarrollar una conciencia crítica y reflexiva a través de actitudes, conocimientos y prácticas sobre salud, en las personas consideradas adultos, por la sociedad a que pertenecen y que contribuye a su superación y a la transformación del medio en todo sus aspectos.<sup>18</sup>

La Educación en salud comunitaria es un proceso de adquisición, reafirmación o cambio, en los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de individuos, grupos y comunidades, con respecto a la salud.<sup>19</sup>

En conclusión, cuando se tiene como objetivo primordial lograr cambios positivos en la conducta de las personas con respecto a salud, la educación en salud en los diferentes grupos etáreos, juega un papel muy importante. La educación prenatal que se realice a las mujeres gestantes y sus familias, por lo tanto es de vital importancia si se requiere que éstas le den un valor alto a su salud, y realicen los estilos de vida que se necesitan para vivir sanamente.

<sup>18</sup> Álvarez, R. (1998). Didáctica en Salud: Aspectos teóricos y prácticos. Editorial EFUNA. Heredia, Costa Rica.

<sup>19</sup> Álvarez, R. (1998). Didáctica en Salud: Aspectos teóricos y prácticos. Editorial EFUNA. Heredia, Costa Rica.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 28 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## 2.2 Metodología Educativa propuesta

La metodología educativa que se utiliza en este Manual Técnico se basa en el concepto de Constructivismo, el cual se define como la actitud de la persona al construir su propio conocimiento. La educación basada en el constructivismo parte de que el conocimiento no es de nadie, las personas aprenden con la guía de un facilitador(a), reflexionando, discutiendo, aprendiendo autodisciplina, trabajo en equipo, toma de decisiones, razonando y discutiendo en grupo, y siendo partícipes activos de su propio aprendizaje.

Comparando la metodología educativa constructivista con la tradicional, en esta última el facilitador(a) es el que sabe, educa, piensa, habla, disciplina, es quien escoge y prescribe la opción, actúa, escoge el contenido programático, identifica la autoridad del saber con su autoridad funcional, negando la libertad de quien recibe la información y es el sujeto del proceso.

El objetivo de la metodología educativa constructivista consiste en que quienes reciben el conocimiento, lo pongan en práctica de manera efectiva, ya que es por medio de esta práctica en la que se desarrolla el saber acumulado, es decir la educación se centra en los participantes del proceso educativo y no en el facilitador(a).<sup>20</sup> En esta metodología educativa el ser humano es el constructor de su conocimiento, gracias a sus potencialidades, conocimientos previos, experiencias, y entorno, entre otros.

En este Manual Técnico, las mujeres gestantes y sus familias son vistos como personas que cuentan con su conocimiento propio, producto de sus experiencias en el contexto donde se desenvuelven, y no solo como receptoras de conocimiento que se les impone, sino más bien como personas activas y creativas en su proceso de aprendizaje, facilitadoras de la educación de sus compañeras(os) (grupos de pares).


Por las características propias del proceso que conlleva la implementación del Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias en los servicios de salud de la CCSS, la metodología educativa constructivista es la que más se ajusta a los requerimientos de la población y a los objetivos formulados para este Manual Técnico, ya que dicha metodología permite a las mujeres gestantes y sus familias desarrollar sus potencialidades como la creatividad, participación, cooperación y sobre todo la introyección de los conocimientos adquiridos en el proceso del enseñanza-aprendizaje generados alrededor de la educación perinatal.

## 2.3 Técnicas Educativas Propuestas

Con el fin de poder operativizar el proceso de enseñanza-aprendizaje que conlleva la educación perinatal, es fundamental que el personal de salud facilitador de este proceso cuenta con técnicas educativas que le permitan generar espacios de educación en salud que repercutan de manera positiva en las prácticas, actitudes y conocimientos que adquieran y

---

<sup>20</sup>Idem.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 29 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

transformen las mujeres gestantes y sus familias en relación al proceso de embarazo, parto, puerperio, etc.

Esta técnicas educativas serán utilizadas por el personal de salud según las necesidades, contexto, población, objetivo, temática y modalidad de atención (grupal o individual) que desee alcanzar con las mujeres gestantes y sus familias en el proceso de educación perinatal, por lo que se le brinda una gama de opción que puede hacer uso cuando lo considera pertinente.


Las técnicas educativas son procesos didácticos que se constituyen en diferentes modalidades de acción. Cada técnica educativa tiene sus características propias que las hacen diferentes de las otras. Existen técnicas educativas para ser usadas de manera individual, grupal y masiva, dependiendo de los objetivos que se quieran cumplir y de la población objetivo que se quiere educar. La elección de dichas técnicas educativas depende del recurso humano, físico, de infraestructura con el que cuenta el Centro de Salud, así como características, contexto sociocultural, económico, entre otros, de la población de las mujeres gestantes y sus familias.

Las técnicas de educación individual se realizan de persona a persona, en donde el proceso educativo resulta más efectivo, ya que permite una retroalimentación continua entre facilitador(a) y la población objetivo. En el caso de la educación perinatal pueden ser utilizadas estas técnicas durante la consulta, preconsulta, visita domiciliar, etc., algunas de dichas técnicas de educación individual son:

- La entrevista individual.
- La demostración individual.
- La asesoría o consejería telefónica (en el caso que existe el recurso).

Las técnicas educativas grupales consisten, en el trabajo educativo en pequeños grupos, no mayores de 35 personas, la ventaja de su utilización estriba en que se puede tomar grupos de personas simultáneos, en donde se les da los conocimientos indispensables sobre un tema determinado. En el caso del proceso de educación perinatal, las técnicas grupales son de gran importancia para la realización de cursos grupales de educación perinatal, anteriormente llamados “cursos de preparación para el parto”, en los cuales la técnicas educativas son fundamentales en este proceso de construcción conjunta del conocimiento. Las técnicas de educación grupal son:

- Técnicas introductorias
- Charla
- Conferencia
- Discusión en grupos (Foro/Video Foro/ Cine Foro y otros)
- Simposio
- Mesa redonda.
- Taller
- Dramatización/role play
- Phillips 66
- Demostraciones

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 30 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Las técnicas de educación masiva consisten en la transmisión de mensajes, dirigidos a una gran cantidad de personas; su ventaja estriba en que los mensajes que se desean enviar, llegan a un gran número de personas al mismo tiempo. Estas técnicas pueden ser utilizadas en diversos casos, como son en las ferias de la salud, programas de salud televisivos o radiales, entre otros, cuyo fin sea la educación perinatal. Las técnicas de educación masivas son las siguientes:

- Radio.
- Televisión.
- Prensa escrita.
- Carteles expuestos a nivel masivo.
- Material impreso, repartido a nivel masivo.

Las técnicas antes descritas son modalidades de acción educativas que se enmarcan en una determinada metodología, ya sea a distancia, en línea, presencial y otros. En el caso de este Manual Técnico se trabajará específicamente bajo la metodología constructivista. Se utilizarán las técnicas educativas individuales se utilizarán tomando en cuenta los recursos del Centro de Salud y las características sociales, psicológicas, económicas y culturales de la población meta, especialmente en el caso de bajo nivel educativo, problemas que limiten la educación, limitaciones cognitivas, dificultades de acceso al centro de salud, diferencias culturales y/o idiomáticas, entre otras. En el caso de las técnicas educativas grupales, éstas se utilizarán cuando la población objetivo sea numerosa, con el fin de facilitar el proceso de retroalimentación entre pares, reuniendo a las usuarias(os) en pequeños grupos, que permitan el mejor desarrollo del enseñanza-aprendizaje. Las técnicas educativas masivas se implementarán cuando la población objetivo es numerosa, con nivel educativo alto y se cuente con el recurso indispensable para su aplicación.


A continuación se describirán las técnicas educativas sugeridas para implementar en el proceso de educación perinatal propuesto en este Manual Técnico, las cuales deben ser valorados por el personal de salud a cargo del proceso de educación perinatal para las mujeres gestantes y sus familias, con el fin de contar con herramientas educativas que faciliten dicho proceso.

### **2.3.1 Técnicas Educativas Individuales**

Se sugiere la utilización de técnicas educativas individuales según las necesidades de la población a la que va dirigido, como en el caso de usuarias(os) con limitaciones físicas y/o cognitivas, bajo nivel educativo, dificultades para asistir a sesiones educativas grupales, entre otros. Tomando en cuenta los recursos de infraestructura, humanos, etc., con los que cuente el Centro de Salud.

#### **2.3.1.1 Entrevista individual**

Es una conversación entre dos personas con la finalidad de intercambiar información, educar y brindar consejería al entrevistado, fomentando un comportamiento positivo en la salud del entrevistado. Como por ejemplo, se puede aplicar esta técnica en la consejería sobre lactancia materna y el proceso de ablactación del niño(a) tomando en cuenta las particularidades de la madre y el niño(a), brindando una intervención individualizada.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 31 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### 2.3.1.2 Demostración Individual

Es una técnica educativa que utiliza la exposición y exhibición de persona a persona. Permite estimular los sentidos, ya que la persona puede ver, tocar, oler, oír y/o degustar lo que se está demostrando. El facilitador(a) explica paso a paso el procedimiento que se desea seguir según el tema escogido. Como por ejemplo, se puede hacer una demostración individual sobre el baño del recién nacido, que permita vivenciar a la mujer gestante y su familia dicha experiencia.

### 2.3.1.3 Asesoría o consejería telefónica

Es una conversación telefónica entre dos personas, con la finalidad de intercambiar información, educar y brindar consejería al entrevistado, fomentando un comportamiento positivo en la salud del entrevistado. Por ejemplo, un centro salud puede al seleccionar esta técnica, definir un facilitador(a), horario y número telefónico para captación de llamadas telefónicas de la población que requiera educación perinatal, realizando una publicidad adecuada de dicho recurso educativo.

## 2.3.2 Técnicas Educativas Grupales

Son aquellas que se utilizan en grupos no muy grandes de personas, para que el mensaje que se quiere enviar llegue a todos(as) los participantes, se permita la retroalimentación y participación activa del grupo.

Al ser participativas, las técnicas grupales facilitan el aprendizaje de los miembros, de manera que los aportes de cada uno(a) de los participantes son válidos. Fortalecen la relación de grupo ya que se utiliza el ingenio y creatividad de todos(as), esto les provee un sentido de pertenencia y aceptación.


Son consideradas también como útiles herramientas mediante las cuales el proceso de enseñanza-aprendizaje se desarrolla de forma activa de manera lúdica y significativa, dependiendo del contexto, las características del grupo, objetivos y finalidad.

No todos los temas sugeridos en este Manual Técnico pueden ser desarrollados utilizando la técnica grupal, debido a que hay contenidos que por su profundidad y complejidad deben ser tratados de manera individual o personalizada, y dependiendo de las características y contexto sociocultural y económico las mujeres gestantes y sus familias. Sin embargo en aquellos temas en los que sí se puede utilizar esta técnica educativa asegura la participación activa de los miembros lo que nos permite un seguimiento de los objetivos y su consecución, al conocer mejor a los participantes pues los temas se desarrollan en un ambiente de confianza y seguridad.

### 2.3.2.1 Charla<sup>21</sup>

Es una técnica informal, que permite en un ambiente lúdico la participación del público en el tema tratado. Se aplica cuando se quiere desarrollar un tema en un ambiente informal y con la participación de un grupo de personas desde el inicio de la técnica.

<sup>21</sup>Álvarez, R. (1998). Didáctica en Salud: Aspectos teóricos y prácticos. Editorial EFUNA. Heredia, Costa Rica.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 32 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Esta técnica tiene como ventajas las siguientes: es amena, produce un ambiente informal agradable (lúdico), el público puede participar desde el inicio, provee información sobre el tema tratado e invita a la reflexión sobre el tema, entre otras.

Como limitaciones se pueden mencionar las siguientes: tendencia al desorden sino se coordina adecuadamente y además no debe extenderse más de treinta a cuarenta minutos, entre otras.

El facilitador(a) inicia con una pregunta, una anécdota, una experiencia o mostrando algún objeto relacionado con el tema. Brinda oportunidad en cualquier momento a la participación de los participantes. Si la participación no es espontánea, el charlista debe promoverla, coordinando la discusión y verificando el cumplimiento de los objetivos. Como por ejemplo, esta técnica puede ser aplicada en el tema de Salud sexual y reproductiva, entre otros.

### 2.3.2.2 Conferencia<sup>22</sup>

Es la exposición de un tema que desarrolla un experto, se aplica cuando se quiere desarrollar un tema sin ser interrumpido. Es una exposición unidireccional, en donde el conferencista mantiene a los participantes escuchándolo por varios minutos. Al final de la exposición, los(as) participantes pueden hacerle preguntas al conferencista.

Sus ventajas son las siguientes: provee información sobre un tema determinado, el conferencista puede exponer en una forma ordenada el tema, pues no hay interrupciones. Se puede adaptar el contenido al tiempo previsto para la exposición, ya que no se permite el dialogo durante la conferencia. Invita a la reflexión de los participantes sobre el tema tratado.

Algunas de sus limitaciones radican en: es una técnica pasiva unidireccional, que no se debe extender más de los 45 minutos en la exposición, ya que la atención del público disminuye. El verbalismo del conferencista durante un tiempo prolongado produce en los(as) participantes cansancio, fatiga y falta de interés. Por ejemplo, esta técnica puede ser utilizada en los temas de: anatomía y fisiología y/o desarrollo embrionario, entre otros.


### 2.3.2.3 Discusión en grupos (Foro/Video Foro/Cine Foro y otros)<sup>23</sup>

Es una técnica educativa en donde se discute informalmente sobre un tema. Esta discusión es conducida por un moderador o coordinador. El foro se utiliza a continuación de una actividad de interés general (cine foro, video foro, etc.), una representación teatral, una conferencia u otra experiencia educativa. También puede constituir la parte final de una mesa redonda, simposio, panel, role play y otras técnicas grupales.

Sus ventajas radican en: da oportunidad de participar a todos los asistentes, promueve la actitud crítica y un clima agradable e informal. Algunas de sus limitaciones son: una inadecuada coordinación puede crear un ambiente anárquico. Se debe tener cuidado de que se discuta sobre el tema en cuestión y que los participantes no se excedan en el tiempo de participación.

<sup>22</sup>Idem.

<sup>23</sup>Álvarez, R. (1998). Didáctica en Salud: Aspectos teóricos y prácticos. Editorial EFUNA. Heredia, Costa Rica.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 33 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Esta técnica educativa puede ser utilizada en diversos temas, como: maternidad y paternidad responsable, uso y abuso de drogas, proyecto vida, entre otros.

#### **2.3.2.4 Simposio<sup>24</sup>**

Es un procedimiento en donde un grupo de expertos (de 3 a 6) opinan, usando la exposición sobre diferentes aspectos de un mismo tema, ante los(as) participantes. Es una técnica educativa bastante formal. Es muy usado cuando se tiene como objetivo analizar un tema desde diferentes perspectivas complementarias.

Sus ventajas radican en que los contenidos desarrollados son confiables y actualizados debido a que son tratados por especialistas en la materia. Como limitaciones se pueden considerar las siguientes: se requieren reuniones previas con los especialistas para que los puntos de vista resulten congruentes con el tema central; es difícil la coordinación con los especialistas debido a sus múltiples ocupaciones, además, muchas veces el lenguaje de los expertos no está dentro del nivel de comprensión de los(as) participantes. Por ejemplo, se puede utilizar en distintos temas, como: embarazo adolescentes, lactancia materna, etc.

#### **2.3.2.5 Mesa Redonda<sup>25</sup>**

Es una técnica educativa, en donde un grupo de especialistas exponen puntos de vista divergentes o contradictorios sobre un mismo tema, por ejemplo si se expone sobre el tema de la Eutanasia, se invita a expertos en el tema con diferentes posiciones, algunos que estarán a favor o en contra de esta práctica.

Sus ventajas son que promueve una actitud crítica de los(as) participantes hacia el tema tratado, facilita la comprensión y respeto de diferentes formas de pensar. En el caso de sus limitaciones se puede mencionar que los(as) participantes pueden optar posiciones totalmente opuestas, lo que puede generar problemas de comunicación entre los(as) participantes.

Esta técnica puede ser utilizada en diferentes temáticas, como: utilización de métodos anticonceptivos, mitos y temores del cuidado del recién nacido.

#### **2.3.2.6 Taller**


Es una técnica muy útil cuando se desea desarrollar temas educativos para la salud, el grupo debe ser de unas 20 personas. Este grupo se reúne para planear, crear y evaluar diferentes materiales que se van a utilizar en el desarrollo de las actividades.

Sus ventajas radican en que se fomenta el trabajo en equipo, con un ambiente familiar, promoviendo la participación de todos(as) por medio del aprendizaje, además se estimulan el conocimiento, la creatividad, la originalidad, la imaginación y la integración entre la teoría y la práctica.

Dentro de las limitaciones que presenta el trabajo grupal están la necesidad de un lugar con las condiciones necesarias y suficientes recursos para la creación de productos finales, además quien conduce la actividad es quien propone el tipo de trabajo por desarrollarse de acuerdo con la capacidad de quienes participan.

<sup>24</sup> Idem.

<sup>25</sup> Álvarez, R. (1998). Didáctica en Salud: Aspectos teóricos y prácticos. Editorial EFUNA. Heredia, Costa Rica.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 34 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Un ejemplo de esta técnica educativa es el taller escuela para padres que se imparte en algunos servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

### **2.3.2.7 Dramatización/role play**

Esta es una técnica educativa en la que uno o varios participantes representan situaciones de la vida real por medio de una dramatización, es decir asumiendo roles reales actuados para interpretar una vivencia real. Con esto se pretende que la audiencia comprenda una determinada situación.

Tiene como ventajas que capta el interés de la audiencia, estimula la participación de quienes observan, se mantiene un ambiente informal pero interesante al tiempo que evoca las experiencias de quienes participan tanto actuando como de espectadores. Además no se necesita la creación de libretos ni de ensayos, ya que los temas son sencillos y tomados de experiencias vividas por quienes participan.

Dentro de sus desventajas se encuentran que no todos los que participan tienen habilidades para interpretar determinadas situaciones, se necesita de un nivel de madurez por parte de los que van a actuar para cumplir los objetivos de la interpretación.

Se pueden dramatizar temas como la consulta prenatal en donde participa desde la secretaria cuando se presentan los documentos en el servicio, la auxiliar de Enfermería cuando realiza la intervención de educación, interrogación, realización de medidas antropométricas hasta el médico en la consulta.

### **2.3.2.8 Phillips 66**


Es la técnica educativa en la que, al total de asistentes se les divide en subgrupos de 6, se les asigna un determinado tema el cual discuten durante 6 minutos. Todos los subgrupos presentan informe o resumen del tema discutido y se sacan conclusiones generales para todo el grupo.

Se utiliza cuando el tiempo para desarrollar un tema es corto, esto permite que los participantes se conozcan más y por lo tanto se acercan para compartir vivencias, experiencias, temores y dudas.

Tiene la ventaja que estimula la participación de cada integrante del grupo de forma activa, ya que al contar con poco tiempo cada uno expone sus ideas rápidamente. Al ser un grupo pequeño ayuda a disminuir la vergüenza de hablar en público, además de crear un sentido de responsabilidad por la participación y expresar opiniones. Se debe realizar en un ambiente de respeto y libertad de compartir las ideas que se tienen sin que se juzgue ya que se caracteriza por ser flexible.

Una limitante al usar esta técnica educativa es el breve tiempo con que se cuenta para desarrollar una temática. Además requiere de destreza por parte de quien la dirige y de una planeación previa para que los objetivos planteados se cumplan.

El tema que se elige para ser tratado con esta técnica educativa debe ser revisado con anterioridad así como los recursos audiovisuales con los que se va a realizar y el lugar o

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 35 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

espacio donde se llevará a cabo. Por ejemplo, un tema que puede ser tratado con esta técnica es la paternidad responsable y activa en el cuidado del recién nacido.

### 2.3.2.9 Demostraciones

Es la técnica educativa que por medio de la exposición y la exhibición se logra estimular los sentidos y por consiguiente el aprendizaje ya que se da una mezcla del conocimiento teórico y práctico. Es decir que se realiza la demostración de un determinado tema basado en principios teóricos antes expuestos. Por ejemplo en el baño del bebé se coloca primero el agua tibia en la tina, se prueba su temperatura y por último se baña al recién nacido.

Para ser exitosa esta técnica educativa, debe ser planeada con anterioridad, seleccionar los temas, los recursos audiovisuales y materiales que se van a utilizar. Se debe tener presente que en algunas demostraciones se necesita más de un participante y un espacio físico amplio donde todos los participantes puedan observar el desarrollo de la misma.

También se tiene que dar en un ambiente relajado en el que la audiencia pueda interrumpir en caso de dudas para su respectiva aclaración.

Esta técnica educativa tiene como ventaja que ayuda a que una explicación teórica de determinado tema quede clara por medio de la práctica, al ser concreta y objetiva. Los temas expuestos pueden ser evaluados por medio de la retroalimentación al realizar la demostración del tema seleccionado debido a que es un método dinámico.


Dentro de sus desventajas se encuentra que se dispone de poco tiempo, de 10 a 30 minutos explicándose un tema a la vez y explicándolo paso a paso. Debe asegurarse que toda la audiencia pueda observar, logrando mantener su atención sin silencios prolongados. No se debe cargar la mesa de la demostración ya que se puede perder el interés de los participantes, al tiempo que se tienen que ir resaltando los puntos más importantes que se desea recuerden por lo que hay que realizar la devolución de lo expuesto para revisar el nivel de cumplimiento de los objetivos establecidos. Como antes se detalló, es poco el tiempo disponible para su realización, por lo que la persona que realiza la demostración debe contar con la destreza necesaria para lograr con éxito que el mensaje llegue a la audiencia.

Esta técnica educativa se puede utilizar para desarrollar el tema del baño y cuidados del recién nacido, cuidados del ombligo, colocación del pañal y crema protectora, vestido y tiempo de exposición al sol, entre otros.

### 2.3.3 Técnicas introductorias<sup>26</sup>

Son actividades que se realizan al inicio de cualquier sesión educativa, con la finalidad de crear un ambiente propicio, de confianza, familiaridad, seguridad y cohesión de grupo, de tal manera que en el momento en que se desarrolle dicha sesión educativa las(os) participantes estén en capacidad de interactuar de forma positiva, lo que facilita el proceso de enseñanza-aprendizaje.

<sup>26</sup>Vargas Vargas, L. (1992). Técnicas participativas para la educación popular. Centro de estudios y publicaciones Alforja. San José, Costa Rica.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 36 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

A continuación se presentarán algunos ejemplos de técnicas introductorias que promuevan la participación activa y que pueden ser utilizados en educación perinatal tanto de manera grupal o individual.

### **2.3.3.1 Presentación de parejas**

El facilitador(a) da la indicación de que no se van a presentar por parejas y que éstas deben intercambiar determinado tipo de información que es de interés para todas(os), por ejemplo el nombre, el interés por curso, sus expectativas, información sobre su trabajo, su procedencia y algún dato personal.

La duración de esta dinámica va a depender del número de participantes, y luego se da un máximo de tres minutos por pareja para la presentación, de la información dada por la pareja. Esta dinámica se utiliza para el inicio de un taller o jornada educativa

### **2.3.3.2 Telaraña**

Para esta actividad se utilizará un ovillo de lana o mecate/cuerda. En el desarrollo de esta actividad, los participantes se colocan en círculos, el facilitador(a) entrega a uno de ellos(as) el ovillo de lana o mecate/cuerda, éste(a) tiene que decir su nombre, procedencia, tipo de trabajo que desempeña, interés de su participación. Luego, se deja la punta del ovillo de lana o mecate/cuerda y lo lanza a otro(a) participante, quien a su vez debe presentarse de la misma forma. Esto se repite hasta que todos(as) los(as) participantes queden enlazados en una especie de telaraña.

El último(a) de los(as) participantes que se queda con el ovillo de lana o mecate/cuerda dice los datos de su compañero(a) anterior, y éste(a) a su vez hace lo mismo hasta que el ovillo de lana o mecate/cuerda regrese al compañero(a) que inicial lo lanzó.


### **2.3.3.3 Calles y avenidas**

El grupo debe de estar conformado por al menos de 20 participantes, deben conformarse en tres o cuatro filas cada una con el mismo número de participantes, una al lado de la otra, dándose las manos quedando así formadas las avenidas. En el momento en que el facilitador(a) lo indique se vuelven a la derecha, formando así las calles. Se le solicita a dos participantes que uno sea el gato y el otro el ratón, para que el gato persiga al ratón a través de las calles y avenidas.

Los demás participantes tratarán de impedir que el gato se coma al ratón, por lo que el facilitador(a) deberá estar atento de dar la señal en el momento preciso para que cambien de calle a avenidas. El gato y el ratón no pueden pasar por donde las manos estén agarradas, en el momento en que el ratón sea atrapado se termina el juego.

### **2.3.3.4 Mar adentro y mar afuera**

Todos los(as) participantes se ponen de pie. Puede ser en círculo o en fila, según el espacio que se tenga y el número de participantes. Se marca una línea que representa la orilla del mar, los(as) participantes se ponen detrás de la línea.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 37 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Cuando el facilitador(a) da la orden de mar adentro, todos(as) dan un salto hacia delante sobre la raya. A la orden de mar afuera, todos(as) dan un salto hacia atrás de la raya. Debe hacerse de forma de rápida, los(as) que se equivocan salen del juego.

## 2.4 Recursos Audiovisuales Propuestos<sup>27</sup>

En el proceso de educación perinatal, el personal de salud puede utilizar diversas técnicas educativas, que a su vez pueden complementarse con diferentes recursos o ayudas audiovisuales; estas ayudas, son medios o recursos didácticos que todo facilitador(a) debe utilizar para hacer más eficiente el proceso de enseñanza y aprendizaje. Las ayudas audiovisuales no son un fin en sí mismas, no sustituyen al facilitador(a), sino más bien, son medios auxiliares que se utilizan para facilitar el proceso educativo.

No se debe conceptualizar a las ayudas audiovisuales como un conjunto de recursos materiales costosos y sofisticados, sino por el contrario, se deben conceptualizar sobre la base de recursos existentes en el Centro de Salud, que al aplicar una tecnología apropiada, se pueden adaptar a las necesidades y posibilidades económicas de cada Centro de Salud y al necesidades y características particulares de las mujeres gestantes y sus familias a los que se les brinda educación perinatal.


Se trata entonces de capacitar a dicho personal de salud para que utilice las ayudas audiovisuales que están a su alcance e identifique la amplia gama de recursos audiovisuales que existen, y reconozca las ventajas de su utilización para que así construya sus propias ayudas audiovisuales y las utilice. Por ejemplo, si se selecciona como técnica educativa una charla, las ayudas audiovisuales que se pueden usar son, un cartel, la pizarra, un video beam, material impreso, etc.

Existen diversos tipos de ayudas audiovisuales, las cuales son:

- Pictóricas: Dibujos, carteles, rotafolio, imanógrafo, franelógrafo, periódico mural, pizarra, fotografías,
- Auditivas: la radio (programa radial), grabadora (grabaciones para ejercicios y relajación)
- Proyectables: televisión (programas televisivos), retroproyector, videobeam (data show)
- Ejemplares y modelos: títeres, modelos (modelo de dientes, bebés, biberones, chupeta), ejemplares (frutas, alimentos, etc.) con el fin de demostraciones
- Impresos: las revistas, libros, panfletos, volantes (brochures), material fotocopiado, periódicos.

A continuación se presentarán una descripción de los diferentes tipos de ayudas audiovisuales que pueden ser tomados en cuenta por el personal de salud a la hora de realizar el proceso de educación perinatal de las mujeres gestantes y sus familias, tomado en cuenta sus características y contexto sociocultural, así como, los recursos existentes en el Centro de Salud.

<sup>27</sup> Álvarez, R. (1987). Las ayudas audiovisuales. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, INCAP. Publicación INCAP. Guatemala, C.A.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 38 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### 2.4.1 Pictóricas

Son todas las ayudas audiovisuales que tienen pinturas o ilustraciones tales como:

- Dibujos: son de gran uso cuando se desea expresar un tema de salud, en el que se requiere que haya un alto nivel de comprensión por parte de la audiencia. Éstos deben ser elocuentes para que se cumpla con el objetivo que se desea enseñar.
- Carteles: más usados para enviar mensajes a una gran audiencia, tanto las letras como los dibujos utilizados deben guardar equilibrio para producir el efecto visual que se desea.
- Gráficos: tienen un mayor grado de dificultad para comprenderlos, se usan más en estudios estadísticos de cualquier disciplina.
- Rota folio: son un grupo de láminas que contienen dibujos, recortes, letras o mezclas de ellas dependiendo del tema que se desea desarrollar.
- Periódico mural: es una lámina o pizarra que se destina para pegar carteles, circulares, material informativo que se desea dar a conocer. Se debe cambiar de forma periódica para mantener el interés de las personas de acercarse a leer y revisar la información.
- Pizarra: sigue siendo un medio muy utilizado para la educación, ya sea de tiza o acrílica.
- Juegos educativos: los diferentes temas de salud se pueden impartir por medio de juegos didácticos en los que los participantes, dirigidos por un coordinador realizan actividades ordenadas con un principio y un final buscando una meta.

### 2.4.2 Auditivas


Los recursos auditivos son todos aquellos que se escuchan, tales como:

- Grabadoras: pueden ser utilizadas para grabar un mensaje como para reproducir música durante la exposición de un tema.
- Radio: en muchos sitios del país sigue siendo un medio donde se dan a conocer las noticias educativas, también se usa como medio de apoyo para anunciar diferentes cursos educativos que se imparten en la Institución.
- Teléfono: se usa por ejemplo en la línea para confirmar citas, horarios de curso o actividades educativas.
- Micrófono: es un recurso que ayuda a que el mensaje llegue a toda la audiencia sin mayor esfuerzo del facilitador.

### 2.4.3 Proyectables:

Son todos aquellos recursos que se proyectan, como por ejemplo:

- Proyector o video beam: muy utilizado ya que amplía la imagen proyectada según la necesidad del facilitador, de acuerdo a la cantidad de participantes presentes y tamaño del espacio físico.
- Cine: se usa mucho en el cine foro, en el que luego de presentar una película se da la discusión del tema central de la misma, con la participación activa de la audiencia.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 39 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### 2.4.4 Ejemplares y modelos:

Son aquellas ayudas audiovisuales ya sean ejemplares de animales, plantas o minerales, así como moldes o modelos de diferentes estructuras anatómicas. En este grupo se encuentran:

- Títeres: se crean personajes para dramatizar determinada situación, en la que el participante no tiene que ser visto, ayuda al buen aprendizaje del tema expuesto.
- Modelos: son aquellas estructuras que se asemejan a las reales y con las que se presenta un tema con mucha claridad como por ejemplo moldes de dientes, modelos anatómicos, etc.
- Frutas: son de gran uso sobre todo en temas de nutrición, para representar las cantidades que se deben consumir.

### 2.4.5 Impresos

Son todos aquellos recursos como por ejemplo:


- Revistas: se utilizan mucho en la actualidad y ya existen las que tratan temas específicos, como propios de la maternidad y sus cuidados. Con este tipo de información se educa a la población, ya sea de manera formal o por medio de historietas y dibujos.
- Libros: siguen siendo los recursos más antiguos y más utilizados en la educación.
- Panfletos: consiste en una hoja tamaño carta que dobla en varias partes, en la que transmite un mensaje sencillo con puntos específicos que se desea conozca la audiencia.
- Volantes: es un medio práctico para dar a conocer una información sencilla a gran cantidad de personas.
- Periódicos: son muy usados como medio de información masiva, en los que se pueden tratar temas de salud con mayor profundidad.

Una vez revisadas las ayudas audiovisuales que se disponen en la actualidad es importante entender que queda a criterio del personal de salud que desarrolla el tema educativo la selección de la misma. Esto de acuerdo a los objetivos planteados y la población a la que va dirigido el mensaje, tomando en cuenta el ambiente en el que se vaya a impartir la educación y los recursos disponibles en el Centro de Salud.

Estas ayudas son un recurso de apoyo en el proceso educativo, se consideran como recursos que facilitan la enseñanza aprendizaje, pero no son un fin en sí mismos. Por lo tanto en ausencia de estos recursos el facilitador debe contar con la habilidad de utilizar lo que haya a su disposición en ese momento, e improvisar en caso de falla en la electricidad o del recurso usado.

## 2.5 Programa del Contenido Educativo Propuesto

A continuación se presenta un desglose de contenidos educativos propuestos a desarrollar en el proceso de educación perinatal en los diferentes Centros de Salud de la Red de Servicios de Salud Institucionales. Los mismos están sujetos a adaptación según la modalidad utilizada en el proceso de educación (grupal y/o individual), características socioculturales y personales


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 40 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

de las mujeres gestantes y sus familias, las necesidades expresadas por dichas usuarias y los recursos disponibles en el Centro de Salud. Se incluyen Técnicas y recursos audiovisuales sugeridos por utilizarse por el personal de salud a cargo según al tema a tratar.


Cada contenido educativo se desarrolla de manera amplia por parte de un experto colaborador(a) y es anexado en este Manual, con el fin de homologar y estandarizar el proceso de educación perinatal institucional, brindado fundamentos técnicos para el desarrollo de los posibles temas a abordar en dicho proceso de educación en salud. (ver Cuadro 3)

**Cuadro 3.** Temas educativos propuestos en el proceso de educación perinatal grupal y/o individual


Tema Educativo	Contenidos	Técnicas y recursos educativos sugeridos.	Responsable(s)
Movimiento humano. (ver Apartado 15)	-Técnicas de Relajación. -Técnicas de Respiración. -Yoga	Demostraciones. Prácticas ejercicios. Sesiones relajación.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
Sistema Reproductor Humano (ver Anexo N° 5)	-Desarrollo órganos sexuales femeninos y masculinos. -Ciclo menstrual. -Despertar de la respuesta sexual en los(as) adolescentes.	Charla y foro con utilización del video beam.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
Desarrollo embrionario. (Ver Anexo N° 6)	-Fecundación. Nidación o implantación -Desarrollo, formación y funciones de la placenta. -Desarrollo embrionario por semana de gestación. -Factores de riesgo que pueden afectar el desarrollo embrionario.	Charla. Foro con utilización de fotos y dibujos como medios audiovisuales.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
Cambios fisiológicos durante el embarazo. (Ver Anexo N° 7)	-Cambios fisiológicos por semana. -Cambios hormonales. -Control prenatal (consulta prenatal). -Signos y síntomas durante el embarazo. -Duración normal del embarazo.	Charla. Discusión de grupo. Utilización de carteles, pizarra o video beam.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
¿Cómo dar malas noticias en el embarazo? (Ver Anexo N° 8)	-Diagnóstico de enfermedad. -Manejo del dolor en terapia. -Empatía.	Discusión en grupo. Charla.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
Atención Prenatal. ( Ver Anexo N° 9)	-Control mensual. -Exámenes solicitados.	Charla, discusión de grupo, preguntas y respuestas. Foro, material impreso.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
Nutrición antes,	-Alimentación durante el	Demostraciones	Coordinador(a) del

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 41 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003


durante y después del embarazo. (Ver Anexo N° 10)	embarazo y requerimientos nutricionales de la mujer embarazada. -Mitos y creencias en la alimentación durante el embarazo. -Mitos y creencias en la alimentación durante la lactancia materna. -Alimentación durante el proceso de lactancia -Uso de ácido fólico, hierro y vitamina C. -Alimentación para la gestante adolescente embarazada. -Alimentación para la gestante de alto riesgo obstétrico.	sobre alimentos, discusión de grupo para reafirmar conceptos. Utilización de modelos de alimentos, carteles video beam y alimentos en vivo.	curso y su equipo docente interdisciplinario
Cuidado bucodentales en la mujer embarazada y el niño(a) hasta los 3 años. (Ver Anexo N° 11)	-Cambios fisiológicos bucodentales de las mujeres durante el embarazo y lactancia -Cuidados bucodentales de las mujeres durante el embarazo y lactancia. -Técnicas de cepillado	Charla, discusión de grupo utilizando modelos anatómicos dentales. Pizarra, material impreso.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
Estimulación prenatal. (Ver Anexo N° 12)	-Significado, importancia y beneficios para la madre y el bebé -Proceso (por etapas) -Técnicas según edad gestacional.	Taller y discusión de grupo. Demostraciones sobre diferentes técnicas. Material audiovisual como carteles y video beam.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario.
Mitos y temores durante el embarazo. (Ver Anexo N° 13)	Mitos, creencias y prácticas populares	Charlas, discusiones de grupo demostraciones y dramatizaciones sobre los temas. Utilización de ejemplares y modelos sobre el tema.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
Adicción durante el embarazo y lactancia materna. ( Ver Anexo N° 14)	-Tipos de drogas y adicciones -Efectos secundarios en la madre gestante y en el desarrollo embrionario -Aspectos psicosociales y familiares -Tratamiento -Recurso de apoyo	Exposición y discusión de grupo, utilizando material de apoyo. Dramatización. Phillips 66.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
Recomendaciones para el cese del fumado.	-Consejos para dejar de fumar en el embarazo. -Importancia del consejo para	Exposición y discusión de grupo, utilizando material	Coordinador(a) del curso y su equipo docente

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 42 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

( Ver Anexo N° 15)	dejar de fumar durante el embarazo. -Estrategias para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar.	de apoyo. Mesa redonda, expositores, exposición de efectos en el niño(a) con Video Beam.	interdisciplinario
Complicaciones en el embarazo. (Ver Anexo N° 16)	-Patologías en el embarazo (Aborto, complicaciones, parto prematuro). -Diabetes gestacional, preclamsia. -Signos de alerta en el embarazo. -Complicaciones más frecuentes en el embarazo.	Charla con utilización de pizarra, carteles y dibujos.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
Fármacos utilizados en embarazo y lactancia. (Ver Anexo N° 17)	-Correcto uso de los medicamentos en mujeres embarazadas y en lactancia. -Correcto uso del hierro y ácido fólico en mujeres embarazadas y en lactancia -Correcto almacenamiento y desecho de medicamentos. (prevención de intoxicaciones por medicamentos en niños(as)) -Consejos en el uso general de medicamentos	Charla y demostración con utilización de muestras de medicamentos.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
Sexualidad durante el embarazo. ( Ver Anexo N° 18)	-Sexualidad durante el embarazo. -Mitos, tabúes y restricciones de la sexualidad en el embarazo. -Relaciones durante el puerperio.	Charla con utilización de pizarra, carteles y dibujos.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
Autocuidado de la mujer en el embarazo, parto y posparto. ( Ver Anexo N° 19)	-Embarazo alimentación, descanso y sueño. -Inicio del trabajo de parto. -Fases del parto -Parto normal. -Parto por cesárea. -Cuidados de la herida quirúrgica (cesárea, episiotomía)	Dramatizaciones. Demostraciones y charlas sobre los temas. Phillips 66. Utilización de video beam, carteles y material impreso ilustrativo.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
La depresión pos parto. ( Ver Anexo N° 20)	-Definición -Causas y factores de riesgo -Síntomas -Diagnóstico -Tratamiento -Prevención -Recomendaciones. -Abordaje de la depresión posparto(madre adolescente)	Discusión de grupo, utilización de metodología de pares, pizarra.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
Lactancia materna (Ver Anexo N° 21)	-Apego materno. -Clínicas de lactancia materna. -Cuidados de las mamas. -Técnicas de amamantamiento. -Extracción y almacenamiento de la leche. (Uso de chupón, chupeta)	Demostraciones y discusiones de grupo sobre el tema. Panel o simposio sobre los contenidos. Charlas sobre los	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 43 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ventajas y beneficios de la lactancia materna</li> <li>-Afecciones de las mamas durante el amamantamiento.</li> </ul>	<p>contenidos.</p> <p>Utilización de implementos audio visuales como láminas, fotos y dibujos o videos.</p>	
<p>Cuidados generales del recién nacido sano(a). ( Ver Anexo N° 22)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cuidados inmediatos y mediatos del recién nacido.</li> <li>-Carné del desarrollo integral del niño y la niña.</li> <li>-Cambios en la piel.</li> <li>-Aseo de genitales</li> <li>-Cambios fisiológicos en el recién nacido</li> <li>-Cuidados del Ombligo</li> <li>-Baño del recién nacido</li> <li>-Cuidados de la piel del área del pañal</li> <li>-Alimentación del recién nacido (lactancia materna exclusiva)</li> <li>-Uso del chupón y chupeta</li> <li>-Prevención de la muerte súbita</li> <li>-Signos de alarma en el recién nacido</li> <li>-Hallazgos normales en el recién nacido</li> <li>-Tamizaje neonatal</li> </ul>	<p>Simposio para enfocar los temas por diferentes profesionales como el Médico, Odontólogo, Enfermera, Psicóloga, etc.</p> <p>Charla, demostración y discusiones de grupo sobre los contenidos utilizando carteles y otros recursos audiovisuales apropiados.</p>	<p>Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario</p>
<p>Mitos y costumbres en el cuidado del recién nacido(a). (Ver Anexo N° 23)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mitos y verdades en los cuidados del recién nacido.</li> <li>-Prácticas culturales comunes en la población.</li> </ul>	<p>Discusión en grupo.</p> <p>Charla, demostraciones.</p> <p>Participación de los asistentes.</p>	<p>Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario</p>
<p>Estimulación temprana para niños(as) de 0 a 12 meses. (Ver Anexo N° 24)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Objetivos de la estimulación temprana.</li> <li>-Estimulación de la motricidad gruesa, socio afectiva, vestibular, auditiva.</li> </ul>	<p>Taller y discusión de grupo.</p> <p>Demostraciones.</p> <p>Dramatizaciones y Phillips 66 utilizando video beam y carteles o láminas alusivas a los contenidos.</p>	<p>Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario</p>
<p>Estimulación temprana de niños(as) de 1 a 5 años. ( Ver Anexo N° 25)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Significado, importancia y beneficios para el niño/a</li> <li>-Proceso (por etapas)</li> <li>-Técnicas y ejercicios según edad del niño/a (de 0 a 5 años)</li> <li>-Alteraciones del desarrollo del niño/a, signos de alerta.</li> </ul>	<p>Taller y discusión de grupo.</p> <p>Demostraciones.</p> <p>Dramatizaciones y Phillips 66 utilizando video beam y carteles o láminas alusivas a los contenidos.</p>	<p>Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario</p>
<p>Planificación familiar. ( Ver Anexo N° 26)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Métodos Anticoncepción.</li> <li>-Infecciones de transmisión sexual.</li> </ul>	<p>Charla, discusión de grupo, cine foro, utilizando carteles,</p>	<p>Coordinador(a) del curso y su equipo docente</p>

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 44 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

	-Salud sexual y reproductiva. -Derechos sexuales y reproductivos	dibujos, material impreso, modelos anatómicos.	interdisciplinario
ITS y VIH ( Ver Anexo N° 27)	-Comportamiento socioepidemiológico de las ITS y VIH. -Captación y manejo. -Promoción, prevención y control. -Monitoreo y seguimiento.	Charla, discusión de grupo, cine foro, utilizando carteles, dibujos, material impreso.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
Paternidad y maternidad responsable. ( Ver Anexo N° 28)	-Cambios en la dinámica familiar -Apoyo familiar a la mujer gestante -Roles materno y paterno -Manejo de límites	Charlas. Dramatizaciones con foro, utilizando diferentes recursos audiovisuales.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario
Legislación relacionada con la madre embarazada y lactante en Costa Rica. ( Ver Anexo N° 29)	-Lactancia Materna. -Código de la Niñez y Adolescencia. -Derechos y deberes usuarios(as) en los servicios de salud. -Legislación Laboral.	Demostraciones. Dramatizaciones y Phillips 66 utilizando video beam y carteles o láminas alusivas a los contenidos.	Coordinador(a) del curso y su equipo docente interdisciplinario

FUENTE: Elaboración propia.

## 2.6 Modalidad educativa a utilizar


### 2.6.1 Modalidad individual

Esta modalidad se implementará en aquellas situaciones en las que se necesite atender a la mujer gestante ya sea sola o con su acompañante de forma individual, por parte del personal de salud a cargo, durante la consulta prenatal, durante la consulta prenatal o en otro espacio designado para este efecto. La utilización de esta modalidad dependerá de las características personales y socioculturales de la mujer gestante y su familia, con el fin de brindarle un proceso de educación perinatal enriquecer y acorde a sus necesidades.

Cada mujer tiene una vivencia propia y experimenta este proceso de forma única por lo que se hace necesario atender de forma personalizada aquellas consultas o dudas que tenga y que no se sienta en confianza de preguntar en el grupo.

Es posible que los temas que se desarrollarán durante las sesiones generen dudas o consultas que por temor o por ser un asunto delicado sea necesario tratar de forma individual por el personal que este impartiendo el curso. Dependiendo de la necesidad de la mujer gestante, ésta será referida a un especialista para brindar la ayuda adecuada.

Las sesiones de educación perinatal deben ser un espacio en el que la mujer se sienta segura de realizar las preguntas que necesite sin sentir que será juzgada o señalada, ya que al brindarle estas condiciones se facilitará su participación en el grupo. Y por consiguiente el ambiente se prestará para que tanto ella como su acompañante participen de forma activa propiciando las condiciones para un mejor aprendizaje de los temas y su puesta en práctica tanto en el embarazo con el recién nacido(a)

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 45 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## 2.6.2 Modalidad grupal

En esta modalidad como su nombre lo dice se trabaja en grupos preferiblemente pequeños, de ser posible en los que las mujeres tengan una edad gestacional similar. Según los (as) profesionales entrevistados(as), encargados de impartir el curso en la actualidad sugieren que las mujeres tengan alrededor de los 5 meses de gestación en adelante, no siendo la edad gestacional un requisito para llevar el curso.

Este espacio en grupo es importante por la relación y educación entre pares o iguales, ya que se permite el espacio para compartir experiencias, aclarar dudas, temores, además que la educación entre pares resulta importante para estimular el inter aprendizaje grupal.

El tiempo de duración de cada sesión dependerá del tema que se vaya a desarrollar, una vez realizada la apertura del curso se presentara a las gestantes y sus familias un cronograma tentativo con la programación del mismo. En el cronograma se expondrán algunos temas que el personal que lo impartirá considere importantes desarrollar y otros tentativos, las (os) participantes tendrán la posibilidad de sugerir la exposición de temas que no estén contemplados de manera que el curso se convierta en una forma amena de aprender y transmitir conocimientos tanto teóricos como prácticos que permitan una vivencia placentera de la maternidad y la paternidad.


Es importante tomar en cuenta que cada sesión tendrá un apartado en el que se realizará actividad física con ejercicios de respiración y relajación o meditación. Por lo que es importante distribuir el tiempo considerando también el tiempo de receso y/o refrigerio para mantener a las(os) participantes atentas(os) e interesadas(os).

## 2.6.3 Captación de las mujeres gestantes y sus familias

La captación de las mujeres gestantes y sus acompañantes se puede realizar por diversos medios como: durante la preconsulta de la atención prenatal cuando el personal de Enfermería realice la intervención, afiches en las pizarras informativas de los Centros de Salud, referencias de participantes en cursos anteriores, medios de comunicación escrito y/o orales (por ejemplo: radio y periódicos locales), coordinación con organizaciones comunales y por medio de la referencia del personal médico cuando realiza la detección de la embarazada en un Primer Nivel, en caso de ser adolescentes serán referidas a la Clínica del Adolescente si por zona de atracción le correspondiera el Hospital Calderón Guardia o la Clínica u Hospital respectivo.


## 2.6.4 Distribución del tiempo durante las sesiones

El personal de salud encargado de impartir el curso de educación perinatal distribuirá el tiempo de cada sesión de acuerdo al tema que se vaya a desarrollar y a la cantidad de asistentes, tomando en cuenta que la duración de cada una es de 2 horas de 2 a 3 días a la semana. Como antes se ha mencionado en la metodología los temas se desarrollaran de acuerdo a los intereses de las(os) participantes tomando en cuenta sus necesidades tanto educativas, personales y socioculturales, es por ello que en la primera sesión se recomienda realizar actividades en las que las mujeres gestante y sus acompañantes expresen sus

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 46 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS  MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

necesidades en relación con los temas que les gustaría que se desarrollen durante las sesiones.

Es importante contar con el apoyo de un equipo interdisciplinario a la hora de impartir los temas, de acuerdo con las posibilidades del Centro de Salud, la zona geográfica en que se imparta el curso, de las facilidades y recursos con los que cuente el Centro de Salud y el nivel educativo de las gestantes y sus acompañantes.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 47 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### 3. Componente de Movimiento Humano

#### 3.1 Introducción

Un elemento fundamental en el proceso de educación perinatal es el componente del movimiento humano, el cual le brinda a las mujeres gestantes y sus familias herramientas que faciliten el proceso de embarazo, parto y puerperio, preparando su cuerpo para cada etapa y promoviendo un estilo de vida saludable, por eso es fundamental que el personal de salud cuente con los fundamentos teóricos y técnicos básicos sobre la práctica de ejercicio físico y su prescripción en el embarazo para el desarrollo de un programa de ejercicio físico adecuado a las necesidades de las mujeres gestantes y sus familias, tomando en cuenta sus particularidades, criterio médico y asesoramiento de un profesional capacitado en esta temática, en los casos que se considere necesario.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) apoya la recomendación mínima de actividad física moderada treinta minutos, cinco días a la semana para las mujeres embarazadas sanas, sin complicaciones, aunque reconoce que a las embarazadas les resulta difícil realizar un ejercicio que antes podían realizar con facilidad, sobre todo a partir del último trimestre. A pesar de ello, el ACOG mantiene su posición de realizar 30 minutos de ejercicio al día independientemente de la edad gestacional<sup>28</sup>. Para lograr esto, lo ideal sería recomendar ejercicio de baja – moderada intensidad ya que se consigue una mayor adherencia, que resultaría de interés, sobre todo, en la población sedentaria. El ACOG apoya la recomendación mínima de actividad física moderada 30 minutos 5 días a la semana para las mujeres embarazadas sanas, sin complicaciones, aunque reconoce que a las embarazadas les resulta difícil realizar un ejercicio que antes podían realizar con dificultad, sobre todo a partir del último trimestre. A pesar de ello, el ACOG mantiene su posición de realizar 30 minutos de ejercicio al día independientemente de la edad gestacional. Para lograr esto, lo ideal sería recomendar ejercicio de baja – moderada intensidad ya que se consigue una mayor adherencia, que resultaría de interés, sobre todo, en la población sedentaria.

Una mujer embarazada es, en general, una persona sana, como ocurre con cualquier otra persona, el ejercicio adaptado a sus características concretas es un factor determinante de su calidad de vida, también durante la gestación.


#### 3.2 Cambio en el cuerpo de la mujer

Durante el embarazo el cuerpo de la mujer tiene que adaptarse para acoger la formación del feto, aunque la gestación es un proceso completamente natural, que genera importantes cambios fisiológicos en el organismo de la mujer<sup>29</sup> que aunque son momentáneos deben ser tenidos en cuenta a la hora de prescribir ejercicio físico<sup>30</sup>. Porque influirán en su capacidad de la mujer para ejercitarse, lo ideal sería que cada mujer, siguiera un programa de ejercicio individualizado y adaptado a las necesidades particulares de cada embarazada, este programa debería tener en cuenta el mes de gestación, la forma física de ese momento y la experiencia, si la hubiera de un embarazo anterior y estar dirigido por personal calificado además de tomar

<sup>28</sup> ACOG. El ejercicio y el estado físico. Tomado de: <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/El-ejercicio-y-el-estad-fisco>

<sup>29</sup> Núñez Martí & Pérez Ruiz M, Embarazo, en López J & López Mojares, Fisiología Clínica del Ejercicio. Ed Panamericana 2008.

<sup>30</sup> McMurray R G. et al. Recent advances in understanding maternal and fetal responses to exercise.. Med Sci Sports Exerc. 1993; 25 (12) :1305-21.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 48 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

en cuenta el criterio médico<sup>31</sup>, de manera que la práctica de ejercicio físico pueda producir beneficios sin comprometer el desarrollo fetal, ni el de la madre.<sup>32</sup>

En el caso de las articulaciones, las hormonas que se producen durante el embarazo hacen que se relajen los ligamentos que sostienen las articulaciones, estas aumentan su rango de movimientos por los que aumentan el riesgo de sufrir una lesión. Cuando ocurre la relajación articular aparece la inestabilidad pélvica, la mujer compensa esta situación cambiando su forma de caminar y evitando o restringiendo ciertas actividades, por lo que se deben evitar los movimientos bruscos, de rebote y gran impacto que puedan aumentar el riesgo de lesionarse.

En el equilibrio, el aumento normal de peso durante el embarazo puede ser de hasta 25 hasta 40 libras<sup>33</sup>. Este proceso natural en el abdomen hace que cambie su centro de gravedad y ejerza presión sobre las articulaciones y músculos como los de la pelvis y la parte inferior de la espalda, a partir de la semana 20-24 de gestación la lordosis lumbar es evidente, el resultado es una tendencia de la mujer a caer hacia adelante. Por lo que la mujer puede tener menos estabilidad, presentar dolor de espalda y exponerse a perder el equilibrio y sufrir una caída, especialmente en el último periodo del embarazo. Por esta razón las actividades que requieran saltos o movimientos de arrancar y parar (las que juegan tenis, las corredoras pueden tener dificultades para parar en forma brusca y las que practican voleibol, baloncesto tener dificultades para mantener el equilibrio durante el salto vertical) pueden ser peligrosas y ser causas de lesiones y ser causa de lesiones.

Además, existe un incremento de peso, siendo que el aumento de peso disminuye la capacidad de la mujer para mantener la intensidad del ejercicio. Aunque la ganancia de peso es mejor en la mujer que realiza ejercicio que en la sedentaria, sin embargo no se debe aumentar la intensidad del ejercicio para intentar disminuir la ganancia de peso.

En el caso del ritmo cardiaco, la distribución del gasto cardiaco se modifica durante el ejercicio físico, aumentando la cantidad de sangre que se dirige hacia a los músculos que se ejercitan y la alejándola de otras partes del cuerpo como los abdominales y el útero. El flujo sanguíneo uterino aumenta a lo largo del embarazo. En el embarazo la actividad física moderada reduce el flujo de sangre uterino alrededor de un 25% y cuando más intenso es el ejercicio menor es el flujo de sangre hacia el útero, por lo que es importante no excederse con la intensidad.<sup>34</sup>


La compresión vascular y la disminución del retorno venoso que causa el útero en crecimiento hacen que durante la gestación en decúbito supino el gasto cardiaco sea un 10% menor que en decúbito lateral, esta situación puede ser más complicada por la redistribución del flujo de sangre hacia la masa muscular durante el ejercicio, por esta razón la mujer embarazada no debe realizar ejercicios en decúbito supino.

<sup>31</sup> ACOG. Committee Opinion no 267. Exercise during pregnancy and the postpartum period, Obstet Gynecol. 2002, 99:171-3.

<sup>32</sup> ACOG. El ejercicio durante el embarazo. SP119. Disponible: <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/El-ejercicio-durante-el-embarazo>

<sup>33</sup> Tomado de: <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/El-ejercicio-durante-el-embarazo>. consultado 10/02/2015

<sup>34</sup> González de Agüero Laborda. Ejercicio y Embarazo. En Casajús J.A Ejercicio Físico y Salud en Poblaciones Especiales. 2011

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 49 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### 3.3 Conceptos básicos

Uno de los serios problemas que se observan a la hora de recomendar la práctica de actividad física, ejercicio físico y deporte es que los profesionales utilizan como regla los términos como sinónimos, cuando importantes diferencias e implicaciones existen entre los mismos: así para este trabajo operacionalmente algunas definiciones establecidas internacionalmente pueden ser útiles.

#### 3.3.1 Componente de Movimiento humano Concepto Actividad física

Es un movimiento corporal producido por la acción muscular voluntaria que aumenta el gasto de energía. Desde esta perspectiva consideramos que este concepto incluye además del ejercicio físico y el deporte, aquellas actividades que no se planifican diariamente ni cuantificamos su intensidad y duración como: caminar, subir escaleras, trabajar en el patio, hacer las tareas de la casa.

#### 3.3.2 Concepto Actividad física para la salud.

Es cualquier forma de actividad física que beneficia la salud y la capacidad funcional sin daño o riesgo indebido.

#### 3.3.3 Concepto Ejercicio Físico.

Es aquella actividad física que es planificada, estructurada, repetitiva y dirigida profesionalmente hacia un objetivo, que puede ser aumentar aún más la condición física.

Un programa de ejercicios puede ser:


- Hacer aeróbicos de bajo impacto (que no implique muchos brincos) por 45 minutos, 5 días a la semana, a las 7:00.a.m.
- Ir a un gimnasio, calentar durante 20 minutos en la banda, hacer ejercicios con pesas para los diferentes grupos musculares y luego realizar unos ejercicios de estiramiento por 5 minutos, para enfriar el cuerpo; esto 5 veces a la semana.

#### 3.3.4 Diferencia entre Actividad Física y Ejercicio Físico.

La actividad física es espontánea, por lo que se puede realizar libremente en las actividades de la vida diaria, mientras que el ejercicio físico es planificado, estructurado, repetitivo y en muchos casos requiere de un (a) profesional del ejercicio.

#### 3.3.5 Prescripción de ejercicio

La prescripción de ejercicio es una práctica individualizada y a la vez un conjunto ordenado y sistemático de recomendaciones que definen, el tipo de ejercicio, la intensidad, la duración, la frecuencia, el ritmo de progresión, así como las pausas /descansos y las consideraciones complementarias. Un plan por escrito de ejercicios puede ayudar a la mujer embarazada a cumplir la promesa de mantenerse activo después del parto. Debe pensar si hacer eso sería útil para ella. El plan de ejercicio debe ser específico y basado en las metas de la mujer embarazada. Para cada ejercicio o actividad que escoja, incluya lo siguiente:

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 50 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- La clase de actividad que planea hacer
- Por qué la quiere hacer
- Cuándo y dónde realizarlo

Recordar que no se trata de un programa de ejercicio con miras a incrementar el rendimiento deportivo para transformarse inmediatamente de una persona que está sentada en el sofá a un súper atleta.

La prescripción de ejercicio se debe revisar y actualizar con regularidad para que pueda “progresar” conforme avanza el embarazo (ver Anexo 4).

### 3.4 Beneficios la actividad física y el ejercicio

Los efectos positivos que produce la práctica de ejercicio regular y de actividad física cotidiana son bien conocidos, pero fue en enero del 2002 cuando el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) publicó las nuevas recomendaciones y directrices para el ejercicio durante el embarazo y el posparto.

El ejercicio regular es promovido por sus beneficios para la salud en general. El embarazo es reconocido como un momento único para la modificación del comportamiento y ya no se considera una condición para el confinamiento. Actualmente se cree que los hábitos adoptados durante el embarazo podrían afectar a la salud de la mujer durante el resto de su vida. Por primera vez la recomendación sugiere un posible papel de ejercicio en la prevención y tratamiento de la diabetes gestacional.<sup>35</sup>

Las modificaciones que sufre el cuerpo de la mujer gestante obligan a realizar adaptaciones específicas a la hora de prescribir ejercicio físico, de manera que se eviten posibles efectos adversos que pudieran inferir en el transcurso del embarazo.<sup>36</sup>

Un programa de ejercicio físico reportara beneficios tanto a las mujeres que decidan continuar con su práctica de entrenamiento como a las comienzan un programa, siempre que no existan complicaciones ginecológicas y cuente con el permiso medico.

#### 3.4.1 Beneficios del ejercicio físico para la madre

El ejercicio físico reporta beneficios tanto a las mujeres que deciden continuar su práctica habitual de entrenamiento, como aquellas comienzan un programa, siempre y cuando no exista una complicación ginecológica<sup>37,38,39</sup>, entre los beneficios que menciona el ACOG se encuentran:

- Evita el dolor en los músculos de la espalda baja
- Ayuda a evitar los calambres musculares, la inflamación


<sup>35</sup> Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period / Br J Sports Med 2003;37:6-12 doi:10.1136/bjism.37.1.6

<sup>36</sup> Colado JC, Cholvi I. Los programa de acondicionamiento muscular en las diferentes etapas de desarrollo madurativo y en determinadas alteraciones orgánicas. En Rodríguez PL. Ejercicio físico en Salas de Acondicionamiento muscular. Madrid: ed. Panamerica,2008

<sup>37</sup> Pivanik JM. et al, Exercise during pregnancy and the postpartum period. ASCMS Health Fit J. 2009; 13 (3);8-13.

<sup>38</sup> ACOG Committe de Opinión no267. Exercise Durrin pregnancy and de pospartun period. Ostet Gynecol. 2002;99:171-3.

<sup>39</sup> Mata F. Prescripción del Ejercicio Durante el Embarazo. REV Andal Med Deporte 2010;3(2):68-79

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 51 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Favorece el tránsito intestinal
- Mejora las capacidades metabólicas y cardiopulmonares y reducen el riesgo de padecer diabetes gestacional
- Favorece los procesos de parto, porque favorece la fuerza y la elasticidad muscular con esto se puede reducir el esfuerzo sobre los ligamentos, tendones y articulaciones, lo que produce una mayor tolerancia al dolor durante la labor de parto.
- Mantiene el estado de condición física de la madre, reduciendo el índice de fatiga en las actividades cotidianas
- Controla las ganancias de peso en la madre
- Mejora la tolerancia a la ansiedad, la depresión, el estrés y a tener un sueño más reparador.
- Mejora el concepto de imagen corporal

### 3.4.2 Beneficios en el feto

Las respuestas fetales al ejercicio materno son numerosas. En general el feto tolera bien el ejercicio materno, sin embargo un menor flujo de sangre hacia el útero puede disminuir el oxígeno que recibe durante o inmediatamente después del ejercicio de corta duración y de intensidad máxima o cerca del máximo, también algunos reportes señalan una disminución de la frecuencia cardiaca fetal con el ejercicio materno, principalmente en embarazadas sin adecuado acondicionamiento físico, en cuanto al peso el ejercicio intenso (4/7 días a la semana) en gestantes de entre 25 y 35 semanas puede ocasionar bebés con menor peso que aquellos cuyas madres han realizado ejercicio moderado o de madres sedentarias que no realizan ejercicio, mujeres embarazadas que realizan ejercicio moderado 3 veces a la semana, tienen bebés más grandes que las sedentarias, lo que puede que se deba a un mayor volumen placentario que hace que el flujo de sangre y nutricional al feto sean mejores.

En general, se considera que las mujeres sanas que continúan haciendo esfuerzos moderados, no hay peligro para la salud del feto.<sup>40,41</sup>

La frecuencia cardiaca fetal (FCF) normal es de 120-160 pulsaciones por minuto. Estudios recientes sugieren que la respuesta de la FCF al ejercicio materno puede ser diferente en mujeres sedentarias respecto a la de la población deportista, el ejercicio aeróbico moderado desarrollado durante el tercer trimestre de embarazo incrementa la FCF sin efectos perjudiciales.<sup>42</sup>


Además las mujeres con buena condición física y que siguen manteniéndose activas durante el embarazo, el desarrollo sicomotor del feto es superior, también algunos estudios revelan beneficios en los perfiles de humor de los bebés respecto a las madres sedentarias: responden mejor ante estímulos ambientales y a los estímulos luminosos.<sup>43</sup>

<sup>40</sup> Barakat. R. Ejercicio físico durante el embarazo, programas de actividad física en gestantes: 2002, Disponible en: [Http// viref. Udea. Edu.co/contenido/publicaciones/memorias\\_ expo/act: fis\\_salud/ejercicio.pdf](http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act: fis_salud/ejercicio.pdf)

<sup>41</sup> DeMajo M. Madann EF. Exercise and pregnancy. J Am Acad Orthop Surg. 2009; 17 (8): 504-14

<sup>42</sup> Leiferman JA. Everson KR. The effect of Regular Leisure Physical Activity On Birth Outcomes. Matern Child Health J 2003;7 (1): 59-64

<sup>43</sup> Clapp J.F et al. Neurobiology of infant born to women Who exercise regularly throughout pregnancy. Am J Obstt Gynecol. 1999-180:91-4)..

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 52 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### 3.5 Permiso Médico

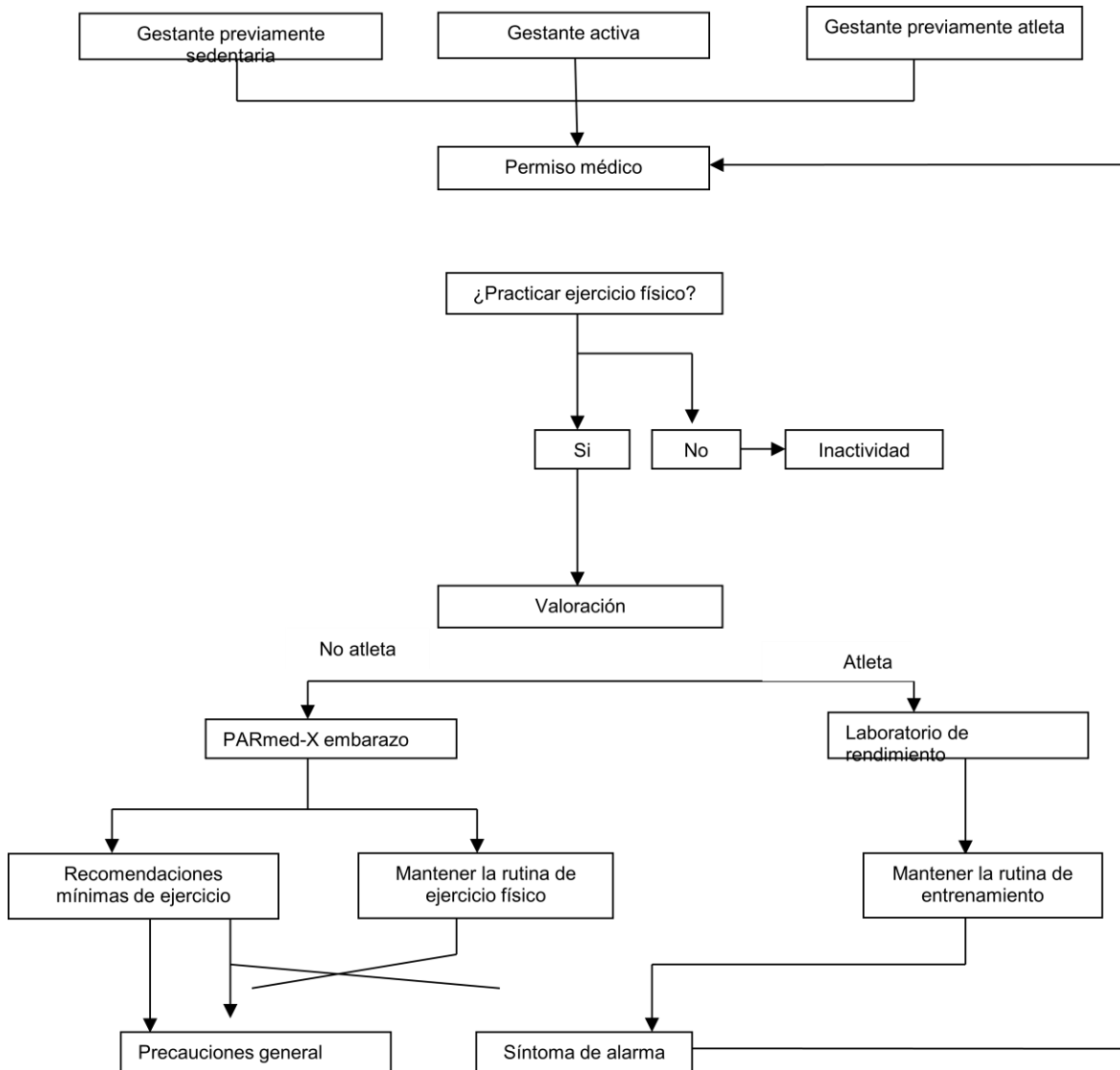
A la hora de establecer un programa de ejercicio físico para la mujer embarazada deben tenerse diversas consideraciones previas sencillas (ver Figura 2) pero de vital importancia a continuación se detallan:

- Permiso médico para la realización de ejercicio físico
- Realización de valoración inicial, ya sea directa realizada por un especialista (prueba de esfuerzo) o puede ser mediante la utilización de un cuestionario específicos como el PARMedX<sup>44</sup> adaptado para embarazadas
- Tener presente la tipología de mujer embarazada, en este sentido el ACOG diferencia tres tipos de mujer embarazada:
  - Sedentaria
  - Activa o atlética
  - Patológica
- Diseño de la prescripción del programa de ejercicio, basado en las recomendaciones mínimas. Diseñar la prescripción con precaución y sentido común.
- Prestar atención a las señales de alarma para detener el ejercicio físico.

Es recomendable que antes de que la mujer embarazada comience a realizar alguna actividad física de intensidad moderada cuente con una recomendación y consentimiento del médico que sigue el desarrollo de su embarazo confirmando que no existe ninguna contraindicación. (ver Cuadro 4, apartado Contraindicaciones médicas)

<sup>44</sup> Tomado de: <http://www.csep.ca>, consultado el 17/02/15


Figura 2. Protocolo de actuaciones para la práctica segura del ejercicio físico para mujeres gestantes



FUENTE: F mata et al/Rev andal Med DEprote. 2010; 3 (2):68-79.

### 3.6 Contraindicaciones médicas para la Ejercicio físico

Existen contraindicaciones de carácter absoluto que, naturalmente, invalidan a una mujer gestante para la práctica física por el riesgo para la salud materno-fetal, otras contraindicaciones de carácter relativo que exigen un exhaustivo permiso y control médico para la inclusión de esa gestante en cualquier programa de actividad física estos se enumeran en el Cuadro 4.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 54 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Cuadro 4.** Contraindicaciones absolutas y relativas para la práctica de actividad física


Contraindicaciones absolutas para el ejercicio aeróbico durante el embarazo	Contraindicaciones relativas para el ejercicio aeróbico durante el embarazo
Enfermedades de corazón hemodinámicamente significativa	Anemia severa
Enfermedad pulmonar restrictiva	Arritmias cardíaca sin evaluar o palpitaciones.
Incompetencia cervical	Bronquitis crónica
Gestación múltiple con riesgo de parto prematuro	Diabetes tipos 1 mal controlada
Segundo y tercer trimestre sangrado persistente	Obesidad mórbida
Placenta previa después de 26 semanas de gestación	Bajo peso extremo IMC<12
Trabajo de parto prematuro en el embarazo actual	Historia del estilo de vida muy sedentario
Ruptura de membranas	Restricción del crecimiento intrauterino en el embarazo actual
Gestación múltiple con riesgo de parto prematuro	Hipertensión mal controlada /preeclampsia
	Limitaciones ortopédicas
	Bajo peso extremo
	Limitaciones ortopédicas
	Trastornos convulsivos mal controlados
	Enfermedad de tiroides mal controlada
	Fumadora

FUENTE: Tomado de: ACOG Committee Opinion, Reaffirmed 2009, Number 267, January 2002. Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. Disponible en: <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co267.pdf?dmc=1&ts=20150122T1332549618>

En cuanto a la hipertensión y diabetes gestacional, si bien forman parte de las contraindicaciones entendidas como relativas, recientes estudios proponen la actividad física como un medio terapéutico o medida coadyuvante para el tratamiento de estas enfermedades, por lo cual es fundamental el criterio médico para que la práctica de actividad física por parte de la mujer gestante.

Existen también una serie de síntomas que pueden aparecer, que obligan a la mujer embarazada a suspender automáticamente el ejercicio que esté realizando. Una mujer gestante debe interrumpir su ejercicio físico y consultar a su médico, si aparece uno de los siguientes síntomas<sup>45</sup> (ver Recuadro 3).

<sup>45</sup> Barakat R, Ejercicio físico durante el embarazo. Programa de actividad física en: Gestantes. [http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias\\_expo/act\\_fis\\_salud/ejercicio.pdf](http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/ejercicio.pdf). Consultado el 12/09/11

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 55 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### Recuadro 3. Signos de Advertencia para terminar el ejercicio en mujeres embarazadas

- El sangrado vaginal
- La disnea antes del esfuerzo
- Mareo
- Dolor de cabeza
- Dolor de pecho
- Debilidad muscular
- Dolor en los gastrocnemios o hinchazón significativa (necesidad de descartar tromboflebitis)
- Parto prematuro
- Disminución del movimiento fetal
- Fugas de líquido amniótico

FUENTE: Tomado de: ACOG Committee Opinion, Reaffirmed 2009, Number 267, January 2002. Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. Disponible en: <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co267.pdf?dmc=1&ts=20150122T1332549618>

## 3.7 Recomendaciones para la prescripción de ejercicio físico

Una prescripción de ejercicio para el desarrollo y mantenimiento de la salud de las mujeres no embarazadas de incluir actividades físicas para mejorar la función cardiorespiratoria (ejercicio aeróbico) y musculo esquelético (fuerza y elasticidad muscular) Una prescripción de ejercicio en para la mujer embarazada debe incluir los mismos elementos pero, adecuándolos a el estado actual de la mujer.

Las modificaciones que sufre el cuerpo de la mujer gestante obligan a realizar adaptaciones específicas a la hora de prescribir ejercicio y /o recomendar actividad física de manera que se eviten complicaciones que pudieran interferir en el transcurso del embarazo.<sup>46</sup>


Además de las recomendaciones específicas desarrolladas anteriormente deben ser consideradas las recomendaciones generales y mínimas para la mujer gestante. Pero son los médicos los que aconsejan a las mujeres gestantes con problemas específicos, como presión arterial alta, cuando empezar y si es adecuado o no hacer ejercicio.<sup>47</sup>

## 3.8 Acondicionamiento Cardiovascular

Las pautas de ejercicio durante la gestación están dadas por el ACOG , que aboga por la realización de la recomendación mínima de actividad física en la población sana (30 minutos de actividad física de intensidad moderada 5 días a la semana), este nivel de actividad física representa poco riesgo para la salud materno así mismo se deben respetar los parámetros de frecuencia, intensidad tiempo (duración) y tipo de ejercicio, ver cuadro 5 Guía de entrenamiento aeróbico para la mujer embarazada estos más adelante se desarrollan más detalladamente . Se debe evaluar los efectos positivos o negativos que pueda tener una determinada actividad física, así como la capacidad de la gestante para desempeñarlo.

<sup>46</sup> Colado JC. Chilvi I. Los programas de acondicionamiento muscular en las diferentes etapas de desarrollo madurativo y en determinadas alteraciones orgánicas. En Rodríguez PL. Ejercicio en Salas de Acondicionamiento Muscular. Madrid: Panamericana:2008.

<sup>47</sup> ACOG Committee Opinion, Reaffirmed 2009, Number 267, January 2002. Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 56 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Tradicionalmente la prescripción de ejercicio físico en la mujer embarazada ha sido muy conservadora pese a ello, la mayoría de los estudios sugieren que, a mayor intensidad, mayor riesgo y posibilidad de que ocurran efectos dañinos sobre el feto.

El ejercicio cardiovascular es de gran interés para su prescripción<sup>48</sup>, las actividades físicas y/o ejercicios cardiovasculares que una mujer gestante puede practicar sin riesgo durante el embarazo, incluso para las principiantes son:

- Caminar: es un buen ejercicio para todas, las caminatas vigorosas pueden ejercitar todo el cuerpo y no ejercen demasiada presión sobre las articulaciones y los músculos, si no estaba activa antes del embarazo caminar es lo mejor que se puede recomendar para un programa de ejercicio.
- Danza aeróbica y/o baile aeróbico de bajo impacto: es una buena opción para mantener fortalecidos el corazón y los pulmones. Sería bueno que la clase este diseñada solo para mujeres embarazadas
- Correr: en el caso de las mujeres que practicaban este deporte antes de quedar embarazada, a menudo puede seguir practicando durante el embarazo, siempre que el médico este de acuerdo, sin embargo se debe modificar la duración y la intensidad.
- Ciclismo: es un buen ejercicio, sin embargo el crecimiento del área abdominal puede afectar el equilibrio y exponerla a sufrir caídas. Es buena idea utilizar bicicleta estacionaria o reclinada
- Natación: es un ejercicio magnífico ya que ejercita muchos músculos, por otro lado, los ejercicios en el medio acuático son una alternativa segura, con bajo riesgo de lesión, y permiten combinar actividades aeróbicas con otras de fortalecimiento muscular (aquagym). Con este tipo de ejercicios el riesgo de lesión disminuye significativamente, tal y como lo indican Pujol (2009)<sup>49</sup>.

Los beneficios que se pueden adquirir con la realización de prácticas acuáticas (natación y ejercicios en el agua) durante el embarazo son numerosos y se basan principalmente en las características que aporta la emersión en el medio acuático<sup>50,51</sup>. Entre estos beneficios se pueden mencionar:

- Fuerza de flotación reduce el peso
- No hay impacto en saltos y caídas
- Libera los movimientos del cuerpo
- Ayuda a hacer conciencia de la ventilación y trabajar sus fases
- Favorece el retorno venoso por la presión y el flujo del agua (ayuda a evitar que los pies se hinchen)
- Permite una mejor difusión de calor( a la temperatura adecuada)


Todos estos beneficios suponen ventajas añadidas que hacen que los ejercicios en el medio acuático encajen con las características de la mujer gestante.

<sup>48</sup> Olson D, et al. Exercise in pregnancy. Curr Sports Med Rep. 2009, 8 (3): 147-53)

<sup>49</sup> Pujol et al. Entrenamiento con sobrecarga durante el embarazo. PubliCE Standard. 08/05/2009.Pid:1125

<sup>50</sup> Chulvi\_Medrano I. et al Water immersion as a post-effort recovery factor. A systematic review. J Physical Educación Sport. 2009;23(2):1-12

<sup>51</sup> Del Castillo M. Actividades acuáticas para gestantes: El espacio acuatico como recurso metodológico. En: Moreno J.A. & Martin L.M. editores. Nuevas aportaciones de las actividades acuáticas. Murcia: UNIVEFD;2008.p.19-26.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 57 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

En el caso de los ejercicios que la mujer practica antes del embarazo, si se practican de forma moderación, son seguros para la mujer que lo han practicado por un tiempo antes del embarazo.

En todos los ejercicios mencionados anteriormente, en últimos meses se debe disminuir la frecuencia e intensidad del entrenamiento, por el cansancio que se va produciendo conforme avanza el embarazo. Además, es muy importante practicar una adecuada hidratación: “antes durante y después”.

Existe un consenso con evidencia científica que sugiere a evitar durante el embarazo las siguientes actividades:

- Deportes que produzcan problemas de equilibrio, traumatismo, riesgo de sufrir lesiones y caídas (por el cambio en el centro de gravedad de la mujer): balonmano, baloncesto, vóleibol, fútbol. De igual manera deportes o actividades de esfuerzo brusco o altamente glucolíticas, generalmente pulsaciones superiores a 140 latidos por minuto incide negativamente en el aporte de oxígeno al feto: competición deportiva, atletismo, ciclismo, natación, así como deportes, actividades con cambios bruscos de dirección o en los que la pelvis se vea sometida a una actividad abusiva que pueda dañar el futuro del bebe (carreras, vallas y saltos en atletismo, ciclismo, equitación, ente otras.<sup>52</sup>
- Ejercitarse a más de 1800 metros de altura: puede sufrir el mal de altura. Esto hace que tenga dificultad para respirar y se pueda reducir el aporte de oxígeno para el feto.<sup>53</sup>

La estructura de una sesión de ejercicio se divide en las siguientes fases o etapas (ver Figura 3):

- calentamiento debe ser de 10 minutos
- parte principal o ejercicio activo debe ser de 15-40 minutos
- recuperación o vuelta a la calma de 10 minutos.

<sup>52</sup> Pardo V.P. Actividades fisicodeportivas para nueve meses de gestación. Rev. int med. cienc Act fis deporte- vol.4 número 15-set. 2004- ISSN:1577-0354

<sup>53</sup> Tomado de: [http://www.pacientesonline.org/medicina/informes\\_especiales/embarazo/nota5.php](http://www.pacientesonline.org/medicina/informes_especiales/embarazo/nota5.php), consultado el: 12/09/15


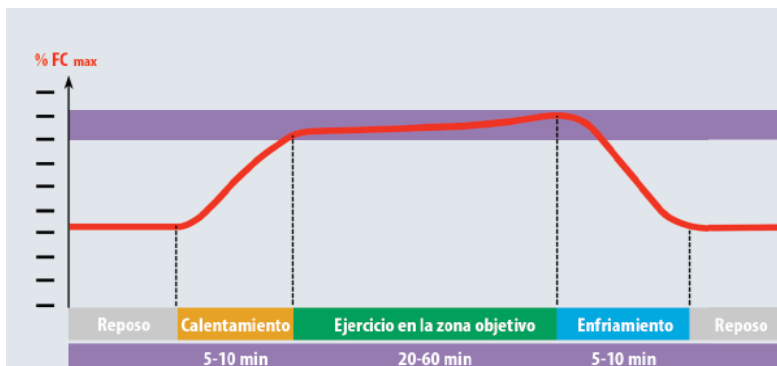
	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 58 de 322
		FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Figura 3. Fases del ejercicio cardiovascular



FUENTE: Guía de prescripción de ejercicio para pacientes con riesgo cardiovascular 2 ed. SHE. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión, Liga Española para la Lucha Contra la Hipertensión

El calentamiento debe ser de 5-10 minutos, facilitando la transición del reposo al ejercicio puede consistir en caminar o correr suave, durante la primera parte (5 minutos), después realizar algunos ejercicios de estiramiento (activos y dinámicos). El calentamiento correctamente realizado debe ser:

- Progresivamente aumenta el flujo sanguíneo, eleva la temperatura corporal, aporta más oxígeno a los músculos, incrementa el índice metabólico del reposo a los requerimientos del ejercicio.
- Reduce la probabilidad de lesiones musculares


En el caso de la etapa del ejercicio activo, se realiza el ejercicio con la intensidad y duración prescrita. Si en una sesión de ejercicio se trabajan varias cualidades físicas (por ejemplo aeróbicos) la distribución más adecuada es:

- Ejercicios de coordinación y que tengan un mayor componente de velocidad.
- Ejercicios de fuerza y resistencia
- Ejercicios cardiovasculares

En la fase de recuperación o vuelta a la calma, esta debe ser de 5- 10 minutos, se pueden mantener la misma actividad, y atenuando progresivamente su intensidad hasta la detección en un periodo de 5 minutos, luego realizar ejercicios de estiramiento por 5 minutos.

La vuelta a la calma es importante para disminuir la respuesta de la presión arterial al ejercicio físico, acercando paulatinamente la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea a los valores de reposo y manteniendo el retorno venoso, reduciendo así la posibilidad de hipotensión postejercicio y facilitando la disipación de calor y eliminando más rápido el ácido láctico, lo que mejora la recuperación muscular.

Omitir el enfriamiento teóricamente incrementa el riesgo de complicaciones cardiovasculares, porque la finalización repentina del ejercicio disminuye de forma brusca, dificulta el retorno venoso y posiblemente el flujo coronario, en un momento en que la

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 59 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

frecuencia cardiaca y la demanda de oxígeno todavía son altas, como consecuencia pueden aparecer arritmias, arritmias ventriculares y signos electrocardiograficos de isquemia con depresión segmento ST, acompañados o no de síntomas de angina o con dolencias menos específicas (dolor de espalda, dolor difuso en los brazos o dolor de garganta). Además atenúa la elevación de catecolaminas en plasma que ocurren después del ejercicio<sup>54</sup>. Por lo anterior, la fase de recuperación o vuelta a la calma es una fase indispensable en la sesión de ejercicio.

En cuanto a la intensidad se considera que es el grado de esfuerzo en que se realiza el ejercicio físico, por lo general para medir la intensidad del ejercicio se utiliza el monitoreo de la frecuencia cardiaca en la actualidad se dispone de datos concretos para aproximar la intensidad del ejercicio basado en este parámetro e incluso si la mujer embarazada tiene sobrepeso (ver Cuadro 5). Es recomendable que se utilice la frecuencia cardiaca para monitorizar la intensidad (ver Cuadro 6).

Los estudios sugieren que a mayor intensidad y duración del ejercicio físico materno, mayor riesgo potencial de que ocurran efectos dañinos para el feto, probablemente por motivos éticos no se ha concretado la dosis máxima de intensidad a partir de la cual aparecen complicaciones para el embarazo.<sup>55</sup>


**Cuadro 5.** Guía de entrenamiento aeróbico para la mujer embarazada

Parámetros	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Frecuencia	2-3 días por semana	Hasta 4 días (mujeres entrenadas 5 días)	2-3 días por semana
Tiempo	Empezar con 15 minutos, meta 30 minutos	20 a 30 minutos meta 40 minutos	
Modalidad o tipo	Nivel de impacto muy bajo: caminar, natación, ejercicios en el agua, bicicleta estacionaria	Nivel de impacto bajo: caminar, trotar, bicicleta estacionaria, natación, ejercicios en el agua ,	Nivel de impacto muy bajo y con pocos cambios posturales, evitar estar mucho de pie, bicicleta reclinada, ejercicios en el agua y natación.
Intensidad	65-75 % de la Fcmáx. 12-14 EEP de Borg	65-75% de la Fcmáx. 12-14 EEP de Borg	65-75% de la Fcmáx. 12-14 EEP de Borg

FUENTE: Mata, F. et al . Rev Andal Med Deporte.2010;3(2):68-79

<sup>54</sup> Ponce Vázquez et al. Arritmias cardíacas inducidas por el ejercicio dinámico máximo de corta duración (sprint): *Revista de Cardiología*. Vol 51 Num 17.

<sup>55</sup> Pivarnik JM, et al. Exercise During pregnancy and the postpartum period. *ACSM Health Fit J* 2009 ,13 (3):8-13.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 60 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Cuadro 6.** Franja de pulsaciones adecuadas para el ejercicio de mujeres embarazadas

Tipos de embarazadas	Zona de pulsaciones
Mujer embarazada activa 29-29 años	145-160 ppm
Mujer embarazada activa 30-39 años	145-156 ppm
Mujer embarazada desacondicionada 20-29 años	129-144 ppm
Mujer embarazada desacondicionada 20-39 años	128-144 ppm
Mujer embarazada con sobrepeso/obesidad 20- 29 años	110-131 ppm
Mujer embarazada con sobrepeso/obesidad 30- 39 años	108-127 ppm

FUENTE: Motolo M.F Exercise Exercise prescription for overweight and obese women: pregnancy and postpartum.

Otra medida que pueden utilizar las mujeres embarazadas para medir la intensidad del ejercicio realizado es la escala de sensación para medir el grado de intensidad de un ejercicio físico, la mujer embarazada debe preguntarse lo siguiente:

- ¿Cómo me siento?
- ¿Cuál es mi temperatura?
- ¿Cómo se encuentra mi respiración?
- ¿A qué ritmo late mi corazón?


Al responder las preguntas anteriores, la mujer gestante puede determinar la intensidad a la que realizarán el ejercicio físico utilizando las siguientes categorías:

- Intensidad muy leve: No se percibe ningún cambio en relación con el estado de reposo, en relación a la frecuencia cardiaca, sudoración, respiración, etc. (ejemplos: caminatas para hacer mandados, etc.)
- Intensidad leve: Al inicio de la actividad la sensación es de calor, es ligero aumento del ritmo de la respiración y del ritmo de los latidos del corazón. Ejemplos: estiramientos para relajarse hacer mandados a pie.
- Intensidad moderada Aumenta la sensación de calor y se inicia una ligera sudoración. El ritmo de la respiración y de los latidos del corazón se incrementa pero aún nos permite hablar sin entrecortarse las palabras. Ejemplos: caminata, bicicletas, bailes, natación, trotar.
- Intensidad vigorosa: La sensación de calor es bastante fuerte, la respiración se ve difícil y se presenta falta del aire, el ritmo de los latidos del corazón es fuerte. Ejemplos: trotar, baile rápido, aeróbicos, spinning.
- Esfuerzo máximo: La sensación de calor es muy fuerte, existe sudoración abundante y el ritmo de los latidos del corazón es muy elevado y se presenta falta del aire

### 3.9 Ejercicio contrarresistencia o tonificación muscular

El ACOG recomienda realizar ejercicios que ayudan a mantener la postura y a prevenir dolor lumbar, sobre todo el segundo y tercer trimestre<sup>56</sup>. Por lo tanto, los objetivos de una prescripción de ejercicios de fuerza muscular durante la etapa de gestación puede incluir la mejora de la postura para reducir el dolor lumbar, el fortalecimiento de los músculos que deben

<sup>56</sup> Artal R & Toole M.O. Exercise in pregnancy - Leader: Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 61 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

soportar el peso (piernas) para mejorar la movilidad a medida en que el neonato va creciendo y aumenta el peso de la mujer y facilitar la labor de parto y la recuperación post parto<sup>57,58</sup>.

Los ejercicios de fortalecimiento ofrecen además otros beneficios; uno de los más importantes es mejorar el bienestar durante el embarazo y el parto, además de la capacidad para continuar realizando actividades cotidianas, que se ve mejorada a través del incremento de la fuerza y la resistencia muscular, particularmente en aquellos músculos involucrados en el parto.<sup>59</sup>

- Evitar maniobra de valsalva.
- Utilizar maquinas o bandas elásticas en lugar de los pesos libres, con el propósito de reducir el riesgo de lesiones originadas por los cambios en el centro de gravedad de la mujer.
- Descender la resistencia, incrementar las repeticiones y utilizar series más cortas.
- Evitar actividades de powelifting (tres movimientos básicos multiarticulares: sentadillas, press banca y peso muerto).
- Hacer énfasis en la adecuada ejecución de los ejercicios.

El ACOG<sup>60</sup> recomienda no hacer sentadillas y peso muerto porque requieren de un adecuado equilibrio, lo cual puede ocasionar una lesión ortopédica o un trauma fetal. Es importante tomar en cuenta, que no se deben realizar ejercicios desde la posición supina, por que comprometa el retorno venoso al corazón.

Para realizar ejercicios de fortalecimiento se aconseja la utilización de máquinas, bandas elásticas o mancuernas de poco peso, lo que elimina el riesgo de que un peso caiga sobre el abdomen y pueda dañar el feto.

Como el equilibrio se hace más difícil (a medida que avanza el estado de gestación), especialmente al caminar, es necesario que la marcha sea de mayor base, con un paso más corto y más variado. Por ello, es aconsejable un fortalecimiento de los músculos abdominales para controlar el grado de curvatura lumbar. Además se recomienda realizar estiramientos de los músculos extensores del abdomen y de la cadera (isquiotibiales) alternando con relajación y contracción de los músculos erectores de la columna (iliopsoas) y flexores de la cadera (recto femoral).<sup>61</sup>

Si se mantienen estas indicaciones, los programas de fortalecimiento muscular estarán recomendados entre las mujeres gestantes puesto que no existen evidencias de repercusión negativa.<sup>62</sup>

<sup>57</sup> Colado & Cholvi Los programas de acondicionamiento neuromuscular en las diferentes etapas de desarrollo Madurativo y en las diferentes alteraciones orgánicas, En Rodríguez P.L. Ejercicio físico en Salas de acondicionamiento Muscular. Madrid Panamericana 2008


<sup>58</sup> Pujol T.J et al. Entrenamiento con sobrecargas durante el embarazo. Publike Stadard 2009 Pid 1125

<sup>59</sup> Pivarnik J.M et al. Exercise during pregnancy anda the postpartum period. ACSMS Helth Fit. 2009;13(3):8-13

<sup>60</sup> ACOG Committee.Opinion no. 267.Exercise during pregnancy and the postpartum period.Obtet Gynecol. 2002: 99:17-3

<sup>61</sup> Sarmiento J.M Ejercicio durante el embarazo. PuliCE Standart. 30/06/2003

<sup>62</sup> Barakt R, Lucia A, Ruíz JR. Resistence exercise trining during pregnancy and newborn´s birth size: a randomized controlled trial. Int J Obes. 2009;33 (9): 1048-57

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 62 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Entre todos los beneficios de los ejercicios de fortalecimiento muscular se encuentra que el entrenamiento dispuesto en circuitos reduce la cantidad de insulina en la mujer embarazada con diabetes gestacional<sup>63</sup> por lo que puede resultar una herramienta eficaz en el control de la hiperglucemia y el riesgo de diabetes gestacional.

Es importante evitar la postura de hiperextensión de la muñeca, lo que tiende a disminuir el espacio disponible del túnel carpal<sup>64</sup>, por lo tanto los ejercicios de fuerza en los que se produzca una hiperextensión de la muñeca, que además puede estar agravada por la carga deben evitarse, es importante realizar estiramientos adecuados, abductores de la escápula y rotadores del hombro e evitar sobre cargarlos durante el programa de ejercicios.

Los estudios no indican cual es la dosis adecuada de la prescripción para el ejercicio de fortalecimiento muscular para la mujer gestante, sin embargo se realiza la siguiente propuesta de acondicionamiento físico para la mujer embarazada no atleta (ver Cuadro 7):

**Cuadro 7.** Propuesta de acondicionamiento muscular para la mujer embarazada no atleta

Acción muscular	Intensidad	Volumen	Ejercicios	Orden y estructura de los ejercicios	Tiempo y descanso	Cadencia	Frecuencia
Con/ Exc. Evitar las isométricos para las extremidades, para la región lumboabdominal	OMNI- RES 4-7	1-3 series. Carácter extensivo 15-25 repeticiones	Utilizar máquinas o bandas elásticas, de sedestación. Evitar las posiciones en decúbito supino de 8 a 10 ejercicio	Rutinas globales. Evitar frecuentes cambios de posición. Enfatizar en los ejercicios para la espalda baja y miembros inferiores.	Suficiente para evitar la fatiga	Moderada 2:2	2-3 días
Sobrecarga	Especificada	Variación	Periodización				
No necesaria	No necesaria	Siempre que sea posible evitar cambios frecuentes de posición	No necesaria				

FUENTE: Elaboración propia.


A continuación se indican algunas zonas del cuerpo en las que se deben de prestar atención en la realización de ejercicios físicos cuyo propósito es la tonificación muscular, y que son recomendadas para mujeres gestantes.

### 3.10 Piso pélvico

Cualquier programa de ejercicio físico con mujeres embarazadas debe incluir entre sus objetivos un adecuado fortalecimiento de la base de la pelvis es de gran importancia durante el embarazo para tener mayor conciencia de esta musculatura en el parto, prevenir las hemorroides, control de la vejiga y prevención de la atrofia o deformidad del piso pélvico (músculos del periné), debido al incremento de peso que soporta la mujer gestante durante los

<sup>63</sup> López J. Aspectos fisiológicos del Ejercicio en la Mujer. Ed. Med. Panamericana

<sup>64</sup> Artal R. Ejercicio y Embarazo, Barcelona. Ediciones Medici; 1995.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 63 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

9 meses de embarazo. Para ello se realizarán los ejercicios de Kegel. Pero es además muy importante prestar mayor atención al piso pélvico después del parto, puesto que además de las circunstancias anteriores, puede que el traumatismo sufrido durante la labor de parto predisponga a la mujer a padecer disfunción de piso pélvico (incontinencia urinaria y/o ano-rectal)<sup>65</sup> Mantener en “buena forma” esta zona, ya sea fortaleciéndola o relajándola, es decir, al activarla y equilibrarla muscularmente ayuda a evitar lesiones en el cuerpo de la mujer a futuro.

Generalmente los músculos pélvicos se debilitan debido a los embarazos, momento en el cual uno de los órganos (el útero) es objeto de un crecimiento. En este sentido, cualquier programa de actividad física con mujeres embarazadas debe incluir entre sus objetivos un adecuado fortalecimiento de esta zona.

### 3.11 Ejercicios de Kegel<sup>66</sup>

Los ejercicios de Kegel, surgieron como un método para controlar la incontinencia urinaria, pero hoy tiene múltiples beneficios como por ejemplo contribuir al trabajo de parto, siendo un buen método para evitar la episiotomía (“piquete”).

El éxito depende de la aplicación adecuada de la técnica y del cumplimiento estricto de un programa regular de ejercicios.

El principio de los ejercicios de Kegel es fortalecer los músculos del piso pélvico y, en consecuencia, mejorar el funcionamiento del esfínter uretral para disminuir las pérdidas de orina.


Causas del debilitamiento de los músculos del piso pélvico:

- Los partos complicados o de fetos grandes.
- Multiparidad (múltiples partos)
- Embarazos múltiples
- Situaciones que producen un aumento de la presión intra-abdominal como la obesidad.
- La tos crónica
- Trabajos con levantamiento de cargas.
- El estreñimiento
- Cistocele (prolapso de vejiga)
- El envejecimiento.

Al igual que cualquier músculo, los músculos del piso pélvico cuando se debilitan se pueden fortalecer de nuevo mediante ejercicio. Las personas que tienen problemas de pérdidas de orina pueden recuperar el control con ejercicios para los músculos del piso pélvico, también conocidos como ejercicios de Kegel. Una vez aprendidos los ejercicios, se deben realizar diariamente ya que está demostrado que, bien hechos, mejoran los síntomas y disminuyen los escapes de orina.

<sup>65</sup> Ferri A, Amostigui JM. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. Fisioterapia. 2004; 26(5):249-65

<sup>66</sup> Tomado de: [http://saludydeporte.consumer.es/situaciones/embarazo/pag6\\_1.html](http://saludydeporte.consumer.es/situaciones/embarazo/pag6_1.html), consultado el: Set. 2011

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 64 de 322	
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### 3.11.1 Beneficios de los ejercicios de Kegel.

Aparte de los beneficios relacionados con las pérdidas de orina, estos ejercicios también se han recomendado para recuperar el tono de los músculos y de la vagina después del parto, encontrándose además que su práctica habitual tiene efectos beneficiosos en la sexualidad.

También se ha evidenciado que aquellas mujeres que realizan estos ejercicios, tendrán partos más fáciles y con menos tendencia a sufrir desgarros. Es posible que practicarlos habitualmente prevenga el prolapso (salida hacia el exterior) de los órganos pélvicos como el útero o la vejiga.

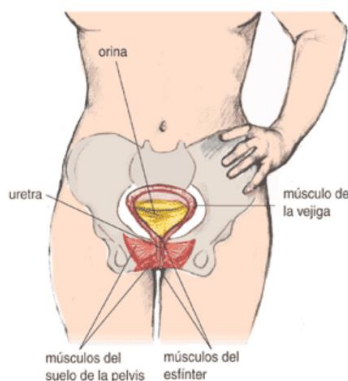
Estos ejercicios tienen grandes ventajas: para realizarlos no se requiere ningún tipo de preparación especial, ninguna máquina de ejercicio, ni un lugar ni momento específico, ni siquiera vestimenta especial. Cualquier persona puede realizarlos, sin importar la edad o condición física, y se pueden practicar en cualquier lugar y casi en cualquier situación. Pueden hacerse mientras está sentada mientras ve la televisión, de pie mientras espera, o bien acostada.

#### 3.11.1.1 Músculos del piso pélvico.

El objetivo de los ejercicios de Kegel es el fortalecimiento de un músculo que se extiende desde el hueso situado en la parte anterior de la pelvis, el pubis, hasta el hueso que ocupa la parte más posterior, el cóccix.


La pelvis es la parte del cuerpo que se encuentra entre los huesos de la cadera. El límite inferior de la pelvis es la parte que se encuentra entre las piernas y está formada por varias capas de músculos elásticos. Los músculos se adhieren a la parte anterior, posterior y lateral del hueso pélvico (ver Figura 4).

Figura 4. Esquema de la pelvis



Esquema de la pelvis. Los músculos de la pelvis controlan la salida de la orina.

FUENTE: National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse.  
 Tomado de: <http://kidney.niddk.nih.gov/Spanish/pubs/exercise/index.aspx>

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 65 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

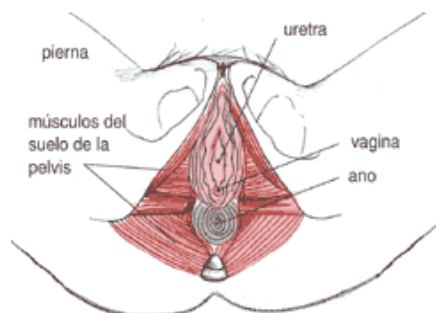
El piso pélvico tiene como misión contener órganos como el útero, la vejiga o el intestino dentro de la pelvis y está formado por músculos y ligamentos. Se encuentra atravesado por los conductos de salida al exterior de estos órganos, como son la vagina, la uretra o el recto.

Son principalmente dos músculos los que hacen el trabajo. El más grande se estira como si fuera una hamaca. El otro tiene forma triangular. Estos músculos evitan la salida involuntaria de orina y materia fecal.

### 3.11.1.2 Identificación de los músculos del piso pélvico

Esta parte es muy importante, en primer lugar, identificar correctamente los músculos que necesitan ejercitarse. Es posible que al principio se encuentre ciertas dificultades para identificarlos correctamente y a la vez que se contrae el músculo correcto también se contraiga las nalgas o los músculos de la parte baja del abdomen. Sin embargo, con un poco de insistencia, se logrará contraer sólo el músculo pubococígeo, éste es el principal músculo del suelo de la pelvis (ver Figura 5).

Figura 5. Músculos del suelo pélvico




FUENTE: National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse, Tomado de: <http://kidney.niddk.nih.gov/Spanish/pubs/exercise/index.aspx>

### 3.11.1.3 ¿En qué consisten los ejercicios?

El objetivo es contraer y relajar de manera repetida el músculo pubococígeo. Ejercitar los músculos del piso de la pelvis durante cinco minutos tres veces al día puede significar una gran diferencia en el control de la vejiga. El ejercicio fortalece los músculos que sostienen la vejiga y mantienen los otros órganos de la pelvis en su lugar.

### 3.11.1.4 Postura

Pueden realizarse en cualquier postura (sentada, de pie, acostada) aunque es posible que al principio resulte más confortable practicarlos mientras se está acostada, con las rodillas flexionadas y con los pies apoyados en el suelo. En esta postura, se trata de imaginar que los músculos que rodean a la vagina y el recto “tiran hacia arriba”. Esto sería la contracción del

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 66 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

músculo, tras intentar mantener unos segundos esta situación, luego se “bajan” los músculos consiguiendo una relajación.

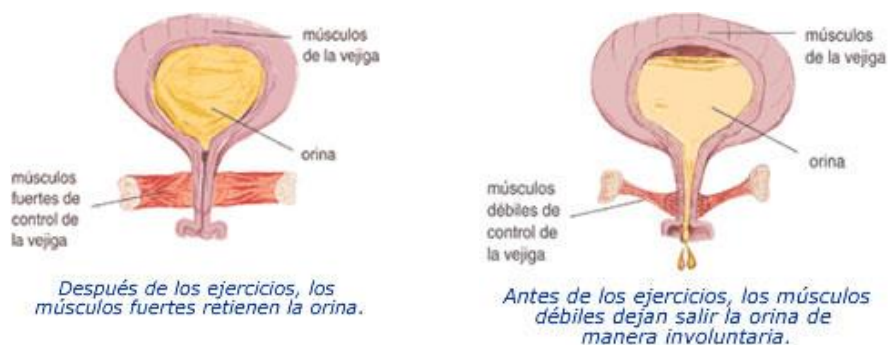
### 3.11.1.5 ¿Cómo realizar los ejercicios?

Los ejercicios deben ser realizados de la siguiente manera:


- Sentada o acostada cómodamente con los músculos de los muslos, nalgas y abdomen relajados. La primera vez se recomienda esta posición.
- Contraer el anillo muscular alrededor del ano (esfínter anal) como si estuviera tratando de controlar una flatulencia evitando apretar las nalgas.
- Relajar y repetir este movimiento varias veces, hasta estar segura de que lo realiza correctamente.
- No apretar otros músculos al mismo tiempo. Se debe tener cuidado de no contraer los músculos del abdomen, piernas u otras partes del cuerpo. Contraer los músculos equivocados puede ejercer más presión sobre los músculos que controlan la vejiga. Solo apriete los músculos de la pelvis. No se debe aguantar la respiración.
- Antes de los ejercicios, los músculos débiles dejan salir la orina de manera involuntaria. Después de los ejercicios, los músculos fuertes retienen la orina (ver Figura 6).
- Repetirlos, sin exagerar. Al principio, se puede buscar un lugar tranquilo para hacerlos en donde se pueda concentrar bien (en el baño o su habitación). Se debe acostar, contraer los músculos de la pelvis y contar hasta tres. Se debe luego, relajar los músculos y contar hasta tres de nuevo. Se debe repetir de 10 a 15 veces en cada sesión.

En el caso de estar en el cuarto de baño, después de practicar estos ejercicios, se debe orinar, dejando salir el chorro de orina y deteniéndolo completamente a la mitad, luego soltándolo de nuevo. Se debe realizar esta maniobra sólo para darse cuenta de cuáles son los músculos correctos. Como esta maniobra puede interferir con los complejos mecanismos reflejos que ayudan al funcionamiento adecuado de la vejiga, sólo la repetirá una vez por semana, para evaluar su mejoría. Pues bien, el músculo que ha empleado para poder cortar el chorro de la orina, es el músculo pubococcígeo.

Figura 6. Ejercicios de Kegel



FUENTE: National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse, Tomado de: <http://kidney.niddk.nih.gov/Spanish/pubs/exercise/index.aspx>

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 67 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### 3.11.2 Formas de realizar los ejercicios de Kegel.

#### a) Tipo lento

- Se realiza la contracción del músculo intentando mantenerla durante cinco segundos, y relajando después el músculo lentamente.
- Esto se hace diez veces seguidas.
- Al principio, mantener el músculo contraído supone un esfuerzo importante, pero poco a poco va resultando cada vez más sencillo controlar el músculo y mantener su contracción el tiempo deseado sin apenas esfuerzo.


#### b) Tipo rápido

Se contraen y relajan los músculos tan rápidamente como se pueda. Se comienza con series de diez repeticiones cuatro veces al día, aumentándolas hasta hacer 50 repeticiones cuatro veces al día. Es posible que al principio se note cansancio enseguida.

Es importante plantearse logros pequeños como hacer unas pocas repeticiones más cada día. Con seguridad, en pocos días es posible ampliar el número de repeticiones sin notar fatiga.

### 3.11.3 Pauta de los ejercicios

- Contraer lentamente subiendo los músculos hacia dentro tan fuerte como pueda, aguante la tensión durante 5 segundos y relaje a los 10 segundos. Repita esta secuencia 10 veces cada mañana, cada tarde y cada noche. Se puede hacer lo mismo de manera rápida contrayendo y relajando sin esperar. Aumentar de manera progresiva a 15 contracciones (unas lentas y otras rápidas) 3 veces al día; después a 20 contracciones 3 veces al día, para continuar con 20 contracciones 4 veces por día, más 20 extra cuando sea posible.
- Adquirir el hábito de realizar los ejercicios asociados a alguna actividad cotidiana, contestando el teléfono, sentada en la oficina, etc., pero si se es constante y regular se puede empezar a notar la mejoría en 6 semanas. Se debe consultar al médico si se tiene alguna duda en la realización de los ejercicios. Se puede comenzar realizando series de 10-20 contracciones/relajaciones varias veces al día.
- Al inicio puede parecer en principio que es difícil encontrar tiempo para su realización, pero poco a poco, a medida que se comprueba la facilidad para su realización en cualquier momento y circunstancia, resulta difícil encontrar una excusa para no hacerlos. Hay mujeres que realizan sus ejercicios cada vez que hacen sus tareas cotidianas. No importa dónde ni cuándo. Lo importante es que estos ejercicios se integren dentro de las actividades diarias cotidianas como puede ser la limpieza de los dientes.
- Es fundamental la constancia en su realización. Los resultados en cuanto a mejorar las pérdidas de orina pueden tardar algunas semanas en apreciarse (entre 4 y 12 semanas) y debe mantenerse su práctica durante toda la vida. Recordemos que se trata de una actividad sencilla, discreta, fácil de realizar, en ningún caso perjudicial y con unas ventajas claras.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 68 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Realizar los ejercicios por lo menos tres veces al día. Haciéndolos todos los días en tres posiciones: acostada, sentada y de pie, por ejemplo: mientras está acostada, sentada frente a su escritorio o parada en la cocina. Hacerlos en las tres posiciones fortalece los músculos.
- Otra estrategia es contraer los músculos y aguantar hasta después de estornudar. La mujer debe prepararse antes de estornudar, levantar un objeto o brincar. El aumento súbito de la presión puede dañar esos músculos.

### 3.11.4 Eficacia de los ejercicios

La experiencia ha demostrado que los ejercicios de Kegel son útiles en diversas situaciones. De no ser así, no tendrían la importancia que actualmente se les atribuye y que son la base de la rehabilitación del piso pélvico, área en la que están interesados y desarrollan su actividad un gran número de profesionales sanitarios.

Estos ejercicios tienen diversas variantes más complejas de realizar, algunas de las cuales precisan de un entrenamiento especial en áreas de rehabilitación o fisioterapia. Los ejercicios expuestos en este apartado, pueden ser aprendidos y realizados por cualquier persona, y durante todo el proceso embarazo y postparto, y pueden ser enseñados por el personal de salud a cargo del proceso de educación prenatal u otro profesional capacitado.

### 3.11.5 Consejos


Los ejercicios se pueden realizar por lo menos tres veces al día, durante cinco minutos, todos los días en tres posiciones: acostada, sentada y de pie. La mujer puede hacer los ejercicios mientras está acostada en el piso, sentada frente a su escritorio o parada en la cocina, hacerlos en las tres posiciones fortalece los músculos.

Es posible, que la mujer no note ninguna mejoría hasta después de tres a seis semanas de estar realizando los ejercicios. La mayoría de las mujeres notan la mejoría después de pocas semanas. Otros aspectos importantes relacionadas con los ejercicios de Kegel son:

- Los músculos débiles de la pelvis a menudo ocasionan problemas de control de la vejiga.
- Los ejercicios diarios pueden fortalecer los músculos de la pelvis.
- A menudo esos ejercicios mejoran el control de la vejiga.
- Otro consejo importante, es indicarle a la mujer que apriete los músculos de la pelvis antes de estornudar, levantar un objeto o brincar. Esto puede evitar el daño a los músculos de la pelvis.

La mujer puede llevar un diario de los ejercicios de Kegel como el siguiente que se muestra en el siguiente recuadro (ver Recuadro 4).

Recuadro 4. Diario de ejercicios para los músculos pélvicos
Domingo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercité los músculos de la pelvis ____ veces.</li> <li>• Dediqué ____ minutos a hacer los ejercicios.</li> <li>• En cada sesión, apreté ____ veces los músculos de la pelvis</li> </ul> Lunes

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 69 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

#### Recuadro 4. Diario de ejercicios para los músculos pélvicos

- Ejercité los músculos de la pelvis \_\_\_\_ veces.
  - Dediqué \_\_\_\_ minutos a hacer los ejercicios.
  - En cada sesión, apreté \_\_\_\_ veces los músculos de la pelvis
- Martes
- Ejercité los músculos de la pelvis \_\_\_\_ veces.
  - Dediqué \_\_\_\_ minutos a hacer los ejercicios.
  - En cada sesión, apreté \_\_\_\_ veces los músculos de la pelvis
- Miércoles
- Ejercité los músculos de la pelvis \_\_\_\_ veces.
  - Dediqué \_\_\_\_ minutos a hacer los ejercicios.
  - En cada sesión, apreté \_\_\_\_ veces los músculos de la pelvis
- Jueves
- Ejercité los músculos de la pelvis \_\_\_\_ veces.
  - Dediqué \_\_\_\_ minutos a hacer los ejercicios.
  - En cada sesión, apreté \_\_\_\_ veces los músculos de la pelvis
- Viernes
- Ejercité los músculos de la pelvis \_\_\_\_ veces.
  - Dediqué \_\_\_\_ minutos a hacer los ejercicios.
  - En cada sesión, apreté \_\_\_\_ veces los músculos de la pelvis
- Sábado
- Ejercité los músculos de la pelvis \_\_\_\_ veces.
  - Dediqué \_\_\_\_ minutos a hacer los ejercicios.
  - En cada sesión, apreté \_\_\_\_ veces los músculos de la pelvis

FUENTE: <http://kidney.niddk.nih.gov/Spanish/pubs/exercise/index.aspx>

### 3.11.6 Ventajas de los ejercicios del piso pélvico

Los ejercicios del piso pélvico no precisan para su realización de preparación física especial ni aparatos y se pueden llevar a cabo en cualquier lugar y casi en cualquier situación.


Tanto hombres y mujeres con incontinencia de esfuerzo pueden beneficiarse especialmente con estos ejercicios. Es importante que las mujeres de todas las edades conserven la fuerza de los músculos del piso pélvico.

Su práctica habitual puede prevenir la salida hacia el exterior de los órganos pélvicos como el útero o la vejiga.

Estos ejercicios ayudan a las mujeres embarazadas a soportar mejor el aumento de peso y presión por el crecimiento del bebé. Si los músculos están en buen estado antes del parto, estos músculos tendrán menos tendencia a los desgarros, y la recuperación postparto de la musculatura será más rápida.

Los ejercicios rutinarios del piso pélvico disminuyen los efectos de la menopausia sobre la musculatura pélvica.

También son de utilidad en combinación con un programa de entrenamiento de la vejiga, destinado a mejorar su control en las personas que sufren de incontinencia de urgencia.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 70 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### 3.11.7 Advertencias sobre los ejercicios

- Apretar los músculos de la pelvis antes de estornudar, levantar un objeto o dar saltos. Esto puede evitar daños a los músculos de la pelvis.
- La mejoría en las pérdidas de orina puede tardar algunas semanas en apreciarse (entre 4 y 12 semanas) y debe mantenerse su práctica durante toda la vida.
- Hacer la maniobra de detener el flujo de orina sólo una vez a la semana y como prueba de sus progresos.
- Un exceso de realización de ejercicios del suelo pélvico puede producir cansancio muscular y pérdida temporal del control de la orina.
- La tos o estornudos continuados pueden retrasar los resultados.

### 3.11.8 Errores comunes al hacer los ejercicios de Kegel

Es importante hacer los ejercicios correctamente; la forma incorrecta puede causar que la incontinencia empeore. Los errores comunes incluyen: contracción de los músculos del estómago, los músculos de los muslos y los músculos de las nalgas, o aguantar la respiración. Se debe poner atención en mantener los músculos del abdomen, nalgas y del muslo relajados. Los músculos que desea usar son los músculos pélvicos.

Es importante recordar los siguientes aspectos:

- Los músculos débiles de la pelvis a menudo ocasionan problemas de control de la vejiga.
- Los ejercicios diarios pueden fortalecer los músculos de la pelvis.
- A menudo esos ejercicios mejoran el control de la vejiga.
- Se debe contraer los músculos de la pelvis antes de estornudar, levantar un objeto o brincar. Esto puede evitar el daño a los músculos de la pelvis.

## 3.12 Flexibilidad


En líneas generales el trabajo de flexibilidad irá dirigido a aliviar tensiones provocadas por la gestación, especialmente en:

- Cadena posterior de las piernas, principalmente las pantorrillas y los isquiotibiales (parte de atrás del muslo).
- Musculatura pelvis y el tronco.
- Pectoral.
- Zonas cervical, dorsal y lumbar.

Se debe tener cuidado con los movimientos de las articulaciones, evitando los estiramientos máximos, dada la mayor laxitud ligamentosa durante la gestación, como por ejemplo: apertura de piernas en el máximo rango de movimientos de las mismas.

La laxitud (o estiramiento) de los ligamentos aumenta a medida que avanza el embarazo con un pico en el segundo trimestre y es mayor también en el segundo embarazo o en los embarazos múltiples.

La hormona Relaxina es segregada por el cuerpo de la embarazada hasta niveles diez veces más alto que lo habitual y es buena en ayudar a relajar las articulaciones de la pelvis

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 71 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

para que el bebé pueda tener lugar y salir felizmente por el canal de parto llegado el momento. Pero, siempre hay una causa de inestabilidad y aumento de la movilidad en varias articulaciones que puede derivar en inflamación y dolor de las mismas.

A esta laxitud debe agregarse la elongación de los músculos abdominales y en particular del transverso del abdomen (el más profundo de todos los abdominales) que no pueden colaborar con su tarea de dar más estabilidad a la columna lumbar.

Es importante también conocer que la laxitud ligamentaria persiste después del parto alrededor de seis meses y según algunos autores lo hará mientras la madre siga amamantando a su bebé.


Algunos ejercicios de flexibilidad articular recomendados para mujeres embarazadas se indicarán a continuación.

### 3.12.1 Posición Elevación Pélvica

- Objetivo: favorecer la movilidad de los músculos y ligamentos lumbares, mejorando su elasticidad en el proceso del parto natural. (ver Figura 7)
- Indicaciones: Acostada boca arriba, con las rodillas flexionadas, levante la pelvis todo lo posible, separándola del suelo, de forma que el peso del cuerpo se apoye en los pies y en los hombros.
- Repeticiones: Realizar 10 a 15 repeticiones.
- Series: de 2 a 3 según tolerancia de la mujer. Velocidad lenta
- Observación: Este ejercicio puede realizarse durante todo el embarazo, en el caso de que la mujer no presente molestias.

Figura 7. Posición Elevación pélvica  
Posición 1



	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 72 de 322	
		FECHA DE EMISIÓN: 2014	
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Posición 2



### 3.12.2 Posición Rotación de la Columna

- **Objetivo:** favorecer la movilidad de la articulación de la cadera, mejorando la elasticidad de los músculos del piso pélvico y el proceso de parto natural.
- **Indicaciones:** Acostada boca arriba, con las piernas estiradas relajarse, girar y levantar la cadera de un lado al otro. Luego sin mover las piernas, girar el torso levantando el hombro de un lado.
- **Repeticiones:** De 10 a 15.
- **Series:** de 2 a 3 según tolerancia de la mujer. Velocidad lenta.
- **Observación:** Este ejercicio puede realizarse durante todo el embarazo, en el caso de que la mujer no presente molestias. (Ver Figura 8)


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 73 de 322
		FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Figura 8. Posición Rotación de la Columna

Posición 1



Posición 2



Posición 3



Posición 4



Posición 5



Posición 6




Posición 7



Posición 8



	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 74 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### 3.12.3 Posición Encogimiento

- **Objetivo:** Elasticidad en la torsión de las articulaciones de la columna con la pelvis. Aumentar la elasticidad y movilidad de las articulaciones y los músculos de la columna vertebral y activar algunos músculos del pecho y vientre. (ver Figura 9)
- **Indicaciones:** Acostada boca arriba con las piernas estiradas encogerlas sobre el tronco. Sujetar las rodillas con las manos y doblar lo más posible la columna y el cuello. De forma que la cabeza quede entre las rodillas. Volver a la posición inicial.
- **Repeticiones:** De 10 a 15.
- **Series:** de 2 a 3 según tolerancia. Velocidad lenta.
- **Observación:** Este ejercicio puede realizarse durante todo el embarazo, en el caso de que la mujer embarazada no presente molestias.


Figura 9. Posición Encogimiento

Posición 1



Posición 2



	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 75 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### 3.12.4 Recostada en la posición de parto boca arriba

- **Objetivo:** Fortalecer los músculos que intervienen en los esfuerzos para expulsar el niño, en el parto. Facilita y abrevia el parto(ver Figura 10)
- **Indicaciones:** Acostada con las piernas dobladas sobre el tronco, sujetadas por las manos. Cabeza apoyada sobre dos almohadas. Otra opción es, sentada en una silla, con los pies apoyados. Relajarse, respirar, realizar el ejercicio sin dejar salir el aire, similar al esfuerzo de la evacuación intestinal (acción de pujar) sosteniéndolo hasta contar 5.
- Al realizar la acción de puje, mantener el esfuerzo hasta contar 5. Repetir a tolerancia.
- **Observación:** Este ejercicio puede realizarse durante todo el embarazo, en el caso de que la mujer no presente molestias.

Figura 10. Recostada en la posición de parto boca arriba.



### 3.12.5 Posición de Cuclillas

- **Objetivo:** Contribuir al mejoramiento y elasticidad de los músculos de la espalda, piernas y pelvis.(ver Figura 11)
- **Indicaciones:** En cuclillas, con los pies completamente planos sobre el suelo, no en puntillas, lo más juntos posible.
- **Repeticiones:** Mantener esta posición el tiempo que tolere sin molestias, tomar en cuenta que el vientre crece mes a mes.
- **Series:** debido al crecimiento del feto, la mujer lo realiza según su tolerancia.
- **Observación:** Este ejercicio puede realizarse durante todo el embarazo, en el caso de que la mujer no presente molestias.


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 76 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Figura 11. Cuclillas.



Tomado de: <http://www.terapia-fisica.com/terapia-fisica-en-embarazadas.html>


### 3.12.6 Posición de sastre

- Objetivo: Contribuir al mejoramiento y elasticidad de los músculos de las piernas y columna lumbar. (ver Figura 12)
- Indicaciones: Sentada en el suelo, piernas abiertas y pies unidos por las plantas. En esta posición apoyar los codos sobre las rodillas y con ellos, llevarlas poco a poco hacia abajo, hasta tocar el suelo. Al mismo tiempo con las manos sujetando los tobillos, acercarlos progresivamente al cuerpo lo más posible. Al mínimo indicio de fatiga volver a la posición inicial.
- Repeticiones: Sostener 12- 30 segundos la posición y repetir 3 veces. Según tolerancia de la mujer.
- Observación: Este ejercicio puede realizarse durante todo el embarazo, en el caso de que la mujer no presente molestias.

Figura 12. Posición de sastre.

Posición 1



	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 77 de 322
		FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Posición 2




Posición 3



### 3.12.7 Posición “El gato”

- Objetivo: Ayudar al estiramiento y relajación de los músculos de la columna lumbar y la pelvis. (ver Figura 13)
- Indicaciones: Bajar la espalda todo lo posible, aumentando la curvatura de la zona lumbar. Luego arquear la espalda cuanto se pueda.
- Repeticiones: realizar el ejercicio de 10 a 15 veces, de acuerdo a la tolerancia de la mujer.
- Series: de 2 a 3. Velocidad lenta.
- Observación: Este ejercicio puede realizarse durante todo el embarazo, en el caso de que la mujer no presente molestias.

Figura 13. Posición El gato.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 78 de 322
		FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Posición 1



Posición 2



### 3.12.8 Posición “De Lado”

- Objetivo: Ayuda al estiramiento y relajación de los músculos de las piernas y espalda. (ver Figura 14)
- Indicaciones: Acostada de lado en un sitio plano, elevar todo lo posible una pierna, mantenerla extendida y volver a bajarla lentamente.
- Repeticiones: Realizar de 10 a 15 de acuerdo a la tolerancia de la mujer.
- Series: de 2 a 3.
- Observación: Este ejercicio puede realizarse durante todo el embarazo, en el caso de que la mujer no presente molestias.


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 79 de 322
		FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Figura 14. Posición De Lado  
Posición 1




Posición 2



### 3.12.9 Posición “Circunferencias”

- Objetivo: Ayuda al estiramiento de los músculos de las piernas y relajación de los músculos de la espalda. (ver Figura 15)
- Indicaciones: acostada boca arriba con las piernas estiradas elevar una pierna y describir con ella un círculo en el aire. Al fatigarse, bajar la pierna y realizar lo mismo con la pierna contraria. Se sugiere comenzar a realizar el ejercicio con la pierna lo más vertical que se pueda e irla bajando conforme se adquiere mayor fuerza.
- Repeticiones: realizar de 10 a 20 círculos con cada pierna o según tolerancia de la mujer.
- Series: de 2 a 3. Velocidad lenta.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 80 de 322
		FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Observación: Este ejercicio puede realizarse durante todo el embarazo, en el caso de que la mujer no presente molestias.

Figura 15. Posición Circunferencias

Posición 1




Posición 2



### 3.12.10 Posición Acercamiento.

- Objetivo: Ayuda al estiramiento de los músculos de la espalda, la pelvis y los brazos, favoreciendo su elasticidad en el proceso del parto natural. (ver Figura 16)
- Indicaciones: de rodillas en el suelo sentada sobre los talones, con los brazos caídos a lo largo del cuerpo y el tronco lo más derecho posible. En esta posición inspirar profundamente, doblar el tronco hacia delante, inclinando la cabeza, aflojando todo el cuerpo y sacando el aire al mismo tiempo. Descansar un momento durante la posición y

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 81 de 322
		FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

luego enderezar el tronco a la vez que inspira profundo nuevamente. Recordar mantener la pelvis apoyada de los talones en todo momento del ejercicio.

- Repeticiones: sostener 10 segundos.
- Series: 3 según tolerancia de la mujer.
- Observación: Este ejercicio puede realizarse durante todo el embarazo, en el caso de que la mujer no presente molestias.

Figura 16. Posición Acercamiento.

Posición 1




Posición 2



### 3.12.11 Anteverción y retroversión de la pelvis

- Objetivo: Realizar la basculación pélvica y Aumentar la elasticidad y relajar los músculos de la pelvis. (ver Figura 17)
- Indicaciones: De pie, con los pies juntos, con la rodillas levemente flexionadas y el cuerpo erguido. Se coloca una mano sobre el bajo vientre y la otra sobre las nalgas, con el fin de sentir el movimiento de la pelvis. Se realiza un movimiento hacia delante y atrás

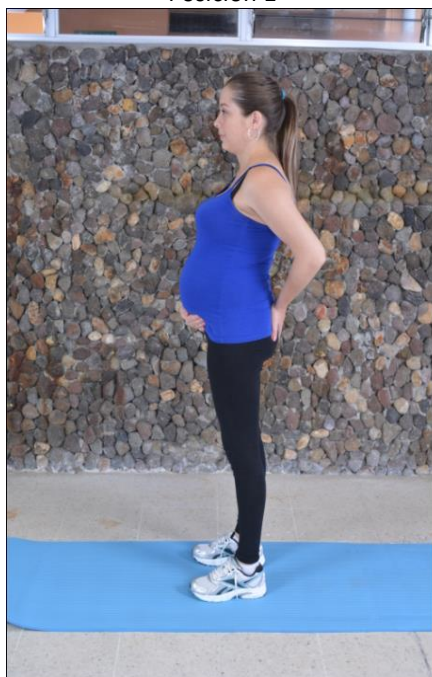
	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 82 de 322
		FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS  MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

con la pelvis, generando un balanceo de la misma. Luego, volver a la posición de comienzo.

- Repeticiones: de 10 a 15 repeticiones.
- Series: 2 a 3 veces según tolerancia de la mujer.
- Observación: Este ejercicio puede realizarse durante todo el embarazo, en el caso de que la mujer no presente molestias.

Figura 17. Ejercicios Anteversión y retroversión de la pelvis

Posición 1




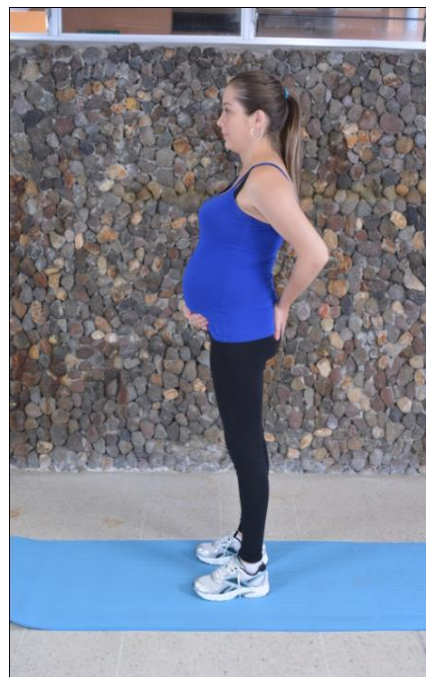
Posición 3

Posición 2



Posición 4

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 83 de 322
		FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003




### 3.13 Ejercicios recomendados en el Postparto

Después de un embarazo y el nacimiento volver a restablecer la fortaleza lleva algo de tiempo la ACOG dice que es muy importante que después del parto la mujer se cuide físicamente y permitir que el cuerpo se recupere con el tiempo. Si tuvo un parto por cesárea, un nacimiento difícil o complicaciones, el tiempo de recuperación puede ser más largo, es importante tener el visto bueno del médico para seguir o reanudar el programa de ejercicio, algunas mujeres lo podrán hacer al cabo de unos días de dar a luz; otras pueden necesitar más tiempo antes que puedan reanudar las rutinas que tenían antes de quedar embarazadas

Caminar es una buena manera para volver a ejercitarse en el caso de la mujer en el periodo posparto. Las caminatas vigorosas, varias veces a la semana ayudaran a prepararse para practicar ejercicio más intenso cuando la mujer se encuentre lista para hacerlo. Caminar tiene la ventaja de que ahora las mujeres pueden salir de la casa con el bebe en un coche para hacer ejercicio y respirar aire más fresco. A medida que se va ganando resistencia se puede considerar hacer ejercicio más intenso.

Es buena idea que el programa o prescripción de ejercicio cumpla con las necesidades y expectativas propias de la mujer. Diferentes estudios sugieren que las mujeres lactantes que realizan ejercicio físico recuperan su peso anterior al embarazo antes que las madres lactantes sedentarias.

La prioridad es recuperar el tono muscular del músculo transversal del abdomen y del suelo pélvico, que han sufrido una gran distensión durante el embarazo y el parto.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 84 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

En todo caso, la ACOG aconseja que sea la propia mujer la que retome su programa de ejercicio físico anterior al embarazo dependiendo de su propia capacidad física.

Es muy recomendable realizar ejercicios de tonificación los músculos del abdomen, a criterio médico.

Es importante que si la madre da el pecho a su bebé, deberá entrenar después de dar la toma, y utilizar siempre un buen sujetador. También importante en este caso una correcta hidratación<sup>67</sup>, es necesario tener presente mantener una posición adecuada tanto en el momento de dar de mamar como cuando se realizan actividades físicas para evitar posibles lesiones o dolores musculares.


Los siguientes ejercicios se pueden practicar en el periodo de postparto, según criterio médico:

- Acostada de espaldas en el suelo o colchoneta, doblar las rodillas con los pies apoyados en el suelo, contraer hasta donde pueda las nalgas y encoger los abdominales presionando la espalda contra el suelo. Se debe mantener la contracción por unos segundos y luego relajarse. Repetir este ejercicio a tolerancia de la mujer a tolerancia de la mujer.
- La misma posición del ejercicio anterior se deben contraer los músculos de abdomen girando las rodillas hacia la derecha, volver al punto de partida, girar hacia la izquierda. Se repite seis veces cada lado a tolerancia de la mujer.
- Acostada con la espalda sobre la colchoneta con la rodilla derecha doblada y la izquierda extendida, elevar la cadera izquierda. Repetirlo seis veces en cada pierna a tolerancia de la mujer.

Estos otros ejercicios se realizan a la semana del posparto:

- Acostada con la espalda sobre la colchoneta con las rodillas dobladas y los pies apoyados, las manos sobre los muslos, contraer los abdominales y levantar suavemente la cabeza y los hombros deslizando las manos sobre las rodillas sin llegar a sentarse recobrar lentamente la posición inicial a tolerancia de la mujer.
- Acostada sobre la colchoneta con los brazos atendidos formando un ángulo de 45° con el cuerpo intentar alcanzar la mano derecha con la izquierda, al tiempo que se levanta la cabeza y un hombro y girar hacia la derecha. Se repite 12 veces a cada lado a tolerancia de la mujer.

<sup>67</sup> Tomado de: [http://saludydeporte.consumer.es/situaciones/embarazo/pag6\\_1.html](http://saludydeporte.consumer.es/situaciones/embarazo/pag6_1.html), consultado en Setiembre 2011

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 85 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## 4. Componente de Relajación

### 4.1 Introducción

El parto es el mejor momento del embarazo, pero también el más tenso. La ansiedad y el miedo de la mujer implican un estrés que puede incrementar la sensación de dolor y, además, prolongar el proceso. Las técnicas de relajación durante las contracciones son la mejor forma de contrarrestar estos efectos.

Las técnicas de relajación permiten a la gestante reducir la tensión y proporcionar tranquilidad durante el momento de dar a luz. No existe una base científica contrastada que evalúe la eficacia de estas técnicas para reducir el dolor en el momento de dar a luz, sí hay evidencia que ayudan a disminuir la ansiedad de la madre y merma su percepción del dolor.<sup>68</sup>

Saber aplicar estas técnicas en el alumbramiento "requiere, ante todo, práctica". Por eso, se recomienda seguir durante el embarazo un entrenamiento personalizado con ayuda de un profesional este profesional puede ser de enfermería. Y practicar en pareja. "Si el hombre también conoce la técnica, sabrá cómo colaborar con la relajación durante el parto".<sup>69</sup>

### 4.2 Relajación contra los dolores del parto

La respiración y relajación son dos cosas que aprenden las futuras madres durante los cursos de preparación al parto. Al estar que estar relajada durante este proceso ayuda a reducir la ansiedad y puede favorecer la dilatación.

La Tranquilidad es una buena aliada contra el dolor del parto que puede ser intenso y la tensión corporal, la ansiedad y el miedo lo pueden empeorar. Las intervenciones cuerpo mente tales como la relajación, la meditación, la visualización y la respiración son utilizadas frecuentemente durante el trabajo de parto y son muy accesibles a las mujeres, ya que estas técnicas se enseñan en los cursos prenatales.

### 4.3 ¿Cómo funciona la relajación en el parto?


Durante las contracciones, la parte superior del útero se contrae y la inferior se estira y relaja, con el fin de ayudar al bebé a desplazarse a través del canal del parto. El temor al dolor o sensación molesta que se produce lleva a la mujer a tensar y contraer a la vez todo su cuerpo en la contracción, tensión durante el parto constituye una respuesta natural del útero en contracción". Esta tensión, además de agotar, puede llegar a prolongar el nacimiento al disminuir la eficacia de las contracciones.<sup>70</sup>

La función de las técnicas de relajación durante el parto es lograr que, mientras el útero se contrae, la mujer desestrese el resto de las partes de su cuerpo y reduzca así la tensión. "la

<sup>68</sup> Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) Iniciativa Parto Normal ", tomado de: <http://www.federacionmatronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>

<sup>69</sup> Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) Iniciativa Parto Normal ", tomado de: <http://www.federacionmatronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>

<sup>70</sup> Tomado de: <http://www.consumer.es/web/es/bebe/parto/tipos-de-parto/2012/06/04/209181.php>

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 86 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

concentración juega un papel esencial". En este apartado se mencionaran tres técnicas de relajación contra el dolor de las contracciones.

#### 4.4 Técnica de Jacobson


También conocida como relajación progresiva, esta técnica fue ideada por el médico estadounidense Edmud Jacobson a principios del siglo pasado.

Consiste en hacer un recorrido progresivo por todos los grupos musculares del cuerpo que se pueden tensar, contraerlos y, después, relajarlos, acompañado de una respiración adecuada.

Los pasos para relajarse son los siguientes<sup>71</sup>:

1. Sentada cómodamente en una silla (sería ideal que tuviese reposabrazos), quitarse los zapatos y no utilizar ropa apretada, no cruzar las piernas.
2. Lentamente hacer una respiración profunda completa, repetir de nuevo otra vez.
3. Alternativamente tensamos y relajamos grupos específicos de músculos. Después de tensionar un músculo, este se encontrará más relajado que antes de aplicar la tensión. Se debe concentrar en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la relajación. Con el tiempo, se reconocerá la tensión de un músculo específico, de esta manera será capaz de reducir esa tensión.
4. No se deben tensar músculos distintos que el grupo muscular que estamos trabajando en cada paso. No mantener la respiración, apretar los dientes o los ojos. Respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tensión y la relajación. Cada tensión debe durar unos 10 segundos; cada relajación otros 10 o 15 segundos. Contar "1, 2, 3 ..."
5. Hacer la secuencia entera una vez al día hasta sentir que se es capaz de controlar las tensiones de los músculos.
6. Manos. Apretar los puños, se tensan y destensan. Los dedos se extienden y se relajan después.
7. Bíceps y tríceps. Los bíceps se tensan (al tensar los bíceps nos aseguramos que no tensamos las manos para ello agitamos las manos antes después relajamos dejándolos reposar en los apoyabrazos. Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan.
8. Hombros. Tirar de ellos hacia atrás (ser cuidadoso con esto) y relajarlos.
9. Cuello (lateral). Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda.
10. Cuello (hacia adelante). Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo. (Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado).
11. Boca (extender y retraer). Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo de la boca. Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar.
12. Boca (apertura). Abre la boca cuanto sea posible; cuidado en este punto para no bloquear la mandíbula y relajar.
13. Lengua (paladar y base). Apretar la lengua contra el paladar y después relajar. Apretarla contra la base de la boca y relajar.

<sup>71</sup> CCSS. Guía didáctica Preparación psicofísica para el parto. Costa Rica. 1996

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 87 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

14. Ojos. Abrirlos tanto como sea posible y relajar. Estar seguros de que quedan completamente relajados, los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión.
15. Respiración. Respira tan profundamente como sea posible; y entonces toma un poquito más; espira y respira normalmente durante 15 segundos. Después espira echando todo el aire que sea posible; entonces espira un poco más; respira y espira normalmente durante 15 segundos.
16. Espalda. Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. Ser cuidadoso con esto.
17. Glúteos. Tensa y eleva la pelvis fuera de la silla; relajar. Aprieta las nalgas contra la silla; relajar.
18. Muslos. Extender las piernas y elevarlas 10 cm. No tenses el estómago; relajar. Apretar los pies en el suelo; relajar.
19. Estómago. Tirar de él hacia dentro tanto como sea posible; relajar completamente. Tirar del estómago hacia afuera; relajar.
20. Pies. Apretar los dedos (sin elevar las piernas); relajar. Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.
21. Dedos. Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo; relajar. Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.

#### 4.5 Técnica de visualización positiva


Según esta técnica, para disminuir la ansiedad durante el trabajo de parto, la mujer puede recurrir a algo muy sencillo: su imaginación, como por ejemplo: una playa tranquila, un mar en calma, una pradera en silencio. Esta es la propuesta de la técnica de visualización, que consiste en dejar volar la imaginación y recrear mentalmente un espacio que genere bienestar a la parturienta durante las contracciones.

Figura 18. Visualización Positiva.



Tomado de: <http://atraeloquequierasatuvida.com/blog/>

Se recomienda practicar las visualizaciones durante el embarazo para que sea más fácil recrearlas en el momento de dar a luz.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 88 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## 4.6 Técnicas táctiles y masajes

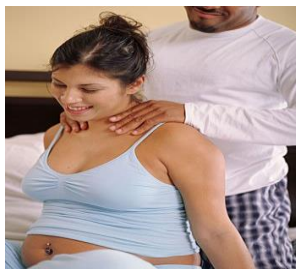
A partir del segundo trimestre del embarazo, los masajes son un método eficaz para aliviar tensiones y relajarse. Los masajes pueden utilizarse en el momento del parto como un método de relajación.

El masaje incluye la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo y se utiliza para relajar los músculos tensos y suavizar y calmar a la gestante. La utilización de masaje en el trabajo de parto mejora la relajación y reduce el dolor, porque aumenta el flujo sanguíneo en la zona y la oxigenación de los tejidos".<sup>72</sup>

La pareja (u otro acompañante) juega un papel primordial en este sentido. Durante el alumbramiento, su misión consistirá en tocar y palpar los grupos musculares o partes del cuerpo que le indique la mujer y ejercer un pequeño masaje sobre ellas.

También se puede llevar a cabo la técnica de la contrapresión y presionar fuerte sobre un músculo tenso para lograr relajarlo.

Figura 19. Técnicas táctiles y masajes.



Tomado de: <http://www.guiainfantil.com/1283/masajes-en-el-embarazo.html>


## 4.7 Gimnasia en el embarazo

La gimnasia para embarazadas o también conocida como yoga, es una forma de ejercicio en el que se busca el equilibrio del cuerpo con la mente, yoga significa unión, donde se pretende el bienestar tanto físico como mental, se practica por medio de diferentes posiciones donde se incluye la respiración como parte de la técnica.

La gimnasia o yoga para mujeres gestantes es un ejercicio de bajo impacto que puede contribuir a disminuir el estrés, el dolor, mejora la circulación, fortalece los músculos abdominales y estimula la flexibilidad muscular preparando el cuerpo para el parto.

La gimnasia para embarazadas o yoga sirve para:

<sup>72</sup> Tomado de: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/posiciones/i/4022/153/masaje>


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 89 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Disminuir las tensiones de la vida diaria: mediante la realización de los movimientos silenciosos y precisos, se disminuye el estrés diario.
- Mejorar la flexibilidad: a medida que se practica se perfeccionan las se aumenta la flexibilidad de los músculos y la amplitud de movimiento de las articulaciones.
- Mejorar la calidad del sueño: disminuir las depresiones y combatir ciertas enfermedades, como el estreñimiento y el síndrome del colon irritable entre otros.
- Mantener un peso saludable: el yoga brinda una opción diferente para hacer cambios en el estilo de vida.


#### **4.7.1 Ejercicios de la gimnasia para embarazadas o yoga recomendados para mujeres embarazadas**

Es fundamental conocer como estirarse, lo cual consiste en realiza en que los músculos se alarguen y se descompresionen las articulaciones ayudando a la regeneración celular. El estiramiento se puede realizar de pie, sentada o acostada, por medio de los siguientes ejercicios:

- Posición de la montaña: de pie con los brazos a los lados se trata de ir estirando cada parte del cuerpo desde los dedos de los pies, las piernas las caderas y el tronco.
- Postura de la montaña con los brazos elevados: de pie con las manos arriba con los dedos entrecruzados y girados hacia afuera de las palmas: inspire y sostenga la posición por 10 a 15 segundos, expire y baje los brazos, cambie el entrecruzado de los dedos y repita. Repita a tolerancia.
- Posición del triángulo: desde la posición de montaña brazos a los lados estirar brazos, piernas y tronco al mismo tiempo en direcciones diferentes, generando espacio y energía para el cuerpo.
- Posición del guerrero 1 y 2: desde la posición de montaña brazos a los lados estirar brazos, piernas y tronco al mismo tiempo en direcciones diferentes, colocando el pie derecho 90° hacia afuera tensando los muslos. Repita girando el otro pie.
- Posición medio estiramiento intenso: Colocarse frente a una mesa que este a la altura de la cadera con los pies separados flexione el tronco hacia adelante colocando las manos en la mesa, con las rodillas tensas y las piernas estiradas, permanezca en esta posición de 20 a 30 segundos inspire y recobre la posición natural.
- Estiramiento intenso: Colocarse frente a un banco o silla que este a la altura más o menos de las rodillas con los pies separados a lo ancho de las caderas flexiones el tronco hacia adelante colocando las manos en la mesa hasta que toque con la cabeza el banco con las rodillas tensas y las piernas estiradas, permanezca en esta posición de 20 a 30 segundos inspire y recobre la posición natural.
- Posición cómoda con la cabeza abajo: Sentada cómodamente frente al mismo banco coloque las manos encima del banco y apoye la cabeza sobre el permanezca en esta posición de 20 a 30 segundos inspire y recobre la posición natural.
- Posición del perro boca abajo: Colocarse de rodillas en el piso con las manos 60 cms delante de las rodillas, extender los dedos de las manos los brazos inclinados y los dedos de los pies flexionados

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 90 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Posición del héroe boca abajo: Arrodillarse uniendo los pies y separando las rodillas, estire el tronco hacia arriba y flexiónelo hacia adelante apoyando la cabeza en el suelo. Permanezca en esta posición de 20 a 30 segundos.
- Posición de la montaña sentada: Sentarse sobre los talones con los dedos de las manos entrecruzados hacia adentro y hacia afuera con los brazos estirados hacia arriba manteniendo relajados los músculos de la cara y el cuello mantenerse en esta posición de 20 a 30 segundos.
- Posición de la montaña sentada: Sentarse y cruzar las piernas hasta donde tolere estirar los brazos hacia arriba, con los dedos entrecruzados y la columna recta.
- Estiramiento de brazos en tendido supino: Acostarse de espalda sobre la colchoneta piernas y brazos estirados formando una posición recta mantenerse en esta posición de 10 a 15 segundos. Inspirar mientras se practica.
- Posición de la cabeza de vaca, solo brazos: Sentarse sobre los talones con las rodillas juntas el tronco erguido coloque el brazo derecho detrás de la espalda y ayúdese y presiones con el brazo izquierdo sobre el codo derecho.
- El puente en equilibrio: Sentada sobre una almohada cilíndrica sujete las puntas por ambos lados, adelántese hasta que las nalgas estén fuera de la almohada e inclínese hacia atrás. acuéstese de manera que la zona lumbar está apoyada sobre la almohada, la cabeza y los hombros afuera, estire las piernas, lleve los brazos por encima de la cabeza, respire normalmente y relájese. Mantenga esta posición por 2 o 5 minutos, puede ayudarse utilizando otro almohadón para tener los pies levantados. Acostada de espalda como si fuera a dormir coloque los brazos a los lados del tronco y respirar de forma relajada y pausada evite cualquier distracción

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 91 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## 5. Componente de respiración

### 5.1 Introducción

Para el personal de salud encargado del proceso de educación perinatal de las mujeres gestantes y sus familias, y para los fines de este Manual Técnico es de suma importancia aplicar correctamente las técnicas de respiración, ya que durante el embarazo y el trabajo de parto pueden producir efectos muy positivos y relajantes si se combina tanto la relajación vista en el apartado anterior como la respiración. De esta manera tanto la mujer gestante como su acompañante, durante el trabajo de parto podrán implementar las técnicas que se le ayudaran a mantener un mejor manejo del dolor las emociones el estrés y la ansiedad que produce este proceso en el que se preparan para la llegada del nuevo miembro de la familia, además de minimizar los efectos negativos de cualquier complicación les ayudara a mantener el control tanto del dolor como de las emociones, guardando energía para el momento del parto.

El objetivo de este apartado es enseñarle al personal encargado del proceso de educación perinatal de las mujeres gestantes y sus familiar técnicas de respiración para mujeres gestantes, con el fin de replicar dicha información a las mujeres gestantes y sus familias que atienden en la Red de Servicios de Salud Institucional. Dichas técnicas de respiración, ayudarán a la mujer gestante a relajarse y aliviar las dolencias que pueda experimentar durante el embarazo, además del dolor de las contracciones durante el trabajo de parto. Logrando así una ventilación adecuada que le ayude a conservar la energía al máximo posible y ofrecerle al bebé la mayor cantidad de oxígeno que le ayudará a sobrellevar el estrés del nacimiento.


La respiración se define como el intercambio de gases a través de una membrana, es decir el paso de oxígeno hacia el torrente sanguíneo y eliminación del dióxido de carbono (desecho metabólico).

Más allá de los beneficios naturales de una buena respiración para todos nosotros, en el caso de las embarazadas, realizar ejercicios respiratorios durante el embarazo es muy importante. Por una parte porque oxigenará más todo su organismo (y ese beneficio llega sin duda al bebé), y por otra porque de ellos dependerá cómo lleve adelante su trabajo de parto.

La respiración es rítmica, consiste de una fase inspiratoria, seguido la fase exhalatoria, la cual es pasiva y normalmente es más prolongada que la inspiración. Se debe hacer una breve pausa antes de que los pulmones tomen la siguiente inspiración.

La tensión o el pánico además de generar que los músculos del cuello y los hombros se tornen rígidos y tensos, generan respiraciones rápidas y superficiales las cuales puede producir sensación de mareo y hormigueo en los dedos, así como adormecimiento en la boca.

Los ejercicios de respiración son fáciles de aprender y no necesitan herramientas ni equipos especiales para hacerlos. Cuando se realiza una respiración completa que implica el uso del músculo diafragmático se favorece la relajación.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 92 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### 5.1.1 Técnicas de Respiración

Estos ejercicios se dividen en tres tipos y todos ellos pueden ser usados en el proceso del parto con el fin de disminuir la tensión y aliviar el dolor de la mujer gestante.

### 5.1.2 Respiración abdominal

Esta será la respiración que se debe realizar cuando se presenten las contracciones fuertes. Al aspirar aire por la nariz se debe llegar al nivel del abdomen. Primero se llenan los pulmones y acto seguido debes sentir u “obligar” a tu abdomen a que se “infe”, se debe exhalar lentamente por la boca.

Este es el tipo de respiración que se debe practicar cuando empiezan las contracciones más fuertes. Cuando se inhala y exhala de esta forma se relajan los músculos del abdomen.

### 5.1.3 Respiración tipo jadeo


Se debe hacer muchas veces durante el largo período de dilatación. El mismo nombre (jadeo) indica que es una respiración más bien a nivel superior, rápido y entrecortada de forma que la parte superior del tórax suba y baje sucesivamente. Es muy útil para controlar los intervalos entre cada pujo, evitando que el fondo del útero y el diafragma entren en contacto, ayudando además a que la mujer no puge antes del momento adecuado.

Para controlar las ganas de pujar en las fases de dilatación y de la expulsión, la mujer gestante debe tomar aire y expulsarlo de forma sucesiva en forma de jadeo o soplo. Por lo general, esta técnica suele ser necesaria en los partos sin epidural para no distender demasiado los músculos de la zona del periné. Cuando a la mujer se le administra anestesia epidural, la mayoría de las veces no siente deseos de empujar.

Figura 20. Respiración tipo jadeo.



Tomado de: [www.guiainfantil.com/articulos/parto/tres-tipos-de-respiracion-para-ayudar-en-el-parto/](http://www.guiainfantil.com/articulos/parto/tres-tipos-de-respiracion-para-ayudar-en-el-parto/)

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 93 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### 5.1.4 Respiración torácica

Será fundamental en el preciso momento de pujar fuerte e intentar expulsar el feto. Se trata de inspiraciones profundas pero cortas a nivel del tórax solamente. Antes de expulsar el aire, se contrae suavemente los músculos abdominales (los que usarán al momento de la expulsión); cuando la mujer gestante llegue el momento que no puede contener la respiración, suelta el aire y se relaja.

Este tipo de respiración lo puede realizar la mujer ya sea sentada o acostada, se utiliza durante la fase de expulsión del parto. También se le conoce como pujos, por la necesidad que siente la mujer de pujar, a medida que experimenta las contracciones.

Durante el último mes de embarazo, es mejor realizar este ejercicio de respiración con precaución para evitar que se adelante el parto.

Figura 21 Respiración tipo torácica.



Tomado de: [www.guiainfantil.com/articulos/parto/tres-tipos-de-respiracion-para-ayudar-en-el-parto/](http://www.guiainfantil.com/articulos/parto/tres-tipos-de-respiracion-para-ayudar-en-el-parto/)


### 5.1.5 Respiración para fase de alumbramiento

Esta técnica consiste en que la mujer gestante inspire 2 o 3 veces de forma profunda y corta, entonces aguanta el aire mientras contrae todos los músculos del abdomen y hace fuerza durante unos segundos, y acto seguido para y relaja la musculatura.


Figura 22. Respiración tipo alumbramiento.



Tomado de: [www.guiainfantil.com/articulos/parto/tres-tipos-de-respiracion-para-ayudar-en-el-parto/](http://www.guiainfantil.com/articulos/parto/tres-tipos-de-respiracion-para-ayudar-en-el-parto/)

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 94 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS  MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## ANEXOS

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 95 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**ANEXO N ° 1: Entrevista Semiestructurada al personal de salud a cargo del proceso de educación perinatal de las mujeres gestantes y sus familias.**

**ENTREVISTA DE EDUCACIÓN PRENATAL INSTITUCIONAL**

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

Nombre del Centro de Salud:

\_\_\_\_\_

Nombre de la Directora del Centro de Salud:

\_\_\_\_\_

Nombre y profesión de la persona/s entrevistada/s:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de los/as entrevistador/es y lugar de trabajo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A) Metodología utilizada en la de la Educación prenatal suministrada**

1. Personal de salud a cargo de la Educación Prenatal (nombre/puesto)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Tipo de metodología educativa utilizada:

Grupal

Individual

Grupal e individual

Describe:


\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Técnicas educativas utilizadas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sugerencias de idoneidad

\_\_\_\_\_

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 96 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

---

4. Recursos educativos utilizados:

---



---



---



---

Sugerencias de idoneidad

---



---

5. Materiales educativos utilizados:

---



---



---



---

Sugerencias de idoneidad

---



---

6. Características del espacio físico que utiliza:

---



---



---

Sugerencias de idoneidad

---



---

7. Horarios en que se imparten los cursos de Educación Prenatal a la usuaria y ¿Por qué?

---



---



---



---

Sugerencias de idoneidad

---



---

8. Duración de las sesiones, cronograma de actividades para cada sesión y esquema de distribución de la sesión del Curso de Educación Prenatal

---




---



---



---

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 97 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

---

---

---

---

---

---

Sugerencias de idoneidad

---

---

9. Número de sesiones grupales del curso de Educación Prenatal y ¿Por qué?

---

---

---

---

Sugerencias idoneidad

---

---

10. Número de veces que se imparte el curso de Educación Prenatal al año y ¿Por qué?

---

---

---

---

Sugerencias de idoneidad

---

---

11. Cantidad de personas recomendadas por Curso Prenatal.

---

---

---

12. Cantidad de instructores por grupo de usuarias.


---

---

---

13. Temas que se imparten en el curso de Educación Prenatal (*ver anexo A*)

14. Sugerencias de contenidos temáticos que deben incorporarse en el curso de Educación Prenatal (*ver anexo B*)

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 98 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**B) Epidemiología de la población.**

15. Características de la población que se imparte educación prenatal (grupos etáreos, nivel de riesgo obstétrico, características socioeconómicas, entre otros)

---

---

---

---

16. Numero de promedio de usuarias por curso de Educación Prenatal.

---

---

17. Realiza educación prenatal diferenciada por grupo de etáreo u otra característica de la usuaria y ¿Por qué?

---

---

---

---

Sugerencias de idoneidad

---

---

18. Tipo de educación prenatal que se ofrece a las mujeres embarazadas de alto riesgo obstétrico (ARO) y ¿Por qué?

---

---

---

---

Sugerencias idoneidad

---

---

**C) Captación de las usuarias**

19. Metodología utilizada para la captación de las usuarias:

---

---

---

---

Sugerencias de idoneidad


---

---

20. Edad gestacional de la usuaria a la momento de la captación.

---

---

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 99 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

---



---

21. Las usuarias captadas son primigestas y/o multíparas, ¿En qué proporción y por qué?

---



---



---



---

Sugerencias idoneidad

---



---

**D) Logística.**

22. Tiene apoyo multidisciplinario en la realización del curso de Educación Prenatal y ¿En qué consiste?

---



---



---



---

Sugerencias idoneidad

---



---

23. Cuenta con respaldo de la Jefatura para la realización del Curso de Educación Prenatal.

---



---



---

Sugerencias idoneidad

---



---



---

24. Cuenta con apoyo comunal y/o social para la realización del Curso de Educación Prenatal.

---



---



---

25. Sugerencias cómo debe ser el proceso de educación prenatal, según nivel de atención.

---



---




---



---



---

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 100 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS  MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

26. Sugerencias generales.

---



---



---




---



---



---

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 101 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## ANEXO N ° 2: Encuesta Validación Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias

### **Estimada y estimado colaborador/a:**

Este manual que se entrega para su validación es una propuesta con gran potencial de ser mejorada por el aporte constructivo de cada uno de ustedes, por lo que la revisión exhaustiva con observaciones objetivas, concisas y claras es fundamental para el proceso. De antemano, agradecemos su interés por participar en esta validación.

Nos permitimos informarle que con este correo damos por iniciado el proceso de validación el cual se realizará por medio del método de Delphi modificado, vía online y en anonimato. Solamente en caso necesario, se convocará a una reunión presencial, gestionando los permisos correspondientes.

Les adjuntamos dos documentos: La Propuesta Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestante y sus familias, y la encuesta, la misma cuenta con un total de 41 preguntas, las cuales deben ser contestadas luego de leer dicho componente en el manual y deberá emitir su criterio en relación a la pregunta, marcando una de las posibles opciones según la escala del 1 al 9 que se muestra a continuación:

Figura 23. Escala Puntuación Consenso para Metodología RND/UCLA Delphi modificado




FUENTE: CCSS. Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS. Versión 01. San José, Costa Rica. 2012.

Una vez emitido su criterio para cada pregunta, se brinda un espacio en caso de que desee agregar algún comentario o adjuntar un documento. Les solicitamos que en caso de puntuar con seis o menos, deberá justificar su criterio con material bibliográfico y facilitarlo.

Es importante destacar que esta encuesta requiere ser contestada antes del 25 de octubre, ello con el fin de procesar la información de todos los participantes, apegándonos al cronograma de trabajo.

Posteriormente, una vez consolidada, se le informará del resultado de la ronda. **Queremos recordarle que se asumirá como silencio positivo la no participación en esta validación.**

En caso de tener alguna duda relacionada con la encuesta, puede comunicarse: Odiney Quirós Serrano (oquiross@ccss.sa.cr) y Erika Solano Delgado (esolanod@ccss.sa.cr) o al teléfono 22-23-89-48.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 102 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### **INFORMACIÓN BÁSICA DEL COLABORADOR/A**

Nombre completo

Profesión

Lugar de Trabajo

Correo electrónico donde se puede localizar

### **ENCUESTA:**

1. Para usted, la evaluación de la presentación y claridad del Manual Técnico es:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

2. Para usted, la evaluación de la Introducción es:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

3. Para usted, la evaluación de la Justificación y Referencia Normativa es:


- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

4. Para usted, la evaluación del "Alcance y campo de aplicación" es:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 103 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

5. Para usted, la evaluación de objetivo(s) es:
- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

6. Para usted, la evaluación de la descripción de la metodología utilizada es:
- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:


7. Para usted, la evaluación del marco conceptual es:
- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

8. Para usted, la evaluación de los "Elementos a Operativizar" es:
- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

9. Para usted, la evaluación de las "Intervenciones y acciones" es:
- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado  |

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 104 de 322
		FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- 3: Poco Inapropiado     
 6: Poco Dudosa     
 9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

10. Para usted, la evaluación del monitoreo y auditoria es:

- 1: Extremadamente Inapropiado     
 4: Muy Dudosa     
 7: Poco Apropiado  
 2: Muy Inapropiado     
 5: Totalmente Dudosa     
 8: Muy Apropiado  
 3: Poco Inapropiado     
 6: Poco Dudosa     
 9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

11. Para usted, la evaluación del capítulo "Componente Educativo" es:

- 1: Extremadamente Inapropiado     
 4: Muy Dudosa     
 7: Poco Apropiado  
 2: Muy Inapropiado     
 5: Totalmente Dudosa     
 8: Muy Apropiado  
 3: Poco Inapropiado     
 6: Poco Dudosa     
 9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

12. Para usted, la evaluación del capítulo "Componente Movimiento humano" es:

- 1: Extremadamente Inapropiado     
 4: Muy Dudosa     
 7: Poco Apropiado  
 2: Muy Inapropiado     
 5: Totalmente Dudosa     
 8: Muy Apropiado  
 3: Poco Inapropiado     
 6: Poco Dudosa     
 9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:


13. Para usted, la evaluación del tema de salud " Sistema Reprodutor Humano" (Anexo #5) es:

- 1: Extremadamente Inapropiado     
 4: Muy Dudosa     
 7: Poco Apropiado  
 2: Muy Inapropiado     
 5: Totalmente Dudosa     
 8: Muy Apropiado  
 3: Poco Inapropiado     
 6: Poco Dudosa     
 9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

14. Para usted, la evaluación del tema de salud "Desarrollo Embrionario" (Anexo #6) es:

- 1: Extremadamente Inapropiado     
 4: Muy Dudosa     
 7: Poco Apropiado

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 105 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Inapropiado

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado  | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

15. Para usted, la evaluación del tema de salud “Cambio Fisiológicos durante el embarazo” (Anexo #7) es:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado |
|--|--|--|

Inapropiado

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado  | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

16. Para usted, la evaluación del tema de salud “¿Cómo dar malas noticias en el embarazo?” (Anexo #8) es:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado |
|--|--|--|

Inapropiado

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado  | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

17. Para usted, la evaluación del tema de salud “Atención Prenatal ” (Anexo #9) es:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado |
|--|--|--|

Inapropiado

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado  | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:


18. Para usted, la evaluación del tema de salud “Nutrición antes, durante y después del embarazo” (Anexo #10) es:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado |
|--|--|--|

Inapropiado

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado  | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 106 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

19. Para usted, la evaluación del tema de salud “Cuidados bucodentales en la mujer embarazo y niño/a hasta 3 años de edad” (Anexo #11) es:

- 1: Extremadamente Inapropiado     
 2: Muy Inapropiado     
 3: Poco Inapropiado     
 4: Muy Dudosa     
 5: Totalmente Dudosa     
 6: Poco Dudosa     
 7: Poco Apropiado     
 8: Muy Apropiado     
 9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

20. Para usted, la evaluación del tema de salud “Estimulación Prenatal” (Anexo #12) es:

- 1: Extremadamente Inapropiado     
 2: Muy Inapropiado     
 3: Poco Inapropiado     
 4: Muy Dudosa     
 5: Totalmente Dudosa     
 6: Poco Dudosa     
 7: Poco Apropiado     
 8: Muy Apropiado     
 9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

21. Para usted, la evaluación del tema de salud “Mitos y temores durante el embarazo” (Anexo #13) es:

- 1: Extremadamente Inapropiado     
 2: Muy Inapropiado     
 3: Poco Inapropiado     
 4: Muy Dudosa     
 5: Totalmente Dudosa     
 6: Poco Dudosa     
 7: Poco Apropiado     
 8: Muy Apropiado     
 9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

22. Para usted, la evaluación del tema de salud “Adicciones durante el embarazo y lactancia materna” (Anexo #14) es:


- 1: Extremadamente Inapropiado     
 2: Muy Inapropiado     
 3: Poco Inapropiado     
 4: Muy Dudosa     
 5: Totalmente Dudosa     
 6: Poco Dudosa     
 7: Poco Apropiado     
 8: Muy Apropiado     
 9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

23. Para usted, la evaluación del tema de salud “Recomendaciones para el cese del fumado” (Anexo #15) es:

- 1: Extremadamente Inapropiado     
 2: Muy Inapropiado     
 3: Poco Inapropiado     
 4: Muy Dudosa     
 5: Totalmente Dudosa     
 6: Poco Dudosa     
 7: Poco Apropiado     
 8: Muy Apropiado     
 9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 107 de 322
		FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

24. Para usted, la evaluación del tema de salud “Complicaciones durante el embarazo” (Anexo # 16) es:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

25. Para usted, la evaluación del tema de salud “Fármacos utilizados durante el embarazo y lactancia ” (Anexo #17) es:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

26. Para usted, la evaluación del tema de salud “Sexualidad durante el embarazo” (Anexo #18) es:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:


27. Para usted, la evaluación del tema de salud “Autocuidado en el embarazo, parto y pos parto (Anexo #19) es:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

28. Para usted, la evaluación del tema de salud “Depresión Post parto” (Anexo #20) es:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 108 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Apropiado

Comentarios:

29. Para usted, la evaluación del tema de salud “Lactancia Materna” (Anexo #21) es:

- 1: Extremadamente  4: Muy Dudosa  7: Poco Apropiado

Inapropiado

- 2: Muy Inapropiado  5: Totalmente Dudosa  8: Muy Apropiado  
 3: Poco Inapropiado  6: Poco Dudosa  9: Extremadamente

Apropiado

Comentarios:

30. Para usted, la evaluación del tema de salud “Cuidados generales en recién nacido(a) sano” (Anexo #22) es:

- 1: Extremadamente  4: Muy Dudosa  7: Poco Apropiado

Inapropiado

- 2: Muy Inapropiado  5: Totalmente Dudosa  8: Muy Apropiado  
 3: Poco Inapropiado  6: Poco Dudosa  9: Extremadamente

Apropiado

Comentarios:

31. Para usted, la evaluación del tema de salud “Mitos y costumbres en el cuidado del recién nacido(a)” (Anexo #23) es:

- 1: Extremadamente  4: Muy Dudosa  7: Poco Apropiado

Inapropiado

- 2: Muy Inapropiado  5: Totalmente Dudosa  8: Muy Apropiado  
 3: Poco Inapropiado  6: Poco Dudosa  9: Extremadamente

Apropiado

Comentarios:

32. Para usted, la evaluación del tema de salud “Estimulación temprana para niños(as) de 0 a 12 meses” (Anexo #24) es:


- 1: Extremadamente  4: Muy Dudosa  7: Poco Apropiado

Inapropiado

- 2: Muy Inapropiado  5: Totalmente Dudosa  8: Muy Apropiado  
 3: Poco Inapropiado  6: Poco Dudosa  9: Extremadamente

Apropiado

Comentarios:

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 109 de 322
		FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

33. Para usted, la evaluación del tema de salud “Estimulación temprana para niños(as) de 1 a 5 años” (Anexo #25) es:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

34. Para usted, la evaluación del tema de salud “Planificación Familiar” (Anexo #26) es:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

35. Para usted, la evaluación del tema de salud “ITS y VIH” (Anexo #27) es:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado            |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:


36. Para usted, la evaluación del tema de salud “Paternidad y maternidad responsable” (Anexo #28) es:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado          |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado           |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado           | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa       | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiad |

Comentarios:

37. Para usted, la evaluación del tema de salud “Legislación relacionada con la mujer embarazada y lactante” (Anexo #29) es:


- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa        | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado            | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado  |

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 110 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

3: Poco Inapropiado     
  6: Poco Dudosa     
  9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:
--------------

***Muchas gracias por su importante colaboración.***


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 111 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Anexo N° 3: Evaluación de la Calidad Metodológica del Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias (Adaptado del Instrumento AGREE II (versión reducida)<sup>73</sup> y Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS<sup>74</sup>)**

Guía:	Evaluador:						Muy en desacuerdo 1
	Muy de acuerdo 7	6	5	4	3	2	
<b>I. ALCANCE Y OBJETIVOS</b>							
1. La población diana, a quien se pretende aplicar el Manual Técnico está específicamente descrita							
2. Los usuarios diana del Manual Técnico están claramente definidos							
3. El(os) objetivo(s) del Manual Técnico están específicamente descritos							
<b>II. PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS</b>							
4. El grupo que desarrolla el Manual Técnico incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes							
5. El Manual Técnico ha sido revisado por expertos antes de su publicación							
6. El Manual Técnico incluye el contacto de personas claves para cualquier duda o coordinación							
<b>III. RIGOR DE LA ELABORACIÓN</b>							
7. El apartado de Metodología describe claramente el proceso de construcción del Manual Técnico							
8. El apartado de Referencias Normativas incluye todo el fundamento normativo básico para el Manual Técnico							
9. Los temas desarrollados en este Manual Técnico son específicos y no son ambiguas							
10. El Manual Técnico incluye un apartado que especifique la metodología utilizada en la validación							
11. Se incluye un procedimiento claramente descrito para la actualización del Manual Técnico							
12. El Manual Técnico incluye de manera clara las referencias bibliográficas utilizadas							
<b>IV. CLARIDAD Y PRESENTACIÓN</b>							
13. La portada y la contraportada son claras y contienen la información básica requerida sobre el Manual Técnico							
14. La introducción es clara y orienta sobre el contenido del Manual Técnico							
15. El Manual Técnico incluye un apartado de definiciones que aclaren conceptos importantes							
16. El Manual Técnico incluye un apartado de abreviaturas útiles para la comprensión del mismo							
17. Las distintas opciones para el manejo y atención de la situación en salud abordada en este Manual Técnico se presentan claramente							

<sup>73</sup> Modificado de: Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico, España 2007. p 86 en: <http://www.guiasalud.es/manual/general/copyright.html> y adaptado de The AGREE Next Steps Consortium (2009). Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II Instrument. Canadá. en: <http://fhswedge.csu.mcmaster.ca/pebc/agreetrust/instrument.htm>

<sup>74</sup> Mora A. et al (2012). Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS. Dirección de Desarrollo, Caja Costarricense de Seguro Social.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 112 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

18. En el apartado de Anexos se incluye claramente la información suplementaria útil para la comprensión del Manual Técnico				
<b>V. APLICABILIDAD</b>				
19. En el apartado de Elementos a Operativizar, se describe claramente facilidades y barreras para la aplicación del Manual Técnico				
20. En el apartado de Intervenciones y acciones se presenta de manera clara las actividades, responsables y plazos para la implementación del Manual Técnico				
21. El Manual Técnico provee herramientas de aplicabilidad (diagramas, cuadros, flujogramas, gráficas y otros) que faciliten la implementación del tema desarrollado				
22. El Manual Técnico presenta criterios adecuados para monitorización y auditoría de la implementación del mismo				
<b>EVALUACION GLOBAL</b>				

<b>Muy de acuerdo</b>	6	5	4	3	2	<b>Muy en desacuerdo</b>
7						1

¿Recomendarías esta guía para su uso en la		práctica?		
Muy recomendada	(con	condiciones	o	modificaciones)
Recomendada				
No recomendada				
No se sabe				

### Escala de Puntuación

Este instrumento se puntúa con una escala de 7 puntos, como se muestra a continuación:

La puntuación 1 (Muy en desacuerdo), debe darse si no hay información relevante al ítem o si el concepto se presenta de forma muy vaga, según criterios del Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS<sup>75</sup>

La puntuación 7 (Muy de acuerdo), debe darse si la calidad de la información es excepcional y cuando todos los criterios y consideraciones definidos en el Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS<sup>76</sup> se han alcanzado por completo.


La puntuación entre 2 y 6 se asigna cuando la información respecto al ítem no cumple por completo con todos los criterios o consideraciones, según criterios del Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS<sup>77</sup>. La puntuación se asignará dependiendo del grado de cumplimiento o calidad de la información. La puntuación aumenta en la medida en que se cumplan más criterios y se aborden más consideraciones, según criterios del Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS<sup>78</sup>.

<sup>75</sup> Idem

<sup>76</sup> Idem

<sup>77</sup> Idem

<sup>78</sup> Idem

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 113 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Evaluación dominios

Este instrumento consiste en 22 ítems claves organizados en cinco dominios, seguidos de 2 ítems de puntuación global («Evaluación global»). Cada dominio abarca una dimensión única de la calidad del Manual Técnico.

Dominio I. Alcance y Objetivo(s) hace referencia al propósito general del Manual Técnico, a los aspectos de salud específicos y a la población diana (ítems 1-3).

Dominio II. Participación de los implicados se refiere al grado en el que el Manual Técnico ha sido elaborado por los implicados o interesados y representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada (ítems 4-6).

Dominio III. Rigor en la Elaboración hace referencia al proceso utilizado para reunir, sintetizar y actualizar la evidencia (ítems 7-12).

Dominio IV. Claridad de la Presentación tiene que ver con el lenguaje, la estructura y el formato del Manual Técnico (ítems 13-18).

Dominio V. Aplicabilidad hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para su implantación, las estrategias para mejorar su adopción y las implicaciones de la aplicación del Manual Técnico (ítems 19-22).

La Evaluación global incluye una puntuación de la calidad general del Manual Técnico y sobre si la guía debe ser recomendada para su utilización en la práctica.

Para la evaluación por dominio se debe utilizar la siguiente fórmula, tomando en cuenta que una puntuación mayor al 60% indica que es adecuada.

$$\frac{\text{Puntos obtenidos por dominio} - \text{Puntuación mínima posible por dominio}}{\text{Evaluación por dominio}} \times 100 = \text{Porcentaje}$$


Puntuación máxima posible por dominio – Puntuación mínima posible por dominio

## Evaluación Global

Tras completar los 22 ítems, se debe realizar una evaluación global del Manual Técnico. La cual requiere por parte del usuario un juicio sobre la calidad del mismo, teniendo en cuenta los criterios considerados en el proceso de evaluación, con la fórmula a continuación. Un puntaje mayor del 60% indica que el Manual Técnico es recomendado para su uso.

$$\frac{\text{Puntos obtenidos} - \text{Puntuación mínima posible}}{\text{Global}} \times 100 = \text{Porcentaje Evaluación}$$

Puntuación máxima posible – Puntuación mínima posible  
Puntaje máxima posible: 154 puntos  
Puntaje mínimo posible: 22 puntos

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 114 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N° 4: Ejercicios para sesión grupal de educación prenatal.

Es muy importante que la siguiente sesión de ejercicios se estructure de la siguiente manera:

**Calentamiento:** 5 minutos de algún movimiento aeróbico. Puede ser con música.

**Parte principal:** los ejercicios que se van a realizar en el tiempo previsto por ejemplo 20 minutos.

**Enfriamiento:** 5 minutos de ejercicios muy suaves que incluyan los ejercicios de respiración y relajación.

### Flexibilidad

En líneas generales los ejercicios de flexibilidad ayudan a aliviar tensiones provocadas por la gestación. Algunos ejercicios de flexibilidad articular recomendados para mujeres embarazadas son:

- Cara posterior de las piernas, principalmente las pantorrillas y los isquiotibiales (parte de atrás del muslo).
- Musculatura pelvis y el tronco.
- Pectorales.
- Zona cervical, dorsal y lumbar.

**Indicaciones:** Sentada en el suelo y con la espalda recta, junte las plantas de los pies y pegue los talones. Respire profundamente. Al inspirar, Repeticiones: Sostener 30 segundos, de acuerdo a la tolerancia de la mujer embarazada estire la columna poco a poco.

Series de 3 a 5

**Indicaciones:** Siéntese en el suelo con la espalda recta y las piernas estiradas y separadas. Mantenga relajados los músculos de las piernas y extienda los talones. Realice varias respiraciones profundas al tiempo que mantiene el cuello y hombros relajados.

**Repeticiones:** Sostener 30 segundos, de acuerdo a la tolerancia de la mujer embarazada.

**Series:** de 3 a 5

**Indicaciones:** En cuclillas, con las rodillas separadas y las nalgas pegadas a los talones, colóquese frente a una pared. Estire suavemente los brazos hacia arriba y coloque las manos en la pared con una separación de unos 30 centímetros.

**Repeticiones:** Sostener la posición entre 20 y 30 segundos, de acuerdo a la tolerancia de la mujer embarazada. **Series:** de 3 a 5


**Indicaciones:** De pie, con los pies juntos, con la rodillas levemente flexionadas y el cuerpo erguido. Se coloca una mano sobre el bajo vientre y la otra sobre las nalgas, con el fin de sentir el movimiento de la pelvis. Se realiza un movimiento hacia delante y atrás con la pelvis, generando un balanceo de la misma. Luego, volver a la posición de comienzo.

**Repeticiones:** 10 repeticiones. **Series:** 3 a 5 veces.

### Ejercicios recomendados en el Postparto

Los siguientes ejercicios los puede realizar al segundo día del parto.

1. Acostada de espaldas en el suelo o colchoneta, doblar las rodillas con los pies apoyados en el suelo, contraer hasta donde pueda las nalgas y encoger los abdominales presionando la espalda contra el suelo. Se debe mantener la contracción por unos segundos y luego relajarse. Repetir este ejercicio a tolerancia de la mujer a tolerancia de la mujer.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 115 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

2. La misma posición del ejercicio anterior se deben contraer los músculos de abdomen girando las rodillas hacia la derecha, volver al punto de partida, girar hacia la izquierda. Se repite seis veces cada lado a tolerancia de la mujer.
3. Acostada con la espalda sobre la colchoneta con la rodilla derecha doblada y la izquierda extendida, elevar la cadera izquierda. Repetirlo seis veces en cada pierna a tolerancia de la mujer.  
Estos otros ejercicios se realizan a la semana del posparto
1. Acostada con la espalda sobre la colchoneta con las rodillas dobladas y los pies apoyados, las manos sobre los muslos, contraer los abdominales y levantar suavemente la cabeza y los hombros deslizando las manos sobre las rodillas sin llegar a sentarse recobrar lentamente la posición inicial a tolerancia de la mujer.
2. Acostada sobre la colchoneta con los brazos atendidos formando un ángulo de 45° con el cuerpo intentar alcanzar la mano derecha con la izquierda, al tiempo que se levanta la cabeza y un hombro y girar hacia la derecha. Se repite 12 veces a cada lado a tolerancia de la mujer.

### **Ejercicios de Kegel**

Aparte de los beneficios relacionados con las pérdidas de orina, estos ejercicios también se han recomendado para recuperar el tono de los músculos y de la vagina después del parto, encontrándose además que su práctica habitual tiene efectos beneficiosos en la sexualidad. Los ejercicios de Kegel ayudan a fortalecer los músculos bajo el útero, la vejiga y el intestino (intestino grueso).

### **Identificación de los músculos del piso pélvico**

Cuando usted valla al baño a orinar, empiece a hacerlo y luego pare, sienta como los músculos de la vagina, vejiga y ano, se ponen tensos y suben. Son los músculos del piso pélvico, si usted los siente contraídos o tensos, ha realizado el ejercicio correcto.

Si todavía no está segura de si está tensionando los músculos correctos, tenga en cuenta que todos los músculos del piso pélvico se relajan y contraen al mismo tiempo. Debido a que controlan la vejiga, el recto y la vagina.

Los siguientes consejos pueden ayudar:

- Introduzca un dedo en la vagina. Apriete los músculos como si estuviera conteniendo la orina, luego déjela salir. Usted debe sentir que los músculos se ponen tensos y se mueven hacia arriba y abajo.


Es muy importante que usted mantenga los siguientes músculos relajados mientras realiza los ejercicios de Kegel:

- Abdominales
- Glúteos
- Muslo

También se puede fortalecer estos músculos utilizando un cono vaginal, que es un dispositivo con peso que se introduce en la vagina. Luego se trata de contraer los músculos del piso pélvico buscando mantener el dispositivo en su sitio.

### **Realización de los ejercicios del piso pélvico:**

1. Comience por vaciar la vejiga.
2. Apriete los músculos del piso pélvico y contenga a la cuenta de 10.
3. Relaje el músculo completamente a la cuenta de 10.
4. Haga 10 ejercicios, tres veces al día (mañana, tarde y noche).

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 116 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS  MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003


Usted puede hacer estos ejercicios en cualquier momento y lugar y puede estar acostada o sentada en una silla. Después de 4 a 6 semanas, la mayoría de las personas observa una mejoría, pero puede tomar hasta 3 meses para ver un cambio considerable.

**Precaución importante**

Hacer ejercicio en exceso puede más bien causar fatiga muscular y aumentar el escape de orina. No se puede acelerar el progreso aumentando el número de repeticiones y la frecuencia del ejercicio

Si siente alguna molestia en el abdomen o en la espalda mientras está realizando estos ejercicios, lo más probable es que lo esté haciendo en forma incorrecta. Respire profundamente y relaje el cuerpo cuando esté haciendo estos ejercicios. Verifique que no esté apretando el estómago, los muslos, las nalgas ni los músculos del pecho.

Cuando se hacen en forma correcta, los ejercicios de Kegel han demostrado ser muy efectivos para mejorar la continencia urinaria.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 117 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N° 5: El sistema reproductor Humano.

Dra. Tatiana Mata Chacón.  
Médica, Área de Atención Integral a las Personas.  
CCSS

Los órganos esenciales de la reproducción, tanto en hombres como en mujeres, son llamadas gónadas, esta palabra proviene el griego *gonos*, que significa “semilla”.

### 1. El sistema reproductor femenino

El sistema reproductor femenino se compone de órganos internos y de genitales externos. El nombre con que se denomina a los genitales externos es **vulva**, en ella se identifican las siguientes estructuras: monte de Venus, clítoris, orificio de la uretra, labios menores, himen, orificio y ducto de la glándula de Bartolini, orificio de la vagina, labios mayores.

#### Ovarios:

Las principales glándulas femeninas, los ovarios, descansan en la cavidad pélvica. Varios miles de sacos, muy pequeños para ser visibles sin un microscopio, conforman el abultamiento de cada ovario, estos se llaman **folículos ováricos**. Dentro de cada folículo, se encuentra un óvulo inmaduro, es decir, la célula sexual femenina. Un óvulo ya maduro, dentro de su saco, es llamado **folículo de De Graaf**.<sup>79</sup>

Los ovarios producen estas células sexuales y también las hormonas sexuales. Generalmente se produce solamente un óvulo maduro por mes. Los ovarios secretan dos tipos de hormonas femeninas, llamadas estrógeno y progesterona.<sup>80</sup>

Las diversas hormonas no son secretadas en cantidades constantes a lo largo del ciclo sexual mensual femenino, sino que son secretadas en cantidades completamente diferentes en las distintas partes del ciclo. Los estrógenos promueven principalmente la proliferación y el crecimiento de células específicas del cuerpo y son responsables del desarrollo de la mayoría de los caracteres sexuales secundarios de la mujer. Por otra parte, la progesterona está implicada de forma casi exclusiva en la preparación final del útero para la gestación y de las mamas para la lactancia.<sup>81</sup>

Los folículos de De Graaf secretan los estrógenos, y el cuerpo lúteo secreta principalmente progesterona, pero también algo de estrógenos.

#### Trompas de Falopio:<sup>82</sup>

Las trompas de Falopio sirven como conductos para los ovarios. Cada una mide aproximadamente 10 centímetros de longitud. Luego de la ovulación, ese óvulo llega a la trompa de Falopio. La fertilización normalmente ocurre en el tercio externo de estas trompas. Las células del óvulo fertilizado inmediatamente empiezan a multiplicarse y, en aproximadamente tres días, se forma una masa sólida de células, la cual se llama **mórula**. Para el momento en que el embrión en desarrollo llega al útero, se llama **blastocisto**.


#### Útero:

<sup>79</sup> Anthony, C. Thibodeau, G. Structure and function of the body. The C.V. Mosby Company. 6 Edición. 1980, Estados Unidos.

<sup>80</sup> Idem.

<sup>81</sup> Guyton, Hall. Tratado de fisiología médica. 9 Edición. McGraw Hill Interamericana.

<sup>82</sup> Anthony, C. Thibodeau, G. Structure and function of the body. The C.V. Mosby Company. 6 Edición. 1980, Estados Unidos.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 118 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

El útero es un órgano pequeño, del tamaño aproximado de una pera, pero es extremadamente fuerte. Está conformado por músculo, con una pequeña cavidad adentro. Durante el embarazo, el útero aumenta muchas veces su tamaño, y es lo suficientemente grande como para albergar en su interior un bebé y una cantidad considerable de fluidos. El útero se compone de dos partes: una porción superior, llamada el cuerpo del útero, y una sección angosta inferior, el **cérvix**.<sup>83</sup>

El útero descansa en la cavidad pélvica, justo detrás de la vejiga urinaria. Hacia el final del embarazo, es lo suficientemente grande como para extenderse hasta la parte superior de la cavidad abdominal.<sup>84</sup>

El cérvix tiene un hoyo pequeño que generalmente está tapado con moco espeso y pegajoso. El cérvix está conectado con la vagina, que es un canal que conecta con el exterior del cuerpo.<sup>85</sup>

El útero participa en tres procesos diferentes: la menstruación, el embarazo y el parto. En la menstruación, pequeños fragmentos del **endometrio** (membrana mucosa que reviste el interior del útero) se desprenden, dejando debajo suyo pequeños vasos sanguíneos desgarrados. Tanto sangre como fragmentos de endometrio salen del útero hacia la vagina, y posteriormente hacia el exterior del cuerpo. Inmediatamente luego de la menstruación, el endometrio se empieza a reparar.<sup>86</sup>

### **Vagina:**<sup>87</sup>

La vagina es un tubo muscular distensible recubierto con una membrana mucosa. Está ubicada en la cavidad pélvica, entre la vejiga urinaria y el recto. Como parte del tracto reproductor femenino que se abre hacia el exterior, la vagina es el órgano por donde entran los espermatozoides en su camino para encontrarse con el óvulo; y también es el órgano por donde sale el bebé durante el parto.

### **Glándulas de Bartolini:**<sup>88</sup>

Están ubicadas a ambos lados de la salida de la vagina, y su función es secretar un fluido lubricante mucoso.

### **Mamas:**<sup>89</sup>

El tamaño de la mama está determinado por la cantidad de grasa, y no por la cantidad de tejido glandular (encargado de secretar la leche). Por lo tanto, el tamaño de las mamas no tiene relación con la habilidad para secretar cantidades adecuadas de leche.

Las células secretoras de leche están agrupadas en racimos, similares a un racimo de uvas. Los conductos galactóforos convergen en el pezón.

### **El ciclo menstrual:**

El ciclo menstrual consiste en varios cambios importantes, en el útero, los ovarios, la vagina y las mamas, y en la secreción de hormonas por parte de la glándula pituitaria. En la

<sup>83</sup> Anthony, C. Thibodeau, G. Structure and function of the body. The C.V. Mosby Company. 6 Edición. 1980, Estados Unidos.

<sup>84</sup> Idem


<sup>85</sup> Klein, Susan. Un libro para parteras. La Fundación Hesperiam. México, 2000.

<sup>86</sup> Anthony, C. Thibodeau, G. Structure and function of the body. The C.V. Mosby Company. 6 Edición. 1980, Estados Unidos.

<sup>87</sup> Idem

<sup>88</sup> Idem

<sup>89</sup> Idem

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 119 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

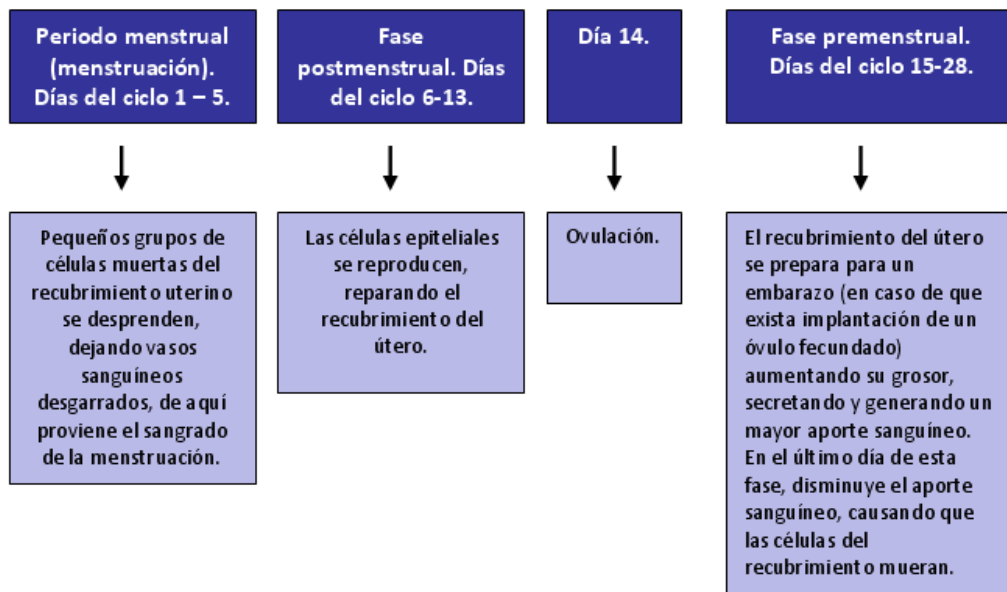
mayoría de las mujeres estos cambios ocurren con bastante regularidad a lo largo de sus años reproductivos.<sup>90</sup>

La duración del ciclo es, en promedio, de 28 días. Puede ser tan corto como 20 días o tan largo como 45 días y ser normal. Normalmente solo se libera un único óvulo de los ovarios cada mes, de forma que normalmente solo puede crecer un solo feto cada vez.<sup>91</sup> Pero existen excepciones a esta regla. Existen meses donde madura más de un óvulo, y también hay meses donde no hay óvulo. La ovulación ocurre 14 días antes de que inicie el siguiente período menstrual. Por ejemplo, en un ciclo menstrual de 28 días, la ovulación ocurre en el día 14; mientras que en un ciclo de 30 días, la ovulación ocurriría en el día 16.<sup>92</sup>

Los óvulos solamente son viables por un corto tiempo luego de que son liberados de su folículo, y los espermatozoides solamente viven un tiempo reducido una vez que han entrado al cuerpo de la mujer. Por lo tanto, la fertilización de un óvulo por un espermatozoide solamente puede ocurrir cerca del momento de la ovulación. El conocer la duración de los ciclos anteriores, sin embargo, no asegura la duración de los siguientes ciclos. La razón es que la inmensa mayoría de las mujeres tienen variaciones en la duración de los ciclos de mes a mes.<sup>93</sup>

El siguiente diagrama ilustra un ciclo menstrual de 28 días:

Figura 24. Ciclo menstrual de 28 días




FUENTE: Adaptado de: Anthony, C. Thibodeau, G. Structure and function of the body.

<sup>90</sup> Anthony, C. Thibodeau, G. Structure and function of the body. The C.V. Mosby Company. 6 Edición. 1980, Estados Unidos.

<sup>91</sup> Guyton, Hall. Tratado de fisiología médica. 9 Edición. McGraw Hill Interamericana.

<sup>92</sup> Anthony, C. Thibodeau, G. Structure and function of the body. The C.V. Mosby Company. 6 Edición. 1980, Estados Unidos.

<sup>93</sup> Idem

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 120 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

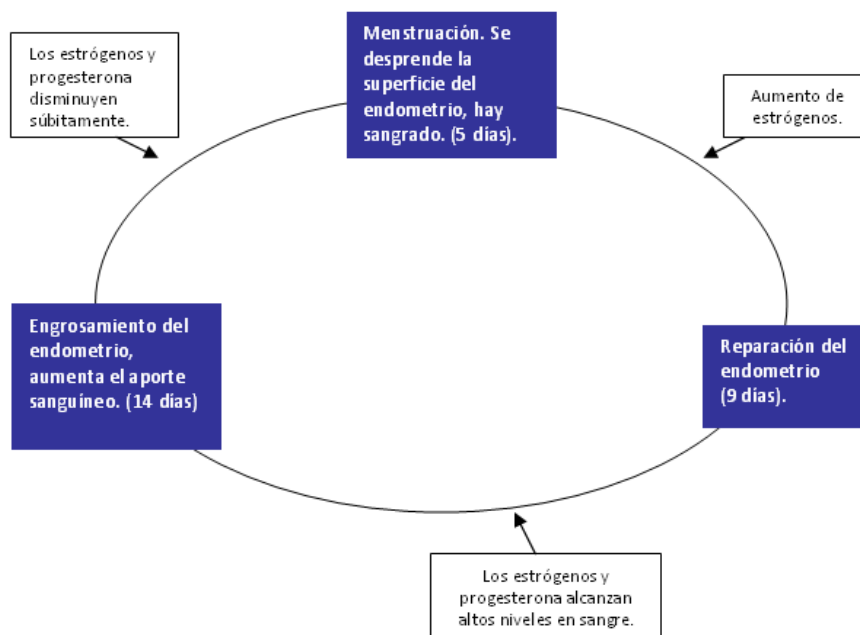
### Control hormonal del ciclo menstrual:<sup>94</sup>

En la primera parte del ciclo menstrual, la glándula pituitaria secreta cantidades ascendentes de FSH (hormona folículo estimulante). Una concentración alta de FSH en sangre, estimula varios folículos ováricos inmaduros para que empiecen a crecer y secretar estrógenos. Conforme aumenta la concentración sanguínea de estrógenos, se estimula la producción en la pituitaria de otra hormona, la LH (hormona luteinizante), la cual produce la maduración final de un solo folículo y su óvulo y la ovulación (ruptura de un folículo ovárico maduro con la salida de un óvulo). La ovulación se produce por las acciones combinadas de la LH y FSH.

La menstruación se produce por una disminución repentina de la secreción de estrógenos y progesterona hacia el final del periodo premenstrual, causando que el recubrimiento uterino se desprenda e inicie otro periodo menstrual.

En el siguiente diagrama del ciclo menstrual, se muestran los cambios recurrentes en el endometrio y el control hormonal de dichos cambios. Los días que se indican para estos cambios son aproximados:

Figura 25. Diagrama del ciclo menstrual




FUENTE: Adaptado de: Anthony, C. Thibodeau, G. Structure and function of the body.

## 2. El sistema reproductor masculino

### Pene y escroto:

Los órganos reproductivos externos masculinos son el escroto y el pene. El escroto es una bolsa cubierta por piel, suspendida de la región inguinal, la cual internamente está dividida

<sup>94</sup> Anthony, C. Thibodeau, G. Structure and function of the body. The C.V. Mosby Company. 6 Edición. 1980, Estados Unidos.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 121 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

en dos sacos por un septum, cada saco contiene un testículo, epidídimo y la porción inferior de los conductos deferentes.<sup>95</sup>

El pene por dos compartimientos funcionales: un par de cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso.<sup>96</sup> El pene también está recubierto por piel, en la parte distal se encuentra el glande, el cual está cubierto por el prepucio. El pene es el órgano masculino para el coito. Bajo el estímulo sexual, la sangre fluye a los espacios del tejido eréctil del pene, distendiéndolo lo suficiente para producir una erección.<sup>97</sup>

### **Testículos:<sup>98</sup>**

Los testículos son las gónadas masculinas. Son unas glándulas ovaladas pequeñas, que miden aproximadamente 3.8 a 2.5 centímetros. Cada testículo forma varios millones de células sexuales masculinas (espermatozoides) cada mes. Uno de estos espermatozoides puede unirse con una célula sexual femenina (óvulo) para formar un embrión. El proceso por el cual se forman los espermatozoides se conoce como espermatogénesis, y da inicio a partir de la pubertad.

Los espermatozoides son células pequeñas, altamente especializadas, con bastante movilidad. Todas las características que un bebé heredará de su padre están condensadas en el material nuclear (genético) que se encuentra en la cabeza de cada espermatozoide. La fertilización normalmente ocurre en las trompas de Falopio, por lo tanto, con el fin de que ocurra la fertilización, los espermatozoides deben desplazarse distancias relativamente grandes a través del sistema reproductor femenino.

Los testículos también secretan la hormona sexual masculina llamada testosterona; la cual cumple las siguientes funciones:

- Masculiniza. Todas las características masculinas se desarrollan debido a la influencia de la testosterona.
- Promueve y mantiene el desarrollo de los órganos masculinos accesorios (próstata, vesículas seminales, ente otros).
- Tiene un efecto estimulante en el anabolismo de las proteínas, por tanto, la testosterona es responsable del mayor desarrollo muscular de los hombres.

### **Conductos: Epidídimo, Conductos deferentes, conductos eyaculatorios y uretra:<sup>99</sup>**

Los espermatozoides pasan de los testículos, por un conducto largo y tortuoso llamado epidídimo, de ahí continúan su camino hacia uno de los conductos deferentes, hacia el conducto eyaculatorio, de este último pasan a la uretra que es por donde salen del cuerpo del hombre.

### **Glándulas reproductivas accesorias:<sup>100</sup>**

Las vesículas seminales, la próstata y las glándulas bulbo uretrales, son glándulas accesorias masculinas que producen secreciones alcalinas. Los espermatozoides viven y se mantienen fértiles por más tiempo en fluidos alcalinos que en ácidos. Estas secreciones constituyen el fluido gelatinoso del semen. Generalmente la eyaculación está formada por 3 – 5

<sup>95</sup> Anthony, C. Thibodeau, G. Structure and function of the body. The C.V. Mosby Company. 6 Edición. 1980, Estados Unidos.


<sup>96</sup> Kandeel, F. et al. Male Sexual Function and its Disorders: Physiology, Pathophysiology, Clinical Investigation, and Treatment. Endocrine reviews 22(3): 342-388. 2005. Estados Unidos.

<sup>97</sup> Anthony, C. Thibodeau, G. Structure and function of the body. The C.V. Mosby Company. 6 Edición. 1980, Estados Unidos.

<sup>98</sup> Idem

<sup>99</sup> Anthony, C. Thibodeau, G. Structure and function of the body. The C.V. Mosby Company. 6 Edición. 1980, Estados Unidos.

<sup>100</sup> Idem.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 122 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

mililitros de semen, y cada uno de estos mililitros contiene más de 60 millones de espermatozoides.

### 3. Respuestas sexuales:

La expresión sexual es una parte normal del comportamiento humano y su salud.

La libido se define como una necesidad biológica de actividad sexual y frecuentemente es expresada como un comportamiento de búsqueda de actividad sexual. Su intensidad es variable entre los individuos, así como en un mismo individuo en diferentes momentos.<sup>101</sup>

En 1966 se desarrolló el primer modelo de respuesta sexual tanto para hombres como para mujeres, el cual está compuesto por cuatro etapas, iniciando con la excitación, procedido por una meseta, el orgasmo y finalmente la resolución.<sup>102</sup>

#### Respuesta sexual masculina:<sup>103</sup>

Para los hombres se describe una respuesta sexual que consiste en cinco fases:

1. Libido o deseo sexual: entre los factores que participan en la regulación del deseo sexual se encuentran la actividad sexual previa o reciente, los antecedentes psicosociales, activación cerebral y hormonas gonadales.
2. Erección: la erección es la respuesta final a múltiples estímulos psicógenos y sensoriales, que generan reacciones neurológicas y vasculares que permiten la rigidez suficiente para la penetración vaginal.
3. Eyaculación: esta fase está controlada por inervación de los órganos genitales y ocurre como resultado de un arco reflejo espinal.
4. Orgasmo: en la génesis de la fase de orgasmo intervienen elementos tanto fisiológicos como psicógenos.
5. Detumescencia: durante esta etapa el pene retorna a su estado flácido, hay vasoconstricción de las arteriolas y se regresa el flujo sanguíneo.

#### Respuesta sexual femenina:

Luego del primer modelo de respuesta sexual propuesto, se ha desarrollado un nuevo modelo para la respuesta sexual femenina, el cual incorpora la importancia de la intimidad emocional, el estímulo sexual y la satisfacción de la relación. Este modelo reconoce que el funcionamiento sexual femenino se da de una manera más compleja que en los hombres, y que el funcionamiento femenino se ve afectado significativamente por numerosos factores psicosociales (por ejemplo, satisfacción con la relación, autoimagen, experiencias sexuales negativas previas).<sup>104</sup>


Las mujeres tienen muchas razones para involucrarse en una actividad sexual, más que el deseo o el apetito sexual. Aunque sí hay muchas mujeres experimentan deseo o interés sexual de manera espontánea. Se ha sugerido que un deseo por una cercanía emocional o intimidad pueden predisponer a una mujer a participar en la actividad sexual. Una vez que se encuentra excitada, el deseo sexual emerge y la motiva a continuar en la actividad. La meta de la actividad sexual para las mujeres no es necesariamente el orgasmo, sino la satisfacción

<sup>101</sup> Kandeel, FR, et al. Male Sexual Function and Its Disorders: Physiology, Pathophysiology, Clinical Investigation, and Treatment. Endocrine Reviews. Estados Unidos, 2001.

<sup>102</sup> Female Sexual Response. Association of Reproductive Health Professionals. 2008. Estados Unidos.

<sup>103</sup> Kandeel, FR, et al. Male Sexual Function and Its Disorders: Physiology, Pathophysiology, Clinical Investigation, and Treatment. Endocrine Reviews. Estados Unidos, 2001.

<sup>104</sup> Female Sexual Response. Association of Reproductive Health Professionals. 2008. Estados Unidos.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 123 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

personal, la cual puede manifestarse como una satisfacción física (orgasmo) y/o como satisfacción emocional (sentimiento de intimidad y conexión con la pareja.)<sup>105</sup>

Durante la excitación sexual, ocurre vasocongestión genital como resultado del incremento en el flujo sanguíneo. El canal vaginal se lubrica por las secreciones de las glándulas. Además de lubricarse, la vagina se alarga y se dilata durante la excitación sexual, como resultado de la relajación de la pared muscular vaginal.<sup>106</sup>

Con la estimulación sexual, incrementa el flujo sanguíneo, lo que produce la protrusión del clítoris, y la congestión de los labios menores.<sup>107</sup>


### **Bibliografía**

- Anthony, C. Thibodeau, G. Structure and function of the body. The C.V. Mosby Company. 6 Edición. 1980, Estados Unidos.
- Guyton, Hall. Tratado de fisiología médica. 9 Edición. McGraw Hill Interamericana.
- Klein, Susan. Un libro para parteras. La Fundación Hesperiam. México, 2000.
- Kandeel, F. et al. Male Sexual Function and its Disorders: Physiology, Pathophysiology, Clinical Investigation, and Treatment. Endocrine Reviews 22(3): 342-388. 2005. Estados Unidos.
- Female Sexual Response. Association of Reproductive Health Professionals. 2008. Estados Unidos.

<sup>105</sup> Idem

<sup>106</sup> Berman, JR. Physiology of female sexual function and dysfunction. International Journal of Impotence Research. Estados Unidos. 2005.

<sup>107</sup> Idem.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 124 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N° 6: Promoción del desarrollo del nuevo ser humano desde el interior de la madre.

Dr. Freddy Ulate Mora  
 Médico pediatra. Equipo Técnico Salud de Niño y la Niña. CCSS  
 fulate@ccss.sa.cr

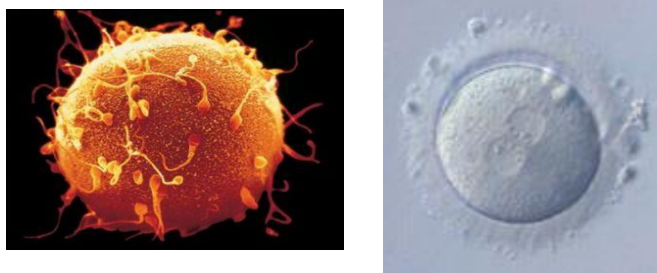
El objetivo de este material es brindar un apoyo a los funcionarios y funcionarias encargadas de dar educación prenatal tanto en la consulta prenatal propiamente dicha como en los cursos de parto Psicoprofiláctico. Este apoyo va dirigido en particular a promover el desarrollo desde el útero, lo cual es una estrategia recomendada para favorecer la protección integral de los nuevos seres humanos desde sus primeras etapas. Esto porque la evidencia científica demuestra que “los sucesos de las primeras etapas de la vida repercuten decisivamente en la supervivencia, la calidad de vida y el capital humano.

Las mejoras del desarrollo fetal que aborden muchos más aspectos que el bajo peso al nacer tendrán un impacto muy importante en la supervivencia a corto y largo plazo, la morbilidad y otros indicadores del capital humano, se auto sustentarán, promoverán la salud y el bienestar social y económico y, por tanto, beneficiarán a todas las sociedades”<sup>108</sup>. El manejo de esta información es básica y es tan sólo el terreno sobre el cual los y las funcionarias deben ser creativos para presentarlo a las mujeres gestantes y sus familias, de tal manera que ellos los sean los verdaderos protectores de los niños y niñas en el útero.

### EL INICIO


Cuando el espermatozoide se deposita en la vagina, éste viaja a través del cuello uterino, luego a las trompas de Falopio y allí se encuentra con el óvulo, lo penetra. De esa unión aparece el ZIGOTO, que es el nombre científico que se le da a la primera célula que ya contiene al nuevo ser humano, niño o niña. (ver Figura 14)

Figura 26. El inicio



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

<sup>108</sup> OMS. Promoción del desarrollo fetal Óptimo. Informe de una reunión consultiva técnica. 2006. ISBN 92 4 359400 1. Clasificación nlm: wq 210) p. 7

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 125 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

El cigoto contiene toda la información genética (ADN) necesaria para convertirse en un niño o niña. La mitad de esta información genética proviene del óvulo de la madre y la otra mitad del espermatozoide del padre. El cigoto emplea los siguientes días para bajar a través de la trompa de Falopio y se divide para formar una “bola” de células que llamamos MORULA. (ver Figura 15)

Figura 27. Morula



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)


En este momento, este grupo de células llamada mórula, tendrá 12 células y en esta masa posteriormente comenzará a formarse una cavidad, lo que marca el momento en que al grupo de células se le llama BLASTOCISTO. (ver Figura 16)

Figura 28. Blastocisto



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

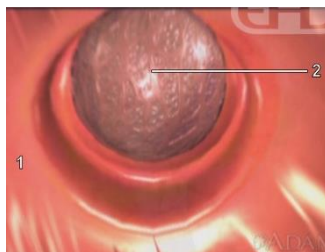
El BLASTOCISTO tiene un grupo interno de células (1) que se convertirá en el embrión, mientras que el grupo externo (2) pasará a convertirse en las membranas que lo nutren y lo protegen. Las células que recubren el perímetro del embrión, denominadas células trofoblásticas, ayudarán a formar la placenta. Estas células aportan agua, minerales y aminoácidos desde el entorno fuera del embrión, rico en nutrientes, al interior de la cavidad del blastocisto donde pueden llegar a las células de la masa celular interna.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 126 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## SEXTO DIA

Alrededor del sexto día, el blastocisto (2) inicia la etapa de implantación en la pared interna del útero (1). En ese momento la capa interna del útero ha crecido y está listo para brindar soporte al feto, el blastocisto se adhiere fuertemente y recibe nutrición a través del torrente sanguíneo de la madre.

Figura 29. Implantación

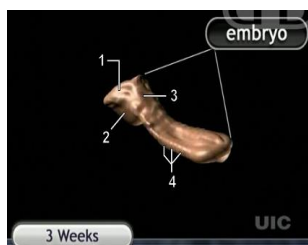


Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

## EL INICIO DE LA FORMA Y EL CONTENIDO

Entre las dos y tres semanas, al niño o niña ya se le llama embrión y se inicia un período en el que empiezan a aparecer algunas diferencias (por eso se le llama período de diferenciación), por ejemplo el cerebro (2-anterior, 1-medio y 3-posterior) y un grupo llamado somitas (4) que van a formar otros órganos. En general en la semana 3 de gestación se inicia el desarrollo del cerebro, el corazón, la médula espinal y el tubo digestivo. (ver Figura 18)


Figura 30. Embrión



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

Hay un rápido crecimiento, es durante este período crítico de diferenciación (que abarca la mayor parte del primer trimestre) en el que el bebé en desarrollo es más susceptible a daños. Los siguientes factores pueden interferir con el desarrollo:

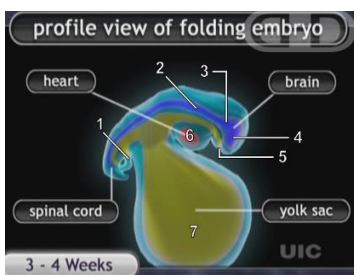
- El alcohol, ciertos medicamentos recetados o drogas estimulantes y otras sustancias que causan anomalías congénitas.
- Infección (como rubéola o citomegalovirus)
- Deficiencias nutricionales
- Radiografías o radioterapia.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 127 de 322
	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	
MANUAL TÉCNICO	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### TRES Y CUATRO SEMANAS LOS ORGANOS EMPIEZAN A INSINUARSE

Entre tres y cuatro semanas de gestación edad, comienzan a insinuarse: el cordón umbilical (1) , la médula espinal (2), el cerebro medio (3) y cerebro anterior (4), la boca (5), el corazón (6) y el saco vitelino de donde el embrión obtiene los elementos nutritivos. En el primer mes el embrión pesa de 2 a 3 grs y mide 0,75 cm. (ver Figura 19)

Figura 31. Desarrollo embrionario entre 3era y 4ta semana



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### CUATRO A CINCO SEMANAS TODO SE INSINUA MAS CLARAMENTE

Entre las Semanas 4 a 6 de gestación, aparecen las yemas o brotes de brazos y piernas, el cerebro se transforma en 5 áreas y algunos nervios craneales son visibles, comienza el desarrollo de las estructuras del ojo y del oído, se forma tejido que se ha de convertir en las vértebras y algunos otros huesos, el corazón continúa desarrollándose y ahora late a un ritmo regular, la sangre rudimentaria se desplaza a través de los vasos mayores. Estos humildes esbozos darán origen a dedos completos de manos y pies, codos y rodillas, brazos y piernas... todo en las próximas tres o cuatro semanas. En la imagen se puede ver la extremidad superior derecha (1), la columna vertebral (2), el esbozo de la extremidad inferior derecha (3), la punta de la parte inferior de la columna vertebral (4) y el cordón umbilical (5).(ver Figura 20)


Figura 32. Desarrollo embrionario en la 4ta semana



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### SEIS A SIETE SEMANAS EL PERFIL Y LAS EXTREMIDADES

Entre las 6 y 7 semanas, observamos los futuros dedos de las manos (8: izquierda) o rayos digitales (1, 4 y 7), los espacios interdigitales o escotaduras (2), el perfil facial (6) y el corazón

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 128 de 322	
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

(5), además se inicia la formación de los pulmones, se forman los pezones y folículos pilosos, los codos y los dedos de los pies son visibles y todos los órganos esenciales se han comenzado a formar, además ya presenta actividad eléctrica cerebral.

En la imagen<sup>109</sup> siguiente se puede ver: rayos digitales (1), escotaduras digitales (2), hígado (3), rayo digital índice (4), corazón (5), perfil facial (6), rayo digital del pulgar (7), mano izquierda (8). Las manos están cambiando rápidamente después de apenas siete semanas de embarazo. (ver Figura 21)

Figura 33. Desarrollo embrionario 7ma semana



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### SIETE SEMANAS

A las 7 semanas ya existen movimientos especialmente notables en los dedos. En la siguiente imagen se observa: frente (1), mano izquierda (2), vasos placentarios (3), cordón umbilical (4), escotaduras entre los dedos emergentes (rayos digitales) (5), rayos digitales (6), muñeca derecha (7), mano derecha (8). (ver Figura 22)

Figura 34. Desarrollo embrionario en la 7ma y 4 días semana




Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### OCTAVA SEMANA-SEGUNDO MES

En la semana 8 de gestación los párpados están más desarrollados, las características externas del oído comienzan a tomar su forma final, continúa el desarrollo de las características

<sup>109</sup> En las siguientes imágenes el tamaño en mm o cm corresponde a la distancia cráneo-rabadilla (CR) y la edad corresponde a la edad gestacional.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 129 de 322
		FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

faciales y los intestinos rotan. Podemos observar los ojos (1), los párpados parcialmente fusionados (2, 3 y 4), los dedos de la mano (5), la prominencia nasal (6), vena facial (7) y la frente (8). En el segundo mes pesa de 5 a 8 g y mide 3 cm.

El final de la octava semana marca el final del período llamado “embrionario” y se inicia el período fetal. (ver Figura 23)

Figura 35. Desarrollo embrionario en la 8va semana



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### OCHO SEMANAS Y DOS DIAS

En la siguiente imagen a las 8 semanas y dos días se observa el primer esbozo de los genitales o tubérculo genital (1), muslo (2), cordón umbilical (3) y el asa intestinal (4). (ver Figura 24)

Figura 36. Desarrollo embrionario en la 8va semana y 2 días



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### NUEVE SEMANAS

En general, entre las semanas 9 a 12 de gestación, los párpados están cerrados (se abren hasta la semana 28), la cara está bien formada, las extremidades son largas y delgadas, los genitales aparecen bien diferenciados, los glóbulos rojos se producen en el hígado, el tamaño de la cabeza corresponde casi a la mitad del tamaño al nacimiento y el niño o niña puede empuñar los dedos y aparecen los brotes dentarios. El peso es de aproximadamente 2 gramos. En la siguiente imagen a las 9 semanas podemos observar los brazos y las piernas que se han alargado y se pueden distinguir las áreas de los pies (1), parte inferior de la pierna (2), muslo (3), placenta (4), rodilla (5), cabeza (6), manos (7), abdomen (8), dorso o espalda (9). (ver Figura 25)


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 130 de 322	
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Figura 37. Desarrollo embrionario en la 9na semana



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### DIEZ SEMANAS

A las 10 semanas los detalles son mayores y tiene movimientos finos de sus extremidades, ya mueve sus dedos. Podemos observar el oído derecho (1), el dedo índice de la mano derecha (2), la muñeca dorsal derecha (3), el cuero cabelludo (4), la frente (5), la nariz (6) y los dedos de las manos (7). Su peso aproximado es de 5 gramos, es capaz de mover las piernas y los brazos. (ver Figura 26)

Figura 38. Desarrollo embrionario en la 10ma semana



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### ONCE SEMANAS

A las 11 semanas y 3 días, los ojos están más definidos (1), los tapones epiteliales nasales eventualmente se degeneran y los pasajes nasales se abren (2), se observa el detalle de las palmas de las manos (3 y 4). Los párpados están más desarrollados aunque fusionados, las características externas del oído comienzan a tomar su forma final, continúa el desarrollo de las características faciales y los intestinos rotan, los labios ahora están bien formados, y el rostro es capaz de hacer expresiones variadas y complejas, los labios están diferenciados, la lengua también está bien diferenciada. Su peso aproximado es de 10 gramos. (ver Figura 27)


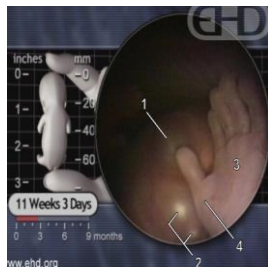
	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 131 de 322
	FECHA DE EMISIÓN: 2014	
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1      CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Figura 39. Desarrollo embrionario en la 11va semana y 3 días



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### DOCE SEMANAS (TRES MESES)

Entre las semanas 12 a 16 de gestación, la piel es casi transparente, se desarrolla un vello fino en la cabeza denominado lanugo, el meconio se produce en el tracto intestinal, se ha desarrollado más tejido muscular y óseo, y los huesos se vuelven más duros, el bebé comienza a hacer movimientos más activos, el hígado y el páncreas producen secreciones líquidas y el niño o niña hace movimientos de succión con la boca. En la siguiente imagen a los 3 meses podemos observar la nariz (1), vasos sanguíneos faciales (2), párpado inferior (3), frente (4), párpado superior (5), línea de fusión de los párpados del ojo izquierdo (5 y 6). Peso aproximado: 18 gramos.(ver Figura 28)

Figura 40. Desarrollo embrionario a los 3 meses



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

Además las manos ya están completamente detalladas y podemos ver la palma de la mano (1), el pulgar (2), el espacio interdigital (3), la almohadilla digital (4) y los campos úngeles (5). (ver Figura 29)


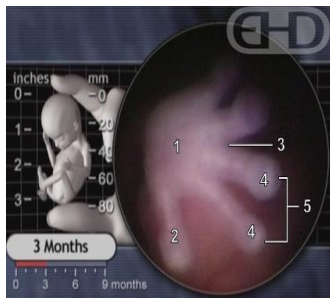
	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 132 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Figura 41. Desarrollo embrionario a los 3 meses, huellas digitales



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### DIECISEIS SEMANAS-CUATRO MESES.

Entre las semanas 17 a 19 de gestación el niño o niña puede oír, efectúa más movimientos, la madre puede sentir una agitación en la parte baja del abdomen. En la siguiente imagen a los 4 meses podemos observar el cuero cabelludo (1), antebrazo derecho (2), parte inferior de la pierna derecha (3), muslo derecho (4), genitales externos masculinos (5), abdomen (6) y muslo izquierdo (7). El Peso aproximado es de 120 gramos. (ver Figura 30)

Figura 42. Desarrollo embrionario a los 4 meses



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### CINCO MESES

En la semana 20 de edad gestacional, el lanugo cubre todo el cuerpo, aparecen las cejas y las pestañas, aparecen las uñas en pies y manos, el niño o niña está más activo y tiene mayor desarrollo muscular, la madre puede sentir al bebé moviéndose, los latidos cardíacos fetales se pueden escuchar con un estetoscopio. En la siguiente imagen se puede observar el ojo derecho (1), la boca (2), el antebrazo derecho (3), la frente (4), la nariz (5), el puño derecho (6) y la muñeca (7). El peso aproximado es de 300 gramos. (ver Figura 31)


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 133 de 322
	FECHA DE EMISIÓN: 2014	
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1      CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Figura 43. Desarrollo embrionario a los 5 meses



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

Entre las semanas 21 a 23 de gestación la médula ósea comienza a producir células sanguíneas, se desarrollan las vías respiratorias bajas de los pulmones, pero aún no producen agente tensoactivo (una sustancia que permite que los alvéolos se abran para el intercambio gaseoso) y el niño o niña empieza a almacenar grasa.

En la siguiente imagen se observa el cuero cabelludo (1), la frente (2), la nariz (3), el surco nasolabial (4), el cordón umbilical alrededor del cuello (5), el tórax (6), el mentón (7), los ojos cerrados (8), el oído izquierdo (9). En la semana 21 puede alcanzar un peso entre 450 y 500 gramos. (ver Figura 32)

Figura 44. Desarrollo embrionario a los 5 meses y 1 semana




Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

A partir de esta semana, la madre puede notar que el bebé se mantiene dormido mientras ella realiza actividades físicas, pero en el momento en que la madre se relaja, sienta o acuesta a dormir, el bebé se despierta y comienza su propia rutina de ejercicio (moverse, patear, bracear, etc.).

## SEIS MESES

En la semana 24 de gestación las cejas y las pestañas están bien formadas, todas las partes del ojo están desarrolladas, el niño o niña presenta el reflejo prensil y de sobresalto, se comienzan a formar las huellas de la piel plantar y de la piel palmar y se forman los alvéolos pulmonares. Si la madre apoya las manos sobre el vientre es posible que el bebé responda con movimientos, comúnmente interpretados como patadas. Sin embargo, presionar las manos sobre el vientre probablemente lo despertará, interviniendo en sus ciclos normales de sueño/vigilia.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 134 de 322
		FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

En la imagen siguiente se puede ver como abre los ojos y toda su cara se puede observar con su perfil personal. Podemos observar el iris (1), la nariz (2 y 3), el surco nasolabial (4), los labios (5), el mentón (6), cejas (7), la esclerótica (8), la región cigomática (9), la mejilla (10), el cuello (11), el cuero cabelludo (12) y el oído izquierdo (13). Pesa entre 800 y 900 gramos. (ver Figura 33)

Figura 45. Desarrollo embrionario a los 6 meses



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### DE 6 MESES Y 1 SEMANA A 6 MESES Y 3 SEMANAS

Entre las semanas 25 a 27 de gestación, en general el niño o niña logran un desarrollo rápido del cerebro, el sistema nervioso está lo suficientemente desarrollado para controlar algunas funciones corporales, los párpados se abren y se cierran y el sistema respiratorio, aunque inmaduro, se ha desarrollado al punto de permitir el intercambio gaseoso.

A las 25 semanas de gestación se observa: oído derecho (1), el ojo derecho ligeramente abierto (2), el cuero cabelludo (3), la mejilla (4), la frente (5), la nariz (6 y 7), el surco nasolabial (8), los labios y boca (9), el mentón (9) y el ojo izquierdo (10). (ver Figura 34)

Figura 46. Desarrollo embrionario a las 25 semanas



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

A las 26 semanas, se observa: oreja derecha (1), ceja derecha (2), mejilla (3), párpado superior izquierdo (4). (ver Figura 35)


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 135 de 322
	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	
MANUAL TÉCNICO	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Figura 47. Desarrollo embrionario a las 26 semanas



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### PUEDE SONREIR

A las 27 semanas, se observa: sonriendo, mejilla (1), ojo párpado superior derecho (2), frente (3), nariz (4). (ver Figura 36)

Figura 48. Desarrollo embrionario a las 27 semanas



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### VEINTIOCHO SEMANAS-SIETE MESES


A los siete meses el niño o niña lo tiene todo y lo mueve todo, sólo le queda madurar, un poquito de tiempo y todo estará listo para nacer. En las siguientes imágenes se observan varios detalles. En la semana 29 (7 meses y una semana) empieza el tercer trimestre del embarazo. Los cambios son mayores en la mujer que en el embrión, y muy fácilmente comenzará a sentirse cansada y/o desganada, por ello requiere de cariño y comprensión.

Pesa entre 1.300 y 1.400 gramos, se observa en la imagen: ojo izquierdo (1), labios y boca (2), mentón (3), tórax (4), frente (5) y nariz (6). (ver Figura 37)

Figura 49. Desarrollo embrionario a las 28 semanas



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 136 de 322	
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### TREINTA Y UNA SEMANAS-7 MESES Y 3 SEMANAS

La cabeza del bebé se encuentra desarrollada y es proporcionalmente más grande que su abdomen. El peso alcanza fácilmente los 1800 gramos. Por la ley de los volúmenes, la cabeza rotará hacia el extremo inferior de la pelvis, ubicándose en la posición óptima para el parto normal. En la imagen se observa al bebé saborear el líquido amniótico, mejilla izquierda (1), nariz (2), lengua (3), mentón (4). (ver Figura 38)

Figura 50. Desarrollo embrionario a las 31 semanas



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### TREINTA Y DOS SEMANAS-OCHO MESES

El bebé se halla completamente formado, restando ganar un poco más de peso. La madre suele sentir cansancio luego de ejercicios breves, por lo que no se le debe exigir demasiado esfuerzo; las tareas deben ser realizadas con tranquilidad, movimientos lentos, y en lo posible sentada.

En general se presenta un aumento rápido en la cantidad de grasa corporal, deglute líquido amniótico, tiene movimientos respiratorios rítmicos, pero los pulmones aún no están totalmente maduros, los huesos están completamente desarrollados, pero aún son blandos y flexibles y el cuerpo del bebé comienza a almacenar hierro, calcio y fósforo. El peso aproximado es de 2.200-2.300 gramos. En la imagen se observa: nariz (1), lengua (2), ceja izquierda (3), párpado superior (4), mejilla (5). (ver Figura 39)


Figura 51. Desarrollo embrionario a las 32 semanas



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### TREINTA Y CINCO SEMANAS

El bebé se encuentra prácticamente maduro; sus medidas alcanzan con facilidad los 45 centímetros, y el peso supera generalmente los 2500 gramos. Las recomendaciones son las mismas de la semana anterior. No realizar tareas que demanden un esfuerzo grande, en la medida de lo posible realizar las tareas sentada y tranquila. Se observa en la imagen: frente

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 137 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

(1), labio superior (2), antebrazo (39) (ver Figura 40). Si nace antes de las 37 semanas se llama recién nacido de pretérmino y tendrá algunas dificultades para sobrevivir.

Figura 52. Desarrollo embrionario a las 35 semanas



Tomado de: [www.ehd.org](http://www.ehd.org)

### TREINTA Y SIETE SEMANAS Y MÁS

El lanugo (vello fino que cubre el cuerpo del niño(a) en el útero desaparece excepto en la parte superior de los brazos y en los hombros, las uñas de las manos se extienden más allá de las puntas de los dedos, se presentan pequeñas yemas o brotes mamarios en ambos sexos, el cabello de la cabeza ahora es más grueso y áspero. Al final de un embarazo a término el niño o niña pesa entre 3.200 y 3.300 gramos y mide entre 48 y 51 cm.


#### Bibliografía

Tomado de: [Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud Medline Plus](#). Consultado el 31-10-11.

Tomado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002398.htm>. Consultado el: 10-11-11.

Tomado de <http://www.abcpedia.com/embarazo/embarazo-semana-a-semana.htm>. Consultado 1-11-11.

Tomado de <http://es.ehd.org/gallery/17/Implantaci%C3%B3n-temprana#content> . Consultado el 31-10-11

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 138 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTATES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## **Anexo N° 7: Esperando al bebé: Cambios fisiológicos en el cuerpo de la mujer embarazada.**

Dra. Luz Elena Arreola, Médica  
 Área de Atención Integral a las Personas

Desde el momento de la concepción en que el óvulo y el espermatozoide se unen en la trompa de Falopio, suceden cambios, tanto físicos como psicológicos en la mujer. Inicia así una experiencia emocionante, intensa y maravillosa, ya que dentro de su cuerpo está sucediendo el milagro de la vida, se está iniciando la creación de un nuevo ser.

La mujer está experimentando un estado fisiológico normal en su cuerpo, para el cual está preparada física y biológicamente (Océano, s.a.). Se verá afectada por cambios emocionales, debe prepararse para éstos y aceptarlos como naturales del proceso de su embarazo. Todos estos cambios son causados por sustancias conocidas como hormonas, que producen los ovarios por orden del cerebro, para preparar el cuerpo de la madre en la función de anidar el embarazo.


La mujer visualizará cambios desde las primeras semanas hasta cuando se acerca el final de su embarazo, estos cambios pueden aparecer y desaparecer. La readaptación hormonal puede producir irritabilidad, sentimientos depresivos, entre otros, pero también manifiestan la alegría y satisfacción de ser madre. A pesar de los malestares del embarazo, muchas mujeres manifiestan que se sienten más saludables que nunca.

Figura 53. Mujer Gestante



### **Primeras señales de embarazo** (semanas 1 a la 4).

La primera manifestación que sucede es la ausencia de la menstruación. La mayoría de las pruebas de embarazo, en este momento, darán un resultado positivo. Otras señales iniciales son sentirse hinchada, ganas frecuentes de orinar, cambios en el estado de ánimo y náuseas.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 139 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

No todas las mujeres tienen todos estos síntomas, pero es común tener, por lo menos, uno de ellos.<sup>110</sup>

Otra de las primeras señales de que se está embarazada sea probablemente que los pechos se inflaman y se sientan adoloridos. Los pechos se vuelven sensibles, comienzan a aumentar de tamaño, porque el cuerpo se está preparando para amamantar. Los pezones y areolas (que es la piel que rodea los pezones), se oscurecen desde el inicio del embarazo. También, aparece la fatiga, que es uno de los síntomas más comunes, lo experimentan especialmente en los primeros meses y al final de la gestación. Esto se debe a que se está creando una vida dentro del cuerpo de la mujer, la cual requiere de mucha energía, el cansancio es el producto del esfuerzo que el organismo está realizando.<sup>111</sup>

Todos los cambios por los que está pasando el cuerpo de la mujer pueden tener un efecto en su sueño. En los primeros meses quizás sienta que no puede conciliar bien el sueño o no puede dormir porque tiene que orinar muchas veces durante la noche.

En algunas mujeres suele aparecer en la cara, a nivel de mejillas, frente y sienes un exceso de pigmentación en forma de mariposa y en el abdomen aparece una línea que se le conoce con el nombre de “línea negra” que baja desde el ombligo hasta el pubis. Una vez finalizado el embarazo, tiende a aclararse.<sup>112</sup>

Es muy importante que toda mujer comprenda en qué consisten las modificaciones normales y aprenda a asumir su nueva condición; de esta forma conocerá lo que está ocurriendo con su cuerpo y podrá distinguir entre los cambios esperados, propios del embarazo, y otras alteraciones que podrían sugerir la presencia de algún problema o una enfermedad.<sup>113</sup>

La duración normal del embarazo es de 38 semanas desde su fecundación, es decir 40 semanas desde la fecha de última regla. Desde el momento en que la mujer conoce su estado de embarazo es conveniente empezar a cambiar los hábitos no saludables por los saludables e intentar llevar un buen control prenatal durante toda la gestación.

En la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período prenatal, parto y posparto de la CCSS, se señala que en un embarazo de bajo riesgo ó normal, la atención prenatal en los servicios de salud debe iniciarse lo más temprano posible. La captación debe realizarse durante el primer trimestre de la gestación y realizar controles como sigue:

- Durante las primeras 32 semanas se realizará un control cada 6 semanas.
- De la semana 32 a la 38, los controles serán cada 3 semanas.
- De la semana 39 a la 41, los controles serán cada semana.
- A las 41 semanas ó más deberá referirse a la mujer al siguiente nivel de atención (especialista del II o III nivel) que tenga la capacidad resolutoria para realizar perfil biofísico fetal (p. 20).

### Semanas 5 a la 8


En el primer trimestre son frecuentes en la madre los sentimientos de ansiedad, de ambivalencia o de cambios de humor, es un momento de gran fluctuación emocional. La gestante necesita un tiempo para aceptar esta nueva situación y son frecuentes los temores

<sup>110</sup> Tomado de: <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/embarazo-24049.htm>, consulta en Setiembre 2011.

<sup>111</sup> Tomado de: <http://www.serpadres.es/embarazo/primer-trimestre/cambios-en-la-mujer-mes-a-mes.html>, consultado en Setiembre 2011.

<sup>112</sup> Tomado de: <http://www.embarazada.com/mujer006.asp>, consulta en Setiembre 2011

<sup>113</sup> Tomado de: [www.iladiba.com2000](http://www.iladiba.com2000), consultado en Setiembre 2011

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 140 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

sobre la capacidad de saber llevar la nueva situación. Estos cambios son más frecuentes entre las 6 y 10 semanas de gestación y son originados por factores hormonales (Bombí, s.a.).

En este mes los síntomas del embarazo se vuelven muy notorios. Suelen empeorar los malestares comunes como la sensibilidad en los senos, la fatiga, ganas frecuentes de orinar, la acidez, las náuseas y los vómitos. El cuerpo de la mujer produce más sangre durante el embarazo y su corazón late más rápido y fuerte de lo normal para transportar esa sangre.<sup>114</sup>

Las náuseas parecen estar relacionadas con el aumento de hormonas, se pueden presentar en cualquier momento del día, mayormente si el estómago está vacío. Para la mayoría de las mujeres la náusea desaparece después de los tres primeros meses. La indigestión ó acidez, por su parte, puede ocurrir debido a que la digestión se vuelve más lenta porque los músculos que normalmente mantienen los alimentos digeridos y ácidos en su estómago, se relajan. Con esta relajación, los alimentos regresan a su esófago, dándole una sensación de ardor y dolor en el pecho, especialmente debajo de su esternón.<sup>115</sup>

A lo largo del segundo mes de embarazo, la cintura materna aumenta discretamente y la mujer nota la sensación de peso en el bajo vientre y en la vagina debido a la retención de líquidos. El tamaño del útero sigue aumentando poco a poco, las mamas crecen y manifiestan tensión y sensación de pesadez mamaria.<sup>116</sup>

### **Semanas 9 a la 12**

Continúan muchos de los síntomas del embarazo de los dos primeros meses, a veces empeoran durante el tercer mes, en especial, las náuseas. Los senos de la mujer siguen creciendo y cambiando. La zona de alrededor del pezón, la aréola, puede agrandarse y oscurecerse. Las mujeres propensas al acné pueden tener erupciones.

Las mujeres no suelen aumentar mucho de peso en los primeros tres meses del embarazo, las que tienen sobrepeso o que son muy delgadas pueden tener una tasa de aumento de peso diferente.<sup>117</sup>

### **Semanas 13 a la 16**

En el segundo trimestre la mujer suele sentirse más serena. Su carácter es más positivo, en parte porque los cambios hormonales no son tan marcados como en el primer trimestre (Bombí, s.a.). Al principio del segundo trimestre, el cuerpo de la mujer ya está adaptado al desequilibrio hormonal y empieza a disfrutar de su embarazo. El tamaño uterino sobrepasa el pubis y tanto la placenta como la cantidad de líquido amniótico, aumentan para proteger y facilitar los movimientos fetales.

Suelen reducirse las náuseas. Pero, otros problemas digestivos, como la acidez y el estreñimiento, pueden continuar causando molestias. Continúan los cambios en los senos, como el crecimiento, la hinchazón y el oscurecimiento de la aréola. El flujo sanguíneo aumenta y puede causar otros síntomas.<sup>118</sup>

A veces se pueden notar molestias en la zona abdominal debido al crecimiento del útero y la adaptación de los ligamentos que lo sujetan. Debido al efecto hormonal es probable que


<sup>114</sup> Tomado de: <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/embarazo-24049.htm>, consulta en Setiembre 2011.

<sup>115</sup> Tomado de: [http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID\\_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909](http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909), consultado en Diciembre 2011

<sup>116</sup> Tomado de: [http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID\\_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909](http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909), consultado en Diciembre 2011

<sup>117</sup> Tomado de: <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/embarazo-24049.htm>, consulta en Setiembre 2011.

<sup>118</sup> Tomado de: <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/embarazo-24049.htm>, consulta en Setiembre 2011.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 141 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

aparezcan manchas en la piel que suelen desaparecer después del parto. La madre inicia la ganancia de peso.

### **Semanas 17 a la 20**

Uno de los hallazgos más importantes del quinto mes es que la mujer suele sentir los movimientos del feto por primera vez. Se pueden sentir como revoloteos o mariposas en el estómago. Las patadas y los movimientos se sienten claramente, de manera que la interacción entre bebé-madre es más intensa con palabras y caricias a la “pancita”.<sup>119</sup>

El útero crece hasta el ombligo y el ritmo cardíaco se acelerará. Los síntomas del embarazo del cuarto mes continúan este mes. La acidez, el estreñimiento, los cambios en los senos que pueden ser hasta dos tallas más grandes para este entonces.<sup>120</sup>

El cuerpo de la mujer está sufriendo cambios físicos a gran velocidad, debido al aumento de la cintura pueden aparecer estrías que a veces pueden prevenirse con la aplicación de cremas hidratantes. En las mamas, a consecuencia de lo mismo, también pueden aparecer las estrías. Se nota un cansancio de las piernas al final del día.<sup>121</sup>

### **Semanas 21 a la 24.**

Suelen continuar los síntomas del embarazo del cuarto y quinto mes. Puede mejorar la dificultad para respirar. Los senos pueden comenzar a producir calostro (pequeñas gotas de la primera leche). Esto puede continuar durante el transcurso del embarazo.<sup>122</sup>

La pancita sigue creciendo y eso puede causar picazón en la piel o incluso dolor leve, por el estiramiento, es bueno intensificar a diario el uso de las cremas hidratantes para que la piel esté humectada y de esta manera evitemos lesiones en el tejido, la espalda puede doler también por el peso que se está sumando y por el cambio de centro de gravedad (Instituto Marqués, 2011).

El útero está tres dedos por encima del ombligo y puede ser que se ponga duro y luego se relaje. Estos movimientos uterinos son contracciones llamadas contracciones de Braxton Hicks que ayudan a entrenar y preparar los movimientos contráctiles para el momento del parto. No deben doler ni preocupar ya que son normales en esta etapa del embarazo.<sup>123</sup>

Durante el transcurso del embarazo los cambios hormonales y una mayor presión sobre su vejiga causan frecuentes viajes al baño, tan solo han pasado unos minutos de haber orinado, se tienen nuevamente ganas de volver a orinar. A medida que se acerque el parto y el bebé baja más en la pelvis, esas sensaciones reaparecerán (Lerche Davis y Nazario, 2009). Algunas mujeres también tienen pérdida de orina cuando tosen o estornudan, en su mayor parte esto desaparece después de que nace el bebé.

Si se siente dolor al orinar o se nota un cambio en el color u olor de la misma, la mujer debe asegurarse de contactar inmediatamente a su médico en el EBAIS, para que se le realice una prueba de orina la cual servirá para detectar alguna infección en su sistema urinario.

El estreñimiento es muy común durante el embarazo debido a los cambios hormonales que hacen más lenta la digestión de los alimentos de algunas mujeres. Por ello, pueden aparecer hemorroides tanto durante el embarazo como después del parto. También, pueden ocurrir que


<sup>119</sup> Tomado de: [http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID\\_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909](http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909), consultado en Diciembre 2011

<sup>120</sup> Tomado de: <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/embarazo-24049.htm>, consulta en Setiembre 2011.

<sup>121</sup> Tomado de: [http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID\\_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909](http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909), consultado en Diciembre 2011

<sup>122</sup> Tomado de: <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/embarazo-24049.htm>, consulta en Setiembre 2011.

<sup>123</sup> Tomado de: [http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID\\_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909](http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909), consultado en Diciembre 2011

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 142 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

se inflaman las venas que están cerca de la vulva y la vagina. En ocasiones las hemorroides no duelen, en algunos casos pueden causar picazón o dolor. Para prevenir este problema, es muy beneficioso comer alimentos altos en fibras como frutas y vegetales crudos, ciruelas, granos enteros o cereales integrales para prevenirlas. También es necesario asegurarse de consumir mucha agua (Chen, 2008).

### Semanas 25 a la 28

El útero de la mujer se sigue expandiendo. Es normal el dolor de espalda. Los síntomas del embarazo de los meses previos continúan. Los mareos pueden disminuir.<sup>124</sup>

En el séptimo mes no son raros los calambres en las piernas y la hinchazón debido a la retención hídrica (de agua). Las molestias abdominales cada vez son más frecuentes debido al estiramiento uterino. En el descanso pueden producirse dificultades a la hora de encontrar una posición cómoda. La mejor posición es estirada y girada del lado izquierdo.

### Semanas 29 a la 32

Las mujeres, con frecuencia, comienzan a sentirse cansadas y se les hace más difícil respirar, ya que el útero se expande hacia arriba. Pueden tener várices, venas hinchadas rojizas o azuladas generalmente en las piernas o hemorroides (várices en el recto). La mujer también puede tener estrías donde se estiró la piel.

Las contracciones de Braxton-Hicks, la acidez y el estreñimiento pueden continuar. Se les puede escapar un poco de orina al estornudar o al reírse, ya que el útero presiona la vejiga<sup>125</sup>. Se puede experimentar hinchazón en los tobillos, lo cual exige que se descansa más a menudo (Instituto Marqués, 2011).

En el octavo y noveno mes, el útero aumenta de tamaño hasta llegar por debajo del esternón, agravando así la sensación de dificultad respiratoria y la indigestión. Para el estreñimiento es importante ingerir bastante cantidad de agua que permite mejorar el tránsito intestinal.

### Semanas 33 a la 36

En las últimas semanas de gestación reaparecen la inquietud y el miedo, el temor a que el parto pueda complicarse y a que el bebé tenga problemas. **Los cursos de preparación al parto ayudan a disminuir esta ansiedad** (Bombí, s.a.).

El feto cada vez más grande, ejerce mayor presión en el cuerpo de la mujer embarazada. Los síntomas comunes del embarazo siguen hasta que éste finaliza, incluso la fatiga, los problemas para dormir y contener la orina, la dificultad para respirar, las várices y las estrías.

Algunos bebés descienden a la parte más baja del útero durante este mes, esto puede aliviar la acidez y el estreñimiento, que son síntomas comunes al principio del embarazo. Pero algunos no descienden hasta el final del embarazo.<sup>126</sup>


Es normal hiperventilar, si la mujer advierte que está respirando y siente hormigueo en sus labios y dedos, es recomendable que trate de respirar más lentamente y relajarse. Una o dos semanas antes del parto, el bebé normalmente baja, colocándose en posición para dirigirse hacia el canal vaginal. En ese momento, la dificultad para respirar puede desaparecer.

### Semanas 37 a la 40

<sup>124</sup> Tomado de: <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/embarazo-24049.htm>, consulta en Setiembre 2011.

<sup>125</sup> Tomado de: <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/embarazo-24049.htm>, consulta en Setiembre 2011.

<sup>126</sup> Tomado de: <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/embarazo-24049.htm>, consulta en Setiembre 2011.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 143 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

En el tercer trimestre, la sensación de muchas madres es que el tiempo pasa lento, las dificultades físicas y el insomnio que suele aparecer no ayudan en este sentido. Generalmente, aparece el síndrome del nido, la necesidad de limpiar, hacer cambios en casa, dejar todo preparado para la llegada del bebé (Bombí, s.a.).


La pelvis se acaba de adaptar para conseguir que en el momento del nacimiento el bebé atraviese sin dificultades el canal del parto. Al final del noveno mes el feto ya está maduro y preparado para salir.

Al inicio del proceso de parto, las contracciones empiezan siendo irregulares y poco dolorosas, parecidas al dolor de la menstruación, después aumentan en ritmo e intensidad y se hacen regulares, provocando un dolor muy fuerte y el abdomen se siente muy duro. Estas contracciones ayudan al cuello de la matriz a dilatarse para permitir el paso del bebé. Ha llegado el momento del parto.<sup>127</sup>


### Bibliografía.

- Bombí, I. (s.a.). El embarazo: El desarrollo del feto. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Medico consultor de Advane Medical. Seguros Mapfre. En: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/desarrollo-feto-primer-trimestre.shtml#> Consultado 09/12/2011.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2009). Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período prenatal, parto y posparto. San José Costa Rica: Publicaciones e Impresos de la CCSS.
- Chen, P.J. MD, Department of Obstetrics & Gynecology, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network. (2008). Malestares comunes y cambios en el cuerpo durante el embarazo. Medical Centrer. Universidad de Meryland. En: [http://www.umm.edu/pregnancy\\_spanish/000214.htm](http://www.umm.edu/pregnancy_spanish/000214.htm) Consultado 09/12/2011
- Embarazada.com. (2011). Cuidado de la piel. En: <http://www.embarazada.com/mujer006.asp> Consultado 09/12/2011
- Iladiba. (2000). El cuerpo femenino durante el embarazo. Colombia. En: [www.iladiba.com2000](http://www.iladiba.com2000). Consultado 07/12/2011.
- Instituto Marqués. (2011). Los cambios durante el embarazo. Barcelona. En: [http://www.institutomarques.com/es/ginecologia\\_obstetricia/control\\_de\\_embarazo\\_y\\_parto/cambios\\_durante\\_el\\_embarazo.html](http://www.institutomarques.com/es/ginecologia_obstetricia/control_de_embarazo_y_parto/cambios_durante_el_embarazo.html) Consultado 09/12/2011
- Lerche Davis, J. y Nazario, B. (2009). A Healthy Beginning for Pregnancy: Why managing your health, your weight, and your habits is so important before conception. WebMD. En: <http://www.webmd.com/baby/features/healthy-beginning-pregnancy> Consultado 9/12/2011.
- PLANNED PARENTHOOD en español. (2011). Cómo se produce el embarazo. Estados Unidos de América. En: <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/embarazo-24049.htm> Consultado 09/12/2011.
- Pulevasalud. (2007). Cambios de la madre durante el embarazo. En: [http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID\\_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909](http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909) Consultado 09/12/2011

<sup>127</sup> Tomado de: [http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID\\_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909](http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909), consultado en Diciembre 2011

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 144 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Ser padres.es. (2009). Cambios en la mujer, mes a mes. En: <http://www.serpadres.es/embarazo/primer-trimestre/cambios-en-la-mujer-mes-a-mes.html> Consultado 09/12/2011.
- PLANNED PARENTHOOD en español. (2011). Cómo se produce el embarazo. Estados Unidos de América. En: <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/embarazo-24049.htm> Consultado 09/12/2011.
- Pulevasalud. (2007). Cambios de la madre durante el embarazo. En: [http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID\\_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909](http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=102909&RUTA=1-5-6-101449-102909) Consultado 09/12/2011
- Serpadres.es. (2009). Cambios en la mujer, mes a mes. En: <http://www.serpadres.es/embarazo/primer-trimestre/cambios-en-la-mujer-mes-a-mes.html> Consultado 09/12/2011.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 145 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## **Anexo N° 8: ¿Cómo brindar malas noticias?: La Experiencia del Equipo Psicosocial de la Asociación Lucha Contra el Cáncer Infantil en el Servicio de Hemato-Oncología del Hospital Nacional de Niños**

MSc. Flor Chaverri Molina, Psicóloga  
Licda. Ilse Schosinsky García, Psicóloga  
Licda. Karla Sequeira Vargas, Trabajadora Social  
kcsequeira@gmail.com

### **Introducción**

Brindar malas noticias es una práctica frecuente en equipos o profesionales que se desenvuelven en el ámbito de la salud; sin embargo, existe poca formación al respecto. La salud se ha concebido bajo una perspectiva biológica, haciendo que en muchas ocasiones se deje de lado el área emocional, tanto de la persona que la recibe como del personal de salud que la comunica.

Por esta razón, el desarrollo de este tema es de suma importancia, ya que puede mejorar la forma en que se transmite este tipo de información, afianzar la relación personal de salud-usuario(a), y disminuir en ambos el impacto que ellas generan.

Esta última, se convierte en una de las dificultades que el personal de salud enfrenta para abordar las malas noticias. Ya que, además de miedos personales (pérdida de salud y muerte), surge frustración e impotencia al no tener la posibilidad de cambiar el resultado de una situación determinada, como es el caso de brindar un diagnóstico de fase terminal, enfermedades degenerativas o malformaciones congénitas.


### **¿Qué se entiende por mala noticia?**

El concepto de mala noticia varía de acuerdo a la persona que la recibe, no obstante, se puede decir, que es aquella información que afecta negativamente la vida de la persona involucrada, obligándola a realizar cambios inmediatos en diversos ámbitos, como el personal, laboral y familiar.

### **Entonces, ¿cómo brindar malas noticias?**


Se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos.

- **Preparación de la documentación médica.** Contar con el expediente de salud, recopilar toda la información necesaria en cuanto a estudios realizados al paciente y, en la medida de lo posible, contar con imágenes ilustrativas para facilitar la explicación del caso y que el usuario(a) en este caso, la madre del bebé aun en el útero o recién nacido y su familia, visualicen mejor la situación.
- **Informarse sobre las características socioculturales y fortalezas personales del paciente (la madre, padre o familia cercana que funciona como red de apoyo).** Como por ejemplo nivel educativo, edad, nacionalidad, redes de apoyo con que cuenta, utilización de tratamiento psiquiátrico, entre otros. Esto con la finalidad de definir la estrategia a utilizar al momento de brindar la mala noticia.
- **Definir el lugar y quiénes estarán presentes en la sesión.** En la medida de lo posible, el lugar debe ser privado, hay que evitar áreas públicas; la información se debe dar de manera personal y no vía telefónica. Por otro lado, se recomienda que la sesión esté bajo la responsabilidad de dos o más funcionarios del equipo de salud, con el objetivo de minimizar la carga emocional que esto genera. Lo ideal sería contar con un equipo interdisciplinario para un mejor abordaje del paciente.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 146 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Con respecto a las personas que acompañarán al paciente, se debe tomar en cuenta (en este caso particular) a la madre o ambos padres, o la madre y/o el padre definirán quién los acompañarán en la sesión.

- **Tomar conciencia como funcionarios de salud sobre las habilidades necesarias al momento de comunicar este tipo de noticias.** Dentro de estas habilidades están:
  - **Empatía.** Ubicarse en el lugar de la persona que está recibiendo la noticia, sin que esto signifique perder el control de la situación. Por ejemplo, sería adecuado decir: *“Imagino que este es un momento muy doloroso para ustedes”*; más no: *“Yo sé lo que usted está sintiendo porque he pasado por situaciones parecidas”*.
  - **Escucha activa.** Estar atento al lenguaje verbal y no verbal que manifieste la persona o personas a quien se les da la noticia y no hacer interrupciones innecesarias. Por ejemplo intervenciones como: *“Voy a explicarle la situación, le pido no me interrumpa, si tiene alguna consulta al final lo podemos aclarar”*, no se recomienda. Puede utilizarse, a medida que se da la explicación *¿desea que le explique algo más?* o *¿tienen alguna pregunta?*.
  - **Asertividad.** Ser veraz, claro y transmitir seguridad al comunicar la información: *“A pesar de que la situación es compleja, hemos pensado tomar las siguientes acciones para seguir apoyándolos...”*; (es importante mencionar que incluso pueden establecerse acciones aunque el paciente se encuentre en una fase paliativa). No es conveniente decir: *“Ya no hay nada que podamos hacer por usted”*.
  - **Validación de sentimientos.** Darle a entender al paciente que sus sentimientos son válidos, que tienen derecho de sentirse mal, confuso o enojado. Pueden utilizarse frases como: *“Es comprensible tener miedo ante una situación así, lllore si lo necesita”*. No es adecuado decir: *“No lllore, tranquilo(a), todo va a estar bien”*.
  - **Espacios de silencio.** Para la mayoría de las personas, los momentos de silencio resultan incómodos, sin embargo, estos se pueden utilizar como una herramienta terapéutica. En muchas oportunidades nos servirá para reafirmar una idea, sin necesidad de usar palabras. Por ejemplo, si la persona dice *“Mi hija (o) no va a volver a caminar”*, el silencio se tornará en una respuesta afirmativa. También se puede dar el silencio ante la expresión de sufrimiento, ya que en esa situación las palabras salen sobrando. No es conveniente interrumpir un espacio de silencio como forma de reducir nuestra propia angustia.
- **Indagar la información, que hasta el momento, maneja la persona sobre su situación médica actual.** Es necesario partir, no desde nuestro conocimiento, sino desde el del usuario(a), de esta manera, se sentirá no como un espectador, si no participe del proceso. Por otro lado, nos permite saber sobre el conocimiento de la persona acerca de la situación: mitos, temores, experiencias cercanas e información del tema.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 147 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- **Comunicación de la mala noticia.** Tomando en cuenta todos los puntos anteriores, el equipo de salud responsable de dar la noticia se encarga no solo de transmitir la información médica, sino también de brindar un acompañamiento de calidad, donde prevalezca la sensibilidad.
- **Informar sobre el plan de seguimiento.** El equipo de salud también es responsable de comunicar a la persona el proceso de seguimiento que se brindará (tratamiento médico y apoyo psicosocial en el tanto se cuente con este tipo de profesionales, en caso contrario, se deberá referir al servicio correspondiente). De igual manera, es importante reafirmar la disposición del profesional a realizar nuevas sesiones en el caso que surjan dudas con respecto a la enfermedad o al plan de seguimiento establecido.
- **Atención a la familia.** Al momento de una mala noticia la familia (pareja, padres, hijos) juega un papel fundamental, pues ésta consiste en un soporte emocional y físico muy importante; por lo que *“deberemos darle el protagonismo que ese papel de cuidador principal le confiere, intentar que sea nuestra aliada en lugar de una barrera para la comunicación con el paciente”* (Ayarra y Lizarraga, s.f.).

La familia también manejará temores, miedos y ansiedades, con respecto a la situación del paciente y su evolución; así como los cuidados y atenciones que requerirá. Por tanto, es importante que el equipo de salud también tome en cuenta el brindar el apoyo necesario a la familia en torno a la información, tratamiento y área emocional; siempre bajo los deseos y necesidades en este caso particular, de la madre.

Al brindar un apoyo familiar (dentro de la medida de lo posible), se estará ayudando indirectamente al usuario(a), y se le estará dando un papel activo a la familia, fortaleciendo así las redes de apoyo de la persona, reduciendo niveles de ansiedad y brindando un mejor acompañamiento.


### Conclusiones.

A pesar de lo difícil que puede resultar brindar malas noticias, es algo a lo que los profesionales en salud debemos enfrentarnos día con día. Lo importante, es esforzarnos para hacerlo de la mejor manera, ya que una comunicación no efectiva podrá tener un impacto contraproducente en la vida del usuario(a) y su familia.

Éste es un momento difícil tanto para el usuario(a), como para el personal de salud, por lo que la actitud profesional, el poner en práctica los pasos y habilidades antes mencionados, el trabajo en equipo, la sensibilidad y un adecuado acompañamiento, serán fundamentales para poder comunicar este tipo de información.

No existe una fórmula mágica para un abordaje exitoso en este tipo de procesos, más si lo hacemos con entrega y dedicación, nos sentiremos satisfechos, a pesar del dolor que la noticia pueda provocar en nuestros pacientes.

*“Nunca prives a nadie de la esperanza;  
puede ser lo único que una persona posea”  
Madre Teresa de Calcuta*

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 148 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### Bibliografía


Ayarra M, Lizarraga S. (s.f.). Malas noticias y apoyo emocional. Medicina familiar y comunitaria. Grupo de comunicación y salud de Navarra. Disponible en:

<http://www.cfnavarra.es/salu/anales/textos/vol24/suple2/suple7a.html>

Baile W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A. y Kudelka, A.P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*.

Buckman, R. (1992). How to break bad news. A guide for health care professionals. Baltimore: Ed. John Hopkins.

Prados Castillejo J.A. y Quesada Jiménez, F. (1998). Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. FMC.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 149 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N° 9: Atención Prenatal.

Msc. Erika Solano Delgado.  
 Psicóloga Área de atención Integral a las Personas.  
 Licda. Odiney Quirós Serrano.  
 Enfermera Área de Atención Integral a las Personas.

El embarazo es un proceso fisiológico normal en la vida de la mujer, lleva consigo muchos cambios tanto físicos como emocionales y repercusiones en la dinámica familiar, ya que representa un ajuste por parte de la madre como la pareja de ésta y demás integrantes de la misma si existieran.

La atención de los Servicios de Salud que le brindan a la mujer embarazada debe ser integral y multidisciplinaria en la que la gestante sea atendida desde que se presenta en el Centro Médico en su primera consulta hasta que finalice su embarazo con el nacimiento del niño(a).

Según la Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto del año 2009, la atención Prenatal es un conjunto de actividades que deben realizar los servicios de salud en los diferentes ámbitos de acción, que permiten asegurar condiciones adecuadas en relación al cuidado de la salud de las mujeres embarazadas y de sus hijas(os). Es decir se le debe dar continuidad al proceso, no solo atender el embarazo y parto, sino más bien establecer una atención continua en la que se evidencien las necesidades y problemática social.

Es necesario que la participación de la mujer, la familia y la comunidad sea activa ya que de esta forma se fortalece la relación con los Servicios de Salud, por lo tanto es importante reconocer que la atención empieza en la comunidad y finaliza ahí mismo donde se construye la salud, en el lugar o ambiente donde se desarrolla la persona.

La Atención Prenatal entendida de forma integral debe ser, equitativa en la que se conozcan las necesidades de la población a la que pertenece la mujer. Esto con el objetivo de que una vez identificadas las necesidades se pueden establecer redes de apoyo y los recursos disponibles para atender a la mujer embarazada.

Es necesario también que la captación de la mujer gestante sea lo más rápido posible, ya que una atención temprana permite ejecutar acciones oportunas y eficaces en la detección de embarazos de alto riesgo obstétrico, permitiendo brindar una atención para cada caso en particular ofreciendo soluciones y minimizando los riesgos tanto para la madre como para el niño(a).


Una vez que se ha captado a la mujer embarazada y analizado su condición se procede a establecer la periodicidad de la atención en función de las características del embarazo y los problemas o necesidades que ésta presente.

De esta forma si el profesional de salud que valora a la mujer embarazada establece que es un embarazo de bajo riesgo obstétrico, los controles deben realizarse de la siguiente manera:

Atención Prenatal Bajo Riesgo Obstétrico.

- Cada 6 semanas durante las primeras 32 semanas.
- Cada 3 semanas de la semana 32 a la 38.
- Cada semana de la semana 39 a la 41.
- A la semana 41 se refiere al Centro Médico con mayor poder resolutivo.

Es importante que en un embarazo de bajo riesgo se deben dar por lo menos cinco controles prenatales.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 150 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

La atención que se brinda a la mujer debe abarcar también a su pareja o a quien ella designe como acompañante durante el embarazo, parto y pos parto, para la toma de decisiones, en la que se respeten y garanticen sus derechos.

### Valoración del riesgo del embarazo.

El criterio de discriminación del riesgo es importante ya que esta condición permite establecer los recursos y prioridades en la atención que se brinda, además de operativizar la intervención a realizar.

Estas acciones deben ser provistas en un Primer Nivel de Atención, una vez valorada la mujer y establecido el riesgo de su embarazo se coordinan las acciones a seguir en el siguiente Nivel de Atención, en el cual se garantiza una atención de acuerdo a los requerimientos y necesidades de la gestante.

### Categorías del riesgo.

Se debe tener presente que existen tres categorías de riesgo, esta determinación se realiza mediante un análisis de la condición de cada mujer en el ambiente en que se desarrolla. Por lo tanto y una vez realizado este análisis de establecen tres tipos de riesgo los cuales son:

- A. **Riesgo bajo:** es la condición en la que la mujer tiene un desarrollo de su embarazo con grandes posibilidades de llevarlo a un buen término, sin embargo no significa ausencia de riesgo o que no pueda presentar alguna complicación durante el parto.
- B. **Riesgo moderado:** es la condición en la que la gestante presenta problemas de gravedad media, en las que se dan problemas tanto físicos como emocionales. Su atención puede llevarse en un EBAIS o un Segundo nivel, con el apoyo del equipo interdisciplinario en el que se encuentre un trabajador social o psicólogo.
- C. **Riesgo alto:** es la condición que presentan las gestantes en la que existen factores obstétricos graves que requieren de una atención especializada. Estas mujeres deben ser referidas a un II o III nivel, previamente identificados los recursos disponibles según la necesidad identificada.

### Actividades que se realizan en la Consulta Prenatal.


#### Carné Perinatal.

El carné perinatal es un documento que se le brinda a la mujer embarazada desde la primera consulta, contiene información importante sobre la condición de salud de la mujer y la de su hijo(a). Desde que la mujer gestante consulta por primera vez se le debe explicar que es necesario que porte este documento ya que éste contiene información muy importante, además en cada consulta se registran los datos de los signos vitales, los cambios observados, tratamientos, intervenciones realizadas. Es conveniente que el equipo de salud le transmita a la mujer que el embarazo no es una enfermedad pero que es un proceso que requiere de vigilancia para asegurar el mejor desarrollo y término del mismo.

#### Información general.

- Datos personales: en la portada del carne perinatal en la primera hoja se anotan los datos personales de mujer y el nombre del Centro de Salud.
- Control de crecimiento intrauterino: en el gráfico se anotan el peso y la talla.
- Gráfico de la edad gestacional: se anotan la altura uterina y las semanas de gestación.

Estos datos le brindan al personal de salud información para determinar el desarrollo del embarazo, posibles enfermedades o complicaciones así como la forma de atenderlas.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 151 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### Exámenes complementarios.

Se debe determinar el peso, la talla y la edad gestacional de la mujer y colocar esta información en el gráfico correspondiente, de esta forma el personal de salud podrá interpretar los datos identificando la condición en que se desarrolla el embarazo.

En el apartado de exámenes se anotan aquellos que se han solicitado, lo mismo que la fecha en que se indican.


Se debe registrar también si la mujer ha sido ingresada en un centro hospitalario, fecha del internamiento y del egreso, además de las observaciones necesarias con relación a las causas del internamiento, estas son acciones que ayudan a una mejor interpretación de la situación y por lo tanto un mejor manejo de las posibles complicaciones.

### Control de Crecimiento Intrauterino.

1. **Uso de la curva:** se establece el peso, la talla y la edad gestacional de la mujer, para determinar el porcentaje estándar de peso de la mujer.
2. **Categoría de estado nutricional:** existen cuatro categorías para clasificar el estado nutricional de la mujer.
  - Bajo peso: corresponde al área A.
  - Peso normal: corresponde al área B.
  - Sobrepeso: corresponde al área C.
  - Obesidad: corresponde al área D.

Es importante tener presente que cuando el peso/ talla de la mujer se encuentra sobre la línea divisoria, la madre se clasifica en la categoría inmediatamente inferior.

3. **Peso deseable de término:** el normo grama (tabla con las gráficas de talla, peso y edad gestacional) permite establecer tanto el peso estándar de la mujer como el deseable al finalizar el embarazo. Esta información es útil debido a que se puede dar seguimiento a aquellas mujeres de bajo peso al iniciar el embarazo, analizar su avance o ganancia de peso en el proceso y determinar cuánto debería ganar según la condición.
4. **Aumento de peso:** durante el embarazo son normales los cambios en el peso, cada mujer tiene características individuales, por lo que esta curva permite analizar estos cambios, darle seguimiento y atención según las condiciones de cada una. Cuando en varios controles prenatales se comprueba que no se ha dado una ganancia de peso se define como "Bajo incremento".
5. **Casos especiales de interpretación de la curva:**
  - Adolescentes: las gestantes adolescentes que conciben 4 años después de la primera menstruación se les sugiere aumentar 1 Kg más de lo que recomienda la curva en relación al peso que se debe tener al finalizar el embarazo.
  - Talla alta: si la mujer es obesa se recomienda un aumento de entre 7.5 y 10.5 Kg. Si la mujer es muy delgada se embaraza y al llegar a la semana 10 – 12 alcanza un porcentaje inferior al 80% del estándar, se le debe recomendar una ganancia de entre 15 y 17 kg. Cuando la mujer logra ganar suficiente peso mostrando una mejoría, la gráfica se podrá realizar en la curva Patrón.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 152 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Una atención de calidad a la mujer embarazada debe ser humanizada y respetuosa, capaz de crear un ambiente de seguridad en el que la gestante pueda hablar sobre su condición física y los cambios emocionales que experimenta durante este proceso.

### **Historia Clínica Perinatal Base.**

En la primera consulta que se le brinda a la mujer embarazada se debe llenar la Historia Clínica Perinatal con los datos generales como lo son:

- Identificación
- Signos vitales
- Peso/ Talla
- Antecedentes tanto familiares como obstétricos y espacio inter genésico.
- Examen físico completo, esquema de vacunación y exámenes de laboratorio.
- Consulta mensual con registro de la fecha, semanas de amenorrea, peso, presión arterial, altura uterina y presentación del feto, frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales.
- Tratamiento médico si lo toma.

Los datos del carne perinatal se completan desde que se realiza la primera consulta hasta que se brinda la última, por esta razón es importante que la mujer asista a todas las consultas.

En cada consulta mensual se le explica a la mujer que debe llevar siempre consigo en Carné Perinatal, ya que su contenido es de suma importancia para corroborar o descartar cualquier signo de alerta o complicación.

En la valoración de la gestante se establece una relación con ella de respeto, confianza y empatía, de esta manera la mujer podrá expresar sus sentimientos con respecto a su embarazo. Así los cambios emocionales que refiera, cualquier signo que evidencie la amenaza de un buen estado de salud, las dudas y temores que tenga podrán ser atendidos rápidamente.

En cada cita a la que acude la gestante es importante que el personal de Salud converse con ella y su acompañante sobre temas como: los derechos de la mujer, el niño(a) en los servicios de salud, importancia de asistir al control prenatal, lactancia materna, signos y síntomas de alerta en el embarazo, violencia intrafamiliar, desarrollo intrauterino, cuidados del recién nacido, crecimiento y desarrollo del niño(a), promoción de las actividades que estimulen el desarrollo del vínculo del nuevo ser con los padres.


Una mujer que se sienta segura y confiada dará más información durante la entrevista, además podrá exponer sus dudas y preguntas sin temor a ser regañada o ridiculizada.

De esta forma se podrán tocar temas difíciles de tratar de una forma natural y sin prejuicios, como lo son la violencia intrafamiliar, el abuso dentro de la relación de pareja, condiciones en las que se dio el embarazo o la identificación de algún problema o complicación del mismo.

Una vez terminada la pre consulta la mujer es valorada por el médico o Enfermera obstetra, en este momento se le deben aclarar las dudas y consultas que tenga, se revisan exámenes pendientes, se calcula la edad gestacional, se establece la categoría del estado nutricional, valoración buco dental, de ser necesario una referencia al Servicio de Odontología para su seguimiento, se brindan recomendaciones y se realiza el examen físico en el que se le explica a la mujer cualquier intervención que se le vaya a realizar, vigilando su integridad y privacidad.

En esta primera consulta el médico indica exámenes de laboratorio y los medicamentos que debe consumir la mujer:

- Hb (Hemoglobina)

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 153 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Hto (Hematocrito)
- Grupo y Rh
- Examen de orina
- Glicemia en ayunas(valor de la glucosa antes del desayuno)
- Glicemia pos prandial (valor de la glucosa 2 horas después de desayuno),
- VDRL
- Hierro y del ácido fólico: se le explica los posibles efectos secundarios de estos medicamentos.

También es necesario realizar el examen de mamas, con el propósito de evitar complicaciones durante la lactancia materna e identificar cualquier anomalía y tratarla.

En caso de identificar algún tipo de problemática de violencia se debe referir a la mujer embarazada al servicio de trabajo social o psicología para su intervención y abordaje.

Para el 2° y 3° trimestre del embarazo el médico indica nuevamente la prueba de laboratorio VDRL, se revisa el esquema de vacunación de la mujer, se le explica el beneficio de realizarse la prueba de VIH, se envía con su autorización y se le comunica el resultado del mismo.

Una vez realizada una valoración minuciosa y profunda de la mujer gestante, con todos los resultados de las pruebas de laboratorio además de la observación clínica del médico, éste establece el riesgo del embarazo y refiere según su clasificación al nivel de mayor poder resolutivo en caso de ser necesario.

En el tercer trimestre de embarazo se le debe informar a la gestante sobre el Centro médico donde le atenderán el parto, además de incentivarla para que realice el Plan de parto en el que ella informe quien la acompañará, la posición que quiere asumir durante la labor y el parto, lo que desea hacer inmediatamente nazca su bebé, si va a dar o no lactancia materna y si tiene el apoyo para implementarla.

Es necesario conversar con la mujer embarazada sobre los cambios físicos y emocionales que experimenta su cuerpo, además de aclararle que un imprevisto se puede presentar y que el parto no pueda ser vía vaginal si no por cesárea, o bien que sea necesario realizar otro tipo de procedimiento. Todos los hallazgos deben quedar registrados en el Carné perinatal, motivar y reforzar en la mujer todas aquellas conductas que estimulen el buen desarrollo de su embarazo.


### **Plan de Parto.**

Es una lista de preferencias de la mujer embarazada en la que hace saber al personal de salud que atenderá su parto, la forma en que le gustaría fuera este proceso.

Este documento le permite a la mujer ser dueña y participe activa de su embarazo y parto, pudiendo intervenir en aquellas decisiones que pueda tomar. Para realizar este Plan de Parto la gestante tiene que haber sido orientada y haber recibido la información sobre las diferentes intervenciones que se realizan, los riesgos y beneficios, debe también conocer su estado de salud y saber cuáles son las mejores condiciones de acuerdo al riesgo que antes fue determinado por el profesional de Salud. Es necesario por lo tanto que su atención perinatal se haya dado desde el comienzo del embarazo, recibiendo las consultas necesarias según valoración médica.

### **Componentes Plan de Parto.**


- Datos personales: nombre completo de la mujer.
- Acompañante en el parto: es la persona que estará en el parto acompañando a la mujer, ella decide si es su pareja u otra persona.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 154 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Analgésicos: la mujer manifiesta su deseo de que no le apliquen medicamentos para el dolor, y solicita que su acompañante le de masajes para el manejo del mismo.
- Postura para el parto: la gestante expresa cual es la posición para el parto que desea adquirir.
- Asistencia médica: la mujer manifiesta su deseo por tener una labor de parto sin la intervención médica hasta donde sea posible y sin poner en riesgo al bebé. También solicita que no se le realice la episiotomía a menos que sea necesaria para asegurar el bienestar del niño(a).
- El alumbramiento: para este momento la madre pide un espejo para ver cuando la cabeza del bebé cuando nace, poder tocarla cuando salga y que inmediatamente después del nacimiento su niño(a) sea colocada en su abdomen.
- Amamantamiento: la madre da a conocer su deseo de amamantar al bebé inmediatamente después de su nacimiento, además que desea permanecer al lado de su hijo(a) en todo momento a menos que por condiciones de su salud no se pueda.
- Problemas imprevistos: la gestante manifiesta que solo en caso de que sea necesario se le realice una cesárea.
- Notas u observaciones: de ser posible la complazcan en la alimentación respetando sus gustos y preferencias.

#### **Bibliografía.**

Caja costarricense de Seguro Social.(2009) Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el Periodo prenatal, parto y posparto. Costa Rica.  
Intervenciones basadas en evidencia en el contexto del continuo materno- recién nacido- niño menor de 2 meses. OPS.  
Tomado de Pritchard, Mc Donald y Gant (1992). Williams, Obstetricia. Tercera Edición España.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 155 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTATES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## **Anexo N° 10: Alimentación saludable antes, durante y después del embarazo.**

Dr. Marlon Lizano Muñoz, Nutricionista  
 Área de Atención Integral a las Personas.

Durante el embarazo y la lactancia las necesidades nutricionales de la mujer aumentan para apoyar el crecimiento y desarrollo fetal e infantil, situación que la lleva a realizar ajustes en la cantidad de energía y nutrientes requeridos para cubrir las necesidades diarias, y específicamente el desarrollo de los tejidos. Esto hace reflexionar sobre la importancia que tiene para toda mujer en edad reproductiva reforzar en su patrón de alimentación aspectos como la calidad, variedad, selección y preparación de los alimentos consumidos, más que el tamaño y la cantidad de porciones.

Figura 54. Alimentación Saludable en la mujer gestante



### **1. ANTES DEL EMBARAZO**

Para garantizar un embarazo exitoso toda mujer debe tener una alimentación saludable en la cual la selección de alimentos permite tener una alimentación balanceada. (CIGA, 2010; ADA, 2009)

Los alimentos se agrupan según su contenido de sustancias nutritivas y deben consumirse en distintas proporciones como se muestra en el círculo de alimentación saludable (ver Figura 55):


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 156 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Figura 55. Círculo de la Alimentación Saludable




FUENTE: Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias (CIGA). (2010). Guías Alimentarias para Costa Rica. San José, Costa Rica.

Los grupos de alimentos ilustrados en el círculo, se muestran en proporción a su importancia de consumo, en el orden de las manecillas del reloj. Cada alimento se agrupa según los nutrientes que contienen y la función que cumplen en la salud:

- ✓ **Cereales, leguminosas y verduras harinosas:** son fuente de carbohidratos complejos, proteína de origen vegetal y fibra, cuya función principal es brindar la energía necesaria para las actividades diarias, así como construcción y reparación de tejidos.
- ✓ **Vegetales y frutas:** son fuente de vitaminas, minerales y fibra, necesarios para control del metabolismo y regular el funcionamiento de nuestro cuerpo.
- ✓ **Productos de origen animal:** representado por proteína de muy buena calidad, grasas, colesterol; adicionalmente hierro y calcio como minerales sobresalientes y vitamina B-12. Estos contribuyen a la construcción y reparación de tejidos, a la salud de los huesos y prevención de la anemia.
- ✓ **Grasas y azúcares:** Aportan energía y ácidos grasos esenciales. Deben consumirse en pequeñas cantidades.

A continuación se indican algunos consejos que se han establecido para las personas sanas en las Guías Alimentarias para Costa Rica:

- Una alimentación variada, higiénica y natural es saludable.
- Los alimentos deben consumirse en distintas proporciones como se muestra en el círculo de la alimentación.
- Para lograr una alimentación balanceada debe seleccionar alimentos de cada grupo en la proporción indicada. No es necesario consumir de todos los alimentos representados en el círculo en cada tiempo de comida, pues la clave está en la variedad y proporción de los alimentos a consumir.
- Mantenga un peso que beneficie su salud.
- Un peso adecuado está relacionado con la estatura, edad, sexo y la actividad física que realiza, para ello acompañe siempre los consejos de una alimentación saludable con actividad física, horarios regulares de comida con pequeñas porciones de alimentos, coma despacio, mastique bien los alimentos y tome suficiente agua.
- Coma arroz y frijoles, son la base de la alimentación diaria.
- La base de la alimentación diaria debe estar constituida por cereales, leguminosas y verduras harinosas.
- El arroz es un cereal al igual que las pastas, los panes, las tortillas y otros como la avena y la cebada. Los frijoles pertenecen al grupo de las leguminosas, al igual que las lentejas, garbanzos y cubaces entre otros.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 157 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Consuma cada día al menos media taza de frijoles, garbanzos o lentejas cocinados. Al consumir cereales y leguminosas, se obtiene proteína de buena calidad, similar a la carne, y a un bajo costo, por ejemplo por cada dos cucharadas de arroz se debe servir una cucharada de frijoles.
- Entre las verduras harinosas se encuentran la yuca, la papa, el camote, el ñampí, el tiquizque y además los plátanos y el pejibaye.
- Consuma al menos 5 porciones al día, entre frutas y vegetales frescos.
- Las frutas y los vegetales contienen nutrientes esenciales para aumentar las defensas, ayudar a prevenir enfermedades del corazón, cáncer, obesidad, favorecen un envejecimiento saludable y previenen la aparición de cataratas. Estos beneficios son producto de las vitaminas, minerales, fibra, antioxidantes y otras sustancias, que ellos contienen.
- Selecciónelas de color amarillo y anaranjado, rojo, verde, blanco y morado, prepárelos en ensaladas frescas, en batidos con poca o sin azúcar, compre los de temporada que son más baratos y saben mejor. Por ejemplo: Amarillo y anaranjados: zanahoria, piña, papaya y naranja. Rojo: tomate, chile dulce rojo y sandía. Verde: brócoli, espinacas y limón. Blanco: coliflor, cebolla, banano y anona. Morado: remolacha, mora, berenjena. Para obtener los beneficios de estos alimentos, se recomienda consumirlas de diferentes colores cada día, pueden ser juntas o separadas en diferentes momentos del día. Seleccione alimentos de origen animal bajos en grasa.

Los alimentos de origen animal incluyen los productos lácteos, las carnes y los huevos.

**Productos lácteos:** Son la mejor fuente de calcio necesario para fortalecer sus huesos y dientes, así como proteína de muy buena calidad, vitaminas y minerales. Estos nutrientes son necesarios en todas las etapas de la vida, y en combinación con actividad física frecuente, reducen el riesgo de osteoporosis.

Para lograr los beneficios mencionados consuma al menos tres porciones al día entre leche, yogurt o queso todos los días. (1 porción de leche o yogurt equivale a 1 taza, y de queso 1 rebanada del tamaño de una caja de fósforos)

**Las carnes:** son fuente de proteína de buena calidad que ayuda a la construcción y regeneración de tejidos y células de nuestro cuerpo. También, nos aportan vitaminas del complejo B, entre otras y minerales como el hierro para la prevención de la anemia.


Las carnes incluyen res, pollo, pescado, cerdo y otras. Prefiera el pollo sin piel y el pescado porque son carnes blancas bajas en grasa saturada y colesterol.

Comer pescado ayuda a mantener sanas las arterias y el corazón, además es de fácil digestión. Por otra parte, el atún, la sardina, la trucha y el salmón, son buena fuente de omega 3, que favorece la salud cardiovascular.

Lo ideal sería, comer carnes blancas tres veces o más por semana como pescado, pollo o pavo, una porción de 90 grs cada vez (equivale a un trozo del tamaño de la palma de la mano).

**Los huevos:** contiene proteína de buena calidad, hierro, vitamina A, entre otros nutrientes. Puede consumir un huevo diario si es una persona saludable y no tiene familiares con colesterol alto. Prefiera preparaciones bajas en grasa como en salsa de tomate, en sopa negra, con espinacas, revueltos con cebolla y tomate.

1. Elija grasas saludables.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 158 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Entre las grasas saludables se encuentran las insaturadas, cuya característica para identificarlas es ser líquidas a temperatura ambiente, como los aceites vegetales de canola, oliva, maíz, girasol y soya, entre otros. Con estas características también contamos con aceitunas y aguacate.

Por el contrario, deben identificarse las grasas saturadas o sólidas a temperatura ambiente, ya que su exceso puede aumentar los niveles de colesterol en sangre. Con estas características tenemos tanto alimentos de origen animal como carnes, leche entera y quesos grasosos, así mismo aceites vegetales que han sido procesados como manteca y margarina.

En general, todas las grasas deben consumirse en pequeñas cantidades, preferirse las insaturadas y moderar el consumo de los alimentos que contengan grasas saturadas.

## 2. Coma menos azúcares.

El azúcar proporciona energía y el exceso se almacena en forma de grasa en el organismo, situación que puede originar problemas de salud como obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular.

Algunos ejemplos son el azúcar blanco, el azúcar moreno, tapa de dulce, miel de abeja, jaleas, mermeladas, sirope, gelatinas, que son utilizados en diferentes preparaciones.

Idealmente no consuma más de 6 cucharaditas de azúcar por día en sus bebidas y preparaciones. Seleccione jugos de frutas 100% naturales y sin azúcar agregado; evite preparaciones con alto contenido de azúcar como la repostería, galletas, o leche condensada, dulce de leche, gaseosas, golosinas, chocolates y helados.

## 3. Disminuya el consumo de sal.

Una alimentación alta en sal contribuye al aumento de la presión arterial en personas que padece de presión alta y las que manejan niveles normales. Existe una posible asociación entre el consumo alto de sal y el cáncer gástrico.


Consumir menos sal puede evitar la pérdida de calcio en los huesos, manteniéndolos más fuertes y sanos. La cantidad de sal recomendada por persona por día es de una cucharadita rasa (5g), distribuida en todos los alimentos consumidos durante el día.

## 4. Tome agua todos los días

Se recomienda tomar entre 6 y 8 vasos de líquido al día, donde al menos 4 vasos sean de agua pura. Esto es esencial para una buena digestión y mejorar la absorción de nutrientes, limpiar el organismo, eliminar toxinas y otros productos de desecho, y regula la temperatura corporal normal.

## 5. Haga actividad física todos los días.

Realice al menos 30 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada, esto se logra con caminar, bailar, nadar, andar en bicicleta o subir escaleras y a una intensidad que lo hace respirar un poco más fuerte de lo usual, pero le permite hablar mientras realiza el ejercicio seleccionado.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 159 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Como beneficios de la actividad física se puede lograr disminuir el riesgo de padecer problemas del corazón y osteoporosis, alivia el estrés, mejora la autoestima, ayuda al control del peso y aumenta la sensación de bienestar.

6. Comparta los momentos de alimentación en ambiente tranquilo.

Hacer los tiempos de comida en horarios regulares (3 a 5 por día), en un ambiente tranquilo y en compañía agradable, permite una buena digestión y aprovechamiento de los alimentos. Adicionalmente, prefiera la selección de alimentos preparados en casa y los tradicionales como picadillos, gallo pinto, sopas negras, gallos de tortilla con queso, entre otros.

## **2. DURANTE EL EMBARAZO Y EN PERIÓDO DE LACTANCIA**


En el primer trimestre del embarazo se deben mantener las recomendaciones para una alimentación saludable y asegurar un adecuado aumento de peso en los meses siguientes. Así mismo, asistir a los controles prenatales, donde se valorarán las necesidades individuales.

Todas las necesidades nutricionales se encuentran aumentadas pero especialmente las de hierro, zinc, calcio, ácido fólico, vitamina B-6 y vitamina A. Para lograr un mayor aporte de estos nutrientes es importante guiarse en las recomendaciones del círculo de la alimentación saludable y reforzar con alimentos como: Carnes rojas, hígado, frijol, garbanzos, lentejas, hojas de remolacha, hojas de rábano, mostaza, espinacas, brócoli, petit pois, zanahoria, tomate, mango maduro, melocotón, así como leche, queso, yogurt y huevo.

En el Cuadro 8, se ilustra los grupos de alimentos y las porciones recomendadas que pueden consumirse diariamente, como también las opciones equivalentes a una porción.

**Cuadro 8.** Grupos de alimentos recomendados para embarazo y lactancia

Grupos de Alimentos	Porciones diarias recomendadas	Opciones equivalentes a 1 porción
Cereales, leguminosas y verduras harinosas	6 - 8	½ taza frijoles, garbanzos o lentejas 2 tortillas pequeñas 1 tajada pan integral ½ taza arroz, macarrones o puré papa ½ taza plátano, camote, yuca, tiquizque, cocinados 1 unidad mediana de elote
Vegetales y frutas	6	1 taza de vegetales crudos (ensaladas) ½ taza de vegetales cocidos (en picadillo o guisos) ½ taza de frutas picadas 1 taza melón/sandía/fresas ½ banano grande o 1 pequeño
Productos de origen animal	6 (3 porciones como leche, queso o yogurt)	1 taza leche 1 taza yogurt 30g (1 tajada) Queso blanco tierno 1 Huevo 30 g o 2 cdas carne res/ pollo/pescado ¼ taza de atún
Grasas	4	1 cucharadita aceite vegetal 1/8 unidad Aguacate 10 unidades maní

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 160 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

FUENTE: Nutrición del Niño y la Niña: desde el nacimiento hasta los 6 años. 2009.

**Nota:** Las porciones son para una mujer promedio sana; de requerir alguna evaluación individual es mejor asistir a su nutricionista o especialista en salud.

El azúcar, no se incluyó como porción diaria recomendada, puede utilizarse con moderación en las bebidas.

Cuando el embarazo se presenta en la adolescencia se vuelve más significativa la calidad de la alimentación, por tanto es recomendable un control prenatal integral, multidisciplinario más de cerca para garantizar una mejor condición de salud al finalizar tanto el embarazo como la lactancia, en especial si son detectadas alteraciones, como podría ser un aumento de peso inadecuado y suspensión de la lactancia materna, entre otros.


Es importante que si aun siguiendo las recomendaciones del Cuadro 8, la mujer embarazada o lactante se ve afectado su estado nutricional, debe recurrir a un profesional de salud, para atender su condición particular, según se requiera.

## 2.1 RECOMENDACIONES ADICIONALES.

En caso de presentarse problemas de salud asociados a la alimentación, en el Cuadro 9, se describen algunos problemas y las recomendaciones que se deben seguir para reducir sus efectos y mejorar su condición de salud.

**Cuadro 9.** Recomendaciones Nutricionales para problemas de salud comunes durante el embarazo y la lactancia

Problema	Descripción	Recomendaciones
Náusea	-Es el síntoma digestivo más frecuente en el embarazo. -Se puede asociar o no a vómitos -Aparece entre la semana 5-6 y suele desaparecer alrededor de la semana 12 de embarazo. -Puede verse agravada por consumo de alimentos irritantes, olores fuertes y consumo de suplementos nutricionales que contengan hierro.	-Evitar los olores fuertes -Evitar los alimentos específicos que generen rechazo -Preferir los alimentos bien tolerados -Consumir alimentos en porciones más pequeñas cada 2 a 3 horas -Evitar alimentos irritantes como frituras, grasas, comida muy condimentada -Limitar el consumo de dulces y golosinas -Consumir los líquidos separados de las comidas sólidas -Dar alimentos de consistencia blanda -Consultar al centro médico en caso de deshidratación, siendo algunos síntomas: piel fría, lengua seca, ojos hundidos, orina con color más oscuro, aumento del pulso, disminución de la presión arterial; o en caso de pérdida de peso
Vómitos	-Aparecen entre la semana 5-6 y suele desaparecer alrededor de la semana 12 de embarazo. -Pueden ir desde leves y poco frecuentes hasta más intensos y en mayor cantidad.	
Hiperémesis gravídica	-Cuadro de náuseas y vómitos más intensos y frecuentes que pueden producir deshidratación y pérdida de peso al inicio del embarazo.	
Pirosis o acidez gástrica	-Se produce por el paso de contenido ácido del estómago al esófago -La presión del útero sobre el estómago también favorece el	-Consumir alimentos en porciones pequeñas cada 2-3 horas -Evitar el consumo de irritantes como frituras, café, chocolates, refrescos gaseosos, bebidas alcohólicas -Evitar acostarse inmediatamente después de comer, se

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 161 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

	reflujo.	recomienda esperar al menos 2 horas después de las comidas para acostarse
Estreñimiento	-Se produce por una disminución de los movimientos intestinales durante el embarazo -Puede ser leve hasta severo e inclusive causar hemorroides -Se refiere a una ganancia de peso mayor a la esperada durante el embarazo normal	-Se recomienda aumentar el consumo de frutas y vegetales frescos altos en fibra -Aumentar el consumo de agua de 6 a 8 vasos por día -Seguir horarios de comidas regulares -No usar laxantes durante el embarazo -Se debe referir a un profesional en nutrición para que se le indique un plan nutricional adecuado según los requerimientos del embarazo y favorecer una ganancia de peso acorde con la evolución del embarazo -Mantener actividad física regular como caminar al menos 30 minutos cada día (siempre y cuando no exista ninguna contraindicación obstétrica para el ejercicio)
Sobrepeso		

FUENTE: Brown, J. (2008). Nutrición en las diferentes etapas de la vida.

### **3. MITOS Y REALIDADES DE LA ALIMENTACIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA.**

Según el documento Informando y Educando en Alimentación y Nutrición, 2012 (10) se describen algunos mitos y realidades que existen en torno a la alimentación, como son:

**“Si la mujer embarazada come fruta durante el embarazo, el bebé saldrá sucio”**

Comer fruta en el embarazo es muy saludable porque te proporciona vitaminas, minerales y fibras esenciales para el crecimiento del bebé.

**“Cuando la mujer embarazada come mucho queso o productos lácteos el bebé nace con una costra de sebo en la cabeza”**

Los lácteos son un alimento sano, y durante el embarazo proporcionan el calcio necesario para el crecimiento del bebé.

**“Durante el embarazo hay que comer por dos”**

No es cierto, durante este período la alimentación debe ser completa, adecuada y variada. Los cambios, son basados en calidad más que en cantidad de alimentos, asegurándose una selección de alimentos con un importante aporte de nutrientes.

**“Pasados los primeros meses está permitido el alcohol”.**

No es cierto. El consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo se asocia a problemas neurológicos y el desarrollo de defectos al nacimiento. (ADA, 2008).


**“Los vegetales con sabor fuerte son malos para el bebé”**

Algunas personas señalan que comer brócoli, leguminosas, repollo o ajo le hace daño al bebé, solo deben eliminarse si a la mujer embarazada le causan alguna molestia o intolerancia.

**“El consumo de agua de pipa puede producir la pérdida del bebé o aborto”**

No hay evidencia científica que sustente esta afirmación, por el contrario es considerado un hidratante en todas las edades.

**“El comer frijoles luego de una cesárea aumenta el riesgo de infección de la herida o cirugía”**

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 162 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Al contrario, los frijoles, garbanzos y lentejas (leguminosas) son alimentos fuente de proteína, nutriente que tiene como función apoyar el proceso de reparación de tejidos, que en este caso sería un apoyo a la madre durante este período.

#### **4. Alimentación complementaria del niño y la niña durante el primer año de vida.**

Debe entenderse por alimentación complementaria al proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, 2010, indican que este proceso de complementación alimentaria debe ser adecuada y segura, e iniciar a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más, para asegurar que los niños(as) alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. (OPS, OMS 2010)

Recomendaciones para iniciar la alimentación complementaria: (OPS, OMS; 2010)

- Ofrecer primero el alimento nuevo y luego la leche.
- Incluir alimentos en textura de papilla o puré, majados con un tenedor, nunca licuados ni colados.
- El inicio de la dentición es el indicador para cambiar la textura y permitir grumos o trocitos de alimentos que irán en aumento según sea tolerado. Este proceso suele iniciar entre los 8 y 9 meses de edad, y es la erupción de los primeros molares que da paso a alimentos molidos o picados.
- No agregar sal ni azúcar a las comidas, permitiendo que el niño (a) aprenda a identificar el sabor propio de los alimentos y disfrutar de éstos.
- La cantidad de alimento que el niño (a) puede consumir en una comida dependerá de la capacidad gástrica, que usualmente es de 30 ml (1 onza) por kilogramo de peso. Por ejemplo: un niño(a) que pesa 8 Kg tendrá una capacidad de 240 ml, que representa aproximadamente una taza de alimento.
- Aumentar la consistencia, la variedad y el número de veces de los alimentos que consumen los niños en forma gradual conforme va creciendo, adaptándose a las necesidades y habilidades de los niños(as).
- Para el aprovechamiento de los nutrientes, es importante tener buenas prácticas de higiene en el manejo y almacenamiento de los alimentos.
- Deben suministrarse los alimentos despacio, de forma paciente y animando el consumo de lo preparado, nunca forzando el consumo.
- Si el niño o niña muestra rechazo hacia algún alimento, proceda a elaborar combinaciones de sabores, texturas y métodos para animarlos a comer.
- Evite las distracciones durante las horas de comida para favorecer el interés del niño(a) por los alimentos preparados.
- Los momentos de las comidas son importantes para el aprendizaje y el establecimiento de relaciones interpersonales significativas del niño(a), por lo que se debe mantener contacto visual y conversar con los niños(as).
- No dar cítricos hasta que tenga el año de edad, tales como naranja, limón, mandarina.

#### **4.1 Organización de la alimentación en el primer año de vida.**

A continuación se describen las características de la alimentación en el primer año de vida y en la figura N° 2, se ilustra en forma gráfica el resumen. (CCSS, MS y MEP, 2010, p.36-37).

### **0 – 6 MESES:**

**Lactancia Materna Exclusiva.** Debe ofrecerse leche materna en forma exclusiva, durante los primeros seis meses de vida; en la Figura 42 se ilustra como el área coloreada.

La leche materna es un alimento completo y durante este período tiene todos los nutrientes que el niño(a) requiere para su normal crecimiento y desarrollo. Por tanto, no es necesario ofrecerle ningún otro líquido o alimento.

### **6 – 12 MESES:**

**Inicia la introducción de alimentos a partir de los 6 meses.** El tipo de alimentos, la cantidad y el momento de introducción varía de acuerdo con los meses de vida. Que en la figura se ilustra con cada área en blanco.

Recuerde:

A los 6 meses, inicie con frutas o verduras, ofreciendo una a una antes de mezclarlas, esto permitirá identificar cualquier posible reacción al alimento. Puede ofrecerse este tiempo de comida después del baño como un desayuno.


A los 7 meses, el niño(a) puede contar con tres comidas al día (mañana, medio día y tarde), y como alimento adicional se incorporan las leguminosas (frijol, garbanzos, lentejas y alverjas).

A los 8 meses, al niño(a) le corresponden las tres comidas anteriores y adicional una merienda a media mañana y otra por la tarde.

Figura 56. Selección de alimentos, según edad del niño y la niña, hasta los 12 meses de edad

La siguiente tabla tiene algunas ideas generales al respecto.

Alimento	Los números que están abajo representan los meses de edad. El color blanco indica los meses de edad en que cada alimento se puede dar.											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Leche Materna</b>												
Frutas (banano, papaya, mango, melón, sandía, entre otras)												
Fresas, piña, mandarina, naranja, limón, ácido y dulce												
Arroz, maíz												
Avena, trigo, cebada												
Verduras (plátano, papa, camote, tiquisque, nampi, ayote, zanahoria, chayote, zapallo, entre otras)												
Frijoles, garbanzos, lentejas y alverjas												
Tortillas, pan												
Pastas, fideos o macarrones												
Carnes de res o pollo												
Pescado												
Huevo												
Leche de vaca y sus derivados (yogur, mantequilla, natilla, queso, requesón, cuajada)												
Azúcares (postres, helados)												

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 164 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Recuerde:**

- Todos los alimentos que brinde al niño(a) deben ser naturales, frescos, limpios, sin preservantes. Tampoco, agregue sal o azúcar.
- Los alimentos no deben licuarse ni colarse, y para facilitar su aceptación pueden majarse con un tenedor hasta lograr una consistencia blanda, la cual debe contener trocitos más grandes mes a mes, y al cumplir los 12 meses de edad debe ser igual al resto de la familia.
- En todo momento, La lactancia materna debe mantenerse luego de cada comida

A continuación, el Cuadro 10 orienta a las personas encargadas de la selección y preparación de alimentos para los niños(as) que reciben alimentación complementaria en aspectos como textura, frecuencia y cantidad:

**Cuadro 10.** Guía práctica de alimentación complementaria según edad


EDAD (meses)	TEXTURA	FRECUENCIA	CANTIDAD (promedio de cada comida)
6 – 8	Iniciar con papillas espesas, alimentos bien majados con tenedor.	2 – 3 comidas por día Según apetito del niño o niña se pueden ofrecer 1 – 2 meriendas	Comenzar con 2 – 3 cucharadas por comida, aumentando poco a poco a ½ taza (120 ml) ó 1 taza (240 ml)
9 – 11	Alimentos finamente picados o majados con tenedor y alimentos que el niño o niña pueda agarrar con la mano	3 – 4 comidas por días. Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1 – 2 meriendas	½ taza ó un plato que contenga 240 ml
12 - 23	Alimentos igual que resto de la familia.	3 – 4 comidas por día. Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1 – 2 meriendas	¾ taza o un plato que contenga 240 ml

FUENTE: OPS, OMS. *La alimentación del lactante y el niño pequeño*, 2010.

**Nota:** ½ taza equivale a 4 cucharadas rasas de alimento, ¾ taza equivale a 6 cucharadas rasas y 1 taza representa un total de 8 cucharadas rasas.


En el momento que el niño(a) cumple los 12 meses puede iniciar con la introducción de alimentos como: fresas, naranja, piña, yogurt, leche de vaca, huevo, pescado, tomate y chocolate; alimentos que previamente no deben incluirse para evitar posibles complicaciones en la salud de los niños y niñas

Es importante tener presente que el orden, la selección, frecuencia y cantidad de alimentos en cada momento responden al grado de madures de los órganos en el cual se encuentren los niños(as) para recibir y procesar dichos alimentos, de tal forma que favorezcan el desarrollo y crecimiento en esta etapa de la vida. Y la lactancia materna continúa siendo un componente de este plan de alimentación, por tanto en caso de ser suspendida antes de tiempo debe mejor consultar con el profesional en salud para ajustar los alimentos correctamente a su nueva condición.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 165 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### **BIBLIOGRAFÍA**

- American Dietetic Association (2009). Position of the American Dietetic Association an American Society for Nutrition: Obesity, Reproduction and Pregnancy Outcomes. Journal of American Dietetic Association. 109: 918 – 927.
- Araya, Priscilla. (2009). Nutrición del Niño y la Niña: desde el nacimiento hasta los 6 años. APROLAMA, 2ª. Ed. San José, Costa Rica.
- Brown, J. (2008). Nutrición en las diferentes etapas de la vida. McGraw-Hill Interamericana Editores. México D.F., Tercera Edición, Pág. 84-122.
- CCSS, MS Y MEP (2010). Carné de Desarrollo integral del Niño y la Niña. San José, Costa Rica: Área de Publicaciones e Impresos, C.C.S.S.
- Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias (CIGA). (2010). Guías Alimentarias para Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Crozier, Sarah et. al. (2011). Dietary patterns change little from before to during pregnancy. J Nutr. 2009 October; 139(10): 1956–1963. doi:10.3945/jn.109.109579
- France, Mary (2003). Pregnancy and Lactation: Physiological Adjustments, Nutritional Requirements and Role of Dietary Supplements.
- López, Herbert, et al. (2007). Consenso Nacional sobre Alimentación en el Primer Año de la Vida. Acta Pediatr Mex; 28(5):213-41.
- Mahan, K y Escott-Stump, S. (2009). Nutrición y Dietoterapia de Krause. Barcelona, España. Elsevier España, S. L.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Ediciones de la OMS, Washington, D.C.: OPS.
- OPS, INCIENSA y Ministerio Salud. (2012). Informando y Educando en Alimentación y Nutrición. Edición digital por la OPS. San José, Costa Rica.
- Public Health Agency of Canada (2011). The Sensible Guide to a Healthy Pregnancy. Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Health, Ottawa Ontario.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 166 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## **Anexo N° 11: Cuidados buco dentales en la mujer embarazada. Cuidados buco dentales en el niño(a) hasta los 3 años.**

Coordinación Nacional de Odontología.  
Dirección de desarrollo de servicio de salud.  
Caja Costarricense de Seguro Social.

En el breve periodo que sigue al diagnóstico del embarazo, la madre queda expuesta a la información aplicable a su salud y a la del niño(a) por nacer.


Los cambios hormonales que se producen durante el embarazo, hacen a la mujer más susceptible a la enfermedad periodontal y los conocidos antojos la exponen más a las caries, debido a que se consume más alimentos en diferentes horarios y disminuye el aseo de la cavidad oral causado por las náuseas. Entre los problemas periodontales, se encuentra la gingivitis del embarazo, que se caracteriza por la inflamación, el enrojecimiento y el sangrado de las encías que afecta al 30% de las embarazadas. Inicia en el segundo mes, tiende a ser más crítico alrededor de los ocho meses, comienza a desaparecer después del nacimiento del bebé, es más común en la parte frontal de la boca.

La gingivitis del embarazo generalmente se da por un elevado nivel hormonal (progesterona), el que se encuentra aumentado en el cuerpo 10 veces mayor que el normal, generando la proliferación de ciertas bacterias que causan la gingivitis. Además, el sistema inmunológico (defensa) puede funcionar de forma diferente en cada mujer.

La enfermedad periodontal (periodontitis o enfermedad de las encías) puede aumentar el riesgo de que una mujer tenga un parto prematuro (antes de la semana 37 de embarazo) o que el bebé tenga bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos o aproximadamente 5.5 libras). Además, esta patología bucal puede también estimular el incremento de los niveles de fluidos biológicos que inducen al trabajo de parto.

En la consulta odontológica, la mujer embarazada debe ser instruida sobre los cuidados y controles bucodentales que debe poner en práctica, con instrucciones de fisioterapia oral, profilaxis dentales (limpiezas) necesarias para evitar la aparición de signos y enfermedades bucodentales que pueden ocasionar la pérdida de dientes por caries o enfermedad periodontal, además, de aplicar flúor tópico como medida preventiva según corresponda.

Por la susceptibilidad del niño(a) por nacer, durante el primer trimestre del embarazo no debe de efectuarse tratamiento, excepto el control de placa bacteriana; durante este periodo se forman todos los sistemas de órganos, los gérmenes dentales del niño inician su formación en la cuarta semana de gestación y la mineralización de los huesos y dientes en la novena semana, por lo que el estrés al que esté sometido el feto por diversos factores que afecten a la madre como: genéticos, problemas en la salud bucodental, infecciones virales graves, intoxicaciones, alcoholismo o tabaquismo durante esta época puede producir efectos indeseables que se pueden evitar.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 167 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

La boca seca es una queja común que se presenta en muchas mujeres embarazadas, para combatir esta condición se puede consumir bastante agua, así como masticar chicles sin azúcar, para mantener la cavidad oral húmeda e hidratada. También se presentan en menor frecuencia, mujeres gestantes que sienten que tiene demasiada saliva en la boca, esta situación ocurre en la etapa inicial, situación que puede estar asociada con las náuseas, por lo general desaparece al final del primer trimestre.

En estado de embarazo la mujer debe asistir al control odontológico, para que cuente con medidas de promoción de salud y prevención de la enfermedad principalmente, para garantizar la preservación y manutención de la salud bucodental en el proceso de gestación.

Una excelente salud bucodental materna es necesaria para disminuir el inicio o progresión de enfermedades bucodentales idealmente antes del sexto mes de embarazo. (ver Cuadro 11)

#### **Cuadro 11.** Control bucal de la mujer gestantes

Primer trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre
Control de placa	Control de placa	Control de placa
Instrucciones de higiene oral y alimentación saludable	Instrucciones de higiene oral y alimentación saludable	Instrucciones de higiene oral y alimentación saludable
Profilaxis y curetajes simples	Profilaxis y curetajes simples	Profilaxis y curetajes simples
Tratamiento de emergencias solamente	Tratamiento dental de rutina	Tratamiento de emergencias solamente


FUENTE: Harris N., García Godoy F. Odontología Preventiva Primaria. 2001

Los procedimientos quirúrgicos extensos que no sean urgentes deben de ser propuestos dentro de lo posible hasta terminar la gestación ya que el embarazo es un estado transitorio.

El segundo trimestre es el más seguro de llevar a cabo el tratamiento dental de rutina. Sin embargo, es aconsejable limitar el tratamiento a procedimientos operatorios simples. Se deben controlar y eliminan problemas potenciales, que puedan llegar a causar en una etapa más avanzada del embarazo o inmediatamente después, ya que el tratamiento dental durante este periodo es más difícil, debido al incremento de sensación de malestar en la mujer gestante, por lo que se deben evitar tratamientos prolongados para prevenir la complicación más común, que es el síndrome de hipotensión supina ya que la posición del feto hacia el tercer trimestre afecta la postura en el sillón dental de la mujer y haciendo incómodas las consultas dentales, por lo tanto las citas deben ser cortas con cambios posicionales frecuentes.

#### **Ingestión de Fármacos en mujeres embarazadas**

En los casos donde se requiera la intervención curativa se debe tener cuidado con: el uso de la anestesia local, ya que se ha asociado a depresión del sistema nervioso del feto y bradicardia (disminución del pulso fetal), además, con el uso de antibióticos sin la prescripción médica como es el caso de: las tetraciclinas que atraviesan la placenta, donde se concentran y se depositan en los huesos y dientes fetales, produciendo una decoloración amarillenta permanente en los mismos.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 168 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Otros antibióticos como son: los aminoglucósidos (estreptomina, gentamicina, entre otros), pueden lesionar el oído interno fetal. El cloranfenicol pueden causar un colapso respiratorio sobre el recién nacido (síndrome del niño gris). Las sulfamidas dadas cerca del parto pueden provocar una ictericia (color amarillo) y las penicilinas aunque se menciona que son seguras pueden inducir alergias dentro del útero.

Por lo tanto, es necesario informar sobre la calcificación y desarrollo de la corona en los gérmenes dentales temporales en el feto, ya que inicia a partir de 1.5 meses de gestación y en los dientes permanentes, la calcificación alrededor del 3er y 4to mes, proceso que pueden ser afectados con el uso de la madre de medicamentos.

En conclusión, en la etapa de la gestación es necesario que la mujer tenga claro la importancia de mantener todas las estructuras de su boca sanas.

En este periodo debe evitarse la realización de tratamientos dentales, por el riesgo de que esto conlleva. Debe hacerse especial énfasis en medidas de higiene y tratamientos periodontales, así como el cumplimiento de las recomendaciones generales que debe seguir para una alimentación saludable.

### **CUIDADOS ODONTOLÓGICOS EN EL NIÑO(A) DE SEIS MESES A TRES AÑOS DE EDAD**


A partir de este período de edad, inicia la erupción de la primera dentición o las piezas dentales temporales, deciduas o de leche, indispensables como componentes de la Salud Bucal dental, que nos sirven para la masticación, estética, fonación y principalmente para mantener el espacio de los dientes permanentes.

Cuando el niño(a) nace, pensamos por lo general que no tiene piezas dentales, sin embargo, dentro de sus maxilares hay veinte dientes temporales que han comenzado a formarse desde el principio de la vida prenatal, posteriormente al nacimiento se da el inicio de formación de las piezas permanentes. Al cumplir los tres años de edad, el niño(a) concluye con la erupción de piezas dentales temporales.

Los primeros dientes que aparecen en la boca son los incisivos centrales, aproximadamente de los seis a los ocho meses; aunque la época de erupción de la primera dentición (dientes temporales o de leche) puede variar.

Durante el proceso de erupción de la dentición temporal, algunos niños(as) pueden mostrarse irritables ante molestias presentadas como lo son el aumento en la cantidad de saliva, inflamación y enrojecimiento de las encías, que pueden acompañarse con pérdida de apetito, intranquilidad y sueño liviano; para ayudar a disminuir estas molestias se sugiere dar a morder elementos de consistencia suave como los “mordedores” de goma que se venden en el comercio, deben estar limpios y preferiblemente que hayan sido previamente refrigerados, ya que el frío va a generar al niño(a) una sensación de alivio, disminuyendo el dolor y la presión, el objetivo de este procedimiento es acelerar la erupción del diente.

Se debe evitar que los niños(as) mastiquen objetos de madera o juguetes que contengan pinturas, debido a que se pueden, intoxicar o causar una obstrucción peligrosa de la vía

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 169 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

digestiva y maltratar con los mismos. El uso prolongado de estos aditamentos, posterior a los tres años de edad puede inducir a alteraciones en la posición de los dientes anteriores y deformación de los huesos de la cara.

Es importante destacar que la erupción dentaria no se encuentra asociada directamente a fiebre y diarreas, siendo estos síntomas de enfermedad causadas por otros factores como, ausencia de higiene en manos y otros objetos que llevan los niños(as) a su boca.

### **Educación para los padres o encargados**

Uno de los problemas buco dentales más frecuentes que deben enfrentar los padres o encargados en sus hogares es el uso del biberón o chupón con leche, jugo o gelatina líquida, entre otros alimentos adicionados con azúcar. Esta situación es perjudicial para la salud buco dental porque los hidratos de carbono simple o refinado tienen un alto potencial nutritivo que se constituye en fuente de riesgo por favorecer la proliferación abrupta de la placa bacteriana (grupo de bacterias que se adhieren a las superficies y estructuras de la boca, dientes, lengua, encías, entre otros). Esta situación al relacionarla con el consumo frecuente de los derivados de los azúcares y no realizar posteriormente la correspondiente higiene buco dental, facilita la aparición de la caries dental y enfermedades de las encías.

La madre, padre o encargados de los niños(as), deben limpiar las superficies de los dientes desde que estos aparecen en boca con una gasa y posteriormente con un cepillo suave, al mantener limpias las encías se reduce el número de bacterias orales y la producción de ácidos, con esto la erupción dental tendrá menos complicaciones. Es importante extremar las medidas de higiene de las manos antes de manipular la boca de los niños(as).


En los centros de salud se educará al responsable del menor mediante instrucciones de fisioterapia oral (I.F.O.) con ayuda de un dento formo, en caso de que el encargado del niño(a) no cuente con el conocimiento apropiado o para reforzar como debe realizarse una limpieza bucal efectiva que remueva la placa bacteriana que se está formando permanentemente sobre los dientes y encía.

Se recomienda la exclusión de ciertos de hábitos que tiene la población con los niños(as) tales como besarlos en su boca, utilizar chupetas, probar con la misma cuchara o utensilio los alimentos que van a ingerir, emplear el cepillo de dientes de otra persona por el hecho de que se genera la transferencia de microorganismos de la boca de la madre, padre o encargado al infante.

### **Transmisión bacteriana por boca de adulto a la de niños(as)**

Aparecen los dientes primarios o de leche, siendo importante transmitir el concepto de la "ventana de infección" la cual especifica el contagio de la boca del niño(a), por bacterias cariogénicas provenientes de la saliva de los adultos, especialmente la madre, al erupcionar las piezas dentarias.

Existen dos períodos críticos de susceptibilidad, por lo que se ha empleado el término "ventanas de inefectividad" los que se presentan primero entre los 6 y los 24 meses y luego entre los 6 y 11 años del niño(a), coincidiendo con los períodos de aparición de las piezas dentarias en la boca.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 170 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

El mecanismo de contagio entre madre, padre o encargado de los niños(as), se produce cuando:

1. Se comparten utensilios como cucharas, cubiertos y tenedores.
2. Uso compartido del mismo cepillo dental.
3. Besar en la boca a los niños(as).
4. El adulto prueba la temperatura del "chupón" con su boca o simplemente, "lava" la chupeta de su hijo con su saliva; de esta manera se transmiten las bacterias cariogénicas de los adultos a los niños(as).

Se puede deducir que si la madre, padre o encargado tienen hábitos deficientes de cuidado dental, se repiten estos patrones en sus hijos(as) porque se crean las condiciones ideales para el desarrollo de las caries dental.

### **Alimentación saludable, crecimiento y desarrollo**

Una dieta adecuada colabora con los aspectos de salud en general, a su vez favorece que los dientes y encías se desarrollen y conserven sanos. Luego de los primeros seis meses se introduce poco a poco una alimentación saludable que incluya la leche materna.


La alimentación saludable debe incluir proteínas (productos de origen animal, complementos de proteína vegetal como el arroz con frijoles), vitaminas y minerales (vegetales verdes y amarillos, lechuga, espinacas, berros, ayote, zanahoria, tomate y frutas), calcio (leche y sus derivados), carbohidratos (cereales, leguminosas, raíces, tubérculos, azúcares); grasa (mantequilla y aceites) y otros elementos nutritivos que se encuentran en los alimentos naturales. Se inicia con la introducción de sólidos y jugos; comience a dar frutas como: papaya, banano o mango maduro, cereales y verduras como papa, ayote sazón o camote en papilla o puré y jugo en pequeñas cantidades. Májelos con tenedor, no use licuadora para que los alimentos no pierdan la consistencia fibrosa y para que el niño (a) perciba el tamaño como textura de los alimentos. Prepare la comida con alimentos naturales, frescos y de la época.

Es necesario enfatizar en la necesidad de acostumbrarse a consumir alimento sólo a las horas de las comidas principales, evitando la ingesta desordenada de alimentos diferentes a los ya citados entre comidas, pues de este modo la saliva puede proteger de la pérdida de minerales que provocan los ácidos de las bacterias manteniendo un ambiente bucal estable.

Una dieta rica en carbohidratos puede generar la pérdida del apetito en los niños(as), ocasionando que sus necesidades de otros tipos de alimentos necesarios para su crecimiento y desarrollo eficiente se vean mermadas con las posibles consecuencias dañinas en la nutrición del niño(a).

Las altas frecuencias en los tiempos de ingestión de carbohidratos acompañados con la ausencia de hábitos de higiene buco dental, constituyen un factor de riesgo importante en la aparición de enfermedades en los dientes, encías y huesos.

La armonía entre el sistema digestivo y la función masticatoria es muy importante debido a que los alimentos se transforman y se absorben en nutrientes esenciales que posteriormente pasan de la sangre hacia las células de los diferentes tejidos del organismo para su fortalecimiento y

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 171 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

recambio celular que permita el adecuado crecimiento y desarrollo según la edad, proceso de madurez que requiera el organismo, así como la capacidad de regeneración y de cicatrización en caso de enfermedad ó traumas.

### **Higiene buco dental**

Es necesario que el padre de familia o encargado, fomente desde temprana edad en sus hijos hábitos de higiene como son:

Uso correcto del cepillo dental, el que debe ser adecuado al tamaño de la boca del niño (a), fácil de agarrar, con cerda suave y ergonómica. Infundir el lavado del cepillo, en una fuente de agua potable, sacudirlo y ponerlo a secar en lugar limpio y ventilado para una próxima vez.

El uso de la pasta dental no es indispensable, pero de utilizarse se debe iniciar cuando sea capaz de escupir el niño(a) por sí mismo(a), donde el contenido de la pasta dental no debe sobrepasar en su composición en 250 ppm de flúor, para evitar los riegos de malestares estomacales, sensación de asfixia y fluorosis dental (manchas en el esmalte).

Los padres o encargados deben realizar el cepillado dental del niño (a) en sus primeras etapas de la vida, ya que no poseen las habilidades motoras necesarias para el correcto cepillado. En esta etapa lo más importante es lograr el desarrollo del hábito de la higiene buco dental. Es preciso que mientras se le lavan los dientes se le vaya explicando la importancia del cepillado y su correcta técnica.


Debe insistirse sobre todo antes de ir a dormir, ya que durante la noche el flujo salival está disminuido y las bacterias actúan con mayor celeridad.

Para alcanzar la meta anterior es necesario reforzar el hábito con instrucciones de fisioterapia oral con ayuda de un dento formo y cepillo dental o bien directamente en la cavidad oral del menor en presencia de sus padres o encargados. Utilice un vocabulario apto la edad del menor, haga hincapié en la importancia de mantener limpia y sana la cavidad oral y así evitar que a futuro presente enfermedades buco dentales prevenibles.

Las piezas dentales que están dañadas influyen en la ingesta y proliferación de bacterias a nivel sistémico, éstas pueden producir molestias de diversa índole, por lo que su tratamiento oportuno con el profesional en odontología es indispensable. Se debe rechazar la falsa idea de que la enfermedad dental y su tratamiento de la primera dentición (dientes temporales) son inevitables o que no es importante.

Además al no brindar los cuidados oportunos, se expone al niño(a) que presenta este tipo de lesiones a someterse a traumas psicológicos por medio de burlas, afectando su autoestima. A su vez, también a traumas físicos debido a las intervenciones que se deben realizar a temprana edad por parte del profesional de odontología.

Por consiguiente, se recomienda no escatimar esfuerzos para desarrollar hábitos correctos de ingesta, educarlo(a) en los tiempos o frecuencia de consumo y sobre todo que asuma costumbres de alimentación saludable. La visita del niño (a) al consultorio dental debe ser periódica, antes que se desarrolle el proceso de enfermedad, con el fin de que el menor se

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 172 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003


vaya familiarizando con el personal del servicio odontológico, el ambiente del consultorio, la silla dental, instrumentos, materiales, entre otros; y así evitar en un futuro, posibles temores en la atención dental durante el resto de su vida. A la vez, permite llevar un control, promoviendo el mantenimiento de la salud buco dental en su ciclo de vida.

En conclusión, los dientes salen sanos y deben permanecer sanos. El cepillado y el control periódico son importantes. Los padres son los encargados de despertar el entusiasmo y motivación por el cuidado de la salud buco dental, convirtiéndose en los modelos a imitar en cuanto a las conductas de higiene y dieta saludable.

El riesgo de enfermar es igual para la primera dentición y la segunda dentición en cuanto a: inflamación, infección y dolor.

#### **Bibliografía**

Guía sobre Salud Buco dental, C.C.S.S. 2004. Coordinación Nacional de Odontología. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 173 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N° 12: Estimulación prenatal

Dra. Yendry Solano Ramírez  
Médica con Maestría en Estimulación Temprana

### Maternidad

*En tu rostro la sonrisa simple y la mirada dulce  
con una alegría que sólo tú explicas...  
Tu caminar se ha tornado lento,  
como si hubiera temor en tus pasos.  
No será un secreto cuando tu cintura  
se ensanche y henchidos tus pechos,  
con sabor a esperanza y a sangre nueva  
en las nueve lunas de la larga espera.  
Cambiarás el gusto entre las vitrinas  
de algunas boutiques de moda y elegancia,  
ahora tus ojos verán sólo aquellas  
con sus diminutos ropajes de arrullo.  
Un aroma a nido y a leche materna  
habrá entre las sábanas de tu blanco lecho,  
mientras tus mejillas encenderán rubores  
con caricias suaves en preñado vientre.  
Sólo la temura rodeará tu imagen,  
las manos ansiosas querrán su tersura,  
un sabor a vida de pálidos cielos  
en la calle vieja traerá canciones.  
Y un día de fiesta, tal vez en domingo,  
abrirás tu cuerpo a un llanto pequeño  
y en tu regazo amamantarás a un niño  
con tibia fragancia de un amor profundo.  
Rubén Maldonado*


### Introducción

A través de los años y en diferentes culturas del mundo, pensadores, investigadores y expertos se han cuestionado sobre las capacidades del prenacido. La búsqueda de soluciones a dicha inquietud, ha propiciado el descubrimiento del desarrollo del prenacido en etapas tempranas de la gestación. Para algunos investigadores, desde la concepción e inclusive, la preconcepción.

Por lo que, se han desarrollado teorías con técnicas aplicables para la estimulación prenatal en diversas áreas del desarrollo. Entre ellas, el área táctil, auditiva, motriz y visual, fortaleciendo el desarrollo del vínculo afectivo. **La estimulación prenatal** se define como:

“Una serie de actividades seriadas y secuenciadas, realizadas durante el período gestacional a la madre, para facilitar la comunicación y el aprendizaje del prenacido. De esta forma el prenacido será capaz de potencializar su desarrollo físico, emocional e intelectual. Haciendo uso de técnicas táctiles, auditivas, visuales y motrices” (Jiménez y Solano, 2007).

La demanda por parte de los padres y madres de familia, al desear mayor información, guía y preparación ante la noticia de la futura llegada de un nuevo ser, ha propiciado la investigación para satisfacer esta necesidad por medio de la creación de algunas técnicas de Estimulación Prenatal, durante los tres trimestres del embarazo.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 174 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Una intervención temprana, al inicio del embarazo, favorecerá los beneficios para el prenacido y su madre. La inclusión del padre o acompañante permitirá el desarrollo del vínculo afectivo y mejorará la relación de pareja con el apoyo y comprensión.

La variedad de técnicas proporcionará a los padres y madres una gama de actividades para realizarle al prenacido en las diferentes áreas, como por ejemplo:

- Área táctil: Haptonomía y masaje terapéutico.
- Área auditiva: Musicoterapia y sus variaciones.
- Área motriz: Biodanza y gimnasia.

El programa proporciona a los padres y madres diversas técnicas que aprenderán a aplicar en las sesiones guiadas y que a la vez, podrán llevar a cabo en el hogar, para brindar mayores oportunidades estimulantes al prenacido.

La madre, deberá escoger aquellas técnicas con las se sienta más a gusto, ya que se dará el proceso de la armonización, en la cual ella y el prenacido se unifican. Esto se refiere tanto a la elección de la técnica, como a la selección de la música y los materiales que ella prefiera. Dentro de la armonización se integra al padre o persona de confianza y el vínculo aumenta.


El programa, además de potencializar el desarrollo integral del prenacido, brindará enormes beneficios a la pareja o familiar (vínculo y armonización) y a la madre (física y emocionalmente).

*Verny* (1988) no podía expresarlo mejor: “madres y padres tienen una oportunidad incomparable de contribuir a modelar la personalidad de su hijo no nacido. Pueden contribuir, de manera activa, a su felicidad y bienestar, no sólo in útero y en los años posteriores al nacimiento, sino también durante el resto de la vida” (p.10)

Los beneficios de la estimulación prenatal, los expone el Dr. Villacorta (2004), pediatra reconocido del Colegio Médico del Perú, como ventajas en las siguientes áreas:

- Mejora la interacción de los padres con el prenacido.
- Optimiza el desarrollo de los sentidos base para su aprendizaje.
- Asegura la salud física y mental del prenacido.
- Desarrolla el vínculo afectivo niño-padres-familia.
- Desarrolla la comunicación, lenguaje, vocabulario, coordinación visomotriz, memoria, razonamiento e inteligencia social, funciones básicas para iniciar y continuar con éxito la educación formal.

La estimulación en etapa prenatal beneficia al prenacido en su proceso de desarrollo, en su contraparte, la falta de estimulación puede producir retrasos en el desarrollo de las estructuras básicas y una sobre estimulación afecta también al prenacido, produciendo alteraciones en el bienestar y en su desarrollo.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 175 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### **Sobre las técnicas de Estimulación Prenatal.**

Para lograr el beneficio máximo en el prenatal y su desarrollo, se debe tener en cuenta ciertas variables:

- Etapa en que se inicia la estimulación.
- Frecuencia e intensidad de la estimulación.
- Momentos apropiados para la estimulación.
- Tipo y calidad de estimulación.
- Guía de estimulación por parte de profesionales.

La presente propuesta surge como respuesta a la necesidad de un programa de Estimulación Prenatal Integral. Este programa puede ser transmitido y aplicado a diversos grupos socioculturales, aplicando variables según sean las necesidades de las gestantes.


Verny (1988) describe al prenatal como un ser asombroso por sus gustos selectivos, debido a las respuestas por medio de muecas y gestos del prenatal al deglutir diferentes sabores en el líquido amniótico. Terré (2005) lo explica en su libro sobre estimulación multisensorial con un simple ejemplo: Se les ha visto deglutir con más frecuencia el líquido amniótico cuando la madre ingiere alimentos dulces y lo opuesto cuando toma líquidos amargos y agrios.

Verny y Van de Carr (citados por Quiroz, 2000) manifiestan los siguientes resultados:

- “Los bebés estimulados muestran al nacer mayor desarrollo en el área visual, auditiva, lingüística y motora.
- En general, duermen mejor, están más alertas, seguros de sí mismos y afables, en relación aquellos que no han sido estimulados.
- Muestran mayor capacidad de aprendizaje por el hecho mismo de estar en alerta y se calman fácilmente al oír voces y la música que escuchaban mientras estaban en el vientre materno.
- Las madres que estimularon a sus bebés se mostraron más seguras y activas durante el nacimiento y experimentaron mayor éxito durante el amamantamiento.
- Los bebés estimulados y sus familias mostraron lazos más intensos y una mayor cohesión familiar. La estimulación prenatal provee una base duradera para la comunicación amorosa y las relaciones padres-hijos.”

Las técnicas de estimulación prenatal benefician al niño(a) en su desarrollo integral; a la madre en sus diferentes etapas de gestación, parto, postparto y lactancia, vinculando a la familia en el desarrollo afectivo y por ende a la sociedad, donde se desenvolverá el niño(a).

Están dirigidas a las madres gestantes de 15 a 35 años de edad, que gocen de un embarazo sin riesgo o bajo supervisión médica. Se recomienda iniciar las técnicas en el primer trimestre de gestación para una captación temprana del embarazo e inicio de la formación de los sistemas en el prenatal. Se estimulan las áreas del desarrollo táctil, desarrollo auditivo, desarrollo motriz y socio afectivo (lenguaje y vínculo), aplicando diferentes técnicas y actividades para cada una de ellas.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 176 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Las siguientes técnicas se aplicarán en las sesiones y podrán tener un seguimiento en casa: musicoterapia, masajes terapéuticos, haptonomía, biodanza, gimnasia, relajación y respiración.

### **Aplicación de la Técnica Prenatal Biodanza.**

Materiales.

- Ropa y zapatos cómodos
- Paño o toalla
- Colchonetas

Objetivos.

- Armonizar a los padres y el prenacido.
- Fortalecer vínculo materno, paterno y prenacido.

Para la biodanza se debe utilizar música con un tiempo de  $\frac{3}{4}$  de vals, que es el más cercano al latido del corazón humano. Los movimientos a realizar crean una sensación de armonía dentro del cuerpo de la madre que es transmitido al bebé.

Ejemplos de sonidos de biomúsica generados por el cuerpo humano son el torrente sanguíneo, los ruidos intestinales y la frecuencia del corazón entre otros.

La biodanza permite la comunicación entre la madre y el prenacido. La respuesta que el prenacido puede experimentar acerca de lo que escucha, del movimiento y la voz de la madre, tiene que ver con la propia historia de su futura vida (Nazar, 2000).


### **Aplicación de la técnica de Haptonomía.**

Materiales.

- Sillas
- Colchonetas
- Balón terapéutico
- Almohadas

Objetivos.

- Fortalecer vínculo padre, madre y prenacido.
- Palpar al prenacido, a través del vientre, que crece dentro de la madre.
- Establecer por medio del sentido del tacto los primeros lazos de amor entre padre, madre y prenacido.
- Enseñar diferentes maneras para tolerar el dolor.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 177 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

La haptonomía es una técnica muy sencilla, que consiste en que la madre y el padre o familiar aprendan a usar las manos, para entrar en contacto con el prenacido. Este contacto iniciará un diálogo con el prenacido.

La posición ideal es la posición más cómoda para la madre y el padre. Se deben colocar las manos del padre o de la madre, sobre el vientre materno, moviéndolas con suavidad para sentir al prenacido y sus movimientos. Ha iniciado una comunicación, un vínculo afectivo en madre, padre y prenacido.

El ambiente debe ser cálido, tierno, sin ruidos, armónico, cómodo para ambos padres o acompañante.

La música debe ser suave y melodiosa, del agrado de la pareja. El movimiento debe ir al ritmo de la música.

### **Aplicación de las técnicas de masajes con roce, presión y amasamiento.**

#### Materiales

- Aceite vegetal
- Colchoneta
- Paño
- Ropa cómoda


#### Objetivos

- Preparar la musculatura del suelo pélvico para el momento del parto.
- Disminuir contractura lumbosacra.
- Tonificar y flexibilizar la musculatura pélvica
- Tomar conciencia de la musculatura, su función y su acondicionamiento para disminuir el daño perineal producido por el parto.
- Aumentar la temperatura de la piel.
- Aumento de la circulación sanguínea, mejoramiento del retorno venoso, oxigenación sanguínea, dilatación de vasos linfáticos.
- Estimular los receptores del sistema nervioso alcanzando un efecto de sedación o estimulación dependiendo del ritmo e intensidad.
- Producir suavidad, elasticidad, firmeza y flexibilidad de la piel.
- Prevenir las estrías.

El roce o Effleurage es la técnica más superficial de las maniobras. Consiste en un ligero y suave contacto de las manos del terapeuta sobre la piel de la paciente.

Se utilizan las dos manos simultáneas o independientes, pero sin perder nunca el contacto.

En la técnica de presión con deslizamiento, las manos van en la misma posición del roce, pero la presión es más fuerte y lenta que empuja la piel formando un pequeño pliegue delante de las manos.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 178 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Es el movimiento básico para la relajación muscular que favorece la irrigación sanguínea de los tejidos. Se realiza en el sentido de la circulación sanguínea de retorno (hacia el corazón).

El Amasamiento o Petrissage es la maniobra, por excelencia, a utilizar sobre el músculo. Consiste en tomar la piel, el tejido celular subcutáneo y la masa muscular con las manos, fraccionando y exprimiendo al músculo antes de avanzar.

Favorece la eliminación de toxinas, activa el metabolismo muscular y despega las diferentes capas del cuerpo.

### **Aplicación de la técnica de Musicoterapia.**

Materiales.

- Grabadora
- Disco compacto de música con sonidos del organismo (sonidos de placenta, latidos del corazón, ruidos intestinales)
- Colchonetas


Objetivos.

- Estimular el sistema auditivo del prenacido.
- Relajar a la madre y al prenacido.
- Establecer y fortalecer vínculo materno-prenacido
- Establecer una relación armónica entre los que están y el que llega.
- Familiarizar al prenacido con el entorno en donde se desenvuelve, a través de su madre.
- Potencializar la música como estímulo condicionado para la relajación.
- Producir relajación neuromuscular, oxigenando las vías áreas vitales del prenacido y de la madre.
- Disminuir la fatiga física y fisiológica.
- Apoyar a que la labor del parto sea armónica, relajante y feliz.

La audición es por lo tanto, el sentido con mayor agudeza durante la gestación. Su desarrollo es temprano y su estimulación es amplia, ya que es bombardeado constantemente por los estímulos de su medio interno (sonidos de su propio cuerpo y el de su madre) y los externos (medio en que la madre se desenvuelve) desde su concepción.

Esta gama de sonidos estimula al prenacido desde el primer mes, ya que percibe el sonido del latido de su corazón a partir de la sexta semana de gestación, como vibraciones, al compás del torrente circulatorio.

La madre hace de cordón umbilical sónico para el desarrollo del prenacido, ofreciendo a este un universo de sonidos. Tomatis (citado por Campbell, 1997) lo expone en su autobiografía de la siguiente manera:

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 179 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

“El feto oye toda una gama de sonidos predominantemente de baja frecuencia.” “El universo de sonidos en que está sumergido el embrión es particularmente rico en calidades de sonido de todo tipo, (...) ruidos internos, el movimiento del bolo alimenticio durante la digestión, y los ritmos cardiacos como una especie de galope. Percibe la respiración rítmica como un flujo y reflujo distante. Y luego la voz de su madre se afirma a este contexto” (p.30)

La voz de la madre y su latido del corazón llegan a ser los sonidos más importantes en su desarrollo. El sonido le llega al prenacido no sólo como audio sino también como vibraciones.

Tomando en cuenta las frecuencias y los decibeles se demuestra que al prenacido la voz de la madre le llega a ochenta y cuatro decibeles, pero él la percibe a veinticuatro decibeles. Otras voces le llegan entre doce y dieciocho decibeles. Los ruidos del ambiente intrauterino se hallan entre los setenta y ochenta y cuatro decibeles (Nazar, 2005).

### **Aplicación de la técnica: Gimnasia.**

#### Materiales

- Ropa cómoda
- Paño
- Colchonetas

#### Objetivo

- Fortalecer el sistema músculo-esquelético


La actividad física en el ser humano es necesaria para el mantenimiento de un buen estado de salud, la mujer embarazada no se excluye de estos beneficios.

Los cambios normales dados por el embarazo tienen impacto en los diferentes sistemas del organismo. Y la labor de parto se beneficia de la elasticidad y fortaleza del cuerpo de la madre.

Plutarco habla de la relación entre los ejercicios y sus beneficios en el momento del parto, desde hace casi dos mil años, en la antigua Grecia: “las jóvenes deberían endurecer el cuerpo con ejercicios de carreras, lucha, lanzamientos de barra y de saeta”, para que en el embarazo el cuerpo pudiera extenderse mejor y en el momento del alumbramiento estuviera preparado para las tensiones. La danza del vientre se practicaba no solo como rito para la adoración de la Diosa Madre mediante el balanceo pélvico y ondulaciones de los músculos abdominales, sino como forma de gimnasia de preparación del parto. (Dunham, 1992)

El ejercicio durante el embarazo normal es seguro y saludable. Con los ejercicios se podrá preparar a la mujer tanto en la parte física como emocional.

En la gimnasia materna se prepara a la madre a través de ejercicios de relajación, respiración y tonificación. El sistema músculo-esquelético se beneficia con esta actividad física. Los músculos de la columna lumbar se fortalecen y disminuyen las contracturas musculares, también se verán resultados positivos en los músculos de la pelvis, con disminución de desgarros en la hora del parto y se dará un aumento del sistema inmune, previniendo diferentes patologías.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 180 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003


Durante la gimnasia materna, el prenacido percibirá los movimientos rítmicos que realiza la madre, por medio de los cuales se estimularán sus sistemas vestibular y táctil. A la vez, el prenacido realizará movimientos por su cuenta que le permitirán desarrollar su motricidad.

### **Estimulación prenatal actualmente.**

En la actualidad se han comprobado todas las ventajas para el prenacido, la madre y su familia con el uso de las técnicas expuestas anteriormente, por lo cual se la ha tenido gran aceptación, por lo que la implementación de programas de estimulación prenatal a nivel de salud y en los cursos de preparación para el parto han sido cada vez más frecuentes. Programas de este tipo han fortalecido el vínculo materno-paterno y familiar, así como la preparación de mujeres sanas, o bien con problemas de estrés laboral, depresión, deseos e intentos de aborto, además de evitar, embarazos no deseados, antecedentes de óbitos, muertes infantiles o bien niños rechazados. Además se logra que con estas técnicas los padres lleguen sin temores a la labor de parto, ya que van trabajando los sentimientos durante el periodo de la gestación, con lo que se logra un alumbramiento exitoso gracias a que las mujeres llegan más seguras y confiadas de su capacidad para afrontar positivamente este maravilloso momento.

### **Bibliografía.**

- Camberlarlaim, D. (2003). Prenatal Stimulation, en línea. Disponible en Journal of prenatal and perinatal Psychology.
- Dunham, C., Myres. F., Barbden, McDougall, A. y Nelly, T. (1992). Mamatoto: La celebración del nacimiento. España: Thebody shop.
- Federico, G. (2001). El embarazo musical. Argentina: Kier S.A.
- Federico, G. (2004). Melodías para el bebé antes de nacer. Argentina: Kier S.A.
- Nazar, T. (2002). El universo del bebé durante el embarazo CD room interactivo. Venezuela: Sol luna amor.
- Nazar, T. (2005). Desarrollo auditivo. Manuscrito no publicado, USP, Costa Rica.
- Terré, O. (2005). Estimulación multisensorial. Perú: Punto 7 Studio ediciones.
- Verny, T. y Weintraub, P. (1992). El vínculo afectivo con el niño que va nacer. España: Ediciones Urano.
- Verny, T. y Nelly, J. (1981). La vida secreta del niño antes de nacer. España: Ediciones Urano.
- Manríquez, B. (1999) Estimulación Prenatal. Extraído el 28 de agosto <http://www.abranpasoalbebe>.
- Logan, B. (2007). The science of Baby Plus. Extraído el 10 de setiembre de <http://www.babyplus.com>
- Villacorta, E. (2004), Bebe sano, Colegio Médico del Perú. Extraído el 11 de noviembre de <http://www.geocities.com/bebesano/neoestim.html>.
- Quiroz, R. (2000). Padres Ok, Extraído el 11 de noviembre de <http://wwwpadresok.com>

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 181 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## **Anexo N° 13: Mitos y temores del trinomio madre-niño y familia durante el embarazo**

MSc. Aurora McAdam Morales  
Enfermera Obstetra  
Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva

MSc. Monserrat Alemán Leitón  
Enfermera  
Clínica de Lactancia y Desarrollo  
Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva

### **Introducción**

Nuestra idiosincrasia Costarricense nos obliga a mencionar y preservar conceptos de la vida diaria en especial si se aborda el ámbito de la salud.

La sabiduría popular mantiene conceptos tradicionales que predominan aun en nuestros tiempos, desde los cuales se asume que la tecnología y el saber cibernético son lo máximo en cuanto a temas de salud. Si lo hace una máquina es “bueno”, de calidad. En la experiencia de los servicios de salud sabemos que las estrategias de promoción y prevención son muy efectivas, y estas a veces solo se apoyan en la comunicación humana, el aprendizaje e intercambio de saberes.


Las prácticas culturales arraigadas en los grupos familiares, son muy valiosas y pueden apoyar el desarrollo de la salud, pero, también en ocasiones pueden entorpecerla. En especial cuando estos conocimientos populares responden a mitos. Vamos a entender mito como una creencia de una cultura o de una comunidad.

Los mitos tienen carácter fantástico y solo se entienden en su contexto, por el grupo que practica esa creencia a lo largo del tiempo, tanto, que llega a considerarla una verdad absoluta. Puede que al inicio una práctica fuese necesaria para garantizar una ayuda, un beneficio, un bien. Tomemos como ejemplo la siguiente historia:

*“Una niña de 5 años le pregunta a su madre: -Mami, porque partes el pollo a la mitad antes de meterlo al horno. La madre responde, porque así hay que hacerlo, fue como me enseñó tu abuelita. La niña aun curiosa por la práctica de su mamá, se dirige a la sala y le pregunta a su abuelita: -Abuelita por qué se debe partir el pollo a la mitad antes de meterlo al horno. Ella, le responde: yo lo hacía así porque mi cocina era muy pequeña y el pollo entero no me cabía en el horno”.*

Vemos como la “abuelita” tiene una razón válida para hacer lo que hacía según la realidad de su contexto de vida, no así su hija, que continua aplicando la misma práctica sin asumir el cambio de su contexto, realidad y época. Y es que, en ocasiones la fuerza de las costumbres nos hace actuar por creencias y no por evidencias.

Por esto, los “mitos” constituyen retos que familias y Equipos Interdisciplinarios de Salud debemos enfrentar día a día, aprendiendo juntos, probando y volviendo a probar. De manera que, construyamos estrategias de acción para la corrección y guía efectiva de nuestras prácticas, en especial aquellas relacionadas con el embarazo, las niñas y los niños. Algunas

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 182 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

creencias populares relacionadas con el periodo de embarazo, que ejemplifican de qué hablamos son las siguientes:

**1. “Fumar sólo unos pocos cigarrillos no causa daños al bebé”.**

**Falso:** Fumar está totalmente prohibido, es muy perjudicial. Se ha comprobado que las sustancias nocivas que contiene el cigarrillo producen restricción de crecimiento intrauterino, ya que puede pasar al feto.

La mujer en periodo de embarazo y lactancia no debe fumar y es importante crear conciencia de que la gente alrededor de ella tampoco fume, con el objetivo de no convertirse en una fumadora pasiva, lo que afecta tanto al bebé como a la futura madre (Reeder, 1992).

**2. “Tomar algunas cervezas en el embarazo, no causa daños al bebé”.**

**Falso:** El licor durante el embarazo puede producir malformaciones en el bebé y retraso mental. Con el alcohol no se sabe cuál es la dosis que eventualmente perjudica al bebé. Hay un consenso de la opinión médica, en que la madre debe dejar de tomar licor durante el embarazo (Reeder, 1992 y Olds, London, Ladewig, 1992).

**3. “Se debe comer por dos durante el embarazo”.**

**Falso:** La madre durante el embarazo debe consumir una dieta saludable con todos los nutrientes que el organismo requiera. Además, debe tomar suplementos de hierro y ácido fólico para evitar malformaciones en el tubo neural del niño.

El ganar mucho peso es perjudicial. Afecta en el periodo del parto y puede generar en la madre potenciales enfermedades como la hipertensión arterial y la diabetes gestacional (Reeder, 1992 y Olds, London, Ladewig, 1992).

**4. “Es peligroso tener sexo durante el embarazo”.**

**Falso:** No hay, ninguna contraindicación médica para tener relaciones sexuales durante el embarazo, salvo en algunos casos particulares, como: placenta previa, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, entre otros.

No sólo no es peligroso sino que es muy recomendable y saludable en todas las etapas del embarazo, ya que el orgasmo provoca la liberación de endorfinas, sustancias que tienen propiedades relajantes y anti estresantes para la madre (Reeder, 1992).


**5. El bebé puede sufrir durante las relaciones sexuales”.**

**Falso:** No hay riesgo para el bebé. Éste se encuentra perfectamente protegido por el líquido amniótico y el útero está fuertemente sellado. No es posible que el acto sexual por sí solo provoque un aborto o haga daño al bebé. Si el embarazo se desarrolla con total normalidad, el sexo no supone un peligro para la niña o el niño (Reeder, 1992).

**6. “Si mi hijo(a) viene con el cordón umbilical enrollado en el cuello me tienen que hacer cesárea”. (Circular de cordón).**

Cuando en un ultrasonido previo se comprueba que el bebé tiene enredado el cordón umbilical en el cuello, el médico(a) decide si es necesario optar por una cesárea. Esta decisión se toma en caso de emergencia el día del parto, pero este hecho por sí solo no es una indicación de cesárea.

De un 30% a 40 % de los partos pueden llegar a tener circulares al cuello y el bebé nace sin ningún problema. Durante la labor de parto se hace monitoreo a la madre para vigilar el

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 183 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

corazón del bebé y actuar de inmediato en caso necesario (Pritchard, McDonald, Gant, 1992 y Olds, London, Ladewig, 1992).

**7. “Si no se cumple un antojo, al bebé le saldrá con la boca abierta o con unas manchas como consecuencia de ese antojo no cumplido”.**

**Falso:** Los antojos son normales durante el embarazo, pero si no se satisfacen, no afecta al bebé. Las manchas en la piel se deben a exceso de pigmentación y casi todo el mundo tiene alguna mancha de nacimiento. Otras manchas pueden indicar enfermedades, por eso el médico(a) y la enfermera(o) revisan el bebé al nacer, para asegurarse de que todo está bien. Tampoco es verdad que si el antojo no se satisface el bebé saldrá con la boca abierta (Reeder, 1992 y Olds, London, Ladewig, 1992).

**8. “Por la forma del abdomen se puede saber el sexo del bebé”.**

**Falso:** Ni la forma del abdomen, ni los síntomas que pueda tener la madre, permiten saber el sexo del bebé. Si se desea conocer el sexo del bebé lo mejor es hacerse un ultrasonido. El ultrasonido se recomienda realizarlo en el primer mes del embarazo y en el III trimestre del embarazo; o cuando el Médico lo considere necesario (Reeder, 1992 y Olds, London, Ladewig, 1992).

**9. “Si se tiene acidez estomacal durante el embarazo, es que el bebé en el útero tiene mucho pelo”.**

**Falso:** La causa de la acidez es hormonal y fisiológica. Durante el embarazo, la placenta produce la hormona progesterona, que relaja los músculos lisos del útero. Esta hormona también relaja la válvula que separa el esófago (parte del tubo digestivo que une el estómago con la faringe) del estómago, de modo que los ácidos gástricos regresan desde el estómago hacia el esófago y esto produce la sensación de acidez.


La progesterona también disminuye las contracciones peristálticas del esófago (movimientos del esófago) y los intestinos, haciendo que la digestión sea lenta. Además, a medida que avanza el embarazo, el bebé — que cada vez está más grande — presiona sobre el estómago, desplazando los ácidos estomacales hacia el esófago. Siendo ésta la razón de la acidez (Reeder, 1992 y Olds, London, Ladewig, 1992).

**10. “No se deben cortar las uñas de la madre ni del niño(a) durante la cuarentena”**

**Falso:** El corte de las uñas es parte de la higiene mínima necesaria tanto para la madre como para el niño (a). Un adecuado corte de uñas evita lesiones en la piel del bebé (Reeder, 1992 y Olds, London, Ladewig, 1992).

**11. “Si la madre está triste, enojada o estresada le transmite a su niño o niña lo mismo por medio de la leche materna”.**

**Falso:** La leche materna transmite todo el potencial nutricional al niño(a) pero no las emociones de la madre, se debe continuar con el amamantamiento normal. Sin embargo, al dar de mamar es muy importante que la madre esté de buen humor, relajada y con buena disposición. De esta manera se comunica mejor con el niño(a) y le crea seguridad. Además, la hormona que genera la producción de leche en la madre que se llama oxitocina, se produce mejor cuando la madre se encuentra tranquila. Por el contrario, si la madre está muy estresada, podría inhibir el funcionamiento normal de las glándulas mamarias y se podría disminuir la cantidad de leche producida (Chapman y Pérez, s.f.).

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 184 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**12. “Para producir leche materna es indispensable tener pechos o mamas grandes”.**

**Falso:** La leche materna se produce en mujeres tanto de mamas grandes como pequeñas. El tamaño no es reflejo de la buena o mala producción de leche materna. De hecho la mayor parte de la leche se produce en momento que la niña o niño se encuentra succionando, no antes.

**13. “La leche materna solo es beneficiosa para el niño o niña”.**

**Falso:** Las ventajas de la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros 6 meses de vida, es beneficiosa tanto para el niño recién nacido como para su madre. En el caso de la succión pronta y efectiva, el útero inicia su periodo de contracción más rápidamente, haciendo de esta manera que la madre reduzca las posibilidades de anemia y hemorragias. Además, la madre recupera más pronto el peso previo al embarazo (Aguilar y Gómez, 2005).

**14. “Mi madre nunca dio lactancia materna... por eso yo no voy a poder”.**

**Falso:** Cada cuerpo es diferente. Es muy importante aclarar las razones del fallo en la lactancia materna, para poder resolverlo. No hay imposibilidad de tener una lactancia materna efectiva con guía y buen seguimiento del personal de salud. Se requiere tiempo, práctica, acompañamiento y deseo de lograrlo. Muy pocas mujeres no son capaces de dar de mamar por razones médicas (Frongillo, s.f.).

**15. “Mi leche no satisface el hambre del bebé, por eso le doy fórmula”.**

**Falso:** La leche materna contiene todos los nutrientes necesarios para darle una alimentación adecuada al bebé. Es posible que por falta de guía oportuna, se esté teniendo una técnica inadecuada de lactancia, lo que produce problemas y confusión con respecto a la calidad de la leche materna. Con educación y acompañamiento de otra madre o el personal de salud, esta falla se puede resolver y continuar con una lactancia exitosa (Aguilar, 2005).

**16. “Mi leche es muy transparente por eso no sirve”.**


**Falso:** Independientemente del color que tenga la leche materna, está provista de los nutrientes necesarios para el niño o niña crezca adecuadamente. Se recomienda tener un adecuado control de peso del niño(a) lactante, su ganancia de peso es sinónimo de la calidad de la leche materna y de la adecuada técnica para amamantarlo. Cuando se tienen dudas acerca del color de la leche se debe recurrir a las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo de la CCSS que se encuentran en hospitales y en algunas áreas de salud para hacer la consulta (Aguilar, 2005).

**17. “El calostro no sirve y no sustenta al niño(a)”.**

**Falso:** El calostro es la primera vacuna para el recién nacido, pues contiene todos los anticuerpos generados por la madre en su historia de vida. Estos anticuerpos son transmitidos durante las primeras horas de nacido el bebé mediante el amamantamiento temprano y efectivo (Aguilar, 2005).

**18. “Tengo que darle agua al bebé aunque lo esté alimentado con leche materna, porque le da sed”.**

**Falso:** Un 87% de la leche materna está constituida por agua, con lo cual el bebé recibe el líquido que necesita. Incluso en los lugares con climas calientes en nuestro país, la leche es suficiente líquido. No es necesario ni recomendable dar al bebé ningún líquido ni alimento antes de los seis meses de edad (Aguilar, 2005).

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 185 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**19. “La leche materna pierde la carga nutritiva al pasar del tiempo, por eso al final (un año o dos años de edad del niño o niña) no alimenta nada.”**


**Falso:** La leche materna es la única sustancia conocida como el alimento inteligente, pues se adapta al cambio y al crecimiento del niño sin perder sus cualidades nutricionales. Desde el nacimiento y hasta los dos años proporciona al niño lo que necesita para desarrollarse saludable, además de que representa una gran oportunidad para que la madre fortalezca su relación amorosa con el niño a medida que crece (González, s.f.).

**20. “Tengo que darle chupón con leche de tarro porque tengo que ir a trabajar”.**

**Falso:** La leche materna exclusiva es básica para la alimentación y buena salud de los niños(as) desde el nacimiento hasta los seis meses. Es posible conservar y preservar la leche materna en la refrigeradora para dársela mientras la madre está en el trabajo. La persona que cuide al niño o niña puede utilizar diferentes métodos para darle la leche, puede usar: un beiberito, la técnica del apretado, una copita, una jeringa sin aguja para gotear la leche en la boca del bebé, etc. Para aprender estas técnicas y practicarlas antes de que se termine la licencia por maternidad, debemos visitar las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo de la C.C.S.S que se encuentran los hospitales y en algunas Áreas de Salud para que nos ayuden. Solo se trata de un poco de esfuerzo y paciencia, en beneficio de la niña y el niño para toda su vida que se verá reflejado en el desarrollo de nuestros niños y niñas.

### **Bibliografía.**

- Aguilar, M. J. (2005). Lactancia Materna. España: Editorial Elsevier.
- Aguilar, M. J. y Gómez, C. (2005). Promoción de la lactancia materna: ventajas y causas de abandono. España: Editorial Elsevier.
- Chapman, D. y Pérez, R. (s.f.). Estrés y lactancia materna.
- Reeder, Martin. (1992). Enfermería Materno Infantil. (16<sup>o</sup> ed.). México, D.F.: Editorial Harla.
- Olds, London y Ladewig. (1992). Enfermería materno Infantil. (4<sup>o</sup> ed.). México, D.F.: Editorial Interamericana.
- Pritchard, Mc Donald y Gant. (1992) Williams, Obstetricia. (3<sup>o</sup> ed.). España: Salvat Editores.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 186 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N<sup>o</sup> 14: El uso de sustancias psicoactivas durante el embarazo

Dra. Tatiana Mata Chacón, Médica, Área de Atención Integral de las Personas  
Dr. Harold Segura Quesada, Médico Psiquiatra - Adicciones, Área de Atención Integral de las Personas  
Licda. Diane McParlane Gómez, Trabajadora Social, Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut  
Lic. Ángelo Arguello Castro, Psicólogo, Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut

La adicción a sustancias psicoactivas es una situación dolorosa para quien la padece, para sus familiares y amigos. En ocasiones, los problemas creados por la dependencia a las drogas cobran una dimensión aún más dramática al afectar a personas especialmente vulnerables o incidir en situaciones de mayor riesgo. El embarazo es una de estas circunstancias, donde se pone de manifiesto con toda su crudeza el daño de las drogas al organismo, sumado al daño sobre un ser indefenso y “obligado” a sufrir los efectos de las drogas<sup>128</sup>.

Se puede afirmar que el principal efecto del abuso de drogas sobre la gestación, es el compromiso del estado de salud general materno, expresado por malnutrición, deficiente control prenatal, interrecurrencia de enfermedades infecciosas, grave estrés psicosocial o toxicidad por sobredosis<sup>129</sup>. Además, las mujeres embarazadas que hacen uso de drogas durante los meses de gestación pueden provocar daños irremediables en el desarrollo normal del feto<sup>130</sup>.

Todas las drogas, incluidas el alcohol y el tabaco, son peligrosas para una mujer embarazada, ya que aumentan el riesgo de malformaciones congénitas, de restricción de crecimiento intrauterino y de daños embrionario-fetales, lo cual es empeorado por el uso simultáneo de varias drogas, cuyos efectos serían sumatorios<sup>131</sup>.

Estudios sobre adicciones durante el embarazo señalan además que si el feto, durante su desarrollo, es expuesto a la droga, se producen cambios cuyas manifestaciones a largo plazo son incapacidad para bloquear distracciones y dificultades en la concentración<sup>132</sup>.

Ahora bien, el embarazo puede ser para una mujer adicta un factor protector, en tanto dicha condición genere la motivación necesaria para dejar de consumir y rehabilitarse.

Lo anterior queda evidenciado en estudios sobre la mujer bajo tratamiento, realizados por el NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) en Estados Unidos, los cuales indican que una vez que la mujer se desintoxica con éxito y se inscribe en un programa de tratamiento, son sus hijos(as) los que constituyen la motivación para mantenerse libre de drogas.<sup>133</sup>

A continuación, se describen los efectos nocivos tanto para la madre como para su hijo, del consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, durante el período del embarazo, según droga:

### **BEBIDAS ALCOHÓLICAS.**

Luego de ser ingerido por la mujer, el alcohol se transforma en sustancias dañinas que son absorbidas por el feto. El alcohol es catalogado como una de las drogas más peligrosas

<sup>128</sup> Tomado de: Instituto para el Estudio de las Adicciones. Embarazo. Consultado el 4/08/2011 en <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=Embarazo>


<sup>129</sup> Idem.

<sup>130</sup> Tomado de: Terra-Salud. Los efectos de las adicciones en el embarazo. Consultado el 4/08/2011 en <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal4094.4.htm>

<sup>131</sup> Idem

<sup>132</sup> Tomado de: Instituto para el Estudio de las Adicciones. Embarazo. Consultado el 4/08/2011 en <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=Embarazo>

<sup>133</sup> Tomado de: NIDA. El embarazo y las tendencias de uso de drogas. Consultado el 4/08/11 en <http://drugabuse.gov/InfoFacts/EIEmb-Sp.html>

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 187 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

durante el embarazo, especialmente al principio de éste, ya que contribuye a un amplio rango de efectos en el hijo, como los trastornos cardiacos y articulares congénitos, incluyendo problemas de hiperactividad e irritabilidad persistente durante los primeros años<sup>134</sup>.

Si la mujer embarazada consume bebidas alcohólicas, aumenta el riesgo de que su bebé nazca con el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF), el cual incluye distintos trastornos tales como: formación de un cráneo pequeño, anomalías faciales, retardo en el crecimiento y problemas de aprendizaje.<sup>135</sup>

Ha quedado demostrado que todo tipo de consumo representa un riesgo, por lo que se recomienda que la mujer se abstenga de tomar bebidas alcohólicas desde que decide embarazarse, o por lo menos en el momento de saber que está encinta<sup>136</sup>.

Posterior al nacimiento, si la madre consume alcohol, éste puede llegar al bebé por medio de la leche materna, por lo cual tampoco es recomendable su consumo durante el periodo de lactancia<sup>137</sup>.

## TABACO

Fumar durante el embarazo sigue siendo un grave problema de salud pública, a pesar de ser conocidos sus riesgos sobre la salud. Asimismo, es el factor de riesgo modificable más importante para la salud del bebé y la madre. Está asociado a importantes efectos para la salud del bebé, como bajo peso al nacer, parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta, síndrome de muerte súbita del lactante y aumento de las enfermedades respiratorias en la infancia, así como con efectos cognitivos manifestados en dificultades de aprendizaje y desórdenes de la conducta.

El consumo de tabaco también se asocia con graves riesgos para la salud de la madre, tanto a corto plazo (embarazo ectópico, ruptura prematura de membranas, complicaciones placentarias, parto pretérmino y aborto espontáneo), como a largo plazo (enfermedad cardiovascular, cáncer, muerte prematura y otros problemas de salud)<sup>138</sup>.

También se pueden mencionar otros efectos de la nicotina, como son que disminuye el apetito de la mujer durante la etapa en que ella debe subir de peso, además de que el humo del cigarrillo reduce la capacidad de los pulmones para absorber oxígeno, impidiéndose así el suministro adecuado tanto de nutrientes como de oxígeno que requiere el feto para su desarrollo<sup>139</sup>.

Se ha observado también que el tabaquismo materno se asocia a tasas más bajas de inicio de la lactancia y una menor duración de ésta, una asociación que en la mayoría de los estudios persiste tras ajustar por otros factores sociales y reproductivos<sup>140</sup>.

<sup>134</sup> Tomado de: Terra-Salud. Los efectos de las adicciones en el embarazo. Consultado el 4/08/2011 en <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal4094.4.htm>

<sup>135</sup> Idem


<sup>136</sup> Idem

<sup>137</sup> Tomado de: Instituto para el Estudio de las Adicciones. Embarazo. Consultado el 4/08/2011 en <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=Embarazo>

<sup>138</sup> Olano, E. et al. Guía de Práctica Clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Servicio de Drogodependencias Dirección General de Salud Pública y Consumo Consejería de Salud. España. 2010.

<sup>139</sup> Tomado de: Terra-Salud. Los efectos de las adicciones en el embarazo. Consultado el 4/08/2011 en <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal4094.4.htm>

<sup>140</sup> O. García-Algar et al. Consejo médico para promover el abandono del consumo de tabaco en el embarazo: guía clínica para profesionales sanitarios. Hospital del Mar, Barcelona. España. 2003.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 188 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Asimismo, es importante recalcar que la mujer no debe reiniciar el consumo de tabaco en el postparto; ya que el bebé podría tener todas las consecuencias negativas del fumador pasivo, tales como los problemas respiratorios<sup>141</sup>.

Tan sólo aproximadamente el 25% de las mujeres fumadoras dejan de fumar cuando quedan embarazadas, y la mayoría de las que no dejan de fumar reducen su consumo en cerca de un 50%. De las mujeres que dejan de fumar en este período de tiempo, alrededor del 70% vuelven a fumar durante el año siguiente al parto. El papel del personal de salud puede ser esencial para inducir al paciente a dejar de fumar y se puede basar en la difusión de información y la oferta de apoyo.

### **MARIHUANA**<sup>142</sup>

La marihuana es la droga ilícita de consumo más frecuente entre las mujeres en edad fértil en los Estados Unidos. Algunos estudios sugieren que el consumo de esta sustancia durante el embarazo puede retrasar el crecimiento del feto y aumenta el riesgo de parto prematuro.

Después del parto, algunos bebés pueden presentar síntomas de dependencia, como llanto y temblores excesivos, dificultades para adaptarse fácilmente al tacto y a cambios en el entorno, son más sensibles a la estimulación y tienen patrones de sueño deficientes. A largo plazo, estos niños tienen más probabilidades de tener problemas de concentración.

### **COCAÍNA, CRACK Y OTROS ESTIMULANTES**

El consumo de la cocaína, el crack y las drogas estimulantes en general, como las anfetaminas y sus derivados, puede afectar a la mujer embarazada y a su bebé de muchas maneras. Estas sustancias reducen el apetito de la madre; por lo que, al igual que el tabaco, afecta el suministro adecuado de nutrientes al feto. También produce parto pretérmino, niños con bajo peso neonatal, cabezas de circunferencia menor y un tamaño más pequeño<sup>143</sup>. La cabeza más pequeña, en general significa cerebros más pequeños y un mayor riesgo de tener problemas de aprendizaje<sup>144</sup>.

Además, el consumo de estas sustancias, podría cuadruplicar los desprendimientos placentarios y parto pretérmino; aumentar el riesgo de malformaciones del aparato urinario, producir peligros de infarto de miocardio, arritmias, ruptura de la aorta, accidentes cerebrales, convulsiones, isquemia intestinal y muerte súbita<sup>145</sup>.

También puede producir retardo del crecimiento intrauterino y síndrome de abstinencia neonatal<sup>146</sup>. Este síndrome ocurre cuando una mujer embarazada toma sustancias psicoactivas durante el embarazo, las cuales pasan a través de la placenta y alcanzan al feto, quien se vuelve adicto junto con su madre. Al nacer, el bebé aún es dependiente de la droga. Debido a

<sup>141</sup> Tomado de: Terra-Salud. Los efectos de las adicciones en el embarazo. Consultado el 4/08/2011 en <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal4094.4.htm>


<sup>142</sup> Tomado de: March of dimes. El consumo de drogas ilícitas durante el embarazo. Consultado el 4/08/2011 en [http://www.nacersano.org/centro/9388\\_10230.asp](http://www.nacersano.org/centro/9388_10230.asp)

<sup>143</sup> Tomado de: Terra-Salud. Los efectos de las adicciones en el embarazo. Consultado el 4/08/2011 en <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal4094.4.htm>

<sup>144</sup> Tomado de: March of dimes. El consumo de drogas ilícitas durante el embarazo. Consultado el 4/08/2011 en [http://www.nacersano.org/centro/9388\\_10230.asp](http://www.nacersano.org/centro/9388_10230.asp)

<sup>145</sup> Tomado de: Terra-Salud. Los efectos de las adicciones en el embarazo. Consultado el 4/08/2011 en <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal4094.4.htm>

<sup>146</sup> Tomado de: Instituto para el Estudio de las Adicciones. Embarazo. Consultado el 4/08/2011 en <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=Embarazo>

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 189 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

que el bebé ya no está recibiendo la droga después de nacer, se presentan síntomas de abstinencia<sup>147</sup>.

Otros efectos pueden ser problemas de salud inmediatamente después de nacer e incapacidades permanentes, como retraso mental y parálisis cerebral. A nivel conductual, algunos de los bebés expuestos a la cocaína, cuando están recién nacidos, son muy inquietos e irritables y se sobresaltan y lloran ante el mínimo sonido o contacto. En consecuencia pueden resultar difíciles de consolar y a menudo se los describe como retraídos o insensibles. Otros también “apagan” los estímulos que los rodean durmiendo profundamente durante la mayor parte del día<sup>148</sup>.

En cuanto a los efectos a largo plazo, la cocaína puede contribuir a problemas de aprendizaje y conducta, como retraso en el aprendizaje del idioma y problemas de concentración. Estos menores tardan más en desarrollarse hasta los 10 años de edad, lo cual indica cierto efecto duradero en el desarrollo<sup>149</sup>.

## **HEROÍNA<sup>150</sup>**

Las mujeres que consumen heroína durante el embarazo están expuestas a un riesgo considerablemente mayor de tener serias complicaciones, tales como crecimiento insuficiente del feto, ruptura prematura de las membranas, parto prematuro y óbitos fetales.

Hasta el 50% de los hijos de mujeres que consumen heroína nacen con bajo peso. Estos bebés, muchos de los cuales son prematuros, suelen sufrir serios problemas de salud inmediatamente después de nacer, incluidos: problemas de respiración, síntomas de dependencia como fiebre, estornudos, temblor, irritabilidad, diarrea, vómitos, llanto continuo, convulsiones y tienen mayor riesgo de padecer incapacidades permanentes. También puede aumentar el riesgo de que el niño presente varios defectos congénitos o síndrome de muerte súbita.

En cuanto a los efectos a largo plazo, éstos niños tienen mayor riesgo de tener problemas de aprendizaje y de conducta.

Asimismo, las mujeres embarazadas que comparten agujas corren el riesgo de contraer enfermedades como el VIH y el virus de la hepatitis C; las cuales se pueden transmitir al bebé durante el embarazo o en el parto.

## **LOS MEDICAMENTOS Y EL EMBARAZO.**

Muchos medicamentos son relativamente seguros si se toman durante el embarazo, mientras que otros no lo son. Es importante que la mujer embarazada tome en cuenta los siguientes aspectos:


- Si el médico o dentista le prescribe medicamentos, ella debe informarle que está embarazada.

<sup>147</sup> Tomado de: Medline Plus. Síndrome de abstinencia neonatal. Consultado el 18/08/2011 en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007313.htm>

<sup>148</sup> Tomado de: March of dimes. El consumo de drogas ilícitas durante el embarazo. Consultado el 4/08/2011 en [http://www.nacersano.org/centro/9388\\_10230.asp](http://www.nacersano.org/centro/9388_10230.asp)

<sup>149</sup> Tomado de: March of dimes. El consumo de drogas ilícitas durante el embarazo. Consultado el 4/08/2011 en [http://www.nacersano.org/centro/9388\\_10230.asp](http://www.nacersano.org/centro/9388_10230.asp)

<sup>150</sup> Tomado de: March of dimes. El consumo de drogas ilícitas durante el embarazo. Consultado el en [http://www.nacersano.org/centro/9388\\_10230.asp](http://www.nacersano.org/centro/9388_10230.asp)

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 190 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Nunca debe tomarse los medicamentos que hayan sido recetados a otra persona, ni tampoco los que le hayan recetado a ella antes de estar embarazada; sin consultar antes con un médico.
- Antes de tomar cualquier medicamento, aun algo inofensivo como un jarabe para la tos o un analgésico, la mujer debe consultar con un médico.<sup>151</sup>
- Si un médico especialista le ha indicado un tratamiento a largo plazo, la mujer no debe suspenderlo hasta una valoración y recomendación del mismo.

## Bibliografía

Tomado de: Instituto para el Estudio de las Adicciones. Embarazo. Consultado el 4/08/2011 en <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=Embarazo>

Tomado de: Terra-Salud. Los efectos de las adicciones en el embarazo. Consultado el 4/08/2011 en <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal4094,4.htm>

Tomado de: NIDA. El embarazo y las tendencias de uso de drogas. Consultado el 4/08/11 en <http://drugabuse.gov/InfoFacts/EIEmb-Sp.html>

Tomado de: Terra-Salud. Los efectos de las adicciones en el embarazo. Consultado el 4/08/2011 en <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal4094,4.htm>

Olano, E. et al. Guía de Práctica Clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Servicio de Drogodependencias Dirección General de Salud Pública y Consumo Consejería de Salud. España. 2010.

O. García-Algar et al. Consejo médico para promover el abandono del consumo de tabaco en el embarazo: guía clínica para profesionales sanitarios. Hospital del Mar, Barcelona. España. 2003.


Tomado de: March of dimes. El consumo de drogas ilícitas durante el embarazo. Consultado el 4/08/2011 en [http://www.nacersano.org/centro/9388\\_10230.asp](http://www.nacersano.org/centro/9388_10230.asp)

Tomado de: Instituto para el Estudio de las Adicciones. Embarazo. Consultado el 4/08/2011 en <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=Embarazo>

Tomado de: Medline Plus. Síndrome de abstinencia neonatal. Consultado el 18/08/2011 en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007313.htm>

Tomado de: March of dimes. El consumo de drogas ilícitas durante el embarazo. Consultado el 4/08/2011 en [http://www.nacersano.org/centro/9388\\_10230.asp](http://www.nacersano.org/centro/9388_10230.asp)

<sup>151</sup> Tomado de: Instituto para el Estudio de las Adicciones. Embarazo. Consultado el 4/08/2011 en <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=Embarazo>

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 191 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N ° 15: Recomendaciones para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar.

Dra. Tatiana Mata Chacón, Médica, Área de Atención Integral de las Personas  
Dr. Harold Segura Quesada, Médico Psiquiatra - Adicciones, Área de Atención Integral de las Personas  
Licda. Diane McParlane Gómez, Trabajadora Social, Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut  
Lic. Ángelo Arguello Castro, Psicólogo, Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut

Fumar durante el embarazo es el factor de riesgo modificable más importante para la salud del bebé y de la madre. Al ver regularmente a las pacientes durante el embarazo, los proveedores de cuidados prenatales están en una posición única para proporcionarles ayuda mediante estrategias conductuales diseñadas específicamente para ayudar a estas mujeres a dejar de fumar<sup>152</sup>.

El embarazo es un periodo especialmente receptivo para los cuidados de salud. Es más probable que una mujer deje de fumar durante el embarazo que en cualquier otro momento de su vida. Una futura madre está generalmente muy motivada para hacer todo lo que esté en su mano para tener un bebé más sano. Los clínicos pueden utilizar esta motivación para ayudar a que sus pacientes logren cambios permanentes en sus estilos de vida, muy saludables para ellas y para sus familias.<sup>153</sup>

Las recomendaciones originales para una intervención específica sobre las embarazadas fumadoras están basadas en el metanálisis realizado para la Guía del US Public Health Service (PHS) del año 2008. El panel de expertos concluyó que (ver Recuadro 5):<sup>154</sup>

### Recuadro 5. Conclusiones GPC US Public Health Service (PHS) 2008

- El embarazo es un periodo especialmente indicado para intervenir sobre el tabaquismo.
- Un asesoramiento breve es más efectivo que un simple consejo y, si se acompaña de un material de auto-ayuda específico para embarazadas ofrecido por un profesional entrenado, puede aumentar las tasas de abstinencia entre un 30 y un 70% comparado con las conseguidas con un simple consejo.
- Este tipo de intervenciones se demostró más efectiva en pacientes que fumaban menos de 20 cigarrillos/día.

FUENTE: Elaboración propia, basado en Olano E, et al. Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar

### Consejo para dejar de fumar durante el embarazo<sup>155</sup>


Intervenciones de baja intensidad, como conversaciones breves de consejo y la entrega de material educativo, suben significativamente la tasa de abandono del hábito tabáquico durante

<sup>152</sup> Olano E, et al. Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Sociedad española de especialistas en tabaquismo. Consultado el 19 de marzo de 2013 en: [http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2012/12/guia\\_ayuda\\_a\\_embarazadas\\_para\\_dejar\\_de\\_fumar.pdf](http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2012/12/guia_ayuda_a_embarazadas_para_dejar_de_fumar.pdf)

<sup>153</sup> Idem

<sup>154</sup> Idem

<sup>155</sup> Olano E, et al. Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Sociedad española de especialistas en tabaquismo. Consultado el 19 de marzo de 2013 en: [http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2012/12/guia\\_ayuda\\_a\\_embarazadas\\_para\\_dejar\\_de\\_fumar.pdf](http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2012/12/guia_ayuda_a_embarazadas_para_dejar_de_fumar.pdf)

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 192 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

el embarazo. Sin embargo, el método que parece más efectivo en el cese del hábito tabáquico durante el embarazo es el consejo por parte del profesional de salud.

Los estudios epidemiológicos evidencian que las mujeres con mayores probabilidades de dejar de fumar tienen las siguientes características:

- son fumadoras moderadas (con un consumo diario al principio del embarazo entre 5 y 10 cigarrillos)
- deciden abandonar el hábito al principio del embarazo
- creen en su propia capacidad para conseguirlo
- tienen una pareja que no fuma o que lo ha dejado con ocasión de este embarazo
- son capaces de enfrentarse al síndrome de abstinencia
- presentan náuseas o pequeñas molestias al principio del embarazo
- son primíparas

### Importancia del consejo para dejar de fumar durante el embarazo<sup>156</sup>

Existen aspectos que hay que tener en cuenta a la hora de valorar la importancia del consejo antitabaco durante el embarazo:

1. Como ya se ha comentado, el consejo antitabaco es eficaz para favorecer el abandono del consumo de tabaco durante el embarazo y, sobre todo, después del mismo.
2. Se ha demostrado en otras intervenciones preventivas que el embarazo es una época de especial «sensibilidad» y «receptividad» para los consejos de salud, lo que los hace especialmente eficaces. Probablemente el entorno de la mujer embarazada (p. ej., su pareja o sus otros hijos) puedan beneficiarse de esto.


Los riesgos que se pueden prevenir con el abandono del hábito tabáquico durante el embarazo y después de él; y por tanto la efectividad del consejo antitabaco durante el mismo es muy importante y se refieren a 3 etapas vitales distintas de la unidad madre-hijo:

- El abandono del consumo durante el embarazo disminuye la exposición del feto al tabaco, que es la que tiene mayores consecuencias perjudiciales sobre el feto, el recién nacido y el niño en un futuro.
- El abandono del consumo después del embarazo disminuye la exposición postnatal del niño: esto reduce los trastornos asociados con la misma, como la mayor incidencia de infecciones respiratorias, asma, etc.
- El abandono del consumo después del embarazo disminuye la exposición de la propia madre: esto reduce toda la patología asociada a la misma.

A continuación se presentan las principales estrategias para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar:<sup>157</sup>

<sup>156</sup> Idem

<sup>157</sup> Olano, E. et al. Guía de Práctica Clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Servicio de Drogodependencias Dirección General de Salud Pública y Consumo Consejería de Salud. España.2010.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 193 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- El asesoramiento breve puede incrementar las tasas de cese entre el 30 y el 70%. Esto es aplicar las 5 “A”: (ver Recuadro 6)

#### Recuadro 6. Las cinco A

- 1º. Averiguar si la gestante fuma o no.
- 2º. Aconsejarle que deje de fumar.
- 3º. Ampliar el diagnóstico, averiguando si desea o no hacer un intento para dejar de fumar.
- 4º. Ayudarle, si procede, en el intento de abandono, con un plan que incluya apoyo del clínico, materiales de auto-ayuda, técnicas de resolución de problemas e identificación de apoyo social.
- 5º. Acordar con ella un seguimiento.

FUENTE: Elaboración propia.


- Al aconsejar a las fumadoras a que abandonen el consumo, el consejo debe ser claro, firme y personalizado.
- El consejo debe centrarse en los aspectos positivos que se consiguen al dejar de fumar, evitando los negativos.

El Cuadro 12, brinda una lista de los beneficios obtenidos luego del abandono del tabaco, según el tiempo transcurrido; esta información también puede ser de utilidad al momento de brindar consejo a las mujeres.

**Cuadro 12.** Beneficios obtenidos con el abandono del tabaco

Tiempo desde el abandono	Beneficios
20 minutos	La presión arterial y la frecuencia cardíaca vuelven a la normalidad.
8 horas	El nivel de oxígeno se normaliza. Los niveles de nicotina y monóxido de carbono se reducen a la mitad.
24 horas	El monóxido de carbono se elimina del cuerpo. Los pulmones comienzan a eliminar moco.
48 horas	La nicotina se elimina del cuerpo. El gusto y el olfato comienzan a mejorar.
72 horas	La respiración se vuelve más fácil. Los bronquios comienzan a relajarse.
2-12 semanas	Mejora la circulación.
3-9 meses	La función pulmonar se incrementa. Se reduce la tos y otros problemas respiratorios.
1 año	El riesgo de enfermedad cardiovascular disminuye a la mitad.
10 años	El riesgo de cáncer de pulmón se reduce a la mitad.
15 años	El riesgo de infarto es casi el mismo de una persona que nunca ha fumado.

FUENTE: Guía de Práctica Clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 194 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Además, se presentan algunas sugerencias en el Cuadro 12, para ayudar a las mujeres a superar las principales barreras que se puedan presentar al intentar dejar de consumir tabaco.

**Cuadro 13.** Sugerencias para ayudar a los pacientes a superar las barreras para dejar de consumir tabaco con éxito

Barreras	Estrategia
Mal humor	Practicar ejercicio físico, como caminar. Hacer respiraciones profundas. Hablar con algún amigo.
Estar con otros fumadores	Pasar más tiempo con personas que no fumen. Pedir a las demás personas que no fumen en su presencia. Establecer una zona “libre de humo” en casa. Evitar estar con personas fumadoras cuando se tengan ganas de fumar.
Desencadenantes	Identificar y adelantarse a situaciones que puedan desencadenar su deseo de fumar. Cambiar algunas rutinas. Dedicarse a actividades que distraigan: jardinería, lectura, escuchar música, etc.

FUENTE: Guía de Práctica Clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar.


Otras estrategias para ayudar a las mujeres a superar las principales barreras que se puedan presentar al intentar dejar de consumir tabaco, pueden ser:

- Establecer en conjunto un día para dejar de consumir tabaco.
- Elaborar un contrato terapéutico, donde la mujer se compromete a dejar el consumo
- Las pacientes gestantes deberían intentar dejar de fumar sin farmacología.

En el caso de que la mujer gestante, no quiere dejar de fumar, aplicar:

1. **Relevancia:** la paciente identifica factores motivacionales.
2. **Riesgos:** la paciente identifica consecuencias negativas de seguir fumando.
3. **Recompensas:** la paciente describe cómo dejar de fumar va a beneficiarla a ella y a su familia.
4. **Barreras:** la paciente identifica barreras para dejar de fumar.
5. **Repetición:** repítalo en cada visita a pacientes que fuman.

Las pacientes siguen escuchando el consejo clínico aun cuando no estén preparadas para ejecutarlo.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 195 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### Reducción de riesgos:


- Algunas mujeres reducirán el número de cigarrillos que fuman en vez de intentar dejar de fumar completamente. Sin embargo, fumar está asociado con bajo peso al nacer incluso desde un cigarrillo diario.
- Si la paciente sugiere la reducción como estrategia, el profesional sanitario debe hacerle ver que **dejarlo es la única manera de evitar los riesgos** del tabaco y de mejorar su salud y la de su bebé. **En el embarazo NO hay reducción de riesgos.**

### Bibliografía

Olano E, et al. Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Sociedad española de especialistas en tabaquismo. Consultado el 19 de marzo de 2013 en:

[http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2012/12/guia\\_ayuda\\_a\\_embarazadas\\_para\\_dejar\\_de\\_fumar.pdf](http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2012/12/guia_ayuda_a_embarazadas_para_dejar_de_fumar.pdf)

Olano, E. et al. Guía de Práctica Clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Servicio de Drogodependencias Dirección General de Salud Pública y Consumo Consejería de Salud. España.2010

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 196 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## **Anexo N ° 16: Complicaciones en el embarazo.**

Dra. Siannie Palmer Miller.  
Enfermera Gineco Obstetra

Hablar de las complicaciones en el embarazo es de gran importancia, pues como lo señala la OMS “Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan”. (OMS, 2000).


Ahora bien, cabe señalar que algunas de las posibles complicaciones que pueden darse durante el embarazo pueden ser prevenibles o minimizadas si la usuaria y/o familia gestante dispone de la información correcta para tomar decisiones y recibe del sistema de salud un abordaje oportuno de los factores que se van presentando durante su embarazo.

Es por ello, que como parte de una atención prenatal de calidad en cada cita de control prenatal se debe orientar a la gestante sobre los signos de alarma y cuidados que requiere acorde a la etapa del embarazo en el que está. Además, se debe identificar los factores de riesgo que presenta la gestante para así realizar el abordaje acorde al riesgo identificado en el binomio.

De las complicaciones que se pueden dar en el embarazo a continuación se presenta un listado de las más frecuentes:

- Infecciones urinarias
- Infecciones vaginales
- Hiperémesis gravídica
- Trastornos hipertensivos
- Diabetes gestacional
- Incompatibilidad de RH
- Anemia
- Problemas placentarios
- Trastornos en el volumen de líquido amniótico
- Ruptura prematura de membranas ovulares
- Embarazo ectópico
- Amenaza de aborto
- Amenaza de parto prematuro
- Restricción en el crecimiento intrauterino
- Embarazo múltiple

Es importante, mencionar que presentar alguno de estas complicaciones en el embarazo no necesariamente se traduce a un parto complicado en especial si el abordaje recibido del sistema de salud ha sido oportuno y eficaz. Por otro lado, el no presentar ninguna de estas complicaciones en la gestación no es de ninguna manera garantía absoluta de que en el parto o posparto no se podría presentar alguna complicación u emergencia obstétrica.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 197 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Signos y síntomas de alarma o alerta en el embarazo


En salud estos dos términos son utilizados por lo general de forma indistinta, pero no tienen el mismo significado. Según la literatura **un signo de alarma** es todo indicador que el personal de salud puede ver o detectar cuando evalúa a la paciente como por ejemplo; el sangrado, la salida de líquido amniótico, erupciones cutáneas, etc. Mientras que un **síntoma de alarma** hace referencia a lo que describe la usuaria que siente como por ejemplo; dolor, náuseas, visión borrosa, ardor al orinar, etc.

Ahora bien, aunque los síntomas de alarma pueden ser considerados un indicador subjetivo es un grave error, ignorarlos si los refiere la usuaria. Porque, en algunas complicaciones durante el embarazo son los síntomas los primeros en alertar que algo no anda bien. Por lo que, restarles importancia podría llevar a un abordaje tardío de una emergencia obstétrica lo que se traduce en aumento del riesgo de morbi-mortalidad materno fetal.

A continuación se presentan algunos signos y síntomas de alarma en el embarazo con su posible interpretación:

Los signos de alarma son:

- **Sangrado vaginal:** Nunca debe ser considerado como normal en el embarazo puede ser signo de embarazo ectópico, amenaza de aborto, amenaza parto prematuro y placenta previa o desprendimiento de placenta entre otras complicaciones.
- **Contracciones uterinas:** Antes de las primeras 20 semanas se asocia con el riesgo de abortos. Entre las 20 y 37 semanas son signos de alarma de parto prematuro.
- **Salida de líquido amniótico:** Sin importar las semanas de embarazo que se tenga cuando se produce aumenta el riesgo de infección. Si se da antes de las 37 semanas es eminente parto prematuro
- **Vómitos excesivos:** Es un signo de hiperémesis gravídica aumenta el riesgo de desnutrición y deshidratación materna.
- **Fiebre:** Es signo de infección
- **Inflamación o edema en pies, manos y cara:** Se debe sospechar trastornos hipertensivos o problemas renales
- **Aumentos de más de 2 kg en un mes :** Se debe sospechar trastornos hipertensivos o problemas renales
- **Convulsiones:** Si la usuaria no padece epilepsia es signo de eclampsia trastornos hipertensivo muy grave
- **Cifras de la presión arterial alto:** Confirma la presencia de trastornos hipertensivos, si se presentan después de las 20 semanas se considera fue inducido por el embarazo.
- **Cifras de glicemia alto:** Si la usuaria no padece diabetes se debe sospechar diabetes gestacional factor que aumenta el riesgo de macrosomía fetal
- **Altura uterina mayor o menor al esperado según las semanas de embarazo:** Se debe sospechar trastornos relacionados con el aumento o disminución del líquido amniótico, restricción en el crecimiento intrauterino o embarazo múltiple.
- **Flujo vaginal de característica anormal:** Infección vaginal actualmente relacionado con el riesgo de parto prematuro.
- **Cambio cervical (dilatación borramiento) antes de las 37 semanas de embarazo:** Aumenta el riesgo de parto prematuro

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 198 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Los síntomas de alarma son:

- **Ardor o dolor al orinar:** Se debe sospechar infección urinaria y de ser así aumenta el riesgo de parto prematuro.
- **Visión borrosa o alteración de la visión:** Se debe sospechar trastornos hipertensivos.
- **Zumbidos en los oídos:** Se debe sospechar trastornos hipertensivos.
- **Dolor cerca de la boca del estómago:** Se debe sospechar trastornos hipertensivos con elevación de enzimas hepáticas.
- **Dolor de cabeza frecuente, intenso y/o continuo:** Se debe sospechar trastornos hipertensivos.
- **Mareos:** Puede ser síntoma de anemia, hipoglicemia y/o hipotensión
- **Debilidad:** Puede ser síntoma de anemia severa, hipoglicemia y/o hipotensión
- **Palidez:** Se debe sospechar anemia severa
- ✓ **Cansancio excesivo:** Se debe sospechar anemia severa
- ✓ **Disminución de los movimientos fetales:** Se debe sospechar sufrimiento fetal agudo.

Como ya se mencionó, la presencia de estos signos o síntomas aumentan el riesgo de morbi-mortalidad en el binomio, por ello la usuaria debe ser orientada sobre los mismos para que los pueda identificar y referir al personal salud de forma oportuna si los presenta.

### Emergencias obstétricas


Las emergencias obstétricas son sucesos que se presentan de forma imprevisible durante el embarazo, parto y posparto aún en aquellos clasificados como de bajo riesgo. Por lo súbito del proceso pueden convertirse con gran rapidez en potencialmente peligroso para la madre y el feto.

Es por ello, que la usuaria debe ser orientada en el embarazo de los signos y síntomas de complicaciones para que pueda buscar ayuda de forma oportuna. Además, necesita contar con personal calificado para la atención de su embarazo, parto y posparto. Ya sea, que su caso sea considerado como de alto o bajo grado. Entendiéndose que, el riesgo es dinámico y puede cambiar de forma súbita.

Por tanto, el éxito o fracaso en el manejo de una emergencia obstétrica se mide por la morbi-mortalidad que se puede asociar al mismo. Por esta razón, es de suma importancia que la gestante reciba un buen abordaje adecuado oportuno del sistema de salud. Es decir, que tenga acceso de forma inmediata a atención profesional eficaz con los recursos e insumos necesarios en el momento en que se presente la emergencia o complicación.

Ahora bien, existen muchos diagnósticos que pueden ser considerados emergencias obstétricas, pero a continuación se presenta un listado los casos considerados más frecuentes en nuestros medios.

- ✓ Ruptura prematura de membranas ovulares
- ✓ Parto prematuro
- ✓ Parto anormal o distócico (distocia de hombros, desproporción céfalo pélvica, expulsivo prolongado, distocia en la presentación fetal etc.)

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 199 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- ✓ Parto vaginal con feto múltiple
- ✓ Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- ✓ Trastornos hipertensivos (Preclampsia, Eclampsia, Síndrome de Hellp)
- ✓ Hemorragias posparto
- ✓ Atonía uterina
- ✓ Inversión uterina
- ✓ Ruptura uterina
- ✓ Parto con líquido meconizado
- ✓ Sufrimiento fetal agudo
- ✓ Prolapso del cordón umbilical

### La episiotomía

La episiotomía o “piquete” es una incisión que se realiza en vulva de la mujer en el periodo expulsivo. Alrededor de esta práctica en la actualidad existe mucha polémica al punto que algunos la han satanizado descartando su utilidad en la atención del parto natural. Al respecto la OMS (Organismo Mundial de la Salud) plantea “No hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria. En realidad, la episiotomía de rutina se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grado y la consecuente disfunción muscular del esfínter anal” (OMS, p.C-82, 2000).


Basado en este pronunciamiento la CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social) señaló en la “Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños(as) en el periodo prenatal, parto y posparto” en el 2008, “que no se debe realizar como un procedimiento de rutina”. Ahora bien, considero importante recalcar, que no se dice **que no se debe realizar en casos calificados**. Lo que se plantea más bien es que no se adopte como una rutina, ya que en la gran mayoría de los casos no es justificada su realización.

### Indicaciones para realizar episiotomía o “piquete”

- ✓ Parto vaginal complicado: Cuando se presentan parto con feto de nalgas, distocia de hombros :Se realiza con el fin de ensanchar el periné para facilitar el paso del feto por el canal de parto
- ✓ Parto instrumental (cuando se aplica fórceps, ventosa): Se realiza para amentar el espacio para poder introducir el instrumental
- ✓ Sufrimiento fetal: Se realiza porque se necesita acortar el periodo de expulsivo
- ✓ Parto vaginal con feto macrosómico: Se realiza porque se necesita ampliar el espacio para que el feto logre pasar por el canal de parto
- ✓ Parto con feto prematuro: Se realiza con el fin de disminuir el esfuerzo que debe realizar el feto para ensanchar el periné para poder pasar por el canal de parto

### Cuando se debe realizar la episiotomía o “pique”.

Como ya se mencionó, la episiotomía no se debe realizar en las clínicas u hospitales de la red de servicios del sistema de la salud nacional como una rutina. El personal calificado que atiende el parto es quien debe evaluar la necesidad de realizarlo o no, y esto lo podrá hacer hasta el momento en el que la cabeza del feto entra en el cuarto plano de Hodge (cuando la cabeza del feto puede verse en la vulva). Ya que, ésta comprime el borde de la vagina,

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 200 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

distendiéndola hasta que alcanza un diámetro promedio de cuatro o cinco centímetros y es en ese instante precisamente que el médico o enfermera obstetra puede con fundamento evaluar si la vulva es capaz de distenderse aún más para dar paso a la cabeza del feto. Si la vulva no se logra distender lo suficiente o si requiere acortar el periodo de expulsivo por cualquiera de las razones ya descritas se debe realizar la episiotomía.

Es importante aclarar que, antes de realizar la incisión o corte del periné se aplica anestesia local y es en la siguiente contracción uterina cuando se realiza la episiotomía. Se considera, que definitivamente **no se debe realizar de forma rutinaria**, pero en aquellos casos en que se requiere acortar el periodo expulsivo o la presión sobre la cabeza del feto por un riesgo eminente de morbi-mortalidad fetal, una episiotomía realizada por manos expertas en el momento apropiado, resulta prácticamente indoloro y aporta más beneficios que riesgos para el binomio.

### Beneficios y/o complicaciones

Entre los beneficios que se pueden atribuir a la episiotomía se encuentra:


- ✓ Acortar el periodo de expulsivo
- ✓ Disminuir la presión del periné sobre la cabeza del feto

Entre las complicaciones que se pueden presentar la usuaria como consecuencia de una episiotomía se encuentra:

- ✓ Dolor en los primeros días del postparto
- ✓ Aumento del riesgo de infección
- ✓ Dolor al restablecer las relaciones sexo coital.

### **Bibliografía**

- Pagés Gustavo. Obstetricia moderna .Tercera edición Mc Graw Hill. Capítulo 16.2005
- Botero Jaime. Obstetricia y Ginecología sexta edición 2000
- El signo clínico. Disponible en [http://es.wikipedia.org/wiki/Signo\\_cl%C3%ADnico](http://es.wikipedia.org/wiki/Signo_cl%C3%ADnico)
- Miranda, José Jaime. Consideraciones de la infección urinaria en el embarazo. Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4585/1/Consideraciones-de-la-infeccion-urinaria-en-el-embarazo.htm>
- Moctezuma Flores, José Luis. Prevalencia de infección cérvico vaginal en pacientes con amenaza de parto pre término e identificación del microorganismo más frecuente. Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4189/1/Prevalencia-de-infeccion-cervicovaginal-en-pacientes-con-amenaza-de-parto-pretermino-e-identificacion-del-microorganismo-mas-frecuente.html>
- OMS-OPS 2002. Manejo de las complicaciones en el embarazo y parto: Guía para obstétricas y médicos. Disponible en: [http://www.aamatronas.org/web/htmls/documentos/Manejo\\_complicaciones\\_embarazo\\_y\\_parto\\_-\\_OPS-OMS.pdf](http://www.aamatronas.org/web/htmls/documentos/Manejo_complicaciones_embarazo_y_parto_-_OPS-OMS.pdf)
- CCSS, 2008.Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto.
- Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarkin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1594).

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 201 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## **Anexo N° 17: Seguridad en el uso de medicamentos en la mujer embarazada, durante la lactancia y en el lactante**

Dr. José Arias, Farmacéutico  
Hospital San Juan de Dios

### **INTRODUCCIÓN**

Durante el embarazo, tiempo de lactancia y aún en el lactante puede ser necesario utilizar medicamentos para prevenir o tratar algún padecimiento de la persona.

La administración de medicamentos ha de basarse en una relación riesgo / beneficio, analizando los siguientes factores:

- Patología presente en la mujer antes del embarazo, donde no es posible suspender su tratamiento crónico.
- Imposibilidad de utilizar otras alternativas farmacoterapéuticas disponibles
- Diagnóstico de alguna patología estando la mujer embarazada o en período de lactancia
- Hallazgo de enfermedad en el niño(a) lactante

Por otra parte, se estima que más del 90% de las mujeres en periodo de lactancia consumen al menos un medicamento, lo que debe darnos una clara señal de la importancia de analizar esta situación. No se trata de suspender tratamientos, sino de utilizarlos racionalmente.

Para promover la seguridad de los fármacos se debe realizar las preguntas que se plantean a continuación.

¿Se necesita algún medicamento?

- Hay cuadros clínicos autolimitados, cuya evolución permite no requerir medicamentos.
- Utilizar medidas no farmacoterapéuticas que puedan contribuir al restablecimiento de la salud (dar prioridad en la medida de lo posible)


¿Es imprescindible utilizar un medicamento?

En caso necesario se debe:

- Seleccionar un medicamento para el que se haya establecido la inocuidad durante el embarazo, período de lactancia o que esté indicado en uso pediátrico
- Administrar la mínima dosis eficaz
- Utilizar durante el menor tiempo posible.
- Utilizar agentes de acción corta, evitando los de liberación sostenida.
- Preferir fármacos que no tengan metabolitos activos.

¿Cuáles son los factores de riesgo en el niño(a)?

- A menor edad gestacional, mayor inmadurez en el metabolismo y función renal.
- Los recién nacidos pre término presentan menor capacidad de tolerar medicamentos respecto a los niños nacidos a término.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 202 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Uso de medicamentos en embarazo

### Categorías de riesgo

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (FDA por sus siglas en inglés) ha establecido la siguiente clasificación de riesgo de los fármacos en el embarazo:

#### Categoría A

Estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas no han logrado demostrar riesgo para el feto en el primer trimestre del embarazo y no existe evidencia de riesgo en trimestres posteriores. La posibilidad de daño fetal parece remota.

#### Categoría B

Estudios de reproducción en animales no han demostrado un riesgo para el feto pero no hay estudios controlados en mujeres embarazadas, o estudios de reproducción en animales que hayan demostrado un efecto adverso (diferente a una disminución en la fertilidad) que no fueron confirmados en estudios controlados en mujeres durante el primer trimestre y no hay evidencia de un riesgo en el último trimestre.

#### Categoría C

Estudios en animales han revelado efectos adversos sobre el feto (efectos teratogénicos o embriotóxicos u otros) y no hay estudios controlados en mujeres, o estudios en mujeres y animales no se encuentran disponibles. Los fármacos pueden ser administrados solamente cuando el beneficio potencial justifica el riesgo potencial sobre el feto.

#### Categoría D


Existe una evidencia positiva de riesgo fetal en humanos, pero los beneficios de su uso en mujeres embarazadas puede ser aceptable a pesar del riesgo (ej: si el fármaco es necesario en una situación de amenaza a la vida o para enfermedades graves para la cual drogas más seguras no pueden ser usadas o son inefectivas)

#### Categoría X

Estudios en animales o en humanos han llegado a demostrar anomalías fetales o existe evidencia de riesgo fetal basado en la experiencia en humanos, o ambos, y el riesgo de uso del medicamento en mujeres embarazadas claramente sobrepasa cualquier beneficio posible. El medicamento está contraindicado en mujeres que están o van a quedar embarazadas.

### Medicamentos utilizados durante el embarazo

De acuerdo a la clasificación anterior, se presentan los siguientes medicamentos y su recomendación para utilizarlos. (ver Cuadro 14 al 23)

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 203 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003


**Cuadro 14.** Medicamento y su recomendación para utilizarlos

Acción farmacológica	Lista oficial de medicamentos CCSS	Categoría riesgo FDA	Comentario
Antiácidos	Sales de aluminio, magnesio y calcio	B	No se recomienda excepto por períodos cortos y a bajas dosis
Bloqueadores H2	Famotidina, cimetidina	B	Sólo si el potencial beneficio supera el riesgo
Inhibidor bomba de protones	Omeprazol, Lanzoprazol	B	Sólo si el potencial beneficio supera el riesgo
Antieméticos	Dimenhidrinato	B	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
Procinéticos	Metoclopramida	B	Sólo si el potencial beneficio supera el riesgo
Laxantes	Hidróxido de Magnesio	D	Contraindicado si hay alteraciones cardiovasculares o renales
	Petrolato	C	Uso a corto plazo en estreñimiento, si han fallado otras alternativas
Inhibidores de motilidad intestinal	Loperamida	B	Sólo si el potencial beneficio supera el riesgo, no utilizar en embarazo a término

FUENTE: Elaboración propia

**Cuadro 15.** Medicamento y su recomendación para utilizarlos

Acción farmacológica	Lista oficial de medicamentos CCSS	Categoría riesgo FDA	Comentario
Vitaminas y minerales	Tiamina	A (C)	Uso aceptado, no recomendado a altas dosis
	Piridoxina	A (C)	Uso aceptado, no recomendado a altas dosis
	Alfacalciferol	A (D)	Uso aceptado a dosis diarias recomendadas. Contraindicado a dosis altas
	Ácido ascórbico	A (D)	Uso aceptado a dosis diarias recomendadas. Contraindicado a dosis altas
	Carbonato de calcio	A	Uso aceptado, sin exceder dosis requerida
	Cloruro de potasio	A	Uso aceptado a dosis diarias recomendadas. Dosis altas pueden perjudicar función cardíaca materno o fetal
Antianémicos	Hierro	A	Aceptado
	Ácido fólico	A	Aceptado

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 204 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Cianocobalamina	A (C)	Uso aceptado a dosis diarias recomendadas. Contraindicado a dosis altas
-----------------	-------	--

FUENTE: Elaboración propia


#### Cuadro 16. Medicamento y su recomendación para utilizarlos

Acción farmacológica	Lista oficial de medicamentos CCSS	Categoría riesgo FDA	Comentario
Anticoagulantes	Enoxaparina	B	Uso aceptable
	Warfarina	X	Contraindicado
	Clopidogrel	B	Aceptable
Uricosúricos	Alopurinol	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
	Colchicina	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
Hormonas tiroideas	Levotiroxina	A	Uso seguro en embarazo

FUENTE: Elaboración propia

#### Cuadro 17. Medicamento y su recomendación para utilizarlos

Acción farmacológica	Lista oficial de medicamentos CCSS	Categoría riesgo FDA	Comentario
Antibióticos	Doxiciclina	D	Contraindicado
	Amoxicilina	B	Aceptado
	Bencilpenicilina	B	Aceptado
	Cefalexina	B	Aceptado
	Ceftriaxona	B	Aceptado
	Trimetoprim / Sulfa	C	Contraindicado , es D en tercer trimestre
	Clarithromicina	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras
	Clindamicina	B	Limitar a infecciones graves
	Amikacina	C	No recomendable
	Gentamicina	C	No recomendable
	Ciprofloxacina	C	Contraindicado
	Metronidazol	B	Limitar a segundo y tercer trimestre si no hay otra alternativa. Preferible terapia

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 205 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003


			de 7 días que dosis de una sola toma
	Ketoconazol	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras
	Nitrofurantoína	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras. Contraindicado a término

FUENTE: Elaboración propia

### Cuadro 18. Medicamento y su recomendación para utilizarlos

Acción farmacológica	Lista oficial de medicamentos CCSS	Categoría riesgo FDA	Comentario
Antirretrovirales (HIV/SIDA)	Indinavir	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras. Contraindicado a término
	Nelfinavir	B	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras. Contraindicado a término
	Lopinavir / ritonavir	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras. Contraindicado a término
	Didanosina	B	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras. Contraindicado a término
	Abacavir	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras. Contraindicado a término
	Lamivudina	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras. Contraindicado a término
	Estavudina	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras. Contraindicado a término
	Zidovudina	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras. Contraindicado a término
	Efavirenz	C	No recomendado

FUENTE: Elaboración propia

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 206 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003


**Cuadro 19.** Medicamento y su recomendación para utilizarlos

Acción farmacológica	Lista oficial de medicamentos CCSS	Categoría riesgo FDA	Comentario
Antiinflamatorios y analgésicos	Ibuprofeno	D	Contraindicado en tercer trimestre, no utilizar en períodos prolongados en primer y segundo trimestres
	Indometacina	C, D (si se utiliza más de 48 horas o después de semana 34 de gestación)	No recomendado salvo indicación de cierre prematuro de ductus
	Acetaminofén	B	En amenaza de aborto se debe utilizar por un período máximo de 48 horas. Aceptable, no utilizar en períodos prolongados
	Sulindaco	D	Contraindicado en tercer trimestre, no utilizar en períodos prolongados en primer y segundo trimestres
	Diclofenaco	C (D en tercer trimestre)	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, especialmente en tercer trimestre
	Sales de oro	C	Uso exclusivo en artritis reumatoide refractaria
Esteroides	Prednisolona	C (D en tercer trimestre)	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
	Hidrocortisona	C (D en tercer trimestre)	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
	Dexametasona	C (D en tercer trimestre)	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo

FUENTE: Elaboración propia

**Cuadro 20.** Medicamento y su recomendación para utilizarlos

Acción farmacológica	Lista oficial de medicamentos CCSS	Categoría riesgo FDA	Comentario
Antihelmínticos	Albendazol	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras
	Hidroxicloroquina	C	Sólo si el potencial beneficio supera el riesgo
Antimaláricos	Pirimetamina	C	Uso generalmente aceptado, evitar en primer trimestre
	Cloroquina	D	Restringir uso a malaria, casos


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 207 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

			estrictamente necesarios
Antifímicos	Rifampicina	C	Se acepta su uso exclusivo en tratamiento de tuberculosis
	Isoniazida	C	Se acepta su uso exclusivo en tratamiento de tuberculosis
	Pirazinamida	C	Se acepta su uso exclusivo en tratamiento de tuberculosis
	Etambutol	B	Se acepta su uso exclusivo en tratamiento de tuberculosis

FUENTE: Elaboración propia

**Cuadro 21.** Medicamento y su recomendación para utilizarlos

Acción farmacológica	Lista oficial de medicamentos CCSS	Categoría riesgo FDA	Comentario
Antiasmáticos	Salbutamol	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
	Formoterol	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
	Beclometasona	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
	Ipratropio	B	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras
	Cromoglicato	B	Aceptable
	Teofilina	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
	Aminofilina	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
	Montelukast	B	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
Antitusivos	Dextrometorfano	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
	Codeína	C	No se recomienda, puede producir depresión respiratoria en el niño. Categoría D en uso prolongado.


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 208 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Antihistamínicos	Difenhidramina	B	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras
	Clorfeniramina	B	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras
	Fexofenadina	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras
	Hidroxicina	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras

FUENTE: Elaboración propia

### Cuadro 22. Medicamento y su recomendación para utilizarlos

Acción farmacológica	Lista oficial de medicamentos CCSS	Categoría riesgo FDA	Comentario
Cardiovascular	Digoxina	C	Uso aceptable, debe monitorearse a la paciente
	Isosorbide	C	No existen estudios adecuados en humanos
	Amiodarona	D	Hay evidencia de daño fetal
	Metildopa	B	Es de elección en embarazo, pero algunos estudios no recomiendan utilizarlo antes de la semana 16 de embarazo
	Hidralazina	C	Es de elección en preeclampsia y eclampsia
	Atenolol	C	No hay evidencia de daño en los estudios realizados en tercer trimestre de embarazo
	Carvedilol	C	No existen estudios adecuados en humanos
	Propranolol	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
	Verapamilo	C	No existen estudios adecuados en humanos
	Amlodipino	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
	Enalapril	C (D en tercer trimestre)	Contraindicados en segundo y tercer trimestre de embarazo
Irbesartan	C (D en tercer trimestre)	Contraindicados en segundo y tercer trimestre de embarazo	
Hipolipemiantes	Gemfibrozilo	C	No existen estudios adecuados en humanos
	Lovastatina	X	Contraindicado
	Colestiramina	C	No existen estudios adecuados en humanos
Diuréticos	Hidroclorotiazida	B	No hay datos suficientes de seguridad en primer trimestre

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 209 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

			de embarazo
	Furosemida	C	No utilizar en el primer trimestre de embarazo
	Espironolactona	C	No se recomienda

FUENTE: Elaboración propia

### Cuadro 23. Medicamento y su recomendación para utilizarlos

Acción farmacológica	Lista oficial de medicamentos CCSS	Categoría riesgo FDA	Comentario
Antiepilépticos	Clonazepam	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
	Carbamazepina	D	Contraindicado
	Fenobarbital	D	Contraindicado
	Primidona	D	Contraindicado
	Fenitoína	D	Contraindicado
	Valproato	D	Contraindicado
	Gabapentina	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
	Lamotrigina	C	Si no hay alternativas terapéuticas más seguras, y el potencial beneficio supera el riesgo
Hipoglicemiantes	Insulina	B	Aceptable
	Glibenclamida	B	Uso no recomendado
	Metformina	B	Contraindicado, control con dieta


FUENTE: Elaboración propia

### Importancia del hierro y ácido fólico en el embarazo.

#### Hierro

La importancia del hierro en el organismo se basa principalmente en la formación de la hemoglobina, como elemento esencial para el transporte de oxígeno a los tejidos. El hierro abunda en la naturaleza, pero la mayor parte se encuentra en forma de óxidos o polímeros de difícil absorción en el tracto gastrointestinal.

La pérdida diaria de hierro es como se muestra en el Cuadro 24.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 210 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Cuadro 24.** Pérdida diaria de Hierro, expresada en mg

Grupo poblacional	Pérdida diaria estimada en mg
Adulto	1
Mujer menstruante	0.5 a 2
Mujer gestante	3 a 4 (cede al feto)

FUENTE: Flórez, J. Farmacología Humana. Tercera Edición.

Es decir, la pérdida de hierro es hasta 4 veces más alta en la condición de embarazo. Dicha cifra revela la importancia de suplir hierro a la mujer embarazada

El cálculo de la dosis debe basarse en el hierro elemental que aporta la forma farmacéutica. Generalmente, se utilice Fumarato ferroso, donde 200 mg de la sal aportan 65 mg de hierro elemental.

Entre los principales efectos adversos encontrados son:

- Intolerancia gastrointestinal
- Estreñimiento
- Sensación de plenitud (es decir sensación de tener llenura).

Estos síntomas pueden resolverse administrando la dosis con alguna comida, aunque esto puede disminuir la absorción del hierro. Es importante señalar que el hierro no se absorbe en presencia del calcio y otros minerales; por lo que no puede tomarse al mismo tiempo que los productos lácteos y medicamentos como los antiácidos.

**Ácido fólico.**

La importancia del ácido fólico en el organismo se basa principalmente en la formación de células sanguíneas, entre las cuales se encuentran los glóbulos rojos.

Su principal uso farmacológico es para la prevención y tratamiento de la anemia megaloblástica.


La dosis usual es:

- Niños prematuros: 50 mcg/día ( 0.5 mg al día )
- Embarazo: 100 a 200 mcg/día ( 1 a 2 mg al día )
- Estados hemolíticos crónicos: 500 mcg/día ( 5 mg al día )

Se ha comprobado que el ácido fólico administrado alrededor del tiempo de la concepción limita el riesgo de aparición de trastornos en el cierre del tubo neuronal.

**Uso de medicamentos en lactancia y pediatría.**

**Lactancia**

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 211 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

De acuerdo al perfil de seguridad del medicamento, se debe considerar las siguientes estrategias, con consentimiento médico:

- No amamantar cuando el medicamento ha alcanzado su máxima concentración en el cuerpo de la madre: administrar el medicamento antes del período más largo de sueño del niño o inmediatamente después de darle el pecho.
- Puede retirarse la lactancia temporalmente, si el medicamento se administra durante un tiempo corto.
- Se debe interrumpir la lactancia si el medicamento es demasiado tóxico para el niño(a), y solo si es necesario para la salud de la madre.

### **Pediatría**


Es importante señalar que los medicamentos en pediatría deben administrarse solo por prescripción del profesional. La utilización de remedios caseros y automedicación, prácticas muy arraigadas en la sociedad, deben eliminarse por cuanto pueden enmascarar enfermedades de fondo; o bien complicar un cuadro clínico al utilizar incorrectamente un fármaco.

Las principales recomendaciones son:

- Utilizar fármacos con dosificación adaptada a los infantes. No siempre una forma farmacéutica para adulto puede fraccionarse para adaptarla a un niño(a).
- Las cápsulas no deben abrirse, están diseñadas para ser tragadas y que el contenido no se dañe en tracto gastrointestinal
- Es preferible dosificar con una jeringa (medir en cc o ml) antes que usar cucharaditas de cocina. También puede utilizarse las copas graduadas que muchos jarabes contienen
- Utilizar solo medicamentos que fueron recetados, y por el tiempo señalado. No guardar sobrantes
- No utilizar antibióticos en cuadros gripales o diarreas. Éstos se reservan para infecciones bacterianas que deben ser diagnosticadas por un médico.
- No compartir medicamentos.

### **Recomendaciones generales para el uso de medicamentos.**

- Guarde los medicamentos bajo llave, en un cajón o gaveta. Esto evitará que un niño(a) los tome por accidente y se intoxique.
- Los medicamentos deben estar en lugar fresco y seco, protegidos de la luz. El baño y la cocina son lugares muy húmedos y cálidos, por lo que el botiquín debe estar fuera de estos lugares.
- No bote la etiqueta que viene pegada al medicamento. Esas son las instrucciones y recomendaciones que la Farmacia elabora con base en la receta del médico.
- Si tiene alguna duda de su tratamiento o dificultad para elaborar un horario, consulte al farmacéutico de su localidad. El podrá orientarlo para conocer su tratamiento y seguir las recomendaciones médicas necesarias.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 212 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Conserve el medicamento en su empaque original. Si va a utilizar un pastillero o cajita con fechas, guarde solo los medicamentos de cada día; o bien, coloque el medicamento sin sacarlo de la burbuja en que viene, y manteniendo visible la identificación.
- Revise siempre la fecha de vencimiento, no debe utilizarse un medicamento que haya excedido ese plazo.
- En su cita, siempre mencione al médico todo lo que toma; con esto evitamos riesgos de interacciones con otros fármacos.
- Si va a comprar medicamentos de venta libre o productos naturales, adquiéralos en una Farmacia y no en establecimientos comerciales. El farmacéutico podrá orientarlo en caso que haya riesgo por otros medicamentos, prescritos por su médico, que usted utiliza. Los productos de venta libre y los naturales también tienen riesgos, efectos secundarios y cuidados que no siempre se advierten en la publicidad.
- Si va a desechar un medicamento, no lo trate como basura común ya que puede contaminar el ambiente. Colóquelos en una gaveta aparte, rotulados y espere alguna campaña de recolección que las autoridades sanitarias desarrollan.


### **Bibliografía.**

Caja Costarricense de Seguro Social. Revista Fármacos. Vol. 20, No. 1 y 2. 2007

Centro Andaluz de Información de Medicamentos – CADIME. Boletín Terapéutico Andaluz – Monografías Medicamentos y Lactancia. Año XVII, No. 19. I sem. 2001

Centro de Farmacovigilancia e Información Terapéutica de Canarias. Guía de uso de medicamentos durante el embarazo. 1995. Consulta actualizada en página [www.farmacovigilanciacanarias.org/guiaemb.html](http://www.farmacovigilanciacanarias.org/guiaemb.html), enero 2012.

Florez Jesús. Farmacología Humana. III Ed. Masson. Barcelona, España. 1997

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 213 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N° 18: Sexualidad durante el embarazo.

Dra. Hellen Porras Rojas, Medico, Área de Atención Integral a las Personas.  
Dra. Tatiana Mata Chacón, Medico, Área de Atención Integral a las Personas.

Mientras que la concepción de un hijo es vista como la máxima expresión del amor de una pareja, el embarazo no es siempre compatible con la sexualidad. El personal de salud puede ayudar a minimizar cualquier impacto negativo explicando las condiciones complejas que afectan el deseo y la satisfacción sexual; y promoviendo un abordaje positivo.<sup>158</sup>

Durante el embarazo ocurre una variedad de cambios fisiológicos, sociales, psicológicos y anatómicos, que afectan la sexualidad.<sup>159</sup> Se debe explicar a la pareja los cambios físicos y emocionales que experimentarán trimestre por trimestre, incluyendo diversas posiciones sexuales y otras adaptaciones apropiadas para las diferentes fases del embarazo. Esto puede ayudar a las mujeres a explicar más cómodamente a su pareja lo que ellas desean y viceversa.<sup>160</sup>

Ambos miembros de la pareja deben entender que el deseo sexual de una mujer embarazada fluctúa dramáticamente. Las emociones variarán de acuerdo al estado del embarazo en que se encuentre.<sup>161</sup>

Una vez que se percibe el primer movimiento fetal, la madre suele concentrarse intensamente en el bebé, por lo que el deseo sexual podría disminuir. Conforme el bebé va creciendo, la madre puede necesitar diferentes posiciones sexuales para un mayor confort.<sup>162</sup> A continuación se describen los principales cambios en cada trimestre.

### a. Primer trimestre

La sexualidad desde la concepción y durante todo el primer trimestre generalmente refleja el bienestar sexual, emocional, marital, financiero y cultural de la pareja previo a la concepción. La transición a la paternidad ha sido descrita como una crisis psicosocial.<sup>163</sup> El primer trimestre también puede ser una luna de miel de intimidad y ternura. Sin embargo, pueden interferir las náuseas y la fatiga.<sup>164</sup> Además, cualquier problema en la relación va a exacerbarse por el estrés y cambios de roles durante esta etapa, que posiblemente crean ansiedad y frustración. Resultado de esto, podría haber un tiempo de discordia marital y poca satisfacción sexual. Con el fin de promover la intimidad sexual durante este tiempo, el hombre puede enfocarse en cuidar, dar masajes y acompañar a la mujer.<sup>165</sup>

### b. Segundo trimestre

Debido al rápido crecimiento del feto en este periodo, la pareja podría sentir que existe una “tercera persona” presente durante la intimidad, lo que podría contribuir a una disfunción sexual. Numerosos mitos y tabúes pueden afectar la actividad sexual, incluyendo el miedo a

<sup>158</sup> Tomado de: McDaniel, M. (2007) Sexuality in pregnancy. The Female Patient. Vol.32. 2007.

<sup>159</sup> Idem

<sup>160</sup> Tomado de: Davis, E. (2004) Heart & Hands: A midwife's guide to pregnancy and birth. Estados Unidos. Pp. 97-99.


<sup>161</sup> Idem

<sup>162</sup> Idem

<sup>163</sup> Tomado de: McDaniel, M. (2007) Sexuality in pregnancy. The Female Patient. Vol.32. 2007.

<sup>164</sup> Tomado de: Davis, E. (2004) Heart & Hands: A midwife's guide to pregnancy and birth. Estados Unidos. Pp. 97-99.

<sup>165</sup> Tomado de: McDaniel, M. (2007) Sexuality in pregnancy. The Female Patient. Vol.32. 2007.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 214 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

lesionar al feto, aunque la mayoría de estos temores están generalmente infundados. Otro factor que puede afectar la actividad sexual es la imagen corporal, especialmente cuando se empieza a ganar más peso. Finalmente, si el embarazo se complica por incompetencia cervical, placenta previa o alguna otra condición de alto riesgo, el coito está restringido por indicación médica.<sup>166</sup>

### c. Tercer trimestre

Existe una disminución dramática de la actividad sexual, el deseo sexual y la satisfacción tanto en mujeres como en hombres durante el tercer trimestre. Esta fase del embarazo está marcada por malestar e incomodidad física, una percepción aumentada de la imagen corporal materna, y preparaciones para el nacimiento. La pareja en esta etapa puede temer que la actividad sexual induzca la labor de parto, sangrado, dolor o lesiones en el feto.<sup>167</sup> En el Cuadro 25 se presentan los principales mitos, tabúes y restricciones que dificultan la sexualidad durante el embarazo.

**Cuadro 25.** Mitos, tabúes y restricciones que dificultan la sexualidad durante el embarazo

Mitos, tabúes y restricciones	Realidad	Consejería
Las contracciones luego de las relaciones sexuales pueden provocar aborto o parto pretérmino.	Las contracciones asociadas con el coito u orgasmo pueden asemejar las contracciones que se producen durante la labor de parto.	En embarazos de bajo riesgo, los estudios no muestran aumento en la incidencia de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas o muerte perinatal debidos a la actividad sexual.
El bebé no recibe suficiente oxígeno durante el orgasmo o durante las contracciones asociadas al orgasmo.	Se ha demostrado una pequeña disminución de la frecuencia cardiaca fetal durante las contracciones orgásmicas.	No existe evidencia de hipoxia fetal durante el orgasmo o durante las contracciones relacionadas.
Durante el embarazo, el sexo vaginal, oral y anal no están permitidos por razones religiosas o personales.	Algunas personas creen que el sexo es solamente con el fin de la procreación. Además, existen personas que se sienten incómodas con medios alternativos de expresión sexual.	La consejería debe centrarse en medios sanos y alternativos de intimidad, en los cuales ambos miembros de la pareja se sientan cómodos. Debe evitarse hacer comentarios morales o religiosos.

Modificado de: McDaniel, M. Sexuality in Pregnancy.


### d. ¿Son seguras las relaciones sexuales durante el embarazo?

Siempre y cuando el embarazo vaya transcurriendo de forma normal, las parejas pueden tener relaciones sexuales durante el embarazo con la frecuencia que deseen. Al inicio del embarazo, las fluctuaciones hormonales, la fatiga y las náuseas pueden disminuir el deseo sexual. Otro factor que puede influir en el deseo sexual es la imagen corporal, sobretodo conforme avance el embarazo.<sup>168</sup>

<sup>166</sup> Idem

<sup>167</sup> Idem

<sup>168</sup> Tomado de: NHS Choices. Sex in pregnancy. Reino Unido. Consultado en 24-7-12, en: <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/sex-in-pregnancy.aspx>.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 215 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Las relaciones sexuales durante el embarazo son seguras, el pene del hombre no puede penetrar más allá de la vagina, por lo tanto, no existe ningún riesgo.<sup>169</sup> Además, el bebé se encuentra protegido por el líquido amniótico en el útero, así como por la fuerte pared de músculo del útero; por tanto, la actividad sexual no afecta al bebé.<sup>170</sup>

Conforme avanza el embarazo, un orgasmo o incluso el sexo, podría desencadenar contracciones (llamadas contracciones de Braxton Hicks), esto es perfectamente normal y no hay razón para preocuparse. Si la mujer se siente incómoda, podría tratar con técnicas de relajación o acostándose hasta que pasen las contracciones.<sup>171</sup> Las contracciones provocadas por un orgasmo son totalmente diferentes que las contracciones que se experimentan durante la labor de parto. Los orgasmos no aumentan el riesgo de parto prematuro.<sup>172</sup>

Existen muchas parejas que tienen la falsa idea de que el sexo podría provocar un aborto. Es importante aclararles que los abortos tempranos usualmente se relacionan con anomalías cromosómicas u otros problemas en el desarrollo del feto; y no tienen relación con las relaciones sexuales.<sup>173</sup>

En relación a las posiciones, es probable que la pareja deba experimentar con nuevas posiciones para encontrar aquellas que sean más cómodas, sobretodo conforme avanza el embarazo.<sup>174</sup> Este es un tiempo para explorar y experimentar juntos como pareja.<sup>175</sup>

#### **d.1 ¿Cuándo deben evitarse las relaciones sexuales durante el embarazo?**<sup>176</sup>

La gran mayoría de las mujeres puede tener relaciones sexuales durante el embarazo; sin embargo, en algunas ocasiones el personal de salud recomienda evitarlas, principalmente en los siguientes casos:

- Historia de parto prematuro.
- Sangrado vaginal.
- Ruptura prematura de membranas.
- Incompetencia cervical.
- Placenta previa.

#### **e. Uso de métodos de protección:**

La exposición a ITS durante el embarazo incrementa el riesgo de infecciones que pueden afectar tanto el embarazo como la salud del bebé. Se recomienda el uso del condón si:

- La pareja tiene una ITS.
- No se encuentran en una relación monógama.

<sup>169</sup> Idem

<sup>170</sup> Tomado de: Mayo Clinic. [Sex during pregnancy: What's OK, what's not.](http://www.mayoclinic.com/health/sex-during-pregnancy/HO00140/NSECTIONGROUP=2) Consultado en: 24-7-12, en: <http://www.mayoclinic.com/health/sex-during-pregnancy/HO00140/NSECTIONGROUP=2>

<sup>171</sup> Tomado de: NHS Choices. [Sex in pregnancy.](http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/sex-in-pregnancy.aspx) Reino Unido. Consultado en 24-7-12, en: <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/sex-in-pregnancy.aspx>.


<sup>172</sup> Idem

<sup>173</sup> Tomado de: Mayo Clinic. [Sex during pregnancy: What's OK, what's not.](http://www.mayoclinic.com/health/sex-during-pregnancy/HO00140/NSECTIONGROUP=2) Consultado en: 24-7-12, en: <http://www.mayoclinic.com/health/sex-during-pregnancy/HO00140/NSECTIONGROUP=2>

<sup>174</sup> Idem

<sup>175</sup> Tomado de: NHS Choices. [Sex in pregnancy.](http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/sex-in-pregnancy.aspx) Reino Unido. Consultado en 24-7-12, en: <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/sex-in-pregnancy.aspx>.

<sup>176</sup> Idem

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 216 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Se tienen relaciones sexuales con un nuevo compañero durante el embarazo.<sup>177</sup>

#### **f. Relaciones sexuales durante el puerperio:<sup>178</sup>**

Ya sea que el parto sea vaginal o por cesárea, el cuerpo de la mujer necesita cierto tiempo para recuperarse. Muchos profesionales de la salud recomiendan esperar de 4 a 6 semanas antes de iniciar de nuevo las relaciones sexuales. Este tiempo permite que el cérvix se cierre y que cualquier desgarro o episiotomía sanen.

Cuando la pareja esté lista para retomar las relaciones sexuales, debe utilizar un método anticonceptivo confiable, con el fin de prevenir otro embarazo.

### **Bibliografía**

McDaniel, M. (2007) Sexuality in pregnancy. The Female Patient. Vol.32. 2007.


Davis, E. (2004) Heart & Hands: A midwife's guide to pregnancy and birth. Estados Unidos. Pp. 97-99

NHS Choices. Sex in pregnancy. Reino Unido. Consultado en 24-7-12, en: <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/sex-in-pregnancy.aspx>.

Mayo Clinic. Sex during pregnancy: What's OK, what's not. Consultado en: 24-7-12, en: <http://www.mayoclinic.com/health/sex-during-pregnancy/HO00140/NSECTIONGROUP=2>

<sup>177</sup> Tomado de: Mayo Clinic. Sex during pregnancy: What's OK, what's not. Consultado en: 24-7-12, en: <http://www.mayoclinic.com/health/sex-during-pregnancy/HO00140/NSECTIONGROUP=2>

<sup>178</sup> Tomado de: Mayo Clinic. Sex during pregnancy: What's OK, what's not. Consultado en: 24-7-12, en: <http://www.mayoclinic.com/health/sex-during-pregnancy/HO00140/NSECTIONGROUP=2>

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 217 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## **Anexo N ° 19: Autocuidado de la mujer en el embarazo, parto y pos parto.**

Dra. Sirsa Barrantes A., Enfermera Obstetra, Hospital México

El embarazo es un periodo en el cual hay muchos cambios fisiológicos lo que lo hace muy vulnerable es por eso que la mujer debe tener ciertos cuidados:

### 1. Control prenatal:

Se debe iniciar desde el momento en que sospecha de un embarazo, con un adecuado seguimiento médico se pueden controlar complicaciones propias del embarazo.

Además, debe cumplir con los exámenes de laboratorio de rutina, esto permite detectar problemas de la presión arterial, incompatibilidad sanguínea (de grupo Rh y ABO), diabetes, infecciones de transmisión sexual, inmunidad contra enfermedades (rubéola, sarampión, citomegalovirus, toxoplasmosis y otras).

### 2. Nutrición:

La mujer embarazada debe tener un aumento de 300 calorías de más en la dieta, si la mujer tiene sobrepeso no es necesario este aumento de calorías. No se debe hacer dietas, en el embarazo es sumamente importante comer de forma saludable y las calorías que se ingieren deben venir de alimentos nutritivos que contribuyan al crecimiento y desarrollo del bebé.

La dieta debe tener frutas, carne magra, verduras, cereales y un complemento vitamínico o ácido fólico, hierro y calcio.

Se debe aumentar el consumo de calcio para evitar la descalcificación de los huesos. Las fuentes ricas de calcio son: productos lácteos (leche, queso, yogurt), verduras de hoja verde oscuro (brócoli, espinaca, acelgas, berros) almendras, leguminosas (frijoles, lentejas).


El hierro se ingiere con el fin de evitar la anemia, es un elemento fundamental en la producción de hemoglobina (componente de los glóbulos rojos encargado de transportar oxígeno a todos los tejidos del cuerpo). Se encuentra en carnes rojas, huevos, frijoles, frutas deshidratadas, espinacas.

El ácido fólico es una vitamina que debe ser tomada por toda embarazada y mujer que desea quedar embarazada ya que se ha demostrado que reduce las malformaciones del sistema nervioso central en el feto. La dosis recomendada es de 0,4 mg por día aparte del ingerido en la dieta con los alimentos.

Debido al aumento del volumen sanguíneo se recomienda tomar abundante agua para evitar la deshidratación y estreñimiento que ya por sí, se aumenta en el embarazo.

### 3. Ropa y calzado:

La ropa debe ser cómoda y confortable, al inicio del embarazo se da un crecimiento de las mamas, por lo que se debe usar un brasier de mayor tamaño para lograr un sostén adecuado.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 218 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Los zapatos deben ser de tacón bajo o mediano, evite los tacones altos por el riesgo de caídas y los tacones totalmente planos producen mayor dolor lumbar.

#### 4. Ejercicio y deporte:

El ejercicio con moderación es beneficioso para la madre y el feto, se recomienda 30 minutos de ejercicio 3 veces a la semana, los más aconsejables son la natación, yoga, gimnasia evite los ejercicios y gran impacto.

El ejercicio ayuda a regular la ganancia de peso excesiva, el estreñimiento, reduce los problemas asociados al embarazo como dolor de espalda y piernas, aumenta la energía, ayuda a prepararse para el parto y reduce el tiempo de recuperación.

Descanso: se debe dormir suficiente, al menos ocho horas, debido a que la mujer va a tener mayor cansancio de lo acostumbrado. Se recomienda dormir sobre el costado izquierdo para mejorar la respiración y el flujo sanguíneo.

#### 5. Medidas de Higiene:

Se debe tomar baño diario ya que la sudoración aumenta en el embarazo. Evite las duchas vaginales.

#### 6. Relaciones sexuales:

Se pueden mantener con normalidad excepto en los casos donde hay riesgos de aborto o parto prematuro o que el médico diga no realizarlas.

#### 7. Drogas y alcohol:

No tomar licor, fumar o usar drogas, estas provocan malformaciones en el feto, problemas de crecimiento y desarrollo, y problemas mentales y emocionales en los niños a largo plazo.


#### 8. Medicamentos:

Evitar tomar medicamentos sin indicación médica, muchos de ellos tiene efectos nocivos en el feto incluso pueden producir malformaciones, se debe consultar al médico antes de tomar algún tratamiento no indicado por él.

## EL POSPARTO

El puerperio o periodo posparto en el espacio de tiempo que transcurre desde el momento del alumbramiento (salida de la placenta) hasta que los órganos reproductivos y el cuerpo de la mujer vuelvan al estado en que se encontraba antes del embarazo.

Dura 6 semanas aproximadamente, aunque realmente la capacidad reproductora de la mujer queda totalmente normalizada con la aparición de la menstruación que sucede a las 9 semanas posparto en las mujeres que no amamantan y a los 6 meses posparto en las mujeres que dan lactancia maternal.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 219 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

En el puerperio la mujer experimenta cambios fisiológicos que son parte del proceso de ajuste y si hay alguna alteración en este proceso puede ponerse en peligro la salud física y la salud mental de la madre produciéndose una inestabilidad familiar. En este periodo la mujer necesita mucho apoyo de las personas que le rodean.

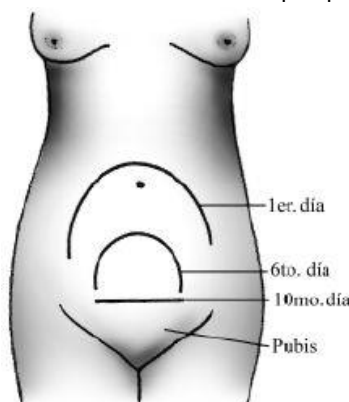
El periodo posparto se divide en:

- Posparto inmediato que son las primeras 24 horas.
- Posparto mediato que abarca los primeros 10 días.
- Posparto alejado va del día 11 al día 45.
- Posparto tardío va del día 45 al inicio de la menstruación.

### Los principales cambios fisiológicos son:

**Útero:** después del nacimiento el útero empieza a contraerse y a disminuir su tamaño. A las 12 horas se palpa a nivel del ombligo y a las 6 semanas recupera su tamaño normal. Estas contracciones llamadas entuertos se perciben como un malestar abdominal y doloroso en aquellas mujeres multíparas. (ver Figura 43)

Figura 57. Contracciones del útero en el posparto




FUENTE: <http://maternitycare.es/category/contracciones-2/>

**Sangrado o loquios:** durante los primeros 3 días posparto son de color rojo oscuro y en abundante cantidad, a partir del cuarto día disminuyen su cantidad volviéndose de color parduzco (loquios serosos) y a partir de los 10 días posparto se convierten en una secreción amarillenta (loquios blancos). Los loquios tienen un olor similar al de la menstruación si hay presencia de mal olor posiblemente se trata de una infección.

**Vagina y cuello uterino:** la vagina que sufrió un gran estiramiento poco a poco vuelve a su tamaño normal, debido a los niveles bajos de estrógenos la vagina esta reseca produciéndose dolor durante las relaciones sexuales esto se soluciona cuando la mujer empieza a menstruar nuevamente.

El cuello del útero que se ha abierto hasta 10 cm para permitir la salida del bebe se cierra poco a poco, se hace más firme y recupera su forma.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 220 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Cambios hormonales:** en los primeros días posparto se produce grandes cantidades de hormona prolactina (hormona encargada de producir leche) y oxitocina (hormona encargada de la salida de la leche y contracción uterina), estas hormonas inhiben la función de los ovarios y no hay ovulación por varias semanas, conforme disminuye la frecuencia de succión de leche materna porque el niño recibe otros alimentos la función ovárica vuelve, recuperando la mujer su fertilidad y aparece de nuevo la menstruación y la ovulación.

**Temperatura:** después del parto la temperatura normal es de 36.5-37 grados centígrados y aparecen escalofríos acompañados de temblores que es resultado del esfuerzo muscular realizado durante el parto y la deshidratación.

En el 3-4 día puede aparecer fiebre que no dura más de 12 horas y se relaciona con una inflamación de las mamas por la bajada de la leche y al proceso de cicatrización que se lleva a cabo dentro del útero (sitio donde estaba inserta la placenta).

Si la temperatura aumenta por encima de 38 grados después de las 24 horas posparto y se mantiene por más de 12 horas debe sospecharse en una infección y la madre debe acudir al centro médico.

**Función cardiovascular:** la presión arterial se mantiene sin cambios. Si la madre presenta taquicardia (aumento de los latidos del corazón) puede indicar un proceso infeccioso. Durante un parto normal la mujer pierde de 400-500 cc de sangre y en una cesárea de 700-1000cc. El volumen de sangre perdido se recupera y vuelve a su normalidad en dos semanas.


**Aparato urinario:** los riñones aumentan su función para eliminar el exceso de líquido acumulado en el cuerpo durante el embarazo dando un aumento en la cantidad de orina, pudiendo la mujer orinar hasta 3 litros por día, este acumulamiento de orina en la vejiga puede provocar infecciones.

Al terminar el embarazo los músculos del abdomen quedan distendidos, esto provoca que la vejiga aumente su capacidad pudiendo llegar a contener de 1-1.5 litros sin que la mujer sienta necesidad de orinar. Este llenado excesivo de la vejiga interfiere con las contracciones uterinas evitando que este se contraiga, por tanto la mujer debe ir al orinar cada 3 horas para que la vejiga recupere su capacidad de contraerse.

**Aparato digestivo:** hay estreñimiento el cual es causado por la relajación intestinal que había durante el embarazo y la distensión de los músculos abdominales. Las eliminaciones intestinales pueden retrasarse 2-3 días después del parto debido también al dolor por desgarros o hemorroides o temor a que se le abran los puntos. Para esto la mujer debe comer abundante fibra (frutas, vegetales) y líquido, la función intestinal se recupera en 2 semanas.

**Peso:** Inmediatamente después del parto la mujer experimenta una pérdida de peso de 5-6 kg, se debe a la salida del feto, placenta, líquido amniótico, días siguientes puede perder hasta 2 kilos debido a la eliminación de líquido a través de la orina.

**Mamas:** durante el embarazo las hormonas actúan estimulando el crecimiento de las mamas, después del parto se aumenta la producción de una hormona llamada prolactina que estimula la producción y secreción de leche.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 221 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Al inicio de la lactancia materna la secreción se llama calostro es escasa, color amarillenta rica en proteínas y sustancias llamadas anticuerpos; es importante que el bebé ingiera el calostro ya que representa la primera vacuna contra enfermedades, además que es laxante ayudando a madurar el sistema gastrointestinal para la leche, que inicia al tercer día posparto.

**Cambios emocionales:** el tener un bebé es un acontecimiento feliz para la mayoría de las mujeres, sin embargo los cambios bioquímicos (hormonales), los cambios emocionales y los cambios sociales (el rol de madre) que enfrentan las hacen muy vulnerables a cambios en su estado de ánimo. Estos cambios se pueden dividir en:

- Melancolía posparto tiene una duración de 1-3 semanas, presentan sentimientos de soledad, angustia, debilidad acompañado de llanto y tristeza, la mujer se siente herida con mucha facilidad, se enfadan por cualquier pequeño incidente y en algunos casos hay pérdida de interés por el bebé.
- Depresión; los síntomas que se dan son la pereza, fatiga, tristeza, alteración del sueño, alteración del apetito, pérdida de memoria, confusión, irritabilidad hacia la pareja y otros hijos, sentimiento de culpa, falta de concentración, miedo, palpitaciones e intolerancia al bebé.

Las causas de estas alteraciones emocionales son muchas, una de las principales son los cambios hormonales tan bruscos que hay en el embarazo, junto a los factores emocionales de adaptación a su nuevo rol de madre, a los cambios de su cuerpo, a la fatiga y el sueño interrumpido.

Es por esto que el apoyo de la pareja y familia es fundamental, y si se presenta algunos de estos síntomas debe comunicarlo a personas de confianza y buscar ayuda médica, no esperar a superarlo sola.


### **Cuidados de la madre en el posparto luego de parto vaginal.**

Las primeras 24 horas posparto la madre se encuentra en el centro de salud ahí va a estar siendo valorada por el personal de salud y se va a observar:

- Control de signos vitales ( presión arterial, pulso, temperatura)
- Piel y mucosas para ver signos de anemia por la pérdida sanguínea
- Genitales externos; se va a valorar las características del sangrado (cantidad, color, olor) si hubieran desgarros o episiotomía (piquete) se evalúa el grado de inflamación, aparición de hematomas, dolor.
- Micción espontánea, es muy importante que la mujer orine de forma espontánea durante las 12 horas siguientes al parto.
- Adaptación de la madre al rol materno, inicio de la lactancia materna y problemas que surjan de esta (pezones planos, falta de acople mama-bebe, poca producción de calostro etc.).

En el hogar los principales cuidados son:

- Baño diario.
- Limpieza de la zona genital de 2-3 veces por día utilizando un jabón antibacterial principalmente si la madre tuvo un desgarro o se le hizo episiotomía (piquete).


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 222 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Al momento de la limpieza esta debe hacerse de adelante hacia atrás no viceversa para evitar que bacterias del ano se trasladen a la zona vaginal.
- Cambio de toalla sanitaria constantemente para mantener la zona limpia y seca.
- Evitar introducirse en piscinas, mar, tinas de agua, Jacuzzi, esto para evitar una infección porque el cuello del útero aún no se ha cerrado.
- Se aconseja la movilización y deambulación temprana para evitar la aparición de tromboflebitis y favorecer la eliminación de loquios (sangrado) y facilitar la pronta recuperación.
- Tener una dieta liviana con abundante líquido y alimentos con fibra (vegetales, frutas, cereales) que ayuden a la evacuación intestinal. En el posparto no existe limitaciones en la dieta. Si la mujer da lactancia materna debe aumentar el número de calorías y proteínas consumidas durante el embarazo, si no da lactancia materna la madre debe tener una dieta balanceada igual que una mujer no embarazada. Se recomienda continuar con el complemento vitamínico además del hierro que estaba consumiendo en el embarazo.
- Descanso: es muy importante que la madre tome siestas durante el día para compensar las horas que no duerme a causa de la lactancia materna.
- Relaciones sexuales: se recomienda no iniciar la actividad sexual hasta que desaparezcan los loquios, y si hubo desgarros o piquete esperar al menos 3 meses para favorecer la cicatrización. Pero realmente el inicio de la relación sexual va a depender de la comodidad, estado emocional y deseo de la mujer.
- Consulta posparto: se debe asistir a la valoración médica a los 8 días del nacimiento del bebé. Esta visita es sumamente importante ya que se va a valorar la instauración de la lactancia materna, aparición de problemas a nivel de la mama (mastitis, pezones agrietados, abscesos, etc.).  
Se revisa el estado de cicatrización del piquete o desgarro si hubo, evolución del sangrado y posibles signos de infección, además consejería y escogencia del método anticonceptivo a iniciar para evitar un embarazo pronto.
- Se recomienda iniciar una rutina de ejercicios para fortalecer los músculos pélvicos.

### **Cuidados de la madre en el posparto luego de una cesárea.**

Durante el internamiento hospitalario de la madre se va a estar valorando:

- Signos vitales.
- Orina y características de ésta, a la madre para hacer la cesárea se le coloca una sonda Foley por espacio de 8 horas entonces es muy importante que después de retirada comprobar que la madre orine sin dificultad.
- Se mantendrá sin comer, y luego de 12 horas se iniciara con una dieta líquida y posteriormente una dieta blanda. Luego de una cesárea es común la distensión abdominal por acumulamiento de gases, esto se debe a la entrada de aire a la cavidad abdominal durante la cirugía.  
Al haber manipulación de los intestinos al momento de extraer él bebe, estos disminuyen su capacidad de movilidad y se hacen perezosos. Esta es la razón por la cual a la madre se deja varias horas sin comer e inicie con dieta líquida, lo que se busca es iniciar la dieta hasta que la motilidad intestinal se regule.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 223 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Se le aplicarán analgésicos para control del dolor, esto es fundamental para que la madre pueda atender adecuadamente al bebé y dar comodidad.
- Se va a estar valorando las características del sangrado y estado de la herida quirúrgica.
- Se recomienda iniciar deambulación temprana para apresurar la recuperación.

Los demás cuidados son mismos para el parto vaginal.

En el hogar los cuidados que se deben tener son:

- Dieta: mantener una dieta blanda al menos por una semana, evitando el consumo de grasas, lácteos, carnes rojas, gaseosas, aumentar el consumo de líquidos.
- Evitar levantar objetos pesados y esfuerzos físicos que involucre el área abdominal.
- Lavar la herida quirúrgica dos veces al día con jabón antibacterial, no cubrirla con gasas o vendas para evitar la humedad en la zona por lo tanto el inicio de un proceso infeccioso.
- Saber identificar signos de infección en la herida como salida de secreciones de la herida, piel alrededor de la herida enrojecida, dolorosa, dura y caliente.
- Asistir a la consulta posparto a los 8 días para valoración de los loquios (sangrado), consejería en planificación familiar, retirar los puntos de la herida quirúrgica, identificar problemas relacionados con la lactancia materna.
- Tomar periodos de descanso y sueño en el día aprovechando las siestas del bebé.

Los demás cuidados son los mismos utilizados para el parto vaginal.


### **Labor de parto y parto.**

En promedio un embarazo dura 280 días o 40 semanas. Sin embargo no se puede decir cuándo va a iniciar la labor de parto. La mayoría de las mujeres inician con el trabajo de parto entre las semana 38 a 41 semanas e incluso puede iniciar a las 37 semanas.

Labor de parto se define como: el proceso por medio del cual el cuerpo de la mujer se prepara para expulsar al feto y la placenta. Es la secuencia coordinada y eficaz de contracciones uterinas que da como resultado el borramiento y dilatación del cuello uterino permitiendo la salida del feto.

Aún no se sabe cuáles son los factores que dan inicio a la labor de parto, pero hay algunas señales que indican a la madre que se aproxima la labor de parto:

- a. Descenso del bebe a través de la pelvis: la mujer va a experimentar una sensación de descongestión y mayor facilidad para respirar pero al mismo tiempo va a sentir mayor presión sobre la vejiga apareciendo un aumento en la frecuencia para orinar. Esto puede darse días o semanas antes de iniciar la labor de parto.
- b. Aumento de flujo vaginal el cual puede ser rosado o tenido con sangre: durante el embarazo en el cuello del útero (cérvix) se forma un tapón de moco y sangre que protege al bebe evitando que bacterias de la vagina pasen hacia el sitio en donde está el feto.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 224 de 322	
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Cuando el cuello del útero empieza a ablandarse y dilatar este tapón se desprende y cae a la vagina, esto se conoce como “la salida de muestras” y puede darse días antes o al inicio de la labor de parto.

- c. Ruptura de membranas, conocida también como ruptura de la fuente. Se debe que se rompe el saco lleno de líquido que rodea al bebe y la madre va a sentir un líquido que gotea o sale a chorro por la vagina, este líquido deber ser color claro (parecido al agua de arroz) y tiene un olor muy particular.

Esto puede suceder varias horas antes de empezar la labor de parto o al final de la labor de parto.

**En el momento en que la madre siente que se le rompió la fuente debe acudir al centro hospitalario para valoración.**

- d. Antes de iniciar el trabajo de parto la mujer puede experimentar una falsa labor de parto que se caracteriza por contracciones irregulares, que no se hacen más seguidas, que se detienen al caminar o cambiar de posición. Son contracciones débiles no muy intensas o pueden iniciar muy intensas que se van debilitando y que se perciben solo en la parte del frente, mientras que las contracciones de la labor de parto comienzan en la espalda y se trasladan hacia adelante.

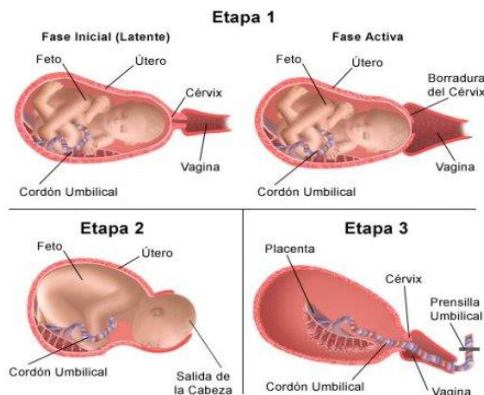
En una falsa labor de parto la madre puede experimentar contracciones seguidas por un buen rato y es aquí en donde muchas madres inexpertas al sentir las acuden al centro hospitalario y al llegar las contracciones desaparecen.

La labor de parto es un conjunto de eventos que se dan en el cuerpo de la mujer y que permite que se expulse al feto y la placenta.

Tiene varias etapas: (ver Figura 44)

- Etapa de dilatación y borramiento
- Nacimiento o expulsión.
- Alumbramiento.

Figura 58. Etapas Labor de parto y parto



FUENTE: <http://www.lookfordiagnosis.com/>

## 1. Etapa de dilatación y borramiento.

Tiene dos fases la fase latente y la fase activa. (ver Figura 45)


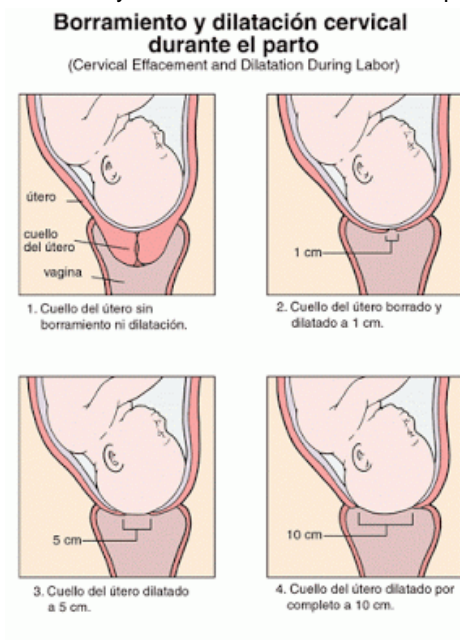
	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 225 de 322	
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Figura 59. Borramiento y dilatación cervical durante el parto



Copyright © 2003 McKesson Health Solutions LLC. All rights reserved.  
 FUENTE: <http://www.lookfordiagnosis.com/>

La fase latente va de 0-4 cm de dilatación, aparecen las contracciones uterinas las cuales son irregulares, de poca intensidad habiendo aproximadamente 2 contracciones en 10 minutos. Esto da inicio a la maduración del cuello uterino (cérvix) e inicio de la dilatación, sale el tapón mucoso o los restos de éste y tiene una duración de 20 horas en la mujer primeriza y de 14 horas en la mujer múltipara. (ver Figura 46)


Figura 60. Fase latente de la labor de parto





FUENTE: [http://adameducation.com/adam\\_images.aspx](http://adameducation.com/adam_images.aspx)

Luego inicia **la fase activa** que va de 4-10 cm de dilatación, se puede decir que aquí es donde inicia el verdadero trabajo de parto. Las contracciones son más regulares, intensas y prolongadas, llegando a ver hasta 4 contracciones en 10 minutos de 40-60 segundos de

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 226 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

duración. La mujer primeriza o primigesta dilata a razón de 1,2 cm por hora y la multípara 1,5 cm por hora.

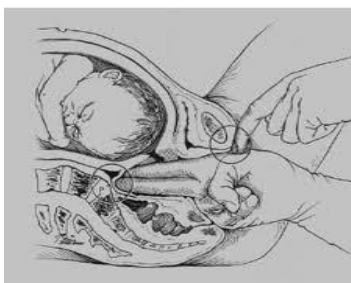
Como efecto de las contracciones el cuello del útero continua adelgazándose y además hay descenso del feto a través del canal de parto En esta fase puede haber ruptura de membranas y esto acelera el proceso.

En este periodo la mujer puede experimentar náuseas, vómitos, diarrea, fuerte opresión en el recto y sudoración.

Las contracciones uterinas son la base del trabajo de parto, inician en uno de los extremos del fondo del útero y se expanden como una onda a través del mismo hasta llegar al cuello del útero que lo traccionan hacia atrás al mismo tiempo se empuja al feto hacia abajo y la presión de la cabeza del feto en el cérvix hace que éste se adelgace y se abra hasta llegar a tener 10 cm y pueda pasar la cabeza del feto por ahí.

La evaluación de la dilatación lo realiza el médico o enfermera obstetra a través del tacto vaginal y consiste en introducir el segundo y tercer dedo dentro de la vagina de la paciente hasta alcanzar el cuello del útero y medir el diámetro que tiene el orificio. (ver Figura 47)

Figura 61. Evaluación de la dilatación a través del tacto vaginal




FUENTE: <https://embarazadatusdudasauclick.wordpress.com/author/mariapillado/page/5/>

## 2. Etapa de expulsivo o nacimiento

Una vez que la mujer tiene 10 cm de dilatación y ha descendido el feto (que se manifiesta con una opresión fuerte a nivel del recto) cambia la forma de las contracciones y en vez de dolor se siente un deseo de pujar. Estas contracciones de pujo hacen que finalmente salga el feto. Esta etapa tiene una duración de unos pocos minutos hasta dos horas.

## 3. Etapa de Alumbramiento

Se extiende desde el nacimiento del feto hasta la salida de la placenta, la placenta por lo general se desprende en la tercera o cuarta contracción uterina que siente la paciente después de la salida del bebé. La duración de esta etapa va de 3-30 minutos

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 227 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Luego de la salida de la placenta la persona que está atendiendo el parto procede a revisar el cuello uterino, la vagina y vulva en busca de desgarros o lesiones para posteriormente repararlos.

Se le administra a la madre una solución con oxitocina por vía intravenosa con el fin de favorecer la contracción uterina para que el útero empiece a recogerse y disminuir el sangrado.

Se mantiene a la mujer en la sala de parto por aproximadamente una hora para estar valorando el sangrado, los signos vitales e inicio del apego y la lactancia materna

**Episiotomía o piquete:** es un corte que se realiza en el tejido alrededor del orificio vaginal con el fin de ensanchar la salida de la vagina. Se hace en el momento en que está saliendo la cabeza del bebe. Se realiza solo en casos muy especiales.(ver Figura 48)

Figura 62. Episiotomía




FUENTE: [www.elembarazo.net](http://www.elembarazo.net)

**Desgarro:** es una ruptura espontánea del tejido el cual puede ser la piel, mucosa vaginal, músculo e incluso puede afectar el ano. Ocurre cuando está saliendo el bebe y puede darse por un tejido muy tenso con poca capacidad para estirarse.

**Cesárea:** es un procedimiento quirúrgico que consiste en practicar un corte en el abdomen y el útero, a través del cual se extrae el bebé. En algunos casos se programa de anticipado cuando hay situaciones que impiden un parto vaginal y durante la labor de parto cuando surgen complicaciones imprevistas.

Una cesárea es una cirugía abdominal mayor, y por eso presenta más riesgos que el parto vaginal. Las mujeres que dan a luz mediante cesárea son más propensas a tener infección, hemorragias intensas, más dolor después del parto y una recuperación más prolongada. Las lesiones en la vejiga o en el intestino (si bien no son muy frecuentes), también son más comunes.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 228 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Se hace cesárea cuando hay:

- Cirugías uterinas previas al embarazo como miomectomía.
- Embarazo múltiple trillizos, gemelos si estos no están colocados de cabeza.
- Si el bebé es muy grande con un peso estimado a más de 4000 gramos especialmente si es madre diabética.
- Si el bebé está colocado de nalgas o transverso.
- Placenta previa (cuando la placenta está ubicada tan abajo en el útero que cubre el cuello del útero)
- Se sabe que el bebé tiene una enfermedad o anomalía fetal que haría que el parto vaginal fuera peligroso.
- Mujeres con VIH positivo (sida).

**Se hace una cesárea durante la labor de parto si surgen complicaciones que indican que continuar con el parto vaginal va a ser peligroso:**

El cuello del útero deja de dilatarse o el bebé deja de descender por el canal del parto, y los intentos de estimular las contracciones y reanudar el proceso no ha dado resultado.


- La frecuencia cardíaca del bebé empieza a descender durante las contracciones indicando que él bebe no va a aguantar terminar la labor de parto y el parto.
- El cordón umbilical se desliza por el cuello del útero (esto se denomina prolapso del cordón umbilical). Si eso sucede, el bebé necesitará nacer inmediatamente, porque un prolapso de cordón puede cortar el suministro de oxígeno.
- La placenta comienza a desprenderse de la pared uterina (desprendimiento prematuro de placenta), lo que significa que el bebé no tendrá suficiente oxígeno, a menos que nazca inmediatamente.

Es importante señalar que una mujer después de haber tenido una cesárea puede tener un parto vaginal.

### **Cuidados de la mujer durante la labor de parto y parto**

El cuidado que debe tener la madre durante la labor de parto es:

- Tener una auto vigilancia de los cambios que se están dando en su cuerpo en el inicio de la labor de parto y asistir al hospital en caso de ruptura de membranas, disminución de los movimientos fetales, salida de sangre por la vagina.
- Al iniciar con contracciones en el hogar es recomendable que lleve un control de cuantas contracciones está teniendo en 10 minutos, si son 3 o más y las siente fuertes y dolorosas acudir al centro médico.
- Al iniciar con contracciones empezar con una dieta líquida para mantenerse hidratada debido a que puede haber vómitos y sudoración que va a provocar un mayor gasto de líquido en el organismo.
- Evitar comidas fuertes o pesadas.
- Hacer duchas calientes para aliviar la tensión.
- Poner en práctica las técnicas de respiración.
- Usar diferentes técnicas de relajación (música, aromaterapia, masajes etc.)

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 229 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003


- Hacer diferentes cambios de posición esto alivia la fatiga, aumenta la comodidad y mejora la circulación.
- En el hospital atender las instrucciones del personal de salud encargado de llevarle la labor de parto.
- Informar al personal de salud de lo que siente (intensidad de dolor, aumento de contracciones, salida de líquido o sangrado por vagina, desvanecimientos etc).
- Entender que el dolor es irremediable y parte del proceso, que las contracciones no se pueden detener porque estaríamos deteniendo la labor de parto.
- Comprender que cada experiencia en la labor de parto es personal, y que no debemos pensar en base a las historias que escuchemos de las demás personas.

El cuidado del personal de salud en la labor de parto va dirigido a:

- Valorar constantemente los latidos del corazón fetal.
- Valorar el ritmo y características de las contracciones.
- Colocar una vía intravenosa y mantener hidratada a la madre.
- Hacer monitoreos fetales a lo largo del trabajo de parto para valorar respuesta del feto a las contracciones.
- Valorar el avance de la dilatación y adelgazamiento del cuello uterino.
- Explicar a la paciente los procedimientos que se le realizan y el progreso de la labor de parto.
- Ayudar a la madre a disminuir la ansiedad y el estrés.

#### Bibliografía

- Casella, Carlos. (2000). Puerperio normal. Revista de posgrado de la Cátedra la medicina, Guatemala. N.100, pg. 2-6.
- Perry, S. Bobak, I y otros. Enfermería materno infantil. Editorial Océano. Vol I, sexta edición. España, pg291-488.
- Williams, Leveno y otros.(2006) Obstetricia. 23 edición, editorial McGrawHill. México.
- Alcolea, S y Mohamed, D. Guía de cuidados en el embarazo. Hospital Universitario de Ceuta. Instituto nacional de gestión universitaria, Madrid
- Tomado de <http://www.binasss.sa.cr/poblacion/Embarazo.htm>. Consultado el 13 de 2013, hora 19:00
- Tomado de <http://cuidadoenel embarazo.blogspot.com/>. Consultado el 14 setiembre 2013, hora 20:00.
- Tomado de <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/Internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>. Consultado el 15 de setiembre del 2013, hora 16:48.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 230 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N° 20: La Depresión Postparto

Dr. Harold Segura Quesada, Médico Psiquiatra, Área Atención Integral a las Personas

### Definición

La depresión postparto es un tipo de depresión que afecta hasta el 20% de las mujeres poco tiempo después de dar a luz. Estos síntomas usualmente se presentan en las primeras 2-4 semanas y pueden durar varios días. Los días posteriores al nacimiento es común que las mujeres experimenten trastornos en su estado de ánimo, que la mayor parte son transitorios, por ejemplo: por momentos pasan de estar o sentirse contentas, para luego empezar a llorar, esto se conoce como labilidad afectiva.

Es posible que se sientan un poco deprimidas, que tengan dificultades para concentrarse, que pierdan el apetito o que no puedan dormir bien, incluso cuando el bebé está dormido. Los síntomas pueden llegar a manifestarse hasta los 6 meses posteriores al parto, aunque pueden comenzar durante el embarazo y durar de unas semanas a algunos meses.

De forma poco frecuente, una depresión postparto puede desarrollar psicosis postparto (predominio de ideas delirantes). Esta es una enfermedad muy grave e incluye todos los síntomas de la depresión posparto y el hecho de pensar en hacerse daño a sí misma o en hacerle daño al bebé. La importancia de esto radica nuevamente en la necesidad de buscar ayuda inmediata por los equipos de salud mental de los Centros del Salud de la CCSS.

Es importante recordar que la depresión posparto es una enfermedad, como la diabetes o la enfermedad cardíaca y por lo tanto requiere de un tratamiento integral.


El riesgo general es de uno-dos casos por cada 1.000 nuevos nacimientos. Se ha comprobado que el 50-60% de los casos ocurren en primíparas, y que en el 50% de los casos se asocian a complicaciones psiquiátricas perinatales. (Simón Lorda, 1999)

### “POSTPARTUM BLUES”

Este cuadro consiste en un estado transitorio de reactividad emocional y ocurre en aproximadamente un 50%-85% de las mujeres que han tenido un parto recientemente. Las mujeres con tristeza postparto lloran con más facilidad que lo usual, están más irritables, y tienen una labilidad emocional mayor que lo habitual para cada una. El pico de “tristeza” se observa usualmente cerca de los 3 a 5 días luego del parto, en general coincidiendo con el inicio de la lactancia, y dura de varios días a semanas (en promedio remiten la sintomatología en 10 días). Este cuadro es por definición, autolimitado.

Como factores de riesgo se menciona que los antecedentes de depresión, sobre todo durante la gestación, incrementan el riesgo de disforia posparto. Los antecedentes de trastorno disfórico premenstrual también parecen constituir un factor de riesgo.

Aunque la ocurrencia de tristeza posparto no necesariamente refleja psicopatologías en la madre, algunos de estos cuadros, avanzan a desarrollar depresión posparto. En mujeres con historia de trastornos afectivos previos al embarazo, el cuadro denominado “postpartum blues”, pueden predecir el desarrollo de un trastorno afectivo mayor posteriormente.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 231 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Causas y factores de riesgo

La causa exacta de la depresión postparto no está clara.

Se plantea que puede estar relacionada a cambios hormonales repentinos durante y después del parto. Estos cambios hormonales pueden producir cambios químicos en el cerebro, los cuales son una causa de la depresión. Algunas enfermedades de la glándula tiroidea sin tratar también pueden asociarse con la depresión postparto.

Es importante recordar que si la mamá, se siente deprimida no significa que sea una mala persona, que haya hecho algo malo ni que se lo haya buscado.


## Factores de riesgo

Los siguientes factores incrementan la probabilidad de desarrollar depresión postparto. La importancia de esto radica en que debe de informarse al médico tratante, si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:

- Episodio previo de depresión o depresión postparto.
- Familiares con depresión.
- Antecedentes de síndrome premenstrual grave.
- Falta de apoyo y/o relación tensa con la pareja.
- Antecedentes de trastorno de ansiedad.
- Pocos familiares o amigos con quienes hablar o a quienes recurrir.
- Eventos de vida estresantes durante el embarazo o después del parto (como enfermedad grave durante el embarazo, nacimiento prematuro o un parto difícil).

Dentro de los síntomas de la depresión postparto, se pueden mencionar:

1. Pérdida del interés o del placer por la vida
2. Pérdida de apetito
3. Cambios rápidos en el estado de ánimo
4. Episodios de llanto o de tristeza
5. Poca concentración, pérdida de la memoria, dificultad para tomar decisiones
6. Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido
7. Irritabilidad, ansiedad o pánico
8. Inquietud
9. Miedo por lastimar o matar al niño(a) o a sí misma
10. Sentimientos de desesperación o culpa
11. Pensamientos obsesivos, especialmente irracionales, miedos recurrentes sobre la salud del niño(a) y su cuidado
12. Falta de energía o motivación
13. Pérdida o aumento de peso sin explicación

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 232 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

De los síntomas clínicos, que requieren una mayor atención, asociados con la depresión postparto que requieren la atención médica inmediata por parte de equipos de salud mental están:

- I. Falta de interés en su hijo(a)
- II. Pensamientos suicidas u homicidas
- III. Alucinaciones o ilusiones
- IV. Pérdida del contacto con la realidad.

### Diagnóstico

La incidencia de depresión postparto varía de acuerdo a patrones socioculturales, a la forma de medición, al momento de la evaluación y a los criterios diagnósticos utilizados. Se encuentran cifras desde el 3,7% al año en Minnesota, (Bryan 1999), hasta del 22,4%, a los dos meses, en Chile (Alvarado 2000).

Se basa en una historia clínica detallada por el equipo de salud, es de suma importancia, que la persona o familia en las consultas de control postnatal, tengan en cuenta los siguientes aspectos para consultar:

1. Me he sentido diferente después de dar a luz. ¿Son normales esas sensaciones?
2. ¿Indican mis síntomas que tengo depresión posparto?
3. ¿Cuánto tiempo pasará hasta que pueda esperar que se alivien mis síntomas?
4. ¿Qué puedo hacer en casa para ayudar a aliviar los síntomas?
5. ¿Qué debo hacer si mis síntomas no mejoran o si siento que podría hacerme daño a mí misma o hacer daño a mi bebé?
6. ¿Qué opción de tratamiento me recomienda? ¿Necesito tomar medicamentos?

Por otra parte el doctor le interrogará sobre sus síntomas e historial médico y le practicará una exploración física. El médico puede practicarle pruebas sanguíneas para ver si algún problema físico sin diagnosticar (tal como una afección de la tiroides) puede estar causando los síntomas. Puede ser referida a los equipos de salud mental.


### Tratamiento

El tratamiento para la depresión postparto, según cada caso y su gravedad, puede incluir psicoterapia individual o grupal, el uso de medicamentos prescritos por un especialista o ambos.

Los medicamentos pueden incluir:

- I. Antidepresivos
- II. Medicamentos ansiolíticos
- III. Medicamentos antipsicóticos (para casos graves)

Si la mujer se encuentra amamantando y requiere tomar un medicamento antidepresivo, la misma debe consultarle a su médico sobre los riesgos de tomar dicho medicamento mientras amamanta y si el medicamento puede afectar al bebé por medio de la leche materna. El médico puede determinar que medicamento puede utilizar de forma segura la mujer en proceso de lactancia y su bebé.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 233 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

La mujer que amamanta debe consultar a su doctor sobre los potenciales efectos secundarios de los medicamentos y sobre cómo pueden afectar la salud de su bebé mientras se encuentre amamantando.

Los grupos de apoyo para mujeres que sufren depresión postparto pueden ayudarle a ponerse en contacto con otras personas que luchan contra la depresión y logran continuar su vida sin complicaciones.

### Prevención

Se debe tener en cuenta que factores externos, son los que mayormente se asocian con aumento de intensidad asociada con el estrés, de tal forma que el poder sobrellevar esta etapa y los factores de riesgo favorecen el pronóstico de la enfermedad.


Se presenta una lista de recomendaciones que podrían ayudar a la mujer a prevenir la depresión postparto:

Antes del parto:

- Clases de educación prenatal sobre el alumbramiento y cursos psicoprofilácticos.
- Expectativas realistas sobre la experiencia de postparto
- Prepararse para los cambios, el sentirse abrumada ante los cambios es natural en las mujeres.
- Encontrar tiempo para ella misma, incluso si es solo durante 15 minutos al día, como leer, hacer ejercicio (caminar es excelente para su salud y fácil de hacer), tomar un baño o meditar.

Después del parto:

- Encontrar una persona con quien hablar y poder contarle lo que está sintiendo.
- Descansar lo suficiente
- Ponerse en contacto con personas que puedan ayudarla en el cuidado del niño(a), las tareas domésticas y los mandados. Esta red de apoyo social le ayudará a encontrar tiempo para ella, de modo que pueda descansar.
- Algunas mujeres se sienten mejor cuando el número de visitas es limitado; otras se sienten aisladas sin compañía y reconocen que se sienten mejor cuando tienen otras personas a su alrededor. Por lo tanto la mujer debe considerar esta variable para sentirse descansada y relajada.
- Llevar un registro. Todos los días, debe anotar sus emociones y lo que está sintiendo. Esta es una forma de dejar salir sus pensamientos y frustraciones. Una vez que la mujer comience a sentirse mejor, puede ir y releer su registro. Esto la ayudará a identificar qué tan bien se siente y a clarificar sus sentimientos.
- Incluso si solo puede lograr realizar una actividad por día, la mujer debe recordar que es un paso en la dirección correcta. Tal vez haya días en los que no pueda hacer nada, pero debe intentar no enojarse con ella misma cuando esto ocurra.
- La **mujer debe comprender que no se espera que** sea una "supermamá", ella debe ser sincera con respecto a cuánto puede hacer y pedir ayuda a otras personas cuando lo necesite.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 234 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Síndrome Premenstrual.

Es la presentación de un amplio grupo de síntomas emocionales o físicos, que ocurren generalmente 5 a 11 días antes de que una mujer comience su ciclo menstrual mensual. Los síntomas generalmente desaparecen cuando la menstruación comienza o poco después.

### Síntomas

El síndrome premenstrual se refiere a una serie de síntomas físicos, del comportamiento o emocionales que tienden a:

- 1-Empiezan durante la segunda mitad del ciclo menstrual (14 días o más después del primer día de su último período menstrual)
- 2-Desaparece de 4 a 7 días después de que termina un período menstrual (durante la primera mitad del ciclo menstrual)

No se ha identificado la causa exacta del síndrome premenstrual. Se sugiere que los cambios en los niveles de hormonas del cerebro pueden jugar un papel, pero esto no se ha demostrado.

Es importante destacar que el síndrome premenstrual puede estar relacionado con factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos.

Se estima que el síndrome premenstrual afecta hasta el 75% de las mujeres durante sus años fértiles.

Es más frecuente en las mujeres que:


- 1-Entre los 30 años o que tienen un poco más de 40 años
- 2-Que tienen al menos un hijo
- 3-Con antecedentes familiares o personales de depresión grave
- 4-Con antecedentes de depresión puerperal o un trastorno anímico afectivo.

Los síntomas típicamente son más intensos o empeoran en la mujer que está en o cerca de los 40 años ya que se aproxima al período de transición a la menopausia.

Hasta el 50 - 60% de las mujeres que sufren síndrome premenstrual grave tienen un trastorno psiquiátrico (trastorno disfórico premenstrual).

Los síntomas físicos más comunes abarcan:

- Llenura abdominal, sensación de gases. Se presentan frecuentemente molestias y distensión abdominal, alteraciones en el tránsito intestinal, con predominio de estreñimiento, todo lo cual motiva consultas frecuentes al gastroenterólogo, el cual generalmente las encasilla con el diagnóstico de " colon irritable " al no detectar patología orgánica digestiva y acompañarse de componentes psico-emocional (depresión, palpitaciones y cefaleas).
- Sensibilidad en las mamas. Los fenómenos inflamatorios que se producen en el SPM, provocan dolor y sensibilidad mamaria o mastodinia, con o sin hipersensibilidad de los pezones, presencia de nódulos transitorios, constituyendo un frecuente motivo de consulta en mastología.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 235 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Flujo crónico rebelde, prurito bulbo vaginal crónico. Menstruaciones dolorosas, abundantes y prolongadas (más de 3 a 4 días), oscuras, con coágulos o por el contrario, muy escasas. Irregularidades menstruales. Dolor con las relaciones sexuales. Frigidez, siendo menos frecuente la ninfomanía.  
Todos estos trastornos, a través, del tiempo pueden contribuir a acelerar el crecimiento de tumores benignos, tales como miomas, adenomiosis, agravando los problemas de endometriosis, patologías que muchas veces pueden llevar a operaciones y extirpaciones del útero (Histerectomía).
- Torpeza
- Estreñimiento o diarrea
- Deseos vehementes por alimentos
- Dolor de cabeza. Cefaleas y síndrome jaquecoso, que se hacen presentes por lo general en la segunda mitad del ciclo. Pueden haber parestesias, vértigo, agravación de cuadros neurálgicos y cuadros epileptiformes.
- Menor tolerancia al ruido y las luces
- La hipoglicemia es un síntoma frecuente, que podía explicar la nerviosidad, debilidad, y a veces lipotimias observadas en este período. Junto con esto, se presenta en estas pacientes un compulsivo deseo de ingerir hidratos de carbono, por constituir la hipoglicemia uno de los mejores estímulos del centro del apetito (porción lateral del hipotálamo).

Otros síntomas abarcan:


- Confusión
- Dificultad para concentrarse
- Fatiga. Mialgias, astralgias, calambres y molestias en la región lumbosacra.
- Sentimientos de tristeza y desesperanza (ver también trastorno disfórico premenstrual)
- Sentimientos de tensión, ansiedad o nerviosismo
- Tendencia al olvido
- Comportamiento irritable, hostil o agresivo, con arranques de ira hacia sí mismo o hacia los demás
- Pérdida del impulso sexual (puede incrementarse en algunas mujeres)
- Altibajos en el estado de ánimo
- Baja autoestima, sentimientos de culpa o aumento de los miedos
- Problemas para dormir (dormir demasiado o muy poco)
- Movimientos letárgicos, lentos y perezosos
- Problemas Dermatológicos, Inmuno alérgicos y Estéticos. Acné, sequedad del cutis, manchas pigmentadas faciales, palidez, ojeras, alergia premenstrual, rinitis alérgica, mayor caída del cabello (dermatología, cosmetología, inmunología).

### Signos y exámenes

No hay datos o hallazgos en la exploración física o mediante las pruebas de laboratorio específicas para el diagnóstico del síndrome premenstrual. Para descartar otras causas potenciales de los síntomas es importante tener:

- Una historia clínica completa
- Un examen físico (incluyendo examen pélvico)
- Una evaluación psiquiátrica (en algunos casos)

Un calendario de síntomas puede ayudar a las mujeres a identificar los síntomas más problemáticos y a confirmar el diagnóstico del Síndrome Premenstrual.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 236 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Tratamiento

Muchas de las intervenciones son de carácter recomendativo, incluyen un estilo de vida saludable es el primer paso para el manejo del síndrome premenstrual. Para muchas mujeres con síntomas leves, las estrategias con respecto al estilo de vida son suficientes para controlar los síntomas:

- 1-Beber mucho líquidos (agua o jugo, no gaseosas ni otras bebidas con cafeína) para ayudar a reducir la distensión, la retención de líquidos y otros síntomas.
- 2-Consumir comidas de forma frecuente y en pequeñas cantidades. No deje pasar más de 3 horas entre los refrigerios y evite comer con exceso.
- 3- Se recomienda el uso de suplementos nutricionales. La vitamina B6, el calcio y el magnesio se usan normalmente. El triptófano, que se encuentra en los productos lácteos, también puede servir.
- 4- Se recomienda una dieta baja en sal y evitar los azúcares simples, la cafeína y el alcohol.
- 5-Hacer ejercicio aeróbico regular a lo largo del mes para ayudar a reducir la severidad de los síntomas.

En algunos casos se requiere y no hay problema en tomar ácido acetilsalicílico (aspirina), ibuprofeno u otros antiinflamatorios no esteroideos (AINES) si usted tiene dolor significativo, incluyendo dolor de cabeza, dolor de espalda, cólicos menstruales y sensibilidad en las mamas.

## Valoración por especialista

- 1-Los anticonceptivos orales pueden disminuir o incrementar los síntomas del síndrome premenstrual
- 2-En los casos severos, los antidepresivos pueden servir.
  - Las primeras opciones normalmente son los antidepresivos conocidos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
  - La terapia conductual cognitiva puede ser una alternativa a los antidepresivos.
  - La fototerapia puede disminuir la necesidad de antidepresivos.

A los pacientes que tienen mucha ansiedad algunas veces se les administran ansiolíticos.

Los diuréticos pueden ayudar a las mujeres con retención severa de líquidos que causa distensión, sensibilidad en las mamas y aumento de peso.

La bromocriptina, el danazol y el tamoxifeno son fármacos que se emplean ocasionalmente para aliviar el dolor de mamas.


Pronóstico:

La mayoría de las mujeres que reciben tratamiento para los síntomas del síndrome premenstrual logran un alivio considerable.

## Complicaciones

Los síntomas del síndrome premenstrual pueden llegar a ser tan severos que le impiden a las mujeres desempeñarse normalmente.

Las mujeres con depresión pueden tener síntomas más severos durante la segunda mitad de su ciclo y pueden requerir ajustes en los medicamentos. La tasa de suicidios en mujeres con depresión es mucho más alta durante la segunda mitad del ciclo menstrual.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 237 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### Situaciones que requieren asistencia médica

Solicite una cita con su médico si:

- El síndrome premenstrual no desaparece con las medidas de cuidados personales
- Los síntomas son tan intensos que limitan su capacidad de desempeño

### Prevención

Algunos de los cambios en el estilo de vida recomendados a menudo para el tratamiento del síndrome premenstrual pueden ayudar a prevenir los síntomas o impedir su empeoramiento.

Asimismo, se puede comprobar el beneficio que ofrecen la práctica del ejercicio regular y una dieta bien balanceada (con aumento de granos enteros, verduras, frutas y disminución o suspensión del consumo de sal, azúcar, alcohol y cafeína).

Su cuerpo puede tener diferentes necesidades de sueño en diferentes momentos durante el ciclo menstrual de una mujer, por lo que es importante tener un descanso adecuado.

### Sobre el Síndrome Disfórico Premenstrual

Este afecta entre el 3 y 8% de las mujeres durante los años en que tienen períodos menstruales.

Muchas mujeres con esta afección presentan un grupo de síntomas asociados con:

- 1-Ansiedad
- 2-Depresión mayor
- 3-Trastorno afectivo estacional (TAE)

Como factores importantes de riesgo y que aportan a la sintomatología están:

- 1-Alcoholismo
- 2-Sobrepeso u obesidad
- 3-Ingesta de grandes cantidades de cafeína
- 4-Falta de ejercicio
- 5-Antecedentes heredo familiares del síndrome


### Síntomas

Los síntomas del síndrome disfórico premenstrual son similares a los del síndrome premenstrual; sin embargo, generalmente son más graves y debilitantes e incluyen al menos un síntoma relacionado con el estado de ánimo.

Estos síntomas se presentan durante la semana justo antes del sangrado menstrual y generalmente mejoran al cabo de unos cuantos días después de que comienza el período.

Para establecer diagnóstico del síndrome disfórico premenstrual, se deben presentar 5 o más de los siguientes síntomas para diagnosticar el síndrome disfórico premenstrual, incluyendo un síntoma relacionado con el estado de ánimo:

- 1-Desinterés en las actividades diarias y en las relaciones con los demás
- 2-Fatiga o falta de energía
- 3-Sentimiento de tristeza o desesperanza y posibles pensamientos suicidas

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 238 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- 4-Sensación de tensión o ansiedad
- 5-Sentimiento de pérdida de control
- 6-Deseo vehemente por consumir alimentos o comilonas excesivas
- 7-Altibajos en el estado de ánimo caracterizados por períodos de llanto
- 8-Ataques de pánico
- 9-Irritabilidad o ira persistente que afecta a otras personas
- 10-Síntomas físicos como distensión abdominal, sensibilidad en las mamas, dolores de cabeza y dolor muscular o articular
- 11-Problemas para dormir
- 12-Problemas para concentrarse

### Signos y exámenes

El síndrome disfórico premenstrual no se diagnostica por examen físico ni pruebas de laboratorio, se hace mediante una historia clínica completa y llevar a cabo un examen físico (incluyendo un examen pélvico) y una evaluación psiquiátrica para descartar otras afecciones.

### Tratamiento

Un estilo de vida saludable es el primer paso para manejar el síndrome disfórico premenstrual.

- Alimentación balanceada (con más granos integrales, verduras, frutas y disminución o suspensión del consumo de sal, azúcar, alcohol y cafeína).
- Ejercicio aeróbico regular a lo largo del mes para reducir la intensidad de los síntomas del SPM.

Es muy importante registrar:

- El tipo de síntomas que está experimentando
- La intensidad
- La duración

El mismo esquema de tratamiento del síndrome premenstrual.

Pronóstico


Después del diagnóstico y tratamiento apropiados, la mayoría de las mujeres con síndrome disfórico premenstrual sienten que sus síntomas desaparecen o caen a niveles tolerables.

### Complicaciones

Los síntomas del síndrome disfórico premenstrual pueden volverse tan intensos que interfieren con la vida diaria de una mujer. Las mujeres que sufren de depresión pueden presentar síntomas peores durante la segunda mitad de su ciclo menstrual y pueden requerir cambios en sus medicamentos.


Hasta un 10% de las mujeres que informan sobre síntomas de síndrome premenstrual, en particular aquéllas con síndrome disfórico premenstrual, ha tenido pensamientos suicidas. El suicidio en mujeres con depresión es mucho más probable que ocurra durante la última mitad del ciclo menstrual.

El síndrome disfórico premenstrual puede estar asociado con trastornos en la alimentación y el tabaquismo.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 239 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### Bibliografía.

- Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 2000; 38:84-93.
- American College of Obstetricians and Gynecologists website. Available at: <http://www.acog.com>.
- Bryan TL, Georgiopoulos AM, Harms RW, Huxsahl JE, Larson DR, Yawn BP. Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retrospective study. J Reprod Med 1999; 44:351-8.
- Leopold KA, Zoschnick LB. Postpartum Depression. Women's Primary Health Grand Rounds at the University of Michigan (series). August 1997
- Postpartum Major Depression: Detection and Treatment by C. Neill Epperson, M.D. (American Family Physician abril 15, 1999, <http://www.aafp.org/afp/990415ap/2247.html>)
- Simón Lorda et al. Psicosis Puerperal: aspectos clínicos y asistenciales. Revista Psiquiatría Pública. Volumen 11, Numero 3. Mayo-Junio, 1999.
- Women's Health Matters  
<http://www.womenshealthmatters.ca/index.cfm>.
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16260528?dopt=Abstract>
- <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10988/30146/30146.pdf>
- <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/1032.long>
- <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis19.pdf>.
- Andrea López-Mato, Gonzalo Illa, Oscar Boullosa, Coral Márquez, Alejandra Vieitez Instituto de Psiquiatría Biológica Integral (IPBI), Buenos Aires, Argentina. Trastorno disfórico premenstrual. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 2000; 38: 187-195
- Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder by Subhash C. Bhatia, M.D., and Shashi K. Bhatia, M.D. (American Family Physician octubre 01, 2002, <http://www.aafp.org/afp/20021001/1239.html>)
- KAPLAN H.H., SADOCK B. Premenstrual Dysphoric Disorder. En: Comprehensive Text Book of Psychiatry. Williams and Wílks. Baltimore. 6<sup>th</sup> Edition-1995,1707-1712.
- Lentz GM. Primary and secondary dysmenorrhea, premenstrual syndrome, and premenstrual dysphoric disorder: etiology, diagnosis, management. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM. Comprehensive Gynecology. 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2007: chap. 36
- Yonkers KA, O'Brien PM. Premenstrual syndrome. Lancet. 2008;371(9619):1200-1210.
- Vigod SN. Understanding and treating premenstrual dysphoric disorder: an update for the women's health practitioner. Obstet Gynecol Clin North Am. 2009; 36:907-924, xii.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 240 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## **Anexo N° 21: Lactancia Materna: entrega y amor desde el primer minuto de vida del recién nacido**

Dra. Ana Ruth Herrera Arroyo, Enfermera, Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo, Banco de Leche, Hospital Carlos Luis Valverde Vega

*Pierre Budín (1846-1907) en su libro El Lactante declara  
“favorecer la lactancia materna por todos los medios posibles y  
favorecer ayuda y consejo a las madres para que proporcionen la  
mejor nutrición a su hijo”.*

### **El primer encuentro: un lazo de amor para siempre**


El contacto físico del Recién Nacido y la madre inmediatamente después del nacimiento, es un derecho de la madre y el niño. El poder tocar, abrazar y alimentar al niño(a) cuando es introducido desde este primer momento en el mundo externo genera implicaciones positivas a corto y largo plazo. En este sentido, como personal de salud y como familia que espera al nuevo miembro debemos estar conscientes que, cuantos menos medicamentos se administren a la madre durante el parto, mejor será la respuesta, el deseo y la colaboración entre la persona recién nacida y su madre. Pues, las hormonas del “enamoramiento” como la oxitocina, se elevan posterior al parto, si la madre está consciente y activa, este es el mejor momento para el encuentro, que repercute además en la disminución de hemorragias en la madre al favorecer las contracciones del músculo uterino.

Al colocar al bebé sobre el abdomen materno, ese contacto piel con piel tiene efecto calmante y de confort, el ritmo cardíaco así como la temperatura del bebé se regula y la ansiedad de la madre disminuye. Al promover la regulación térmica (de la temperatura) con el contacto piel con piel se disminuye el aislamiento y el sentido de separación, iniciando el vínculo y apego entre estas dos personas que estarán enlazadas por el amor el resto de su vida.

Otro factor de importancia, a considerar para favorecer la práctica del apego, es que al encontrarse con su madre piel con piel el bebé disminuye la producción de las hormonas que le causan el estrés necesario durante el posparto, al alcanzar una mejor y más coordinada respiración, así como, realizar la búsqueda del seno materno el bebé se relaja. Con esto se completa su primer acto vital, el encuentro con la madre, al tiempo que recibe su primera vacuna el calostro. De modo que papá o acompañante de la madre durante el parto debe estar vigilante, de que si todo va bien con el parto, antes que los primeros cuidados que requiere el recién nacido, antes de las vacunas, gotas y medidas antropométricas es el contacto piel con piel, el contacto boca-pezones lo que se debe promover.

### **Creciendo juntos: lactancia exitosa**

Como se menciona en el artículo de cuidados del recién nacido, uno de los aspectos más importantes de impacto en el desarrollo del bebé es su alimentación exclusiva con leche materna los primeros seis meses de vida. La leche materna tiene todo lo que necesita el bebé: vitaminas, grasas y proteínas en la cantidad exacta. Por lo cual el bebé crece más sano y tiene mayores defensas, además del amor, calor y olor a mamá.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 241 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Con esto, se garantiza no solo un gran aporte al crecimiento saludable del niño(a) sino un logro para el clima familiar, donde prime la comunicación amorosa basada en el contacto físico, el cuidado y las palabras positivas. Y donde dar de mamar y recibir la leche materna, sea siempre un momento placentero.

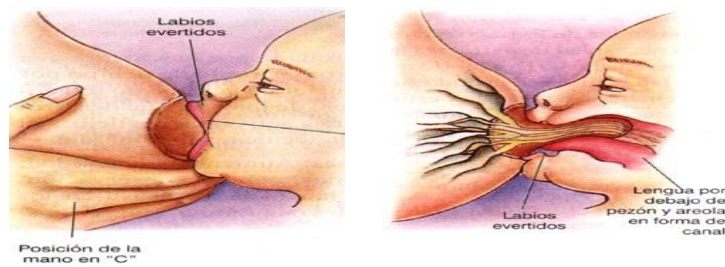
Solo así la madre podrá realizar el amamantamiento exitoso, que es aquel donde se aplica la posición y disposición adecuada, caracterizada porque:

La madre con confianza en sí misma, relajada, respirando profundo, baja sus hombros, abraza a su bebé, libera sus bracitos para que no interfieran con la posición, pega la pancita del niño con la suya, deja que la boquita del bebé se coloque frente a la aureola del pezón y agarre con los labios vueltos (evertidos) hacia fuera e inicie la succión, sin dolor para la madre. Mientras el niño(a) se amamanta, su cuerpo debe estar frente al de la madre sin que tenga que extender o girar la cabeza para comer.

Es importante asegurarse de que se está aplicando la posición correcta para el amamantamiento, tanto de la madre al estar sentada o acostada, siempre con la espalda bien apoyada, tomando en cuenta su comodidad y la de su bebé.

Revisar el acople del bebé es fundamental como se ilustra seguidamente. (ver Figura 49)


Figura 63. Acople del bebé al pezón en la lactancia materna



FUENTE: <http://lechematerna.galeon.com/tecnicas.htm>

La lactancia materna, es un proceso muy íntimo entre madre-hijo(a), sin embargo para lograrse de manera exitosa requiere de todos los miembros del grupo familiar. El apoyo emocional, la presencia, la tranquilidad en el ambiente y la protección que se brinde a la mamá y al bebé durante cada momento de amamantamiento, son vitales. La escena del amamantamiento, beneficia a todos los familiares cercanos al nuevo miembro, les da esperanza, despierta su ternura y acentúa el amor entre la pareja y entre los hermanos, en las familias que hay hijos(as) mayores renueva estos sentimientos y acrecienta la unión familiar. Ayudando a mejorar la salud integral de la familia, su unión y lazos de amor para toda la vida.

Para este proceso, no son necesarios chupones, chupetas ni pezoneras. Solo tiempo, deseo y conocimiento que se construye en conjunto con el personal de salud de las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo de los Hospitales que con gusto acompañan a las madres en sus dudas durante este proceso tan importante en sus vidas.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 242 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003


Desde el nacimiento del bebé, es importante considerar lo siguiente:

- Cada vez que se da de mamar, es necesario colocar al niño(a) en uno de los senos hasta que lo desocupe, luego se sugiere pasarlo al otro. En la próxima toma se sugiere iniciar con el último seno que se ofreció en la toma anterior.
- Se debe tener en cuenta que para mantener la producción de leche es necesario la succión del niño(a). Cuantas más veces al día succione el niño(a) mayor será la producción de leche materna. Por ello, se recomienda a la madre dar de mamar a libre demanda o sea cada vez que el niño(a) pida. El amamantamiento nocturno aumenta la producción de leche.
- Cuando la lactancia materna es exclusiva y a libre demanda, el niño(a) no necesita recibir agua ni jugos. La leche materna suple las necesidades nutricionales y de líquidos del niño(a).
- El uso de conchas recolectoras permite aislar el pezón del sostén y del contacto constante con la leche, esto evita que se suavice el pezón y la incubación de hongos.
- Antes de cada uno de los momentos de amamantamiento la madre debe lavarse las manos y asegurarse de que el niño(a) esté limpio y seco.
- Cada vez que el niño(a) mama debe estar descubierto (libre de cobertores o cobijas), para evitar que se duerma. Lo anterior permite contacto libre y estrecho con su madre mediante palabras, caricias y miradas. Luego de amamantar se debe evitar mover el niño(a) bruscamente para no correr el riesgo de vómito.
- Las madres que tienen abundante producción no deben sacarse la leche constantemente, ya que la extracción frecuente les causará sobre producción; salvo las madres que son donadoras en el Banco de Leche Humana o necesitan hacer reserva por motivo de separación de su hijo(a) por trabajo, estudio u otro.
- Cada vez que el niño(a) se duerme la madre debe aprovechar ese tiempo para descansar. Y durante los tres primeros meses después del nacimiento, debe evitar cualquier ejercicio fatigante.
- El Recién Nacido tiene tres reflejos que le ayudan a alimentarse:
  - **Reflejo de búsqueda:** ayuda al niño(a) a encontrar el pezón. Se estimula al tocar con el pezón la mejilla del niño(a).
  - **Reflejo de succión:** cuando se tocan sus labios, el lactante inicia movimientos de succión. Este reflejo es necesario para una alimentación adecuada y suele acompañarse del reflejo de deglución (tragar). El bebé succiona con un patrón más o menos regular de arranques y pausas.
  - **Reflejo de deglución:** se refiere al paso de la leche hacia el estómago, toma tiempo y se combina con momentos en los cuales el bebé respira. En la deglución intervienen un conjunto de movimientos voluntarios e involuntarios que el bebé perfecciona poco a poco.

Se Deben vigilar aquellos factores que pueden entorpecer o interferir con la lactancia materna, si no tomamos las medidas necesarias. Algunos de ellos son los siguientes.

### Cuidado de las mamas

Durante el baño diario de la madre no se recomienda utilizar jabón sobre los pechos solo abundante agua para lavarlos. Además es importante que realice palpación de sus senos y verifique que estén blandos, sin nódulos o tumoraciones (acumulación de leche).

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 243 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTATES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

No es necesario lavar los pechos ni antes ni después de los momentos de amamantamiento, porque se remueven los aceites naturales del pezón secándolos y dañándolos. Se sugiere sacar pequeñas cantidades de leche materna antes y después de cada toma y aplicarla sobre el pezón para protegerlo.

Dado que la humedad favorece la proliferación bacteriana (infecciones) y la formación de fisuras (grietas en el pezón), después de algunos de los momentos de amamantamiento se sugiere airear los senos durante el mayor tiempo posible. Si a pesar de esta medida, durante los primeros días de lactancia aparecen fisuras y dolor en los pezones **no se suspende la lactancia materna**, se aplica sobre ellos la leche materna y se debe revisar si se está aplicando la técnica correcta de amamantamiento. En estas ocasiones, se sugiere que consulte las clínicas de lactancia materna o visitar al médico.

Durante el embarazo y durante el periodo de lactancia es muy importante utilizar sostenes, que se ajusten correctamente a las mamas y que aseguren una buena circulación sanguínea, sin varillas y de colores claros, los oscuros favorecen la proliferación de hongos. En casos de pezón invertido o plano usar la copa recolectora desde el octavo mes de embarazo, esto solo si el embarazo ha transcurrido normalmente. Debe tenerse cuidado con los protectores, también conocidos como pezoneras porque mantienen los pezones en contacto con la humedad y favorecen el cultivo de hongos.

### **Alerta ante enfermedad (patología) en las mamas durante el proceso de amamantamiento**

Durante el proceso de amamantamiento (primeros dos años de vida o más del niño o niña) la madre puede enfrentar diversas patologías en sus mamas. Conocer acerca de ellas nos ayuda a realizar su identificación y atención de manera oportuna. En el caso de que la madre considere que cualquiera de estas patologías se presenta debe acudir a una consulta en la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo más cercana, para su atención. Algunas de las enfermedades (patologías) más frecuentes son las siguientes:

#### **1. Congestión mamaria**

- Se presenta del 3° al 6° día después del parto.
- Se produce por obstrucción de tubos que forman drenaje venoso y linfático, que obstaculizan la salida de la leche.
- Provoca el aumento en la presión en los conductos que llevan la leche y en los alvéolos (saquitos donde se produce la leche).
- Puede presentarse en los dos pechos (bilateral).
- Produce dolor en los pechos que se ven tensos, brillantes y duros.
- Podría haber fiebre, no hay tanto malestar general.

(ver Figura 64)


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 244 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Figura 64. Congestión mamaria



FUENTE: Lawrence, R. (1996). La Lactancia Materna. (4ª ed.). Madrid: Mosby

### Manejo de la congestión mamaria

- Revisar técnica de amamantamiento y aumentar frecuencia de lactadas.
- Aplicar compresas calientes.
- Masaje en forma circular y hacia el pezón.
- Extracción de leche en forma mecánica o por succión del niño(a) (el mejor extractor es el bebé).
- Aplicar compresas frías, puede ser con hojas de repollo (col) en agua fría para aliviar el dolor.
- Analgésicos.
- Utilizar sostenes adecuados, sin varillas.

### 2. Conducto obstruido

Aparece como una masa dolorosa y enrojecida en el pecho, de consistencia dura que luego de dar de mamar se mantiene. No hay fiebre. En el pezón puede verse un punto blanco en algunos casos. La madre va referir dolor moderado o severo en una de las zonas del pecho. Se produce cuando la leche materna no sale en la misma proporción en la que se produce, lo cual aumenta la presión en los conductos. La leche sufre algunos cambios físicos que la convierten en coágulo lo que impide su salida. Esto se produce por inadecuado vaciado de la leche de una zona de la mama o por presión en un área de la mama.

#### Manejo del conducto obstruido.

- Es necesario tratarse con masaje local, compresas tibias, extracción de la leche, para evitar la mastitis.

### 3. Punto blanco

Es una bolita o punto blanco que aparece en el seno, provocando dolor a la madre cuando el bebé se alimenta. Para tratarlo se recomienda

- Colocarse compresas tibias o baño en agua tibia.
- Realizar masaje circular de la parte superior al pezón.
- Usar analgésicos.
- Aumentar frecuencia de lactada
- Cambio en la posición para amamantar.
- Sostén adecuado.

(ver Figura 65)


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 245 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Figura 65. Punto blando en el seno



FUENTE: Lawrence, R. (1996). La Lactancia Materna. (4ª ed.). Madrid: Mosby

### Manejo del punto blanco.

- Colocarse compresas tibias o baño en agua tibia.
- Realizar masaje circular de la parte superior al pezón.
- Usar analgésicos.
- Aumentar frecuencia en las mamadas del niño(a).
- Cambiar la posición utilizada para amamantar.
- Usar sostén adecuado, sin varillas y no muy socado.
- Con aguja estéril, el personal de salud capacitado, puede eliminar punto blanco del pezón.

### 4. Mastitis

Es un proceso infeccioso de la mama que produce dolor, enrojecimiento y calentamiento del seno. **Habitualmente, solo está afectado un pecho y parte de él se pone rojo, hinchado y endurecido y puede haber síntomas generales de fiebre y mucho malestar. Un signo que aparece son las grietas y en algunas ocasiones se presentan náuseas y vómito.**

La mastitis recurrente puede presentarse debido a:

- Tratamiento inadecuado de la afección inicial.
- Técnica inadecuada de colocación del niño(a) al pecho.
- A veces la recurrencia se ha asociado con candidiasis que es una micosis causada por el hongo candida albicans, sin embargo los nuevos estudios científicos demuestran que la afección es producida por otro agente infeccioso, pero que responde bien al tratamiento con un antimicótico.
- En ocasiones existe una afección mamaria subyacente que origina persistentemente un mal drenaje en un pecho, tal como una malformación ductal, un quiste o un tumor, las cuales deberían identificarse y tratarse convenientemente.

(ver Figura 66)


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 246 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Figura 66. Mastitis



FUENTE: Lawrence, R. (1996). La Lactancia Materna. (4<sup>o</sup> ed.). Madrid: Mosby

### Manejo de la mastitis

- Generalmente necesita para tratarse antibióticos, analgésicos, vaciar por completo las mamas y hacer reposo en cama. Se recomienda el uso de compresas frías para alivio del dolor posterior a las compresas calientes y al drenaje. Se debe CONTINUAR LA LACTANCIA y la madre debe tomar abundantes líquidos para mantenerse hidratada.

### 5. Absceso mamario.

Se produce por un tratamiento inadecuado o tardío de una mastitis. En la mayoría de los casos se requiere aplicar el drenaje quirúrgico, tomar antibióticos, reposo, aplicar compresas calientes y vaciar por completo las mamas. Es una situación muy dolorosa, por lo cual debe evitarse que aparezca. En estos casos si no hay daño en la aureola se puede continuar con la lactancia materna. De lo contrario hay que extraer la leche hasta que pueda reanudarse la succión del lado afectado. (ver Figura 67)


Figura 67. Absceso mamaria



FUENTE: Lawrence, R. (1996). La Lactancia Materna. (4<sup>o</sup> ed.). Madrid: Mosby

### Manejo del absceso mamario.

- Referir a la paciente a un nivel terciario u hospitalario para su manejo.
- Tratamiento quirúrgico con drenaje o aspiración guiada por ultrasonido.
- Antibióticos intravenosos.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 247 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Continuar con la lactancia materna en admisión conjunta.

## 6. Otras afecciones.

- a. **Candiasis.** Hongo que tiene la capacidad de producir infección en el pecho materno. Aparece primero en la vagina. El bebé se infecta por su paso por el canal de parto y se lo transmite al pecho materno. Es frecuente también después del uso de antibióticos. (ver Figura 68)

Figura 68. Candiasis mamaria



FUENTE: Lawrence, R. (1996). La Lactancia Materna. (4º ed.). Madrid: Mosby

### La madre refiere:

- Prurito (picaazón) inicial en los genitales.
- Dolor en el momento en que el bebé mama y luego de amamantar.
- Es descrito como si le clavaran alfileres ardiendo en el pezón, extendiéndose el dolor al interior del pezón.

### Manejo de la Candidiasis.

- Antimicótico según protocolo (miconazol, ketoconazol, fluconazol).
- Tratamiento familiar.
- Mantener el pecho seco.
- Analgésicos.

### b. Fenómeno de Raynaud

- Se describe como un dolor agudo post – amamantamiento.
- Al retirar el pecho, el pezón y parte de la areola se ven blanquecinos.
- El pecho se observa rojizo, azulado y el dolor se intensifica aún más.
- Puede ser causado por medicamentos (teofilina), café, cigarro, frío y mala técnica.
- Se asocia a otras enfermedades (Lupus) y cirugía previa.
- Diagnóstico diferencial con cándida a repetición.

(ver Figura 69)


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 248 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Figura 69. Fenómeno de Raynaud



FUENTE: Lawrence, R. (1996). La Lactancia Materna. (4º ed.). Madrid: Mosby

### **Extracción, almacenamiento o donación de la leche materna**

La extracción de la leche tanto para el hijo(a) como para ser donada, requiere como condición principal el mantener la limpieza para reducir al máximo la contaminación. Por lo tanto, es indispensable un adecuado lavado de manos antes de cada extracción. En el caso de ser donadora para un Banco de Leche Humana, requiere recogerse el cabello, uso de cubre bocas y colocarse una bata limpia. En ambos casos además, se debe hacer en un área libre de polvo, que no se limpie con desinfectantes ya que la leche materna absorbe el olor y se altera su sabor. Debe limpiarse con alcohol, a esto debe agregarse, un ambiente tranquilo y relajante.


La extracción puede realizarse de manera manual o mecánica, en caso de manejo de extractores manuales es importante lavarlos con agua jabonosa y tibia para su esterilización antes de cada uso. Los recipientes de vidrio son los ideales para colocar la leche extraída que va a donarse al Banco de Leche. Para el consumo en el hogar pueden usarse también bolsitas o recipientes plásticos.

No es necesario sacarse de una vez toda la leche que uno pretende dejar para el bebé. Tampoco es necesario mantener separadas las distintas cantidades que se vayan extrayendo a lo largo de un día. Siempre que las cantidades previamente extraídas se hayan mantenido a una temperatura entre 0º y 15º grados, la madre puede utilizar el mismo recipiente para guardar la leche recién extraída, por un período máximo de 24 horas.

La leche puede almacenarse en la casa para uso del propio hijo(a) por un periodo hasta de tres meses en el congelador, tres días en la refrigeradora y ocho horas a la temperatura ambiente. Antes de almacenarla se debe escribir la fecha de extracción sobre el recipiente o bolsa en la cual se coloca.

Para consumirla después de congelada se aplican los siguientes pasos para que el niño(a) la consuma:


- Descongele la leche bajo el chorro de agua.
- Agite suavemente con las manos para estabilizar la temperatura.
- Nunca use el horno de microondas para calentar leche materna.
- Si la leche ha sido congelada y descongelada no debe volver a congelarse.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 249 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Es conveniente *almacenar* la leche materna en pequeñas cantidades que faciliten su descongelación.

### Bibliografía.

- Lawrence, R. (1996). La Lactancia Materna. (4<sup>o</sup> ed.). Madrid: Mosby
- Savage, F. 1996. Como ayudar a las madres a amamantar. Honduras: UNICEF, Welstart International, Ediciones Zas.
- Budín, P. 1907. El Lactante. Francia: Editorial the Caxton publishing company.
- Annelies, A. y Yeong, J. K. 2010. Protección de la salud infantil. (11<sup>o</sup> ed.). Malaysia: IBFAN (ICDC).

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 250 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N° 22: Cuidados Generales del Recién Nacido Sano.

Robert Moya Vásquez  
Médico Pediatra.

Coordinador de la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo Hospital Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón.

El personal de salud encargado de la educación en salud de los usuarios(as) de nuestra institución, deben conocer una serie de conceptos y temas relacionados con el bienestar del niño o niña recién nacido para que puedan dar consejería a la madre y su familia antes, durante y después del nacimiento del niño o niña.

Los recién nacidos sanos, aunque no presenten ningún problema, requieren una serie de cuidados y procedimientos más o menos rutinarios, y una valoración cuidadosa de su estado general y de la correcta instauración de la alimentación (Keefer C 1999)

Un recién nacido puede considerarse aparentemente sano cuando es a término ( $\geq 37$  semanas de gestación y menos de 42 semanas), tiene un peso adecuado para su edad gestacional, sus antecedentes (familiares, maternos, gestacionales y perinatales), el examen físico al nacer y previo a su egreso, su valoración y observación durante al menos 24 horas en el hospital donde nació, lo garanticen.

Teniendo claro este concepto podemos recomendar a las madres y su familia los siguientes cuidados generales:

### 1. Ambiente


Procurar un **ambiente** tranquilo, seguro y confortable a la madre y al padre para facilitar una mejor adaptación del niño o niña a su entorno familiar. (E. Doménech, N.González y J. Rodríguez-Alarcón 2008).

Los recién nacidos necesitan un ambiente relativamente tranquilo y estable. Un exceso de luz y de ruido produce irritabilidad y puede alterar el establecimiento de los ciclos de sueño y alimentación. Los adultos debemos adaptarnos a los ciclos del recién nacido y no al revés. Debemos respetar su sueño y sus preferencias de alimentación. Hay que advertir a los padres que el exceso de visitas, los ruidos repetidos del teléfono, el volumen alto de la televisión y las conversaciones en voz alta producen estrés en el recién nacido y pueden dificultar el sueño y la lactancia.

### 2. Cuidados del Muñón Umbilical

Cuidados Generales: el cordón umbilical se debe mantener limpio y seco. Se debe limpiar cada día en el momento del aseo general del recién nacido. La persona que lo haga se debe lavar previamente las manos.

Técnica de limpieza: Se limpia bien la base tirando suavemente de la pinza. Posteriormente se seca con una gasa limpia o aplicador y se deja que termine de secarse al aire, antes de colocar la ropa o el pañal.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 251 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Si se ensucia con orina o heces se repetirá el procedimiento de limpieza. No se deben colocar ni gasas ni apósitos (fajeros)

Observación diaria: Se debe observar diariamente el aspecto del muñón umbilical. Se valorarán los siguientes signos de onfalitis:

- Enrojecimiento, edema y calor en la base y la piel circundante.
- Secreción purulenta o serosanguinolenta.
- Olor pútrido.
- Aparición de ampollas en la piel circundante.

La aparición de una mínima secreción o un pequeño sangrado durante la fase de necrosis del muñón no es indicativa de onfalitis. Si ofrece dudas, debe consultarse siempre con el neonatólogo o pediatra. (Bustos G. 2008)

Insumos para la limpieza: La evidencia científica nos refiere que en condiciones normales es suficiente con limpiar con agua y jabón el muñón umbilical para evitar infecciones locales como la onfalitis. No se ha comprobado que el uso de antisépticos como el alcohol o la clorhexidina disminuyan estas patologías. Se ha visto que los antisépticos prolongaron el tiempo de la separación del cordón. Sin embargo el uso de los mismos se ha asociado a una reducción en la preocupación materna acerca del cordón umbilical. (Zupan J, Garner P2008).

Si se ha de recomendar de acuerdo a cada situación particular se puede usar la solución de clorhexidina al 4% o alcohol de 70 ° y se desaconsejan los antisépticos iodados como la povidona iodada, por la probabilidad de producir elevación transitoria de la TSH con la consiguiente alteración del despistaje de hipotiroidismo. (Palazzi DL, Brandt ML 2007)


### **3. Baño del Recién Nacido.**

La piel del recién nacido con más de 32 semanas de gestación está completamente formada, con un estrato córneo competente. Tiene un pH neutro (posteriormente se acidifica) y está cubierta de vernix caseosa, un material blanquecino, de tacto untuoso, formado por un producto oleoso secretado por las glándulas sebáceas, células de descamación del estrato córneo y pelo del feto. Este material tiene propiedades aislantes, hidratantes, antioxidantes y antimicrobianas.

En los nacidos a término es más abundante en los pliegues. El baño por inmersión como medida de higiene no tiene ningún sentido en las primeras horas de vida. Supone un riesgo claro de hipotermia y no tiene ningún beneficio. Además elimina el vernix, especialmente si se utiliza jabón.

Otro efecto indeseable es que elimina el olor del líquido amniótico de las manos del neonato, que se considera un factor favorecedor de la lactancia.

La utilización de cremas emolientes en los primeros días no está justificada y la mayoría contienen productos inadecuados para la piel del recién nacido, potencialmente irritantes o sensibilizantes. Igualmente hay que evitar los productos perfumados y las toallitas húmedas o con alcohol. Todos estos productos pueden irritar, sensibilizar o secar la piel. Tampoco tiene sentido retirar el vernix y administrar aceites. La Academia Americana de Pediatría recomienda el cuidado seco de la piel durante el ingreso habitual de los nacidos a término. En resumen, el

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 252 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

mejor cuidado en las primeras horas consiste en evitar las pérdidas de calor, no retirar el vernix, no bañar ni limpiar con jabón y evitar la irritación o el traumatismo de la piel. La limpieza de los restos del parto de la cabeza y del meconio adherido a la zona perianal puede hacerse con agua templada y una esponja suave o con una mínima cantidad de jabón neutro sin aditivos. A partir de las 48 horas, cuando la adaptación se ha completado con éxito y hay menos riesgo de hipotermia, puede empezar a hacerse un baño diario por inmersión en las condiciones adecuadas, sin jabón o con una mínima cantidad de un jabón adecuado no perfumado. (Bustos G. 2008)

En el recién nacido pretérmino hay que evitar los agentes de limpieza durante las dos primeras semanas y limpiar la piel suavemente sólo con agua tibia. (C. Ribes, F. A. Moraga 2008)

#### 4. Control de la Temperatura.

Las temperaturas altas se deben evitar, ya que pueden provocar hipertermia o sudamina y las temperaturas frías pueden dar lugar a hipotermia o paniculitis.

En las primeras semanas de la vida son frecuentes las crisis de sudoración y las miliarias, debido a la inmadurez de los centros nerviosos simpáticos que regulan la respuesta a los estímulos térmicos.

Hay que evitar la exposición ultravioleta excesiva. Las radiaciones solares tomadas con precaución son aconsejables, ya que los rayos ultravioletas B favorecen la síntesis de vitamina D necesaria para el crecimiento del niño/a y la disminución de la ictericia neonatal. El tiempo de exposición se debe limitar.

No se debe asolear al niño o niña después de la 9 am. Es necesario utilizar filtros con factor de protección alto, que no contengan sustancias irritantes para los ojos.

Los vestidos del recién nacido han de ser holgados y preferentemente de algodón. Se deben evitar las prendas de lana en contacto directo con la piel, ya que pueden ser irritantes.


El exceso de ropa es el responsable de la mayoría de casos de sudamina. (C. Ribes, F. A. Moraga 2008)

#### 5. Cuidados de la piel del área del pañal.

Cambio de pañales: se debe enseñar a los padres a mirar los pañales en cada cambio. Deben cambiarse cuando tengan una deposición o cuando se noten mojados con orina. La frecuencia de cambio dependerá de las deposiciones y las micciones de cada neonato cada día.

Aunque los pañales actuales son muy absorbentes, no debe dejarse un pañal sucio o húmedo mucho tiempo, porque puede irritar la piel.

La aparición de la dermatitis del pañal está en relación con la humedad, la irritación producida por las heces y la orina, la maceración secundaria a la oclusión por el pañal y la colonización microbiana, sobre todo por *Candida albicans*. En la mayoría de los casos se debe a que los cambios de pañal no se realizan con la suficiente frecuencia.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 253 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

La limpieza se puede realizar con un jabón suave seguida de un secado exhaustivo de la zona. Se pueden emplear pastas con óxido de zinc para mantener la piel seca y pomadas antifúngicas en caso de colonización por hongos. (C. Ribes, F. A. Moraga 2008)

## 6. Ropa del Recién Nacido.

Se debe utilizar ropa adecuada: holgada, de fácil colocación y retirada.

No se deben utilizar cintas o cordones que aprieten los tobillos o las muñecas y mucho menos el cuello. Los tejidos deben ser preferentemente de algodón e hilo. La lana puede ser irritante para la piel del recién nacido. Si se utiliza, no debe estar en contacto directo con la piel. (Bustos G. 2008)

## 7. Alimentación del Recién Nacido.

La leche materna es el alimento perfecto para el bebé. Es el único alimento que necesita durante los primeros seis meses de vida. Durante los primeros meses, el bebé no está listo para comer otro tipo de alimento. En caso que requiera suplementación por indicación médica en ninguna circunstancia se debe utilizar chupón.

## 8. Prevención de la muerte súbita del lactante.

Se debe recomendar:

Siempre hay que asegurarse de que el bebé esté a salvo mientras duerme. La mayoría de los bebés son sanos y no tienen ningún problema mientras duermen. Pero a veces, los bebés mueren mientras duermen. Esto se llama el Síndrome de Muerte Súbita Infantil (SMSI o SIDS, por su sigla en inglés) o muerte de cuna. Su causa aun no es muy clara.

Algunos estudios han encontrado que los bebés que duermen boca arriba tienen menos probabilidad de morir del SMSI. Siempre debe acostarse al niño o niña boca arriba para dormir.

Otros factores que reducen la probabilidad del SMSI son:


Amamantar a su bebé. La leche materna es el mejor alimento para el niño o niña. La leche materna protege al bebé contra muchas enfermedades, incluso contra el SMSI.

Un ambiente libre de humo. Además de prevenir el SMSI disminuye el riesgo de infecciones de vías respiratorias y otras patologías.

La cama. Asegúrese de que el colchón sea firme. No se debe acostar al bebé a dormir en superficies blandas o acolchonadas, como una almohada, una colcha o una cama de agua. No se deben poner peluches en la cuna a la hora de dormir.

Sobrecalentamiento: debe evitarse el sobrecalentamiento. El niño o la niña debe ser apenas tapado para dormir y la temperatura del cuarto debe ser agradable y confortable para un adulto abrigado livianamente. (AAP 2005)

## 9. Signos de Alarma en el Recién Nacido.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 254 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Los signos de alarma que deberían ser conocidos por los padres, madres y sus familias son:

- Llanto débil o peculiar.
- Rechazo o dificultad para tomar alimento.
- Falta o escasez de orina.
- Ausencia total de deposiciones.
- Diarrea, con 3 o más deposiciones en 24 horas, si no son después de tomar alimento y tienen consistencia muy desligada o aspecto anormal
- Vómitos numerosos y verdaderos, diferentes de la pequeña regurgitación después de alimentarse.
- Distensión abdominal persistente.
- Cianosis central (cavidad oral y peri oral)
- Color anormal de la piel. Muy pálida, amarillenta (ictericia), gris o morada.
- Temperatura anormal de la piel. Fría con menos de 36.5° en la axila o caliente, con más de 38°C.
- Trastornos de la respiración, con ruidos, movimientos respiratorios rápidos o difíciles, tos. Los estornudos son un buen síntoma en el recién nacido.
- Falta de respuesta a los sonidos
- No parpadear si se expone a la luz en los ojos.
- Movimientos en sacudidas de una extremidad, boca, ojos de muñeca.
- Extremidades demasiado quietas, rígidas o flácidas


## 10. Hallazgos normales en los recién nacidos

**Aumento de las mamas:** esto se debe al paso de estrógenos por placenta al niño o la niña. Es transitorio. Podría salir secreción láctea. No se debe estar tocando o exprimiendo. (ver Figura 70)

Figura 70. Aumento de las mamas en el recién nacido

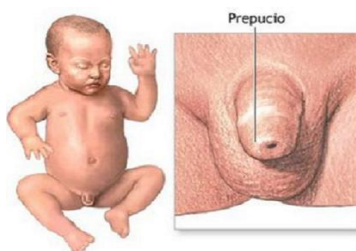


FUENTE: [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp\\_imagepages/](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/)

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 255 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Fimosis fisiológica del pene:** La mayoría de los niños tienen el pene con una fimosis temporal. El padre y la madre deben **retraer el pene sin fuerza** y lavar todos los días cualquier secreción. (ver Figura 71)

Figura 71. Fimosis fisiológica el pene



FUENTE: [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/)

**Sangrado vaginal:** Durante los primeros días posteriores al nacimiento las niñas pueden presentar un pequeño sangrado con moco blanquesino a nivel vaginal, esto se debe al paso de estrógenos por placenta a la niña.

**Color y consistencia de las deposiciones:** Las deposiciones del niño o niña van cambiando de características durante los primeros días; de negras oscuras y pegajosas (meconio), luego verdosas y al quinto día aproximadamente deben ser amarillas, líquidas y tan frecuentes como el número de tomas de leche materna.


**Marcas de la cigüeña o manchas de color salmón:** Son pequeñas manchas rosadas o rojas que se encuentran a menudo en los párpados, entre los ojos, en el labio superior y en la parte posterior del cuello de un bebé. El nombre viene de las marcas en la parte posterior del cuello donde, como el mito dice, puede que una cigüeña haya levantado al niño(a). Las manchas son causadas por una concentración de vasos sanguíneos inmaduros y pueden ser más visibles cuando el bebé está llorando. La mayoría de ellas se borran y desaparecen completamente durante el primer año. (ver Figura 72)

Figura 72. Marcas de la cigüeña



FUENTE: [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/)

**Exantema tóxico del recién nacido:** Es la erupción más frecuente en el neonato y afecta aproximadamente a la mitad de los recién nacidos a término, siendo rara en el prematuro. Las

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 256 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

lesiones aparecen en la mayoría de los casos entre el primer y el tercer día de vida, aunque pueden hacerlo más tardíamente incluso a las tres semanas de edad. La lesión cutánea básica es una pequeña pápula de 1 a 3 mm de diámetro, que evoluciona a una pústula con un halo prominente eritematoso. No requiere ningún tipo de tratamiento. (Bautista C R, Moraga F. A. 2007) (ver Figura 73)

Figura 73. Exantema tóxico del recién nacido



FUENTE: [http://health.bwmc.umms.org/esp\\_imagepages/2198.htm](http://health.bwmc.umms.org/esp_imagepages/2198.htm)

**Mancha mongólica:** La mancha azul se encuentra en el momento del nacimiento y va desapareciendo gradualmente en el curso de los primeros años de vida, aunque en algunos casos persiste durante la infancia y hasta la edad adulta. Es benigna. (ver Figura 60)

Figura 74. Mancha mongólica del recién nacido




FUENTE: [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/)

## 10. Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña

La Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Educación Pública y el Ministerio de Salud se unen para crear y presentar a toda la población la actualización del Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña –conocido como carné de salud o libro azul-.


Este Carné en su contenido ofrece información relevante no solo para dar seguimiento a la salud del niño o niña sino a su desarrollo integral como derecho de la niñez.

Este documento, resultado de un esfuerzo nacional, tiene como propósito brindar una herramienta para generar el trabajo conjunto del sector salud, el sector educación y las familias en la atención del desarrollo del niño y la niña.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 257 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

El Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña se organiza en 10 partes, identificadas cada una con bordes de la página en colores diferentes para una mejor comprensión del mismo. Las partes que contiene son las siguientes.

- **Introducción.** Páginas con bordes blancos. Describe quiénes participaron en la confección del carné, números telefónicos importantes de tener a mano, los objetivos del carné y el uso que se le debe dar.
- **Identificación.** Páginas con bordes fucsia. Incluye los datos de identificación del niño con sus características desde el nacimiento, se registra en la maternidad y tiene el aval del Registro Civil. También contiene un espacio para fotos del niño(a) y su familia.
- **Antropometría.** Páginas con bordes celestes. En esta parte se incluyen las Gráficas de peso, talla y circunferencia cefálica. Las cuales permiten que tanto las familias como los funcionarios y funcionarias de salud y educación, puedan dar seguimiento al crecimiento del niño o niña y a su estado nutricional.
- **Tamizajes.** Páginas con bordes verde claro. Esta parte contiene información acerca de las valoraciones que a todo niño y niña deben realizarse para prevenir enfermedades o problemas en su desarrollo, se incluyen la Prueba del Talón, el Tamizaje ocular (revisión de los ojos) y el auditivo (revisión de oídos y capacidad para escuchar). En cada uno se explica qué se valora y quién lo realiza.
- **Salud bucodental:** Páginas con bordes anaranjados. Contiene información acerca de la edad en que normalmente salen los dientes y la tabla para registrar el control de la salud bucodental.
- **Control:** Páginas con bordes azules. Incluye la tabla para registrar el control de citas para valorar el desarrollo del niño o la niña y el espacio para el registro de vacunas.
- **Habilidades del desarrollo:** Páginas con bordes morados. En esta parte del Carné se describen las acciones que según la edad se espera que el niño o niña realice, para que las familias observen si se presenta algún problema y consulten con el personal de salud o de educación.
- **Cuidados del recién nacido(a):** Páginas con bordes verde oscuro. Por la importancia de este momento de la vida para el resto del desarrollo del niño o niña, se incluyen en esta parte consejos que pueden ayudar a la madre, padre o encargado(a) a proteger y favorecer la evolución del nuevo miembro de la familia, desde consejos para garantizar una lactancia exitosa hasta sugerencias para su higiene y cuidado diario.
- **Alimentación y movimiento:** Páginas con bordes anaranjados. Brinda consejos acerca de la alimentación que necesita el niño o niña, recordándonos la importancia de consumir diariamente cantidades adecuadas de alimentos variados, naturales, limpios y presentados de manera atractiva para obtener las sustancias nutritivas que le permiten al cuerpo mantenerse sano. Se incluyen en esta parte también, recomendaciones para la actividad física de los niños y las niñas, partiendo de que éstos son activos por naturaleza y necesitan desarrollar actividades que impliquen acción, en espacios al aire libre que permitan el contacto con la naturaleza.
- **Cuidados Generales:** Páginas con bordes rojos. Este apartado del carné contiene consejos para que las familias garanticemos el bienestar del niño o la niña. Incluye información acerca de:
  - Cómo evitar el abuso y proteger al niño(a) cuando está fuera de casa.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 258 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Cómo promover que respire aire puro.
- Cómo evitar quemaduras y asegurar su seguridad cuando se transporta en vehículo.
- Cómo protegerlo cuando camina por las calles.
- Cómo evitar ahogos y daños por caídas.
- Qué tipo de juguetes comprarle.
- Cómo asegurar una relación segura del niño o niña con los animales.
- Cómo evitar intoxicaciones y cómo utilizar los medicamentos.

El carné cierra con un espacio para anotar el control de citas en el establecimiento de salud. En la parte de atrás de la cubierta del carné se incluyen los derechos de las niñas y los niños según el Código de la Niñez y la Adolescencia que es la Ley nº 7739.

### 1. Tamizaje Neonatal

El Programa Nacional de Tamizaje Neonatal (PNT) tiene como objetivo esencial detectar y tratar a tiempo enfermedades metabólicas hereditarias y trastornos relacionados, previniendo la discapacidad mental y física. Este Programa, permite además una mejor relación médico-paciente-familia, una práctica más eficiente y sobre todo más humana de la medicina.


La Prueba del Tamizaje Neonatal o Prueba del Talón es vital para detectar a tiempo enfermedades metabólicas que podrían afectar la salud y calidad de vida del niño o niña.

La prueba debe realizarse idealmente a los **4 días de nacido** en los Hospitales, Clínicas y EBAS de la C.C.S.S o Centros Privados.

En caso de ser necesario los padres serán contactados de inmediato y el niño o niña será referido a la consulta médica especializada del Hospital Nacional de Niños.

### Bibliografía

- Keefer C. Cuidados del recién nacido sano. JP. Cloherthy, AR. Stark (eds). Manual de Cuidados Neonatales. Masson S.A. Barcelona. 1999; pp 71-78.
- E. Doménech, N. González y J. Rodríguez-Alarcón. Cuidados Generales del Recién Nacido Sano. Protocolos de Neonatología. Asociación Española de Pediatría. 2008.
- Bustos G. Guía de Cuidados del Recién Nacido en las Plantas de Maternidad. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, España. 2008.
- Zupan J, Garner P Cuidado tópico del cordón umbilical en el nacimiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Palazzi DL, Brandt ML. Care of the umbilicus and management of umbilical disorders. UpToDate 15.3. 2007
- C. Ribes, F. A. Moraga. Cuidados de la Piel del Recién Nacido. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Asociación Española de Pediatría. España. 2008.
- Asociación Americana de Pediatría, The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk Pediatrics published online October 10, 2005
- Bautista C R, Moraga F. A. Recién nacido: Lesiones cutáneas benignas transitorias. Protocolos de Dermatología. Asociación Española de Pediatría. Madrid. 2007.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 259 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N° 23: Mitos y costumbres en el cuidado del recién nacido

Msc. Rita Hernández  
 Enfermera Coordinadora de la Clínica de Lactancia y Desarrollo  
 Hospital Benemérito Max Peralta de Cartago  
[ritahersol@yahoo.com](mailto:ritahersol@yahoo.com)

Msc. Kattia Morales  
 Enfermera Coordinadora de la Clínica de Lactancia y Desarrollo  
 Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia  
[kattiamg26@hotmail.com](mailto:kattiamg26@hotmail.com)

El cuidado del recién nacido responde a una perspectiva transcultural, por lo tanto es un reto para los y las trabajadores de la salud, el promover el embarazo responsable, la lactancia materna y los cuidados de los recién nacido, donde el abordaje temprano y oportuno en esos primeros días de nacido, es una prioridad.

Los primeros días posteriores al parto, la madre se siente cansada probablemente con dolor, incomoda y emocionalmente sensible pues se enfrenta a un nuevo rol, al cual debe adaptarse. La familia durante este periodo debe ofrecer apoyo a la madre sin ocupar sus funciones maternas, estando cerca, cooperando, acompañando y en ocasiones cuidando al bebé para que la mamá descanse.


Esto no significa hacer las cosas por la madre, los miembros con más experiencia en la crianza de los hijos(as) pueden dar sus consejos pero, las decisiones finales son de la madre y si está participando, también del padre. Esto también se aplica si la madre es una adolescente. Las abuelas materna o paterna son un apoyo al igual que el resto de la familia. Pero no deben interferir en el desarrollo del vínculo y apego entre madre-hijo(a), porque si lo hacen se generan problemas en el proceso de la lactancia materna y en el desarrollo del niño(a), además de que hacen sentir a la madre incapaz para proveer la alimentación y los cuidados a su hijo(a).

El apego es el lazo afectivo intenso que se forma entre dos personas como resultado de relacionarse y estar juntas. El apego adecuado lleva a la madre a estar alerta a las necesidades del niño(a), a estar cerca, a brindar seguridad, consuelo y protección (Gómez, Viquer y Canteno, 2005).

Para compartir estos conocimientos es importante la educación de la familia, en particular de la madre y su pareja o persona que la va acompañar en el proceso de crianza. De esta manera, podemos aprender las costumbres respecto a la manera de cuidar al recién nacido, que pasan de generación en generación y que ayudan a la madre y el padre a mejorar en su papel. A la vez que podemos criticar aquellas que se aplicaban en generaciones pasadas, pero, que hoy sabemos que atentan contra la salud del niño(a). A continuación se presentaran algunas ideas en torno a estas prácticas que se han recopilado en las consultas diarias de las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo, en la consulta post parto y en las charlas que se imparten diariamente en los servicios de neonatología y alojamiento en conjunto de los hospitales de la C.C.S.S.

### 1. “Si el niño o niña llora mucho tiene hambre o está mal”

**Falso.** El llanto del niño(a) es la forma de comunicarse con su madre o cuidadores, algunos niños(as) necesitan ser cargados o arrullados por periodos de tiempo más largos, lo cual se

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 260 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

considera una necesidad individual. Algunas personas refieren que el niño(a) no se debe alzar porque si no "se acostumbra a brazos". Pero debemos saber los que brazos ayudan al niño(a) a recordar el ambiente amortiguador del que viene "la pancita". Son cálidos y acogedores, además están acompañados de movimiento como cuando el bebé nadaba en el líquido amniótico.

**2. "Los bebés recién nacidos deben bañarse hasta una semana después de nacidos porque se enferman".**

**Falso.** Se debe bañar al niño o niña al día siguiente a su nacimiento, evitando las corrientes de aire y en un lugar seguro. El baño del niño(a) tiene varias funciones:

- Garantiza una adecuada higiene.
- Facilita el vínculo padre/madre – niño(a) al crear un ambiente agradable y una experiencia de disfrute, estimulando de esta manera el desarrollo psicomotor del bebé con las caricias, la sensación de frío o calor, la humedad.
- Para el niño es una oportunidad para el juego y la relación con su padre, madre o persona que le cuida.
- Estimula la circulación y los sentidos.
- Ayuda a que el bebé se relaje, lo que más adelante lo inducirá a un descanso sueño.

**3. "El recién nacido debe ser bañado dos veces al día, en la mañana y en la tarde porque tiene el "tiempo perdido" (noche/día) y bañarlo en la tarde favorece la orientación de su ciclo de sueño y vigilia".**

**Falso.** El niño(a) tiene su propio ritmo de sueño. Un estudio realizado por Derrick y PatriceJelliffe en Nigeria, reveló que los bebés hasta los diez meses reciben hasta un 25% de leche materna durante la noche (Liga de la leche internacional, 1997). Esto explica porque quieren lactar en la noche, no tiene nada que ver con la idea de que su ciclo de sueño no esté bien.


Además es importante recordar que durante el primer mes de vida, existe una etapa de ajuste del bebé que le lleva a dormir hasta 22 horas al día. Para el final del mes de edad, poco a poco madre-niño(a) ya han construido su propio horario, considerando los tiempos de toma de leche materna y los tiempos de sueño.

**4. "El ombligo debe limpiarse con "licopodio", sal, compresas calientes o frías para que sane rápidamente".**

**Falso.** Según lo recopilado las madres refieren que su familia les recomiendan el uso de sustancias como licopodio que es una planta pteridofita o criptógama de las licopodiales (Norma, 2000) y que según refieren tenía efectos de secado del muñón en forma rápida. La sal de mesa también fue utilizada por su efecto deshidratante, algunos más elaborados como aplicar compresas calientes para que "no entrara un resfrió "sobre todo en las noches, por ser una área abierta. Ninguno es necesario. Como se señala en el artículo de cuidados del recién nacido: se limpia bien la base con agua limpia tirando suavemente de la pinza. Posteriormente, se seca con una gasa limpia o aplicador y se deja que termine de secarse al aire, antes de colocar la ropa o el pañal.

**5. "Hay que ponerle fajero al bebé para que el ombligo no se le salte"**

**Falso.** Esa tela que se amarra alrededor del abdomen del niño llamada fajero, depende del cuidado y fuerza con que se amarre, así va a limitar la respiración del niño o niña, la cual es principalmente abdominal. Por ello, es una de las prácticas más peligrosas para la salud del

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 261 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

niño(a), en especial cuando se coloca una moneda en esta área del ombligo sujeta con el fajero. Esto causa infecciones que pueden dañar al recién nacido.

**6. “El niño(a) vomita (regurgita) porque le cayó mal la leche”**

**Falso.** La regurgitación es la expulsión de pequeñas cantidades de alimento sin ningún esfuerzo, debido a la inmadurez del esfínter gastroesofágico del recién nacido y puede durar varios meses (Posada, Gómez y Ramírez, 2004). Se debe educar a la madre en utilizar medidas anti reflujo como dar pecho con el niño(a) en posición semi sentado manteniéndolo 15 minutos en esta posición luego de comer y al acostarlo colocarlo en posición semifowler o semi sentado(a). No percutir la espalda para sacar aire, más bien colocarlo sobre el hombro haciendo una leve presión en el diafragma, que puede que expulse o no el aire, si la madre tiene mucha leche es importante que se extraiga un poco de leche antes de pegárselo al pecho para que el flujo disminuya un poco y así el niño(a) no vomite por exceso de contenido lácteo.

**7. “Cuando el bebé tiene hipo hay que colocarle un papelito impregnado con agua fría o miel en la frente”**

**Falso.** El hipo se produce por contracciones del diafragma y se asocia con el frío o con la alimentación (Posada, Gómez y Ramírez, 2004). Si ocurre, únicamente se requiere colocar al niño o niña de nuevo al seno materno por algunos segundos, así, éste desaparece.

**8. “El bebé puja porque está estreñido o le duele la pancita”.**


**Falso.** El pujo es frecuente en el recién nacido, parece que el niño o niña hace esfuerzos como si tuviera dolor; esto no tiene ningún significado especial y parece deberse a inmadurez del aparato gastrointestinal (Posada, Gómez y Ramírez, 2004). La madre lo asocia a estreñimiento, o a dolor gástrico por intolerancia a la alimentación que recibe en ese momento, pero esto desaparece espontáneamente sin ningún tratamiento. Se debe informar a la madre en que las evacuaciones varían de un bebé a otro e incluso de una semana a otra en el mismo bebé (Liga de la leche, 2000). Si el bebé recibe leche materna exclusiva, sus deposiciones serán frecuentes 6 a 7 veces al día y de características semilíquidas y color verde a terminar en amarillo intenso.

**9. “El bebé necesita tomar agua porque le da mucha sed”.**

**Falso.** El agua es el componente más abundante de la leche de todos los mamíferos; la cantidad de agua de la leche humana es del 87% y el resto de los compuestos están disueltos en ella (Aguilar, 2005). Se debe orientar a la madre que sea ella quien deba aumentar su ingesta de líquidos, pues, es necesaria para la producción de leche, pero que el niño(a) no necesita más líquido que la leche materna en los primeros seis meses de vida. A partir de esta edad, debe recibir otros líquidos y alimentos sólidos junto con leche materna para crecer.

**Finalmente se refieren a continuación algunas prácticas meramente culturales, que no aportan al desarrollo del niño o niña porque son FALSAS:**

- Colocar algodón en la cabeza del niño(a) justo en la fontanela anterior aparentemente previene para que “al niño(a) no le entre un resfrío”, otros refieren que “para prevenir un golpe o fricción en esa área”, también se habla de que por ser un lugar de mucha sensibilidad puede darle “calor o frío”, la verdad es que la colocación de algodón en la “mollera” es por simple protección.
- Colocar una cinta roja en el brazo para evitar el “mal de ojo o la envidia”.


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 262 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- No dejar que al niño(a) lo alcen mujeres con el periodo menstrual porque al niño(a) le da pujo.
- Es común que las familias crean que si al niño(a) se le subió la “bilis” es porque la mamá se llevó una cólera en el embarazo.
- Para que el niño(a) no se ponga icterico algunas personas a las que se les preguntó refieren darle agua tibia, colocarlo en una lámpara y la más insólito darle fresco gaseoso “fanta de naranja” pero solo de este color. Otras soluciones son colocar un limón verde en la almohada de niño(a), para que lo amarillo del bebé sea absorbido por el limón, viajar a Orotina, porque allí el sol quita lo amarillo.

**La más preocupante es la recomendación de suspender el pecho y ofrecer sueros orales y otros tipos de leche para superar la ictericia.**

#### **Bibliografía.**

Posada, A., Gómez. y Ramírez, A (2004). El niño sano. Bogotá: Medica Panamericana.  
 La liga de la Leche Internacional. (2001). El arte femenino de amamantar. México: Pax México.  
 Aguilar, V. (2005). Lactancia materna. Madrid: Elzevir.  
 Gomez,A.,Viguer, P. y Cantano,M., (2005). Intervención temprana. Madrid: Psicología Pirámide.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 263 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N° 24: Actividades de estimulación temprana para niños(as) de 0 a 12 meses

Dra. Yendry Solano Ramírez  
Médica con Maestría en Estimulación Temprana

El Amor  
Cualquiera que sea la pregunta, la respuesta es el Amor.  
Cualquiera que sea el problema, la respuesta es el Amor.  
Cualquiera que sea la enfermedad, la respuesta es el Amor.  
Cualquiera que sea el dolor, la respuesta es el Amor.  
Cualquiera que sea el miedo, la respuesta es el Amor.  
El Amor es siempre la respuesta...  
Porque el Amor es todo lo que existe.

*Madre Teresa de Calcuta*

La estimulación temprana “es potencializar el desarrollo del niño(a) en las diferentes áreas del desarrollo, con actividades seriadas y secuenciadas” (Orlando Terre, 2007). Dichas áreas son:

- Área motriz gruesa
- Área motriz fina
- Cognoscitiva
- Social – Afectiva
- Lenguaje
- Hábitos y costumbres.

Para realizar la estimulación se recomienda lo siguiente:

- Realizarla cuando el niño(a) se encuentre despierto, activo, sin fiebre, ni irritable.
- La madre o la persona que va a realizarla deben dedicarle el tiempo al niño(a), no estar preocupada o estresada.
- Realizar un horario semanal con las diferentes actividades por áreas.
- Las actividades se realizan en orden y una por una.
- Los materiales se van mostrando al niño(a) uno a uno para no distraerle.
- Cuando el niño(a) realiza sin dificultad una actividad, se continúa con otra definida para mayor edad.

### Actividades

#### Estimulación temprana


##### 1 mes

##### Objetivos

- Fortalecer los músculos del cuello y cuerpo.
- Estimular la fijación y seguimiento de objetos.
- Estimular la percepción de sonidos.
- Estimular el tacto con diferentes texturas.
- Estimular equilibrio.

##### Materiales

- Canción.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 264 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Objetos de colores negro y blanco.
- Sonajeros.
- Cascabeles.

### **Estimulación de la motricidad gruesa.**

Poner al bebé en posición boca abajo, y presentarle un estímulo donde el bebé lo pueda observar, luego se sube 7 cm y se baja.

Situado cerca de él y utilizando un juguete de color llamativo, preferiblemente sonoro, atraiga su atención.

Desplace el juguete a la derecha y a la izquierda suavemente, tratando de que el niño(a) lo siga con la vista, moviendo su cabeza. Si no lo realiza, asístalo para que lo haga.

También puede trasladarse de un lado al otro de la cuna, mientras le habla para atraer su atención.

### **Estimulación socio-afectiva.**

Toque las mejillas o los labios con el pezón o los dedos.

Estimule la succión dándole a oler la leche regada alrededor del pezón

El momento de la alimentación debe ser agradable para el niño(a), no se apresure, tome su tiempo.

### **Estimulación vestibular.**

Acostar al bebé sobre una mecedora o hamaca.

### **Estimulación auditiva.**

Se producirán sonidos con cascabeles o cajas con piedras u otros objetos sin que el niño(a) pueda verlos para que él (ella) intente buscar la fuente sonora, se producirá el sonido sobre el hombro en el lado izquierdo y con un intervalo de tiempo se estimulará el otro lado, con esta actividad se estimulará la percepción de sonido.

Escoger una canción con la que la madre, el padre y el niño(a) podrán realizar movimientos suaves y rítmicos en el salón, a medida que pasan las sesiones el niño(a) identificará la canción y reconocerá que es con la que él (ella) baila con mamá y papá.

### **Estimulación temprana**


#### **1-2 meses.**

Objetivos.

- Fortalecer los músculos del cuerpo
- Estimular el equilibrio
- Estimular la fijación y seguimiento de objetos
- Estimular la percepción de sonidos
- Reconocer diferentes texturas.
- Estimular la memoria.

Materiales.

- Materiales de diferentes texturas.
- Balón terapéutico.
- Objetos con sonidos.
- Hamaca.
- Canción.
- Objetos de colores negro y blanco.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 265 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Sonajeros.

### **Estimulación motriz gruesa.**

Se pondrá al niño(a) en posición boca arriba, se tomará de las manos y tirar hacia adelante hasta sentarlo(a), y volver a la posición inicial, este ejercicio se repetirá tres veces, este ejercicio ayuda a fortalecer los músculos a nivel de cuello y espalda.

Se pondrá al bebé en posición boca abajo, se empujará con la mano sobre la planta de un pie, para que el niño(a) avance, luego se le empuja el otro pie y se repite lo mismo tres veces, esto le obligará a hacer fuerza con sus brazos y piernas y a levantar cabeza.

### **Estimulación táctil.**

Pasar sobre el cuerpo del bebé diferentes texturas y a medida que va tocando las partes del cuerpo se van nombrando aunque el bebé no las identifique.

Masajes

### **Estimulación vestibular.**

Acostar al bebé sobre una mecedora o hamaca.

Colocar el niño(a) boca abajo sobre balón terapéutico.

### **Estimulación cognoscitiva.**

Estimulación del reconocimiento de las partes del cuerpo, haciendo movimientos con cada una de las partes y se irán nombrando cada una de ellas.

### **Estimulación visual.**

Se estimulará el seguimiento visual con un objeto amarrado de una cuerda y se la pasará al niño(a) de la línea media hacia un lado y vuelve a la línea media hacia el otro lado, luego se vuelve.

Colocar bolas de colores para que el bebé trate de agarrarlas con las manos, luego ponerlas en los pies, dejar que roce las piernas del bebé para que intente patearlas.

### **Estimulación auditiva.**

Se producirán sonidos con cascabeles o cajas con piedras u otros objetos sin que el niño(a) pueda verlos para que el intente buscar la fuente sonora, se producirá el sonido sobre el hombro en el lado izquierdo y con un intervalo de tiempo se estimulará el otro lado, con esta actividad se estimulará la percepción de sonido.

### **Estimulación temprana.**

#### **2-3 meses.**

Objetivos

Fortalecer los músculos de las piernas, la espalda, brazos y manos.

Estimular la percepción de sí mismo como un todo.


Reforzar la fijación de la mirada de un objeto y el seguimiento del mismo.

Reconocer los miembros inferiores.

Estimular el sistema vestibular con balón terapéutico.

Materiales.

- Manta
- Aros

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 266 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Bolas de colores
- Colchoneta o cobija
- Aceite de almendras
- Esponjas con distintas texturas.
- Objeto que capte su atención
- Títeres

### **Estimulación motriz gruesa.**

Se acostará al bebé sobre una manta y se balanceará sobre su lado derecho hasta que logre girar y luego se balanceará sobre su otro lado, esto se hará a través de estimulación visual para que el niño(a) se fije en los objetos y logre girar.

Colocar bolas de colores para que el bebé trate de agarrarlo con las manos, luego ponerlos en los pies, dejar que roce las piernas del bebé para que intente patearlas.

Se colocará al bebé en posición prona y se pasará un dedo a lo largo de la espalda, y luego se le pasarán los dedos en forma de golpeteo.

Colocarlos con objetos en frente para una mejor posición sentado.

Coger el juguete que se le pone en frente

Colocar una cobija para que el niño(a) se vea las piernas y las reconozca.

### **Estimulación táctil.**

Se realizarán masajes al niño(a) con aceites naturales, todas las noches antes de dormir o después del baño, es un masaje relajante.

Pasar sobre el cuerpo del bebé diferentes texturas, en orden si se realiza en brazo derecho se realiza en brazo izquierdo, y así posteriormente las otras partes del cuerpo, antebrazos, manos, muslos, piernas, pies, mejillas, etc. Y a medida que va tocando las partes del cuerpo se van nombrando aunque el bebé no las identifique.

### **Estimulación vestibular.**

Acostar al bebé sobre el balón terapéutico, sostenido por los muslos y se hará rodar el balón con movimientos lentos y rítmicos.

Sentar a la mamá sobre el balón y se le pedirá que sostenga al bebé en sus brazos y de esta manera se balanceará hacia arriba y abajo, 10 veces, se detendrá y luego volverá a comenzar.

Si no se cuenta con balón terapéutico, colocar al niño(a) sobre la rodilla en forma de caballito y se realizarán movimientos de derecha-izquierda, arriba-abajo

### **Estimulación visual.**


Se estimulará la fijación de la mirada en un objeto y el seguimiento que el bebé hace a éstos, se le estimulará de frente a él (ella) con un objeto que le llame la atención para que intente agarrarlo, y se moverá de arriba hacia abajo, y de un lado a otro.

El acompañante del bebé se pondrá unos títeres en sus dedos a blanco y negro y se moverán los deditos a medida que se le va cantando una canción, se acercará y alejará del bebé.

### **Estimulación auditiva.**

Se le enseñarán diferentes animales como perro, gato, aves a medida que se le enseña la imagen y la madre reproducirá el sonido frente al bebé para que el intente imitar el sonido o simplemente logre reconocer y sonido.

### **Estimulación Temprana**

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 267 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### 3-4 meses

#### Objetivos

- Fortalecer los músculos de la cabeza, piernas y brazos.
- Fortalecer los músculos de la espalda, tórax y caderas.
- Discriminar sonidos que actúan como señal.
- Reconocer estados de ánimo.
- Estimular el giro boca abajo a boca arriba y de boca arriba a boca abajo.
- Seguimiento y fijación hacia un objeto.
- Estimular el reconocimiento de sí mismo.
- Utilizar el juego como elemento de socialización.

#### Materiales

- Rollo
- Balón terapéutico
- Canciones
- Guante de texturas
- Crema de afeitar
- Espejo
- Cobija o paño

#### **Estimulación motricidad gruesa.**

Colocar al bebé en posición prona, con un rollo (si no se cuenta con un rollo se puede utilizar un paño o una franela enrollada) a la altura del pecho. Seguidamente se le muestra algún objeto y el movimiento en forma horizontal y vertical, de arriba abajo para que mueva la cabeza hacia atrás y lo siga.

Colocar al niño(a) en posición boca arriba, tómalolo de las manos y trata de levantarlo quince o veinte centímetros.

Si el bebé no alza las piernas espontáneamente, coloca una manta doblada tras su espalda y levántele las piernas cada vez más alto.

Utilizar posición sentada con apoyo, sentar al niño(a) con las piernas abiertas para mayor estabilidad.

Cuando el bebé esté en posición boca abajo, córrale el juguete para que el haga un esfuerzo inclinándose hacia adelante u empujándose con los pies para alcanzarlo.

Colocar en el niño(a) boca abajo para que tenga más facilidad para el arrastre y el giro.

#### **Estimulación motricidad Fina.**

Colocar al niño(a) boca arriba con objetos sobre el lado derecho para que tome el objeto con la mano izquierda, y girar.


#### **Estimulación de lenguaje.**

Recitarle al bebé versos pequeños, poco complicados y de ritmo marcado.

#### **Estimulación táctil.**

La madre debe acariciar algunas partes del cuerpo del bebé y mencionar el nombre de cada una. Posteriormente la mamá toma la mano del niño(a) y trata de pasarla por algunas partes de su cuerpo, mientras menciona que partes está acariciando.

Acaricie o masajee con objetos como: espuma, plumas, esponjas, toallas y cintas.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 268 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### **Estimulación socio- afectiva.**

Trabajar frente a un espejo, nombrar quien está ahí, “Aquí está.....”, este es el bebé. Que las otras personas lo llamen por el nombre de él (ella).

Colocarse frente al bebé y se cubrirse, apenas el bebé murmure, destátese y deje que la vea, sonríale y contéstele. Hágalo de nuevo después pronto entenderá el principio del juego y comenzará a llamarla para que aparezca.

### **Estimulación cognoscitiva.**

Hablarle con tono de voz cariñoso, severo, cansado, alegre, según la ocasión que lo amerite. Empiece a moverse hacia el bebé desde el otro extremo del cuarto y acérquese con un juguete en la mano extendida, eventualmente el bebé recibirá el objeto estirando su propia mano.

### **Estimulación Hábitos y costumbre.**

Hablarle sobre cada actividad de hábitos por ejemplo, dígame “Voy a bañarte para que esté limpio(a)”, “Tus manos están sucias, vamos a lavártelas en el lavamanos”, “Mira como mamá lava sus dientes”.

## **Estimulación Temprana**

### **4-5 meses.**

#### **Objetivos**

- Adquirir la posición de sentado(a) con perfecto control de tronco.
- Estimular el giro en posición sentado(a).
- Aumentar vocabulario.
- Fortalecer los músculos de las piernas.
- Lograr que el niño(a) se gire.
- Estimular el juego de estirarse.
- Fortalecer agarre.

#### **Materiales**


- Sillón
- Canciones
- Juguetes de diferentes pesos.
- Objetos pequeños
- Círculos
- Cubos
- Cilindros
- Cama

### **Estimulación motricidad gruesa.**

Es importante colocarle los objetos cada vez más lejos para que al tratar de agarrarlos se incline hacia delante o hacia los lados.

Sentar al niño(a) cada vez con menos apoyo. Colocar cerca de sus manos objetos pequeños que llamen su atención para que trate de agarrarlos, así se verá obligado a utilizar sus manos y sentarse sin ayuda. Además utilizará sus manos voluntariamente y coordinará su vista y prensión para explorar los objetos.

Sentar al niño(a) y llamarlo(a) de atrás para que gire.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 269 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Agarrar el niño(a) por la cintura, cara a cara y moverlo rítmicamente hacia arriba y hacia abajo de modo que sus pies toquen la mesa o el suelo. Así fortalece sus piernas y adquiere conocimiento de su cuerpo al sentir el roce de los pies contra la superficie.

Realizar el mismo ejercicio colocándolo de frente a un espejo. Colocar boca abajo y ubicar un objeto llamativo frente a sus ojos, desplazarlo hacia un lado mientras el niño(a) lo ve. Continuar moviendo el objeto hasta que el niño(a) logre voltearse y quede boca arriba.

Acostar al niño(a) de lado con una pierna ligeramente doblada.

Colocar un objeto vistoso de manera que lo vea.

Empujarlo(a) suavemente por la cadera para ayudarlo a que se voltee y agarre el objeto, disminuir poco a poco la ayuda a medida que se repite la actividad.

### **Estimulación Motricidad Fina.**

Ofrézcale objetos cilíndricos o redondos, invítelo(a) para que los tome con la palma de la mano.

Dejar cerca del niño(a) objetos que quepan en sus manos para que los agarre.

Ofrecerle un objeto para que lo agarre con una mano.

Ofrecerle otro objeto para que lo agarre con la otra mano.

Permita que manipule objetos de diferentes pesos.

### **Estimulación de lenguaje.**

Señalarle las cosas por su nombre completo.

Pronunciarle monosílabos como ma-pa-ba-ja, para luego unirlos mapa, baja.

Leerle cuentos con imágenes y letras grandes.

### **Estimulación táctil.**

Colocar(a) hincado(a), boca abajo, boca arriba sobre texturas diferentes.

### **Estimulación cognoscitiva.**

Cambia de actitud frente a extraños, socializar con niños(as) y personas adultas, llevarlo al parque, fiestas familiares.

Utilizar palabra NO.

### **Estimulación Temprana**


#### **5-6 meses**

Objetivos.

- Estimular la posición hincada.
- Preparar para el gateo
- Fortalecer músculos de la cadera.
- Estimular la posición de sentado(a)
- Fortalecer posición boca abajo y apoyo de manos.
- Reforzar imitación de movimientos
- Reforzar giros sentado(a)

Materiales.

- Rollo
- Canciones
- Ula ula
- Trozos de comida
- Juguetes de diferente peso

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 270 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Objetos pequeños.
- Manta
- Alfombra
- Cubos

### **Estimulación motricidad gruesa.**

Enrollar una toalla y colocarla bajo su abdomen, de tal manera que se levante y se coloque en posición de gateo. Poner frente a él (ella) un objeto atractivo que lo motive a alcanzarlo. Así fortalece sus brazos y piernas, además fomenta el equilibrio.

Hincarlo(a) varias veces al día poco a poco cada día más tiempo.

Boca abajo elevar sus piernas para intentar que haga la carretilla.

Estimularlo(a) con órdenes simples, para que avance, venga a donde mamá, tome un objeto.

En posición boca arriba, tomarlo de las manos y tratar de levantarlo quince o veinte centímetros.

Acostarse en el suelo y colocar el niño(a) un lado suyo, de tal forma que tenga las rodillas en el suelo y se incline sobre su estómago y coloque un juguete del otro lado, puede ayudarlo empujándolo de sus piernas y nalgas con su brazo.

Balancearlo sobre un rollo para que toque con los brazos y las piernas el suelo.

Colocar el niño(a) cuatro puntos y colocarle una sábana como cabestrillo para que coloque las piernas bajo la pelvis.

### **Estimulación motricidad fina.**

Colocar objetos de diferentes tamaños frente a él (ella).

Introducir objetos de menor tamaño dentro de una caja.

Permitir que manipule objetos de diferentes pesos.

Utilizar los tres primeros dedos para el agarre.

### **Estimulación de lenguaje.**

Enseñarle una parte de la cabeza y nariz.

Señalarle las cosas por su nombre completo.

### **Estimulación táctil.**

Colocarle las manos debajo del chorro de agua para que sienta la intensidad del agua, abrir y cerrar llave del tubo.


Colocarle la mano sobre parlantes del radio para que sienta su vibración, o con juguetes de vibración.

Pasar diferentes texturas en las partes de su cuerpo.

### **Estimulación socio- afectiva.**

Con una bola, sentarse frente al bebé y ofrecerle la pelota, motivándolo(a) a que se estire y la tome con ambas manos. Una vez que lo haga, solicitarle que la devuelva y vuelva a repetir el ejercicio. Después poner música de fondo y golpear suavemente la pelota que él (ella) abraza, llevando un ritmo e invítalo a golpear con usted.

Colocar(a) frente al espejo para que reconozca su imagen y sus partes del cuerpo.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 271 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### **Estimulación cognoscitiva.**

Con un pañuelo. Sentarse frente a bebé y cubrirle la cabeza con el pañuelo, para preguntarle ¿dónde está?, es necesario darle tiempo para que se descubra, si no lo hace, hay que descubrirlo con una gran sonrisa. Ahora usted debe cubrirse e invitarlo(a) a quitarle el pañuelo. Cada vez que el niño(a) desea un objeto o comida preguntarle quiere? Deme?

### **Estimulación Temprana.**

#### **6-7 meses**

#### Objetivos

- Preparar para el gateo.
- Estimular la posición de sentado.
- Fortalecer músculos.
- Estimular agarre y manejo de las manos.
- Aumentar vocabulario.
- Reforzar imitación de movimientos.

#### Materiales

- Rollo
- Canciones
- Cobija o paño
- Trozos de comida
- Juguetes de diferente peso
- Objetos pequeños.
- Pasas
- Manta
- Alfombra
- Cubos
- Cilindros

### **Estimulación motricidad gruesa.**

Colocar al bebé en posición boca abajo, sobre la alfombra, la cama, en una manta sobre el suelo, empujarlo por las nalgas hacia un objeto que sea de su agrado.

Colocar al bebé de rodillas apoyado(a) sobre sus brazos, empújelo(a) suavemente de las plantas del pie para ayudarlo(a) para deslizarse hacia adelante.

Estimularlo(a) con órdenes simples para que avance. “Venga hasta donde mamá, tome su juguete”

Trabajar equilibrio con balón terapéutico.

### **Estimulación motricidad fina.**

Ofrecerle al niño(a) objetos cilíndricos o redondos, invitarlo(a) para que los tome con la palma de la mano.


Déjelo(a) sacar de su plato trozos de comida o pan con los dedos y llevárselo a la boca.

Permitirle que manipule objetos de diferentes pesos.

### **Estimulación de Lenguaje.**

Señalarle las cosas por su nombre completo.

Pronunciar monosílabos como ma-pa-ba-ja, para luego unirlos mapa, baja.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 272 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### **Estimulación táctil.**

Acariciar algunas partes del cuerpo del (la) bebé y mencionarle el nombre de cada una. Posteriormente tomar la mano del niño(a) y tratar de pasarla por algunas partes de su cuerpo, mientras menciona que partes está acariciando, entre otros.

Pasar diferentes texturas en las partes de su cuerpo.

Acariciar o masajear con objetos como: espuma, plumas, esponjas, toallas y cintas.

### **Estimulación socio- afectiva.**

Colocar(a) frente al espejo y preguntar ¿Dónde está el (la) bebé?

Que las otras personas lo llamen por el nombre de él (ella).

### **Estimulación cognoscitiva.**

Trabajar diferentes tamaños y diferentes figuras geométricas por medio de rompecabezas o láminas.

### **Estimulación Temprana.**

#### **7-8 meses.**

#### Objetivos

- Entrenar al niño(a) para el gateo
- Fortalecer músculos de los brazos y piernas.
- Estimular la motricidad fina por medio de agarre.
- Iniciar posición sentada.
- Fortalecer sensaciones y texturas en el cuerpo.
- Aumentar vocabulario.
- Iniciar posición sentada con ula ula.

#### Materiales

- Rollo
- Balón terapéutico
- Canciones
- Guante de texturas
- Objetos fríos y calientes
- Palo
- Sillón
- Juguetes con sonidos
- Tazas
- Objetos pequeños

### **Estimulación motricidad gruesa**

Boca abajo, elevar las piernas para intentar que haga el carrito.


Colocar(a) en 4 puntos y darle objetos para que se apoye de una mano.

Colocar al niño(a) en cuatro puntos y ayudarlo a mover sus pies.

Acostarse en el suelo y colocar al niño(a) al lado suyo, de tal forma que tenga las rodillas en el suelo y se incline sobre su estómago y colocar un juguete del otro lado, puede ayudarlo(a) empujándolo (a) de sus piernas y nalgas con su brazo.

Colocar al niño(a) en cuatro puntos y colocarle una sábana como cabestrillo para que coloque las piernas bajo la pelvis.

Practicar posición de acostado(a), sentado(a), hacia medio lado.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 273 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Colocar al niño(a) sentado(a) y que tome el ula ula (un palo o un tubo), para que se levante con apoyo, con este ejercicio el abdomen se va fortaleciendo.

Colocar el niño(a) acostado(a) y colóquelo un juguete enfrente para que el niño(a) intente impulsarse para agarrar el objeto.

Seguir fortaleciendo la posición sentado(a) desde acostado(a).

### **Estimulación motricidad fina.**

Tomar la punta de los cordones que sean de diferentes colores y tamaños, con dos dedos para estimular el movimiento de pinza.

### **Estimulación Lenguaje**

Cantarle

Utilizar las palabras con significado tata, mamá, papá.

Sonidos onomatopéyicos, muuu muu, pío pío, miau miau, guau guau, cua cua.

### **Estimulación socio-afectiva.**

Hacerle palmadas y levántele los brazos para que repita por imitación.

Arrugarle la cara, saca la lengua y respira fuertemente con el fin de que el niño(a) imite

Darle el beberito al niño(a), él debe sujetarlo sus propias manos.

Déjele sacar del plato trocitos de comida con la mano, y llevárselos a la boca.

Si le está dando un líquido en un vaso, déjelo a él y ayúdele a que se sujete el vaso con sus manos.

Pasarle una cuchara pequeña para que vaya aprendiendo a tomarla.

### **Estimulación cognoscitiva.**

Entregarle juguetes que suenen al apretarlos y enseñarle la relación entre la causa y el efecto.

Enseñarle a encender y apagar un interruptor de la luz.

Variaciones del juego de las escondidas, objetos grandes y pequeños.

Esconder objetos, y preguntar ¿Dónde están?, luego se lo entrega de nuevo, repetir este ejercicio con otros objetos.

### **Estimulación Temprana**


#### **8-9 meses**

#### **Objetivos**

- Ejercitar el gateo entre obstáculos.
- Reforzar el gateo para subir un escalón.
- Entrenar al niño(a) para bajar de una altura.
- Entrenar la transferencia del peso del cuerpo de un pie al otro.
- Aumentar vocabulario.
- Estimular el juego de estirar.

#### **Materiales**

- Sillón
- Canciones
- Plastilina
- Juguetes de diferentes pesos.
- Objetos pequeños.
- Cama

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 274 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### **Estimulación motricidad gruesa.**

Distribuir en el suelo cajas de cartón, sillas, mesas y otros objetos, haciendo caminos hacia la derecha e izquierda.

Que el niño(a) pase por debajo de los objetos gateando.

Colocar al niño(a) en una grada y hacerlo(a) subir.

Colocarlo en la cama para que el niño(a) con ayuda se deslice hacia abajo para tocar el piso con los pies.

Colocar al niño(a) a la par del sillón para que se coloque de pie con ayuda del mueble.

Cuando el niño(a) este de pie colocarle objetos en el suelo a diferentes distancias para que haga cambio de peso y los tome.

Trabajar equilibrio con balón terapéutico.

### **Estimulación motricidad fina.**

Déjelo(a) sacar de su plato trozos de comida o pan con los dedos y llevárselo a la boca.

Permítale que manipule objetos de diferentes pesos.

### **Estimulación de lenguaje.**

Pronúnciele monosílabos como ma-pa-ba-ja, para luego unirlos mapa, baja, mamá, papá.

### **Estimulación táctil.**

Darle al niño(a) plastilina o masa en forma de bolas. Para que la toque y la estire.

Pasar diferentes temperaturas en las partes de su cuerpo.

### **Estimulación socio- afectiva**

Fortalecer SI y No.

### **Estimulación Temprana**


#### **9-10 meses**

#### Objetivos

- Estimular en el niño(a) todos los intentos de erguirse y caminar.
- Entrenar al niño(a) en dar pasos hacia los lados.
- Estimular los movimientos de prensión.
- Entrenar la transferencia del peso del cuerpo de un pie al otro.
- Ejercitar movimientos de la mano.
- Pedir una cierta actividad con diversos objetos.
- Fortalecer giros en posición sentado(a).

#### Materiales

- Carros
- Canciones
- Bolas
- Objetos pequeños
- Alfombra
- Sillones
- Cama
- Cajas de tamaño mediano

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 275 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### **Estimulación motricidad gruesa.**

Enseñar al niño(a) a pararse y mantener en esa posición.

Gatear para servirle de modelo.

Animarlo(a) a que gatee colocando un objeto llamativo frente a él para que intente agarrarlo.

Tomarlo(a) de la mano, enseñarlo(a) a sentarse.

Colocar al niño(a) en una grada y hacerlo subir sujetándose de la mano.

Colocar(a) a la par de un mueble y tomarlo de una mano.

Cuando el niño(a) adquiera la posición de sentado(a) con perfecto equilibrio, sentarlo(a) cerca de una mesa o mueble bajo. Llamar su atención con algún juguete que le guste colocado encima del mueble para que tenga que pararse y así alcanzar el objeto.

Continuar posición cuatro puntos.

### **Estimulación de lenguaje.**

Leer cuentos con letras grandes y dibujos.

Enseñarle una parte del cuerpo ojos y lengua.

### **Estimulación táctil.**

Colocar la mano del niño(a) en fuentes de vibración parlantes.

Realizarle masajes.

Realizarle texturas en su cuerpo.

### **Estimulación quinestésica.**

Ponerle la mano del niño(a) debajo del chorro de agua al tiempo que se gradúa la cantidad de la salida con el fin de que sienta la variabilidad en su volumen.

### **Estimulación socio- afectiva**

Darle de comer a la mamá o cuidadora y a los juguetes.

Tratar con suavidad y cariño a los juguetes.

### **Estimulación Cognoscitiva.**

Colocar un juguete con cuerda para que el niño(a) lo jale, luego cámbielo por cordones de diferentes grosores, colores.

Esconder juguetes con una parte visible y dígame al niño(a) que lo traiga.


Preguntarle por objetos o personas que estén largo para que él (ella) señale.

### **Estimulación Temprana**

#### **10-11 meses**

##### **Objetivos**

- Entrenar al niño(a) a recoger objetos del suelo.
- Fortalecer gateo.
- Estimular la marcha lateral.
- Estimular la marcha hacia el frente.
- Fortalecer el estandarizarse.
- Iniciar a lanzar la bola.
- Fortalecer el equilibrio sentado(a) y de pie.
- Desarrollar la propiocepción y el equilibrio.
- Aprender a identificar objetos.
- Ayudar al niño(a) a estirarse.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 276 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Materiales

- Bola
- Plato
- Cuchara
- Canciones
- Taza
- Objetos pequeños
- Alfombra
- Círculos
- Cubos
- Cilindros
- Cama
- Balón terapéutico

### Estimulación motricidad gruesa.

Ayudarlo(a) a ponerse de pie, al costado de la cuna o encierro colocando las manos del niño(a) en los bordes.

Con el niño(a) sentado, sitúe las manos en el borde del encierro e impúselo por las caderas a la posición de pie.

Brindar al niño(a) puntos de apoyo tales como escalones o barra de madera para estimularlo(a) a pararse.

Colocarle un paño por debajo de los hombros del niño(a) en posición de pie, estimularle al niño(a) a dar pasitos, siempre con un objetivo establecido, ej. “vamos a donde esta papá”.

Darle al niño(a) un punto de apoyo que pueda moverse, ej.: una silla, póngalo de pie apoyándose en el borde de la misma, desplace la silla lentamente para que el niño(a) dé pasos. En la misma posición, pero sin apoyar las manos en el piso, empujarlo(a) ligeramente por los hombros hacia los lados, tratando de que él (ella) use sus manos para apoyarse y no perder el equilibrio.

Sentarse cerca del niño(a) y darle la bola o juguete que pueda sostener en una mano, alejarse unos cuantos pies y abra las manos diciendo: “tírelo”

Tomarlo(a) de la mano para subir escaleras.

Cuando el niño(a) esté de pie, apoyándose en la baranda de la cuna o en el encierro ofrézcale un juguete preferido para estimularlo(a) a cogerlo.

Colocar objetos en el piso para que los levante.

Darle objetos de diferentes pesos.

Gatear dentro del túnel para estimular profundidad y propiocepción.


### Estimulación de Lenguaje.

Utilizar láminas, dibujos, fotos, y pida al niño(a) que señale los objetos.

Emplear sonido de animales conocidos, tratar de que los repita. Ej.: el perro, guau guau; el gato, miau.

Muéstrele fotografías de miembros allegados de la familia, trate de que los identifique, ej: ¿Este quién es? ¿Papá?

Colocar varios juguetes en fila y pídale, uno “dame la bola” y guiarlo(a) hasta el juguete y celebra la acción. Repítalo hasta que necesite su ayuda.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 277 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### **Estimulación Socio- Afectiva.**

Usar un espejo y permitir que el niño(a) se observe a sí mismo(a), repita mientras lo hace el nombre de él (ella), tratar de que el niño(a) señale su imagen, repetir la actividad usando fotografías.

El niño(a) se mantiene jugando solo.

Llamar siempre por su nombre a los miembros de la familia de manera que el niño(a) los oiga, tratar de que los repita y los diferencie.

Cuando le vaya a dar la comida, utilizar recipientes adecuados al grado de habilidad desarrollada, estimularle para que coma solo(a), no se preocupe si bota comida, la única forma de desarrollar habilidades es intentándolo.

Mientras lo(a) viste, estímulo(a) a participar activamente, nombre la ropa a medida que se la pone.

### **Estimulación cognoscitiva.**

Colocar un objeto debajo de una taza, estimular al niño(a) a encontrarlo levantando la taza.

Desarrollar con el niño(a) juegos utilizando instrucciones sencillas tales, como: siéntate, párate, levanta los brazos, da la vuelta.

### **Estimulación motricidad fina**

Fortalecer el sacar y meter objetos de menor tamaño.

### **Estimulación Temprana**

#### **12 Meses.**

#### Objetivos


- Caminar con mayor equilibrio.
- Lanzar la bola.
- Enseñar a levantarse con poca o sin ninguna ayuda.
- Facilitar la manipulación de objetos del suelo.
- Enseñar a reconocer las figuras geométricas.
- Desarrollar arriba y abajo con el cuerpo.
- Reforzar la marcha con un objetivo específico.

#### Materiales

- Bola mediana
- Plato
- Cuchara
- Vaso
- Taza
- Cepillo de dientes
- Objetos pequeños
- Espejo
- Figuras geométricas.
- Cubos

### **Estimulación Motricidad gruesa.**

Cuando esté de pie, enseñarlo(a) a sentarse colocando un juguete en el suelo, ayudándole a doblar la rodilla hasta ponerse en cuclillas y moviendo las manos del niño(a) hacia abajo en el piso para no perder el apoyo.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 278 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Colocar al niño(a) en la posición de pie, recostado(a) contra la pared que le sirve de apoyo, darle un juguete preferido para que lo sostenga con las dos manos.

Colocar al niño(a) en la posición de pie, sitúe un juguete preferido a cierta distancia para estimular que se desplace hacia él, premie el esfuerzo.

Con el niño(a) sentado(a) en el piso, ofrecerle un juguete preferido sosteniendo el mismo por encima del alcance de sus manos, para obligarlo(a) a pararse si quiere cogerlo, bríndele ayuda en caso necesario.

Reduzca progresivamente la ayuda hasta que sea capaz de realizar la actividad sin necesidad de un punto de apoyo.

Sentarse con el niño(a) en el suelo a jugar, cuando él (ella) lo esté mirando, párese, estimular al niño(a) a imitarle.

Practicar la marcha con música, elevando todo lo posible los pies, esto le dará la idea de escalamiento y mejorará el equilibrio.

Jugar con el niño(a) a las preposiciones arriba, abajo.

Colocar en el suelo sus juguetes y trate de que los recoja y los guarde.

Colocar al niño(a) en la posición de pie, sitúe un juguete preferido a cierta distancia para estimular que se desplace hacia él, premie el esfuerzo.

### **Estimulación de Lenguaje.**

Emplear sonido de animales conocidos, trate de que los repita. Ej.: el perro, guau guau; el gato, miau.

Mientras juega con el niño(a), repita la posición de los diferentes objetos, ej.: la bola dentro del corral, el perro fuera de la casa.

Utilizar un juguete preferido y nombrándolo colóquelo en distintas posiciones en relación con otro, estimular al niño(a) a imitarlo, Ej.: la bola encima, debajo de la mesa, el carro dentro o fuera de la gaveta.

Combinar las palabras con gestos y movimientos para facilitar la comprensión del niño(a).

Utilizar láminas, dibujos, fotos, y pida al niño(a) que señale los objetos.

### **Estimulación Cognoscitiva.**

Colocar un objeto atractivo debajo, y estimule al niño(a) a encontrarlo levantando la taza.

### **Estimulación motricidad fina.**


Fortalecer el sacar y meter objetos de menor tamaño.

Emplear un rompecabezas de figuras, si no lo hay usted mismo puede hacerlo, solo tomar una tabla o una pieza de cartón y dibuje y cale tres figuras: un círculo, un cuadrado y un triángulo; deben ser grandes y de colores diferentes. Entrene al niño(a) en identificar las figuras, y a colocarlas en el espacio que le correspondan, según su forma, recompensar el esfuerzo. Para aumentar la complejidad, aumente el número de figuras a medida que domina bien las anteriores.

### **Estimulación socio-afectivo.**

Dejar que el niño(a) participe activamente mientras lo viste, cuando le está quitando una prenda deje que él (ella) intente hacerlo solo(a), tenga paciencia, recompense el esfuerzo.

Cuando le vaya a dar la comida, utilizar recipientes adecuados al grado de habilidad desarrollada, estimular para que coma solo(a), no se preocupe si bota comida, la única forma de desarrollar habilidades es intentándolo.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 279 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Señalar al niño(a), tóquelo suavemente y diga su nombre, estimúlele a repetirlo, llámelo(a) siempre por su nombre, evite diminutivos o apodos.

Usar un espejo y permita que el niño(a) se observe a sí mismo(a), repita mientras lo hace el nombre de él (ella), trate de que el niño(a) señale su imagen, repita la actividad usando fotografías.

El momento de la comida debe ser agradable, no lo regañe ni le pelee, no lo fuerce a comer, no transmita ansiedad si no come todo lo que usted desea, recuerde que ya tiene preferencias y gustos, varíe los platos y su forma de presentación, coma en familia.

### **Bibliografía.**

Arango, M., Infante, E., y López, M. (2003). *Estimulación temprana (vol. 1)*. Bogotá. Ediciones Gamma.

Campbell, D. (2006). *El Efecto Mozart*. Barcelona. Ediciones URANO.


Doman, G. (2009). *Como multiplicar la inteligencia de su bebé*. Madrid. Editorial 279dad S.L.

Lira, M. (1998). *Primer año de vida Manuales de estimulación*. Argentina. Editorial del Nuevo extremo.

Matas, S., M. de Mulevey, M., Paone, S., Segura de Frías, E. y Tapia, L. (1997). *Estimulación Temprana de 0 a 36 meses*. Argentina. Editorial Lumen –Hvmanitas.

Parra, G. (2008). *Antología Estimulación Temprana I*. San José. Costa Rica.

Salvador, J. (1989). *La estimulación precoz en la educación especial*. Barcelona. Ediciones ceac.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 280 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N° 25: Estimulación Temprana de niñas y niños de 1 a 5 años de edad

MSc. Adriana Ocampo Vargas  
Enfermera Pediátrica Clínica  
Unidad de Desarrollo  
Hospital Nacional de Niños

Se entiende por Estimulación Temprana todas aquellas actividades de contacto o juego con el bebé o el niño (a), con el propósito de propiciar, fortalecer y desarrollar su máximo potencial humano.

La Estimulación debe de ser progresiva de lo simple a lo complejo y va a depender de las capacidades de cada niño (a). A continuación se presentan algunas sugerencias que la madre o el personal de salud puedan trabajar con la niña o el niño. La información se organiza por edad y área del desarrollo, detallando los objetivos, materiales sugeridos y las acciones por desarrollar.

### Estimulación Temprana

#### 1-2 años

##### Objetivos


- Reforzar el proceso de marcha y equilibrio.
- Estimular la coordinación fina (pulgar e índice).
- Estimular el desarrollo social perceptivo y el lenguaje.
- Estimular la coordinación visual-manual: encaje.
- Estimular el proceso de imitación.
- Facilitar el proceso causa-efecto.
- Estimular el conocimiento de su propio cuerpo.
- Identificación esquema corporal.
- Estimular el proceso de independencia.

##### Materiales sugeridos.

- Bola
- Tucos
- Frascos con tapa y rosca
- Cajitas
- Libros con imágenes
- Crayones
- Papel
- Vasos
- Cuchara
- Muñecas
- Carrito
- Figuras geométricas

##### Estimulación de la motricidad gruesa.

- Póngale un juguete en el suelo y pídale al niño(a) que lo recoja para que se ponga de cuclillas y luego se enderece sin perder el equilibrio.
- Enséñele a patear una bola, dele la mano si lo requiere.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 281 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003


- Bajo su cuidado motivele a subir y bajar gradas, poniendo ambos pies en cada una y sosteniéndose de la baranda o apoyado de una mano.
- Juegue con el niño(a) y ayúdele a saltar en un mismo lugar sobre los dos pies.
- Ayúdele y enséñele a tirar una bola para arriba sin perder el equilibrio.
- Con una caja o un balde enséñele a arrojar pelotas a una corta distancia.
- Practique la marcha en diferentes formas para que imite: correr, caminar rápido, caminar lento, caminar con los brazos abiertos, o arriba, caminar agachado, caminar pisando fuerte, caminar suave sin hacer ruido, agarrarse de las manos y saltar. Esto se puede realizar utilizando música.
- Practicar subir y bajar de la silla o de la cama, se le puede ayudar empujándolo de las nalgas para subir y para bajar se le enseña a apoyar la pancita en el sillón, silla y deslizarse.
- Juegue en un lugar espacioso para que el niño (a) pueda caminar en diferentes direcciones.

#### **Estimulación de la motricidad fina.**

- Practique para que el niño(a) sostenga dos objetos pequeños con una sola mano.
- Déle cajas o frascos para que los tape y destape.
- Déle una cuchara en cada mano. Enséñele a golpear una contra otra.
- Déle al niño(a) un recipiente y objetos pequeños (frijoles cocinados, trocitos de galleta); enséñele a meterlos de uno a uno, para que pueda utilizar el dedo pulgar y el dedo índice.
- Facilítele materiales de dibujo (crayones, lápices gruesos, papel) para que haga garabatos.
- Déle fichas plásticas o de cartón para que las meta por la ranura de la tapa de un frasco o una caja.
- Un recipiente y motivele(a) para que meta y saque tucos.
- Enséñele a hacer torres con 4 y 6 tucos.
- Practique con el niño(a) a abotonar y desabotonar botones grandes.
- Motívelo para que abra y cierre el zipper.
- Déle hojas de papel y crayones de colores y enséñele a hacer trazos verticales.
- Déle 3 vasos de plástico con agua para que pase el agua de un vaso a otro.

#### **Estimulación del lenguaje.**

- Estimule al niño (a) para que responda utilizando palabras formadas por sílabas (mamá, papá, agua, mío).
- Colóquelo (a) frente a usted; haga gestos y movimientos de boca para que los imite.
- Solicítele que cumpla órdenes simples por ejemplo: deme la taza, venga, diga adiós.
- Hágale al niño (a) preguntas simples ejemplo: ¿Dónde está papá?
- Muéstrelle al niño(a) una lámina con objetos y animales y pídale que señale los que usted le nombra. Ejemplo. ¿Dónde está el perro?
- Pronuncie con claridad el nombre de objetos, animales o personas conocidas por el niño(a).
- Enséñele a repetir palabras tales como “adiós”, “hola”, “gracias”.
- Cántele canciones sencillas.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 282 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003


- Pida al niño(a) que obedezca dos órdenes seguidas, por ejemplo: “cierre la puerta y venga”
- Déle al niño(a) una lámina con dibujos y pídale que nombre las figuras que están en ella.
- Hágle preguntas como por ejemplo: ¿De quién es esa nariz?, ¿De quién son esos zapatos?
- Juegue con el niño (a) de imitar el sonido que hacen los animales, como ejemplo: ¿Cómo hace el perro? ¿Cómo hace el gato? ¿Cómo hace el tren?
- Estimúlele por medio de preguntas a decir cómo se llama.
- Cuando el niño(a) desea algo motívelo a pedirlo con palabras.
- Cuando nos dirigimos al niño (a) se le debe hablar claro y con buena estructura gramatical: ¿Quieres tomar agua?
- Llamar al niño(a) por su nombre.
- Estimularle a relatar lo que hizo o donde estuvo, si no lo hace espontáneamente ayúdele con preguntas.
- Si el niño(a) no dice bien una palabra, usted debe repetirla correctamente, no corrija al niño(a).
- Enumere verbos, seguidos de la acción o imitación.

#### **Estimulación socio-afectiva**

- Motívelo(a) a cooperar cuando se le viste y alimenta.
- Motívelo(a) a las horas de la comida, para que coma por sí solo(a), recibiendo ayuda ocasional.
- Enséñele con paciencia y amor para que avise que tiene deseos de orinar u obrar. Si lo hace felicítelo(a) y apláudale.
- Pregúntele por las personas que conoce y pídale que las señale.
- Permítale jugar con otros niños(as).
- Estimúlele a hacer mímica con diferentes caras: cara de contento, cara de enojado, cara de llorar, cara de cansado.
- Mantenga activos aquellos hábitos que el niño(a) haya adquirido: permitirle que se enjabone durante el baño, dejarlo (a) que se quite ropa, dejarlo (a) que coma solo(a).

#### **Estimulación cognitiva.**

- Pregúntele por el nombre de las cosas que ve.
- Esconda un juguete debajo de una taza o dentro de una caja y pídale que lo busque.
- Pregúntele por cada una de las partes de su cuerpo, ejemplo: ¿Dónde está tu nariz?, ¿Dónde están tus manos?, solicítale que lo haga en otra persona o en un muñeco.
- Pídale que coloque objetos arriba, abajo, dentro o fuera de cajas o muebles.
- Estimúlele para armar los primeros rompecabezas no deben de ser de más de 4 piezas
- Juegue con figuras de la misma clase pero con diferente forma para que busque los iguales: “Dame los sombreros”, “Busque los pajaritos”.
- Inicie el juego de conceptos de colores (solo 3), tamaños (grande, pequeño)
- Utilizar la caja con figuras geométricas de colores y clasificarlas por color, primero 2 colores, luego 3 y por último 4.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 283 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Estimulación Temprana

### 2-3 años.

#### Objetivos

- Estimular la coordinación perceptual y motora gruesa: equilibrio.
- Estimular el desarrollo del lenguaje y de la asociación.
- Estimular la discriminación visual y la coordinación manual.
- Estimular el ritmo auditivo y el desarrollo del lenguaje.
- Estimular el conocimiento de las partes del cuerpo.
- Estimular la independencia del niño(a) al vestirse y desvestirse.

#### Materiales sugeridos


- Tucos
- Laminas con rostros
- Cartón
- Goma
- Frascos con tapa y rosca
- Cajitas
- Libros con imágenes
- Crayones
- Papel periódico
- Muñecas
- Plastilina
- Camisa botones grandes
- Zipper
- Figuras geométricas
- Rompecabezas de 4 piezas

#### Estimulación de la motricidad gruesa.

- Ayude y motive al niño(a) para que camine de puntillas y de cuclillas.
- Demuestre, motive y ayúdele a pararse en un pie por unos segundos.
- Invite al niño(a) a caminar inclinando el cuerpo hacia adelante, atrás, hacia adelante, hacia los lados, imitando un oso, un mono, un árbol, una gallina.
- Cuando camine con el niño(a) tomado de la mano fomente que él (ella) mismo(a) salte, sortee obstáculos, suba y baje una cuesta.
- Motívele a saltar sobre una hoja de papel (salto de corta distancia).
- Motívele a bailar y a saltar al compás de la música.
- Enséñele a subir y pedalear en un triciclo.

#### Estimulación de la motricidad fina.

- Pídale al niño(a) que imite una hoja de papel, haga con un lápiz trazos rectos y círculos.
- Con los tucos o cajitas pídale que imite un puente con tres tucos (déle el ejemplo).
- Pídale que en un cordón ensarte botones grandes o carruchas de hilo.
- Pídale que abra y cierre frascos plásticos con tapa de rosca y que meta y saque cosas pequeñas.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 284 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Muéstrela como hacer figuras, bolitas, gusanitos, tortillas con la plastilina. Intente armar siluetas por ejemplo un sol (bola con palitos al rededor), una flor (bolita, tortillitas y un palito), un niño(a) (bolita con palitos simulando las extremidades).
- Trabaje el abotonar o desabotonar así como bajar y subir un zipper.
- Pegue la figura de un rostro humano en cartón luego divídalo en tres partes: ojos, nariz, boca. Preséntesela al niño(a) completa y luego por separado, luego solicítele que una las partes, ayúdele si no logra.

### **Estimulación del lenguaje.**

- Enséñele a decir su nombre y apellidos mirándose al espejo mientras se señala.
- Convérsele, trate de que use los pronombres, mío, tuyo, suyo, yo, él, ella.
- Solicítele que cuente lo que está haciendo.
- Fomente en el niño(a) la imaginación y pídale que cuente un cuento, puede ayudarlo mostrándole imágenes.
- Pídale al niño(a) que diga el nombre de las cosas nuevas que conoce, lo que ve, lo que come.
- Enséñele palabras tales como: entre, sobre, por, en, trate de darle ejemplos.
- Utilice vasos plásticos de colores y figuritas también de colores para que las clasifique según el color del vaso, esto le ayudará a reconocerlos y aprenderlos (utilice solo los colores primarios).
- Utilice palabras opuestas tales como: feliz-triste, limpio-sucio, bueno- malo, feo-lindo, grande-pequeño; puede jugar utilizando figuritas o láminas.

Juegue con el (ella) dándole 3 indicaciones: vaya al cuarto, traiga los zapatos, póngalos en el sillón.


### **Estimulación socio-afectiva.**

- Practique hábitos de higiene e ínstele a realizarlos, felicítele cuando lo realice.
- Permítale jugar con otros niños(as) al escondido.
- Solicítele que le cuente cosa que haya hecho: ¿En dónde andabas? ¿Que viste? ¿Qué hiciste?
- Cuénteles historias cortas y pídale que las repita.
- Juegue a imitar diversas expresiones como: triste, alegre, enojado, sorprendido.
- Motívele para que se bañe y se ponga ropa, explíquele y ayúdele.
- Enséñele a decir gracias, por favor, con permiso.

### **Estimulación cognitiva.**

- Proporcíonele una caja con objetos de diferente tamaño (grande, pequeño), diferente color (rojo-azul-amarillo), y por forma (triángulos, cuadrados, círculos y rectángulos), posteriormente dígame que los agrupe por tamaño, luego por color y por forma.
- Enséñele y pídale que copie dibujos de círculos y de cruces.
- Pregúntele por el sabor de lo que come (dulce, salado, ácido).
- Pregúntele por el uso de los objetos (para que se usa un peine, para que usa una silla).

Pídale al niño(a) que rasgue papel periódico y oriéntelo para que pegue el papel en cartulina, para formar figuras o siluetas de cosas conocidas por él.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 285 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## **Estimulación Temprana**

### **3-4 años**

#### **Objetivos**

- Estimular el desarrollo psicomotor y perceptual
- Estimular la coordinación visomotora
- Estimular el desarrollo sensorial y el lenguaje
- Estimular el desarrollo del lenguaje comprensivo – expresivo
- Estimular el reconocimiento de objetos por el tacto
- Estimular la creatividad.

#### **Materiales sugeridos**


- Tucos
- Cartón
- Goma
- Cajitas o tucos
- Libros con imágenes
- Crayones
- Papel periódico
- Muñecas
- Plastilina
- Camisa botones medianos
- Zipper
- Figuras geométricas
- Rompecabezas de 6 a 8 piezas
- Cinta de color rojo y azul.

#### **Estimulación de la motricidad gruesa**

- Estimúlele a subir y bajar la escalera alternando ambos pies.
- MotíVELO a bailar y a saltar al compás de la música.
- Dibuje en el suelo con tiza una línea recta, otra en ondas y en zigzag pídale al niño(a) que camine sobre ella tratando de guardar el equilibrio.
- Enséñele por medio del juego a lanzar y a apañar una bola.
- Coloque cintas de color rojo al pie izquierdo y de color azul al derecho, para que el niño(a) levante la pierna respectiva mediante una orden (hacemos lo mismo con las manos)
- Pídale que se pare en un pie con los brazos extendidos y luego alterne.
- Estimúlele para que brinque en un solo pie, primero sobre el derecho y luego sobre el izquierdo.

#### **Estimulación de la motricidad fina**

- Instéle a hacer torres de 6 y 8 tucos
- Pídale que abotone y desabotone botones de tamaño mediano.
- Pídale al niño(a) que abra y cierre un zipper.
- Demuéstrele como hacer una cruz y pídale que la dibuje.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 286 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- Proporciónese una hoja y muéstrole como doblarla en 2 tanto horizontal, vertical como diagonal, pídale que lo haga o que le siga.
- Ayúdele a dibujar figuras geométricas utilizando moldes.
- Permítale dibujar la figura humana libremente.
- Tápele, véndele los ojos (explíquese primero lo que va a hacer) y luego coloque un objeto en sus manos, pídale que lo toque y que trate de identificarlo.

### **Estimulación del lenguaje**

- Motívele para que diga el nombre de sus padres.
- Solicítele que cuente 10 objetos, luego pídale 1, luego 2 con el fin de fomentar el concepto no solo de número sino de cantidad.
- Cuénteles un pequeño cuento y pídale que lo repita de la manera en la que él pueda, con sus palabras, también lo puede hacer mostrándole el libro y pidiéndole que cuente lo que ve.
- Muéstrole imágenes de animales al niño(a) y pídale que señale (cual animal vuela, cual animal nada).
- Trabaje preposiciones pregúntele ¿qué haces cuando tienes frío?, ¿qué hace cuando tienes sueño?

### **Estimulación socio-afectiva.**

- Practique hábitos de higiene e ínstele a realizarlos, felicítele cuando lo realice.
- Refuerce el que se bañe y se vista solo con poca ayuda.
- Permítale jugar con otros niños(as) para que comparta y aprenda a seguir las reglas impuestas por el grupo.

### **Estimulación cognitiva.**

- Coloque en un recipiente cubos de hielo y en otro agua tibia, pídale que meta los dedos primero en uno y luego en el otro y pregúntele cual está caliente, cual está frío
- Enséñele y pídale que copie dibujos de círculos y de cruces.
- Pregúntele por el sabor de lo que come (dulce, salado, ácido).
- Pregúntele por el uso de los objetos (para que se usa un peine, para que usa una silla).


Pídale al niño(a) que rasgue papel periódico y oriéntelo para que pegue el papel en cartulina, para formar figuras o siluetas de cosas conocidas por él (ella).

### **Estimulación Temprana**

#### **4-5 años**

#### **Objetivos**

- Estimular el desarrollo psicomotor y perceptual.
- Estimular la coordinación viso motora.
- Estimular el desarrollo senso perceptual y el lenguaje.
- Estimular el desarrollo del lenguaje comprensivo – expresivo.
- Estimular el reconocimiento de objetos por el tacto.
- Estimular la creatividad.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 287 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## **Materiales sugeridos**

- Goma
- Tijeras sin punta
- Cajas de diversos tamaños.
- Libros de cuentos
- Lápices de colores
- Marcadores de colores lavables
- Bola
- Hojas de papel
- Revistas y/o periódicos
- Papel china de colores
- Cartones
- Arena

## **Estimulación de la motricidad gruesa.**


- Motívelo(a) a caminar de puntillas y luego sobre los talones.
- Forre tres cajas no muy grandes, colóquelas en el piso a una distancia de 60cm cada una, de menor a mayor y solicítele que las salte con los dos pies y luego con un pie.
- Solicítele que corra de las siguientes maneras: alternando los pies, haciendo caballito, moviendo los brazos, imitando una mariposa, imitando un jinete, montando sobre un palo de escoba, y caminando con una bolsita de arena sobre la cabeza.
- Enséñele a jugar rayuela (saltar en un pie y luego abrir los dos alternado).
- Pídale que salte manteniendo las rodillas juntas y que luego lo haga de adelante hacia atrás.
- Juegue con el niño(a) a apañar una bola con ambas manos y luego con una sola.
- Ayúdele y enséñele a mecerse o columpiarse suavemente.
- Forre una caja, colóquela a 4 o 5 pasos del niño(a), ofrézcale una pelota y pídale que la tire dentro de la caja.

## **Estimulación de la motricidad fina.**

- Busque junto con el niño(a) figuras que le gusten, hágales un marco con un pilot y pídale que recorte siguiendo la línea y luego las pegue en una hoja.
- Juegue con el niño(a), dibujando títeres en las yemas de los dedos.
- Refuerce el dibujar la figura humana y pregúntele por las partes que dibuja.
- Calque un dibujo, enséñele al niño(a) a hacer bolitas de papel de diferentes colores, pídale que las pegue al dibujo siguiendo las líneas.
- Recorte cartones de aproximadamente 15 cm, dibuje las vocales (una por cartón), póngale goma y pídale al niño(a) que esparza arena. Cuando estén secas solicítele que pase su mano por la forma de la vocal y las mencione.

## **Estimulación del lenguaje.**

- Juegue a hacer bombas de jabón (respirar por la nariz y soplar por la boca)
- Pregúntele por su nombre y apellidos, la edad y en donde vive.
- Pregúntele por el nombre de sus padres, hermanos, tíos y abuelos.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 288 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

- MotíVELO a utilizar en su vocabulario los tiempos.
- Coloque al niño(a) de espaldas y diga en tono suave una palabra, luego pídale que la repita, haga lo mismo con 2 palabras y pídale que las repita en el orden dado por ejemplo: bola-boca, mesa-masa.
- Dígale palabras y pídale que las defina según uso, forma o función. Ejem: carro (tiene ruedas, viajamos en él, uno se sube y podemos salir a pasear).
- Estimule al niño(a) a imitar frente a un espejo los movimientos exagerados que se hacen para los sonidos “m,p,n,l,q”

#### **Estimulación socio-afectiva.**


- Refuerce que el (ella) se bañe y se vista por sí solo(a).
- Partícipelo(a) de las conversaciones que se realizan alrededor de la mesa como parte del convivio familiar.
- Enséñele a comer utilizando el tenedor y el cuchillo.
- Practique con el niño(a) pequeñas dramatizaciones.
- Realice juegos en familia como lotería de animales y permita que el niño(a) cante el juego.
- Estimule su elección e independencia al elegir la ropa para vestirse.
- Permítale jugar con otros niños (as) para que utilice su imaginación y creatividad.

#### **Estimulación cognitiva.**

- Vende los ojos del niño(a), déle un objeto y pídale que lo identifique.
- Coloque objetos dentro de una caja en donde el niño(a) con los ojos vendados saque uno y hágale preguntas (que forma tiene, para que crees que se usa, tiene olor, como es su textura)
- Dibuje un cuadrado y un rectángulo, pídale al niño(a) que los copie.
- Pregúntele por las funciones de las partes del cuerpo (para qué sirve la nariz).
- Pídale al niño(a) que cierre los ojos, coloque varios objetos (4-5) en una mesa, luego enséñelos; pídale que los vuelva a cerrar esconda uno y luego pregúntele por el que falta.
- Juegue a secuencias y ritmo, realice sonidos con el pie, palmadas y objetos, pídale al niño(a) que escuche y las reproduzca.

#### **Bibliografía**

- Asociación Mundial de Educadores Infantiles. Psicomotricidad. La práctica educativa en la Educación Infantil. [www.waece.org/docus/psicomotricidad.pdf](http://www.waece.org/docus/psicomotricidad.pdf)
- Calderón, V., Sánchez, P., Suárez, M. (2001). Estimulación Temprana. Guía para el Desarrollo Integral del Niño vol. 2 y 3. Barcelona-España: Euroamericana.
- Collado, A (2004). Guía de Estimulación Temprana para niños de 0 a 2 años. Buenos Aires: Lumen.
- Navarrete, M., Espiño, M., Orlietti G. (2010). Estimulación Temprana Escuela Maternal. Argentina: LESA.
- UNICEF. Currículum de Estimulación Temprana. Guatemala: Editorial Piedra Santa.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 289 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N° 26: Planificación familiar

Dr. Álvaro Jiménez Gamboa.  
Médico especialista en Medicina Familiar.  
Clínica Dr. Moreno Cañas.

El Conjunto de prácticas que se utilizan para controlar la reproducción, ya sea por una mujer, un hombre o la pareja, mediante el uso de métodos anticonceptivos a la hora de mantener relaciones sexuales es parte de lo que hoy se conoce como planificación familiar.

El control de la natalidad o la planificación familiar tiene el objetivo final que la pareja ejerza su derecho de engendrar o no descendientes, así como la decisión sobre el número de hijos, el momento para tenerlos y el espacio intergenésico (periodo entre un embarazo y otro)

Los servicios de planificación familiar desde un punto de vista más integral son el conjunto de servicios que ofrecen profesionales de la salud tanto en el campo educativo, preventivo, propiamente médico y social.

Este conjunto de acciones permite a los individuos sexualmente activos, incluidos los menores de edad (adolescentes) tomar las decisiones propias de su voluntad en materia del número de hijos el espaciamiento entre ellos y las circunstancias en que se den.

De tal manera que planificación familiar no es sinónimos de control de natalidad, ya que este último solo incluye información sobre los diferentes métodos anticonceptivos y la asistencia médica especializada para conseguir espaciar los embarazos deseados y evitar los no deseados.

### Anticoncepción.


La organización mundial de la salud ha establecido en conjunto con un grupo de organizaciones y personas de todo el mundo, una serie de criterios para garantizar que todas las personas de todo el mundo tengan acceso a servicios de planificación familiar seguros y de alta calidad.

### Clasificación de los métodos anticonceptivos.

- Métodos anticonceptivos de barrera.
- Métodos anticonceptivos físico biológicos.
- Métodos anticonceptivos hormonales.
- Métodos anticonceptivos químicos.
- Métodos anticonceptivos permanentes.
- Métodos anticonceptivos naturales.
- Anticonceptivos de emergencia.

### Métodos anticonceptivos de barrera:

Preservativos: funda blanda de diferentes materiales que se ponen en el pene durante el coito para evitar embarazos o infecciones de transmisión sexual. También hay preservativo de mujer que es un dispositivo que tiene un anillo que lo sostiene dentro de la vagina y se opone al paso del semen a la cúpula vaginal.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 290 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### **Métodos anticonceptivos físico biológicos:**

Dispositivo intrauterino (DIU), es un elemento que puede ser de plástico o de metal, con diferente forma, una espiral, o una t, que tiene una envoltura parecida a una resistencia de cobre. Se coloca en el interior del útero con un instrumento que trae el mismo dispositivo (DIU).

### **Métodos anticonceptivos hormonales:**

1. Píldora anticonceptiva.
2. Anticonceptivo subdérmico
3. Píldora trifásica
4. Parches anticonceptivos
5. Hormonas inyectables
6. Anillo vaginal

El principio es parecido en todos, ocurre una alteración hormonal que no permite que haya ovulación, lo que hace que tampoco haya embarazo.

### **Métodos anticonceptivos químicos:**

Son sustancias químicas con capacidad de alterar los espermatozoides de diferentes maneras haciendo que no sean capaces de fecundar el ovulo.

**Espermicida:** sustancias que se aplican intravaginalmente con el fin de dañar los espermatozoides ya sea debilitándolos o amputándoles la cola.

### **Métodos anticonceptivos permanentes:**

- Salpingectomía: es una cirugía donde se interrumpe las trompas de Falopio cortándolas y suturando ambos cabos el distal y el proximal.
- Vasectomía: es una cirugía en la que se hace un bloqueo del transporte de espermatozoides a través de los vasos deferentes

### **Métodos anticonceptivos naturales:**

Existen varios métodos (sintotérmico, temperatura basal, billings, ogino-knaus.)


Este método consiste en identificar por medio de la temperatura basal del cuerpo el periodo en que no hay riesgo de embarazo y así planificar el periodo de los contactos sexuales en el rango de menos probabilidad de embarazo.

### **Métodos anticonceptivos de emergencias:**

- Levonorgestrel. (píldora del día siguiente)
- Mifepristona
- DIU (después del coito)
- Acetato de ulipristal (píldora de los 5 días después)

Este método llamado de emergencia significa que se usa en casos en que no se tenía un método anticonceptivo previo, si es hormonal puede hacer que ocurra la menstruación o en el caso del DIU después del coito puede causar el sangrado por un método traumático o de arrancamiento del producto de la fecundación, o del endometrio simplemente.

### **Salud sexual y reproductiva.**

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 291 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Existen factores biológicos, sociales, culturales, económicos y ambientales que influyen en forma directa la salud sexual y reproductiva.

Fomentar la salud sexual y reproductiva contribuye a disminuir las condiciones negativas que influyen en enfermedades como el cáncer de mama, cáncer de útero, las infecciones del aparato reproductor, el uso inadecuado de métodos anticonceptivos, el sida y los abortos.

### **Derechos sexuales y reproductivos.**

Evidentemente según Amartya Sen, ganador del premio Nobel de economía (1988), un signo clave de desarrollo es el derecho y la habilidad de tener información de salud y acceso a servicios médicos a fin de poder tomar decisiones responsables de su propio cuerpo y de su propia salud. Este concepto es integral porque toma en cuenta que se trata de un estado general de bienestar físico, mental y social, que le permite al individuo a disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos con la capacidad de procrear con libertad para decidir hacerlo o no, cuando y con qué frecuencia.

### **Enfermedades de transmisión sexual.**

Las enfermedades de transmisión sexual son infecciones que se adquieren por tener relaciones sexuales con alguien que está infectado. Existen más de 20 tipos de enfermedades de transmisión sexual. Estas enfermedades afectan tanto a hombres como a mujeres y cuando la mujer está embarazada puede afectar a su bebé.

Algunas de ellas son:


- Clamidia.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Gonorrea
- Herpes genital
- VIH
- Sífilis
- Tricomoniasis
- Vaginosis bacteriana
- Virus papiloma humana

Algunas de estas enfermedades se pueden tratar con antibióticos sobre todo las que son de origen bacteriano o por parásitos. Las infecciones por virus generalmente apenas se pueden mantener bajo control con algunos medicamentos tipo antivirales, además el uso de preservativos puede disminuir el riesgo de contagiarse.

**Clamidia:** la infección causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, es una enfermedad de transmisión sexual que puede afectar tanto a hombres como a mujeres. En la mujer se caracteriza por dar diferentes síntomas, desde un flujo vaginal hasta complicaciones de tipo esterilidad.

En el hombre puede o no haber síntomas, sin embargo es común encontrar una secreción por el pene dando un cuadro que se llama uretritis inespecífica que puede o no involucrar otras infecciones.

La infección puede ser transmitida durante las relaciones sexuales vaginales, orales o anales, además puede ser transmitida de la madre al hijo durante el parto vaginal.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 292 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

El riesgo de contagio aumenta cuanto mayor sea el número de parejas sexuales que se tenga, las personas más vulnerables son los pacientes con enfermedades de transmisión sexual ya que tienen mayor riesgo de infectarse con el virus VIH.

Las adolescentes y las mujeres jóvenes sexualmente activas están expuestas a un mayor riesgo de infección, porque el cuello uterino no se ha formado completamente y es más susceptible a infecciones.

Los síntomas son variables y a esta enfermedad se le ha llamado la enfermedad silenciosa porque la mayoría de las personas no presentan síntomas o suelen aparecer una a tres semanas después del contagio, en las mujeres afecta el cuello uterino y la uretra, en el hombre la uretra.

La infección puede aparecer también en el ano o en la garganta tanto en hombres como en mujeres, siendo las complicaciones más frecuentes en mujeres la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), que a su vez puede ser causante de esterilidad, otras complicaciones son el dolor pélvico crónico, el embarazo ectópico y la vulnerabilidad ya mencionada a adquirir el virus VIH.

Una vez realizado el diagnóstico el tratamiento debe hacerse con antibióticos como la azitromicina o la doxiciclina entre otros.

**Enfermedad pélvica inflamatoria:** es el término que se utiliza para referirse a infecciones que se localizan en el útero o las trompas de Falopio y que puede provocar embarazo ectópico, dolor pélvico crónico, abscesos e infertilidad.


Esta enfermedad puede ser causada por diversos organismos, entre ellos principalmente la gonorrea, y la clamidia, se le suma al riesgo que representa el uso de duchas vaginales ya que alteran en forma dañina la composición de la flora vaginal normal.

**Gonorrea:** es una enfermedad de transmisión sexual causada por la neisseria gonorrhoeae, una bacteria que afecta los órganos reproductores, la garganta, la boca, los ojos y el ano, el contagio ocurre por contacto directo con el órgano genital infectado.

Los síntomas pueden aparecer entre el día primero y el día catorce después de contraer la enfermedad, en el hombre a diferencia de la mujer que casi no se presenta ningún síntoma, puede presentar ardor al orinar y secreción blanco amarillenta o verduzca que sale a través del pene, siendo las complicaciones más frecuentes la epididimitis o la infertilidad.

En la mujer las complicaciones más frecuentes son la enfermedad pélvica inflamatoria y el dolor pélvico crónico, el tratamiento cada vez es más difícil, se recomienda en ocasiones el uso de dos antibióticos, por la resistencia que se encuentra en esta bacteria.

**Herpes genital:** es una enfermedad de transmisión sexual causada por los virus tipo 1 (vhs-1) y el tipo 2 (vhs-2), la mayoría son causados por el tipo 2, cuando se presentan los síntomas usualmente lo hacen en forma de una o más ampollas en los genitales o en el recto.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 293 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Las ampollas se rompen y forman úlceras dolorosas (llagas) que pueden tardar de dos a cuatro semanas en curarse, la cantidad de brotes tiende a disminuir a medida que pasan los años. Esta enfermedad es cada vez más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes que tienen vida sexual activa.

El primer brote aparece aproximadamente dos semanas después de la infección, su complicación más temida es la infección al bebé cuando la madre lo adquiere estando embarazada. No existe un tratamiento que pueda curar el herpes, pero el uso de los antivirales puede ayudar a prevenir la alta frecuencia de los brotes y a disminuir la posibilidad de transmisión.

**Sífilis:** es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *treponema pallidum*. Fase primaria aparece una úlcera o chancro, en un promedio de veintidós días después de infectarse, pero el rango puede variar de diez a noventa días. Fase secundaria aparecen erupciones en la piel y lesiones en las membranas mucosas. Fase latente y terciaria que puede durar de diez a veinte años para desarrollarse después que se contrae la infección, ya se hace manifiesto el daño a órganos internos como el cerebro, los nervios, los ojos, el corazón, el hígado, los huesos y las articulaciones. Clínicamente entre muchos síntomas y signos hay dificultad para coordinar los movimientos, ceguera y demencia. El tratamiento es con penicilina de preferencia, pero hay algunos casos que por ser alérgicos a la misma debe buscarse tratamiento alternativo, la duración del mismo y la dosis estará relacionada con el daño causado y el tiempo de tener la infección.

**Sida VIH:** la enfermedad más temida de nuestro tiempo, pero que a pesar de los estragos que ha causado en las poblaciones más diezmadas en educación y recursos económicos seguimos viendo que el aumento en la prevalencia de la enfermedad no respeta educación ni estatus económico, lo que nos indica que los hábitos sexuales no han sido modificados a pesar de todo lo que se ha hecho en materia de prevención y educación. Un concepto que es importante dejar establecido en nuestra mente es que las personas con enfermedades de transmisión sexual tienen una probabilidad de por lo menos dos a cinco veces mayor de contraer el VIH.


**Tricomonirosis:** es una enfermedad de transmisión sexual, que afecta tanto a hombres como a mujeres.

Es causada por un parásito protozoario unicelular, llamado *trichomonas vaginalis*, que afecta en el hombre la uretra y en la mujer la vagina, que es la forma más común donde se produce la infección.

Los síntomas en el hombre desde el punto de vista clínico no son importantes, a veces hay ardor en el caño de la orina después de miccionar o eyacular. Las mujeres generalmente tienen un flujo vaginal espumoso, amarillo verdoso y con un fuerte olor.

El tratamiento es generalmente con tinidazole o metronidazol.

**Vaginosis bacteriana:** es el término que se utiliza para una infección que ocurre en las mujeres, en la cual hay una alteración del equilibrio normal de las bacterias de la vagina. Clínicamente lo común es encontrar flujo vaginal, olor, dolor, picazón o ardor, cualquier mujer

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 294 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

puede contraerla no se sabe muy bien el mecanismo por el cual se produce la infección. El tratamiento que se recomienda es metronidazole y clindamicina.

**Virus del papiloma humano (VPH):** es la infección de transmisión sexual más frecuente, existen más de cuarenta tipos del virus del papiloma, que puede infectar las zonas genitales, la garganta y la boca tanto en hombres como en mujeres.

Este virus puede causar verrugas en genitales o en la garganta, además cáncer en el cuello uterino, la vulva, la vagina, el pene y en el ano.

### **Embarazo en adolescentes**

Las jóvenes latinas de 15 a 19 años de edad tienen el índice más alto de natalidad de todos los grupos étnicos principales de los estados unidos de Norteamérica.

La sexualidad se intensifica con la pubertad y ocupa un lugar central en el desarrollo del adolescente, transición hacia la edad y la posibilidad de una maternidad potencial.

Factores que influyen en el inicio de la actividad sexual del adolescente

1. Ignorancia en información acerca de la reproducción y de la sexualidad humana.
2. Mala comunicación con los padres.
3. Ignorancia de los padres en esta materia.
4. Problemas de relaciones entre los padres.
5. Padres separados.
6. Ser hijo o hija de padre adolescente.

### **Factores que disminuyen la probabilidad de relaciones sexuales tempranas**

1. Padres instruidos y educados.
2. Adecuada autoestima del adolescente.
3. Adolescente estudiando.
4. Planes a futuro.
5. Ocupación del tiempo libre en actividades físicas, intelectuales, artísticas o espirituales.


### **Otros elementos que se pueden asociar a embarazos en adolescentes**

1. Pertenencia a zonas rurales.
2. Nivel económico y social.
3. Practicar alguna religión.
4. Influencia de grupos de amigos.
5. Influencia de los medios de comunicación.

Los adolescentes sexualmente activos necesitan acceso a información en materia de planificación familiar, apoyo de los adultos y de los medios de comunicación para usar los anticonceptivos adecuadamente, además ellos(as) necesitan servicios confidenciales seguros y convenientes.

### **El enfoque debe hacerse basado en los riesgos a que se expone el adolescente.**


1. Adolescentes de la calle.
2. Adolescentes que no estudian.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 295 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

3. Adolescentes en refugios y centros de bien social.
4. Jóvenes que usan drogas y alcohol.
5. Jóvenes homosexuales.
6. Jóvenes víctimas de abuso sexual en la niñez.
7. Los jóvenes con discapacidad mental o física.

### Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (2006). Defining a sexual Health: report of a technical consultation on sexual health, 28 – 31 January 2002, Geneva.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS ) 2000. Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la Acción 19 – 22 mayo 2000. Antigua Guatemala, Guatemala
- P. Frank- Hermann et al “The affectiveness of a fertility awareness based method Avoid pregnancy in relation to a couple`s sexual behavior during the fertile time a prospective longitudinal study.
- Human Reproduction, 22 (5) pág. 1310-1319
- Human Reproduction, vol. 25 No 2, pág. 360-367, 2010
- Todo lo que necesitas saber sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual, 2003The Rosen Publishing Group
- Molgó M. Eymin G. Virus papiloma humano, oncogénesis y alternativas terapéuticas. Revista Chilena de Dermatología, Diciembre 2000
- Knapp J. Neisseria and Branhaella. In Manual of Clinical Microbiology 7 Th. Edición, Charter 38, 586-603. 1997
- Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson. Harrison` s PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE 15 th. Edition Charpter 147,172, 179, 182,188
- American college of Obstetricians and gynecologists. Pelvic inflamatory Disease. ACOG Patient Education Pamphlet, 1999
- Center for Desease Control and Prevention, sexually Transmitted Disease. Treatment Guidelines 2010.
- Weinstock H. Berman S. Cates W. Sexually Transmitted desease among American youth, Incidence and prevalence estimates, 2000. Perspectives on sexual and Reproductive Health 204; 36:6-10
- Corey L, Wald A, Genital Herpes, In , Holmes KK, Sparling PF Mardh P et al Sexually Transmitted Disease , 3 rd. Edition, New York : Mc Grawen –Hill 1999. P, 285-312
- Center for Disease Control and Prevention, Primary and Secondary syphilis –United States 2003- 2004 MMWR 2006; 55 (269-272).

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 296 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## **Anexo N° 27: Infección por el virus de inmunodeficiencia humana y por transmisión sexual.**

Dra. Gloria Terwes  
Médica Área de Atención Integral de las Personas.  
CCSS

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y la seroinfección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-sida) siguen constituyendo un problema prioritario de Salud Pública en los países desarrollados y en vías de desarrollo por su creciente y sostenida prevalencia, ya no solo en grupos de alto riesgo, sino en grupos de alta vulnerabilidad como las mujeres, la población joven en edad sexual reproductiva. Este comportamiento socioepidemiológico nos obliga a replantear un trabajo conjunto y consensuado en Red y Red de Redes, estableciendo vínculos de índole integrado y sistémico entre los procesos de atención prenatal, atención niño y niña, atención a los y las adolescentes, atención a personas con ITS y VIH, vigilancia epidemiológica y prevención primaria del VIH.

Por lo tanto se requiere ampliar el alcance de los servicios trascendiendo a la salud comunitaria y a los grupos más desatendidos, en un contexto de Derechos Humanos y de diversidades socioculturales.


Tanto el VIH como las infecciones de transmisión sexual (ITS) comparten los mismos mecanismos de transmisión, de comportamiento, aspectos epidemiológicos y algunos inmunológicos.

“... Según la OMS/OPS, la sífilis sigue siendo un grave problema de Salud Pública, se calcula que cada año hay más de 12 millones de nuevas infecciones por *Treponema pallidum*, de las cuales más de 2 millones se producen en mujeres embarazadas...” y que el VIH sin intervenciones eficaces de prevención en mujeres embarazadas infectadas, entre un 35%-50% de los niños pueden nacer infectados (CLAP/SMR 1570)

En el caso de las juventudes las conductas sexuales y los comportamientos de riesgo que los enfrenta a embarazos no deseados y al apego a sustancias psicoactivas, son determinantes que podrían explicar la prevalencia de estos eventos de salud.

Otros factores, como el trabajo comercial sexual, la inmigración flotante e interna, la drogodependencia, la violencia basada en género, la discriminación, el estigma a los grupos de minoría, la dificultad de acceso a los servicios de laboratorio y la inexistencia de tratamiento eficaz para eliminar el VIH, han contribuido a mantener esta problemática en nuestros países. La prevención y el control de las Infecciones de transmisión sexual y el VIH se basa en los siguientes 5 conceptos fundamentales (GCT21, CCSS, 2005)

- Educación y consejería a las persona sobre sexo seguro y abstinencia en especial en las escuelas.
- Identificación de personas asintomáticas y sintomáticas sin atención médica.
- Diagnóstico precoz y tratamiento efectivo.
- Evaluación, tratamiento y consejo a los compañeros (as) sexuales
- Vacunación de las personas en riesgo.
- Vigilancia y tratamiento a los contactos

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 297 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Como podemos ver, estos conceptos buscan superar el enfoque centrado en la enfermedad, por lo que la mejor evidencia y fuerza de recomendación sigue siendo el historial clínico y el abordaje integral centrado en el usuario del servicio de salud. Desde esta perspectiva, la OMS recomienda que la detección precoz de las ITS y el VIH debe ir precedida por el proceso de CONSEJERÍA y el consentimiento informado y voluntario e iniciadas por el proveedor de salud previamente capacitado, respondiendo a los procedimientos de los protocolos respectivos.

La Consejería y prueba voluntaria (CPV) es el procedimiento habitual que se sigue cuando una persona solicita o se le oferta una prueba de VIH, de manera que ésta sea orientada e informada para una toma de decisión razonada e informada.

La promoción de un diagnóstico temprano por el VIH y las ITS deberá ser una actividad prioritaria de todos los profesionales de Atención Primaria en Salud. Por lo tanto en nuestro país dada la caracterización epidemiológica del VIH como una epidemia concentrada, esta promoción debe enfatizarse a los grupos de mayor riesgo y en exclusión social, en la mujer embarazada y su pareja, en las personas jóvenes y en las personas portadoras de ITS.

A pesar de los esfuerzos invertidos en IEC aún hay evidencia de brechas en la información y conocimiento en grupos de población joven y poblaciones de mayor exposición al riesgo, como lo señaló el Organismo de Naciones Unidas para el SIDA, 2008.


### **Estudio de Conocimientos y prácticas, ONUSIDA, 2008**

- En **personas jóvenes** con relación a los conocimientos en VIH, observamos **diferencias según género**, aún hay una proporción de hombres y mujeres jóvenes que no identifican el preservativo como método de prevención del VIH, superado por el género femenino. Un poco más del 30% de los encuestados, superado por los hombres, cree que al compartir alimentos con personas con VIH se transmite la infección.
- **En general solo un 40% de las personas jóvenes dieron respuesta correcta las 5 preguntas formuladas.**

La Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva, MS, 2010, evidenció que aún un gran porcentaje de la población joven no usan el condón como método de prevención de las ITS y que el sexo oral y la penetración anal son prácticas sexuales realizadas con mayor preferencia por la población más joven.

A pesar que cerca del 92% de hombres y mujeres lo identificaron como el principal método de prevención y protección ante el VIH y otras ITS, así mismo, la población del área rural o con menos escolaridad mantiene la persistencia de creencias incorrectas sobre las formas de transmisión del VIH.

Desde una perspectiva de la Salud Pública, los servicios de salud deben concentrar los esfuerzos en actividades de promoción y prevención que logren impactar en la disminución de la vulnerabilidad a la transmisión de las ITS y el VIH y en evitar o disminuir la prevalencia de estas infecciones. En el caso de las personas con infección asegurando acceso a paquete de intervenciones esenciales para el control y seguimiento de la infección y el mejoramiento del estado de su salud. Así mismo es de alta relevancia la detección, control y seguimiento preventivo en las parejas sexuales de las personas con VIH.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 298 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Este paquete debe incluir el monitoreo continuo del estado y estadío clínico e inmunológico de la persona con VIH, el inicio oportuno del tratamiento, la observancia de la toxicidad y o el fracaso terapéutico a los medicamentos, la vigilancia y prevención de infecciones oportunistas y otras coinfecciones, el apoyo continuo y sostenido psicosocial y la orientación nutricional, éstos dos últimos son pilares fundamentales para el apego, la tolerancia y el fortalecimiento del estado de la salud y la disminución de la infectividad del virus.

En el contexto de los servicios de salud del primer nivel de atención los siguientes factores se han asociado con la prevalencia de la sífilis congénita, el VIH y la calidad en la Atención Integral a la salud sexual y la salud reproductiva: (ver Recuadro 7)

#### Recuadro 7. Factores asociados a la prevalencia de sífilis congénita

##### Captación tardía

1. Falla en la educación sexual y reproductiva
2. Inadecuadas visitas domiciliarias por el nivel local (ATAP)
3. Detección y referencia tardía de la mujer embarazada
4. Notificación tardía de sub-β (+)
5. Atraso en citas a pacientes con sub-β (+)

##### Manejo inadecuado

1. Desconocimiento o mal manejo de la Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el período prenatal, parto y posparto.
2. Falla en la educación sexual y reproductiva
3. Mal uso del CLAP
4. No se trata oportunamente a la embarazada con VDRL positivo
5. No se realiza prueba para sífilis a los contactos sexuales
6. No se documenta la aplicación del tratamiento

##### Monitoreo y seguimiento no sistemático

1. No se verifica la aplicación del tratamiento
2. Mal seguimiento post tratamiento
3. Pérdida del control post parto


FUENTE: Estudio MS-CCSS, 2009

Grupos organizados de base comunitario han identificado los siguientes factores que creen han favorecido la presencia de ITS y el VIH: (ver Recuadro 8)

#### Recuadro 8. Factores asociados presencia ITS y VIH

- Falla en la educación sexual y reproductiva en el escenario comunitario y escolar
- Adolescentes en la calle
- Sentimentalismo en el adolescente: agresividad y hostilidad, que los lleva a decisiones abruptas
- Drogadicción
- Violación sexual
- Factor socioeconómico
- Accesibilidad y educativo
- Ignorancia temática ITS
- Exceso de información genera que la población tenga dificultad para discriminar o no la asimile.

FUENTE: Comités de salud, 2012

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 299 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Así mismo las intervenciones desarrolladas para mejorar la salud sexual y reproductiva han sido insuficientes, persistiendo las desigualdades por razón de sexo, condiciones que aunadas a las anteriores conducen a una mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH y las ITS.

Dado lo anterior, el desarrollo de estrategias para la intervención de estos factores o causas deben ir dirigidas al fortalecimiento de los conocimientos tanto en el personal de salud como comunitario, a la observancia y obligatoriedad de la aplicabilidad de las normativas y guías de atención, al mejoramiento de la cobertura, acceso y calidad de servicios y a la articulación de las acciones comunitarias con las de los servicios de salud

### **Promoción y Prevención**


Siendo el VIH un virus con alta tasa de replicación, variabilidad genética y antigénica, y la sífilis con una gran proporción del curso de la infección en etapa asintomática, exponen la importancia de ofertar procesos de promoción y prevención a los diferentes segmentos y grupos poblacionales, por ejemplo, la infección por sífilis puede tardar de 10 a 45 días en ser detectable por análisis de sangre, una prueba inicial negativa no garantiza la ausencia de infección, de allí la importancia del tamizaje trimestral y por criterio de riesgo en la mujer embarazada.

Es conocido que en la Transmisión Materno-Infantil, la probabilidad de transmisión por sífilis de la madre a hijo está directamente relacionada con el estadio de la sífilis materna durante el embarazo o el número de semanas de gestación de la madre al adquirir la infección. En las mujeres embarazadas con sífilis activa, la ausencia de tratamiento, hasta un 80% de los embarazos acabará de forma adversa, como aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer o infección congénita

En el caso del VIH neonatal la ausencia de intervenciones eficaces de prevención que incluyan Tratamiento antirretroviral (TARV) y la sustitución de la lactancia materna, entre el 35% y el 50% de los hijos/as de embarazadas con VIH, serán infectados/as, provocando una patología de evolución crónica y de alta complejidad para el manejo (OPS, 2011)


Desde una perspectiva de Salud Pública, las actividades de promoción de estilos de vida saludables como el ejercicio físico, la salud sexual, el no fumado, aspectos nutricionales entre otros, intervenciones comunitarias y de servicios de salud para la reducción del daño, intervenciones para evitar los embarazos no deseados y la TMI del VIH y la sífilis congénita y la identificación de factores que facilitan la transmisión (ITS, adicciones, etc.), se POSICIONAN como las herramienta más eficaces para lograr una prevención efectiva.

Es un RETO y urge una estrategia sistémica que armonice la participación de las comunidades, las personas con VIH, las organizaciones de base, la sociedad civil, el sector privado y otros involucrados para mitigar las barreras culturales y de servicios, la persistencia del estigma y la discriminación, fortalecer las capacidades y habilidades de los proveedores y consumidores de servicios, mejorar el acceso a los servicios de prevención temprana, la atención integral y el tratamiento.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 300 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

### Bibliografía

- Guía clínica para la eliminación de la transmisión Maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. OPS. 2010.
- Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva; Montevideo: CLAP/SMR; 2009.
- ONUAIDS/WHO-AIDS Epidemic Update 2009. [www.unaids.org](http://www.unaids.org) Klausner Jeffrey, D. Hook III Eduard, W. Diagnóstico y tratamiento ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. a LANGE medical book, 2007
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, MMWR Recommendations and reports, 2006.
- Weller S, Davis K. Condom Effectiveness in Reducing Heterosexual HIV Transmission. Cocrane Database of Systematic Reviews 2005:2.
- Holmes KK. Preventing Sexual Transmission of infections: What works? Maswell Findland Lecture. 42 nd Meeting of the IDSA, Boston, MA, 2004.
- Adolescent friendly health services: an agenda for change. Ginebra, OMS, 2002
- Revised guidelines for HIV counseling, testing, and rederral (and) revised recommendations for HIV screening of pregnant women. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2001;50 (RR-19);1-85.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 301 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N° 28: Ejerciendo paternidades y maternidades con responsabilidad social

Licda. Ana Virginia Quesada Morales  
Coordinadora del Comité de Estudio Integral del Niño Agredido  
Licda. Ma. Fernanda López Hernández  
Trabajadora Social, Servicio de Neonatología  
Hospital Nacional de Niños  
Dr. Carlos Sáenz Herrera

Para asumir una paternidad o maternidad responsable, es importante tener claridad en relación a que cada niño o niña son únicos (as), que no siempre cumple con un posible ideal construido por sus padres o familiares.

Es necesario considerar que hay elementos, que pueden favorecer procesos parentales más saludables y por ende propiciar un desarrollo biopsicosocial asertivo en las personas menores de edad.


Desde el momento en que un niño o niña, es engendrado, tiene el derecho a tener una vida estable y posterior a su nacimiento contar con un ambiente de respeto, acorde a sus necesidades, que permita un crecimiento sano.

Ante esto, se plantean una serie de recomendaciones siendo que como personas adultas responsables del cuidado de un niño o niña, se deben de conocer y contar con las herramientas que faciliten este proceso tan importante.


El Hospital Nacional de Niños, en su compromiso contra la violencia infantil y siendo que el grupo de recién nacidos (as), constituyen un colectivo de alta vulnerabilidad, aporta los siguientes elementos relacionados con las diferentes maneras de violentar a las personas menores de edad.

**Cuadro 26.** Formas de violentar a las personas menores de edad

Tipos de violencia	Acciones	Estrategias de prevención y/o tratamiento
Sabe usted que es el abuso prenatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es ocultar el embarazo. Al igual que no llevar un control permanente durante el mismo.</li> <li>- Es consumir tabaco, alcohol o drogas durante el embarazo. No alimentarse adecuadamente, pudiendo hacerlo.</li> <li>- Es auto golpearse y no reportar situaciones de agresión por parte de la pareja.</li> <li>- Es el rechazo que los padres pueden sentir hacia el embarazo o hacia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piense en las causas que le hacen ocultar su embarazo y busque ayuda.</li> <li>- Es su deber llevar un control prenatal constante desde el inicio de su embarazo. Toda mujer embarazada tiene derecho a recibir los controles en salud y exigir el apoyo de otras disciplinas que le ayuden en su bienestar.</li> <li>- No consuma este tipo de sustancias durante el embarazo y si tiene un problema de adicción busque ayuda profesional. Trate de mantener una alimentación sana.</li> <li>- Busque apoyo.</li> <li>- Si usted como mujer es sometida a cualquier situación de violencia, denúncielo y busque ayuda.</li> </ul>


	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 302 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

	<p>el sexo de su bebé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es cuando la mujer embarazada es sometida a cualquier forma de violencia (emocional, sexual u otras)</li> </ul>	
Saben ustedes que es la agresión física	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es maltratar a su niño(a) con cualquier cosa (manos, chancletas, faja, palos, entre otros), halarle las orejas, el cabello, etc.</li> <li>- Es someterlo a torturas tales como: quemaduras, amarrarlos, punzarlos, pellizcos, patadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nunca le pegue a sus hijos(as), utilice otras formas de sanción (suspensión de privilegios televisión, paseos, juegos).</li> <li>- Busque formas de controlarse (salga de la casa, camine un rato, respire profundo, cuente hasta diez, busque una persona con quien hablar, familiar o vecina de confianza, miembro de la Iglesia, etc.).</li> <li>- Si usted ha pensado en hacer esto o lo ha hecho, busque ayuda en el EBAIS, la escuela, la Iglesia e identifique alguna persona adecuada que puede cuidar de su niño(a), mientras recibe atención.</li> </ul>
Sabe usted que es el Síndrome de Niño Sacudido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es cuando se sujeta al niño(a) de manera muy fuerte y se sacude violentamente, provocándole daños cerebrales irreversibles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si usted está muy cansado(a) y su niño(a) llora incesantemente, busque alguna persona que pueda ayudarlo, antes de que pierda el control. Nunca lo deje solo.</li> <li>- Busque formas sencillas de relajarse (salga de la casa, respire, cuente hasta diez, camine un rato, busque una persona con quien hablar, llore en el baño, exprese que se siente cansado (a), enojado(a). Jamás desplace su ira o enojo en contra de un niño(a).</li> </ul>
Sabe usted que es la agresión emocional hacia un niño(a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es gritar, ofender, herir, ignorar a un niño(a).</li> <li>- Es rechazarlo(a), exigir perfeccionismo, no compartir tiempo con los niños(as), demandas no acordes a la edad y a las condiciones particulares de cada niño o niña.</li> <li>- Es cuando dos personas adultas discuten y se ofenden en presencia de una persona menor de edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Busque otras maneras de comunicarse, trate de no gritar, no utilice palabras ofensivas o denigrantes.</li> <li>- Acepte que cada niño(a) es diferente, no les exija más de lo que pueden dar. Sea tolerante, juegue con ellos(as), reconozca avances o situaciones positivas, no descalifique, no compare.</li> <li>- Busque espacios privados para resolver sus conflictos, en los cuales los niños no sean testigos.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es cuando un niño o niña es acariciado en cualquier parte de su cuerpo y esto le genera molestia o temor.</li> <li>- Es cuando un niño o niña, es tocado(a) con cualquier objeto o parte del cuerpo (dedos, pene, palos, botellas, juguetes, entre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escuche y observe a su niño(a), nunca acaricie sus partes íntimas ni permita que ninguna persona conocida o no, lo acaricie en sus partes genitales, boca senos. No propicie eventos en los cuales el niño(a) sea expuestos a besos, manipulaciones o caricias con contenido sexual.</li> <li>- Acostúmbrese a llamar a las diferentes áreas del cuerpo por su nombre correcto.</li> <li>- Trate de visualizar el desarrollo o cambios</li> </ul>

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 303 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

<p>Sabe usted que es el abuso sexual hacia el niño(a)</p>	<p>otros) en sus partes genitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es cuando un niño o niña es forzado a tener relaciones sexuales.</li> <li>- Es cuando es contagiado de una enfermedad de transmisión sexual.</li> <li>- Es exponer a un niño o niña a que observe pornografía o presenciar relaciones sexuales en personas adultas.</li> </ul>	<p>físicos en el niño(a), como procesos normales y no desde una actitud morbosa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No permitir que ninguna persona conocida o no, lo acaricie si esto le genera molestia.</li> <li>- Mantener una comunicación permanente con sus niños(as), confíe en lo que le dicen, enséñeles a no permitir que ninguna persona toque sus partes genitales, pechos, boca o cualquier parte de su cuerpo que les genere molestia o tenga sexo oral con ellos(as) y que si les llegara a ocurrir lo comuniquen de forma inmediata, para detener el abuso y buscar la ayuda respectiva.</li> <li>- Vigilar lo que observan sus hijos (as), establezca horarios de acceso a la televisión y a Internet. Si usted tiene material de este tipo en su hogar, manténgalo en un lugar inaccesible para los niños(as).</li> <li>- Procurar que las personas que cuidan de sus hijos(as), las respeten. Pregúntele si se siente seguro con la persona que lo cuida.</li> <li>- Estar muy atento(a) a los cambios en la conducta que puedan presentar los niños(as). Recuerde que el abuso siempre se da bajo el mandato del secreto y amenaza.</li> </ul>
---	--	---

FUENTE: Elaboración Propia

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 304 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Anexo N° 29: Legislación relacionada con la madre embarazada y lactante en Costa Rica

*Dra. Sonia Chaves Quirós  
Médica Pediatra  
Especialista en Lactancia Materna  
schavesq@gmail.com*

Nuestro país cuenta con una serie de Leyes y Políticas que protegen a la madre trabajadora embarazada y lactante que están enmarcadas en:

1. La ley General de Salud (N° 5395)
2. La Política Pública de Lactancia Materna.
3. El “Código de Trabajo”
4. Ley “Código de Niñez y la Adolescencia” (N° 7739)
5. Ley “Ley General de Protección a la Madre Adolescente (N° 7735)
6. Ley “Fomento a la Lactancia Materna” (N° 7430)
7. Normativa de Relaciones Laborales de la CCSS (Octubre, 2010).


Es un marco legal muy amplio en donde las mujeres trabajadoras embarazadas y en periodo de lactancia están protegidas por un régimen legal que todas las personas deben conocer. Es vital que la madre en periodo de embarazo y lactancia se informe y haga valer sus derechos y los de sus hijos e hijas.

Algunas pistas que todos y todas deben manejar son las siguientes:

**En la Ley General de Salud:** artículo 12 se establece que toda madre tiene derecho a recibir atención en el periodo de embarazo y en el parto no importa si es asegurada o no, así como, los niños y niñas menores de edad también tienen el derecho a ser atendidos en la consulta médica, para lo cual solo requieren presentar el Carne oficial de Desarrollo Integral del Niño y la Niña, extendido por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y entregado a la madre durante su estancia en la maternidad al momento del nacimiento del niño o niña.

**La Política Pública de Lactancia Materna de Costa Rica:** fue aprobada por el Ministerio de Salud en Agosto de 2009 y tiene como objetivo maximizar la salud integral de las madres, niñas y niños, jóvenes, familias y población en general. Se sustenta en diferentes directrices internacionales emanadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la Convención Internacional sobre los derechos del Niño, el Código para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y posteriores Resoluciones de las Asambleas Mundiales de Salud, las Declaraciones de Innocenti y la Estrategia Mundial sobre la Alimentación del Lactante y el Niño (Anexo1).

En esta política se establece que el amamantamiento es la norma biológica que debe orientar la alimentación del niño y de la niña, por lo que las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios a la niñez, deben garantizar las condiciones necesarias para que este grupo poblacional sea alimentado **con lactancia materna, de manera exclusiva hasta los seis meses de edad y de forma complementaria hasta los dos años o más**, con alimentos

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 305 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

saludables, autóctonos y producidos en su comunidad, es aquí donde se enmarcaría todo lo relacionado con los tiempos en derechos de la hora de lactancia que se discutirá más adelante.

Igualmente, en la política se destaca que las (os) trabajadoras(os) del sector público y privado deben tener acceso a la información acerca de sus derechos y deberes, así como, de los derechos y deberes de la organización empleadora o patrono, en relación con el apoyo que debe ser ofrecido a las familias para fomentar la alimentación al seno materno, los servicios de maternidades y de atención a niños y niñas. Al tiempo, que deben cumplir con las Iniciativas Internacionales creadas para promocionar, proteger y apoyar la lactancia materna.

Destaca en esta política lo relativo a la alimentación con sucedáneos o sustitutos de la leche materna (alimentos envasados o con etiqueta, que son producidos o comercializados como complementarios en la dieta del niño o de la niña, o como sustitutos totales o parciales de la leche materna), en tanto puntúa que no deben ser promovidos por el personal médico ni por otros trabajadores del sector público y privado del área de la salud, la educación, la industria y el comercio, entre otros.


Finalmente, recalca que las organizaciones comunales, los comités o las comisiones, las asociaciones y las juntas directivas no gubernamentales, públicas y privadas deben promover, proteger y apoyar la lactancia materna en sus comunidades y desalentar en la población el uso de los biberones, tetinas y chupetas u otros utensilios similares que interfieren de manera negativa el inicio y el mantenimiento de la práctica de la lactancia materna <sup>(2)</sup>.

**En el Código de Trabajo** se incluyen varios artículos (del 94 al 100) que protegen a las madres trabajadoras embarazadas y en periodo de lactancia, estos artículos son derechos que deben ser respetados por todas las instituciones o empresas del país, tanto públicas como privadas, en estos artículos se contemplan varios derechos. Entre ellos, la prohibición de despedir a la madre embarazada o en periodo de lactancia, para lo cual se establece que la madre trabajadora debe informar al patrono de su condición de embarazo (Artículo 94 y 94) y si fuera despedida, se puede gestionar ante el Juez de Trabajo su reinstalación inmediata (Anexo 2).

Así mismo, en este código se establece que la trabajadora embarazada gozará de una licencia remunerada por maternidad (Artículo 95) durante el mes anterior y tres meses posteriores al parto. Al respecto se indica que tiene derecho al salario completo y que esto no afecta el aguinaldo. Este periodo se considera también como el tiempo mínimo de lactancia y puede prolongarse por prescripción médica. En este artículo se apoya la solicitud de la hora de lactancia y la madre tiene derecho a solicitarla por el tiempo que amamanta a su hijo (a) previa certificación médica.

En el Artículo 95 se incluye el derecho de la madre adoptiva de gozar de tres meses de permiso pagado para cuidar a su hijo (a) a partir del día siguiente en que recibe al niño (a). En el Artículo 96 se indica que posterior a la licencia por maternidad la trabajadora tiene derecho a solicitar las vacaciones de ley (Anexo 2).

En el Artículo 97 se especifica el derecho a la hora de lactancia que tienen todas las trabajadoras que confirmen al patrono estar amamantando a su hijo (a) aquí NO se especifica por cuánto tiempo se aplica este derecho, por lo que se deben revisar los reglamentos internos

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 306 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

de las instituciones empleadoras y si no hay nada estipulado se tomaría en cuenta **La Política Pública de Lactancia Materna** en relación al tiempo de lactancia en donde la recomendación es de dos años, así como, las resoluciones de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia entre ellas el voto N° 2011000635 (Anexo3). El certificado (requisito para solicitar la hora de lactancia materna) puede ser extendido por un médico de la CCSS o un médico de la consulta privada (circular 37708-8 Gerencia Médica CCSS) (Anexo3).

Todas las trabajadoras tiene derecho a **“una hora de lactancia”** no importando si labora media jornada o una jornada completa, pues la legislación establece la hora de lactancia como un derecho. Esto según respuesta de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia al Recurso de Amparo N° 4046-V-93 interpuesto por la señora Estelita Ramírez González, madre que labora medio tiempo. Al respecto, el Voto N° 6103-93 del 19 de noviembre de 1993 emitido por la Sala estipula:


*“la Norma no diferencia entre si el beneficio se otorga a trabajadoras a tiempo completo o a medio tiempo y existiendo prórroga del periodo de lactancia mediante prescripción médica, considera la Sala que efectivamente se discrimina a la recurrente en sus derechos por cuanto las demás madres trabajadoras si ven reconocido el tiempo para la lactancia de sus hijos e hijas, siendo lo procedente declarando con lugar el recurso, debiéndose otorgar a la recurrente el tiempo de lactancia que le otorga la Ley por el período que el médico determine”.*

En el Artículo 44 de la **Normativa de Relaciones laborales de la CCSS** <sup>(4)</sup> se establece que en los primeros seis meses posteriores al reingreso de la trabajadora de la licencia post natal (nueve meses de edad del niño(a), ésta disfrutará de la licencia sin que sea necesario que la trabajadora presente la constancia médica. A partir del vencimiento de este período, la trabajadora deberá presentar constancia médica extendida por un médico de la institución o privado ante su jefatura, para el trámite administrativo correspondiente, dicha certificación únicamente debe referir que el hijo(a) se encuentra lactando y debe presentarlo cada de 2 meses (Anexo 3).

**La Comisión Nacional de Lactancia Materna tomando en cuenta los antecedentes generados alrededor de la hora de lactancia emitió la siguiente aclaración:**

*“Las madres trabajadores del sector público o privado que se encuentran amamantando tienen derecho a Una Hora de Lactancia no importando si labora media jornada o una jornada completa (las trabajadoras de la C.C.S.S., tienen derecho a una hora y treinta minutos) por todo el periodo que el médico pediatra o médico general certifique que está amamantando. Según la reglamentación de la C.C.S.S., dicho certificado debe extenderse cada dos meses, por médicos funcionarios de la C.C.S.S. o por médicos que desarrollan su práctica en el ámbito privado”.*

En el Artículo 97 del Código de Trabajo también se especifica que la madre trabajadora tiene la posibilidad de gozar de un período de descanso durante la jornada de trabajo mientras este amamantando, de acuerdo de las posibilidades laborales, muchas madres utilizan este tiempo para extraer la leche materna, hay que recordar que se debe extraer la leche en un lugar privado, limpio y no ubicado en el servicio sanitario.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 307 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Finalmente, en el Artículo 100 del Código de Trabajo, se hace referencia a que en los lugares de trabajo donde laboren más de 30 mujeres se debe, acondicionar un local para que las madres amamanten a sus hijos (as) o bien un lugar para extraerse la leche, a este lugar se le denomina Sala de Lactancia. A la fecha se encuentra en proceso la creación el Decreto Ejecutivo con los requisitos de las Salas de Lactancia en los establecimientos laborales.

En el **Código de la Niñez y la Adolescencia** se especifica que la madre embarazada adolescente y su hijo tienen derecho a recibir el control médico durante el embarazo y el parto, así como en caso necesario, apoyo alimentario para complementar su dieta en el periodo de lactancia (Artículo 50). También tendrán derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud, particularmente en la atención médica u hospitalaria. En situaciones especiales de peligro para su salud o la su hijo (a) tendrá derecho a atención de preferencia (Anexo 4).

En el Artículo 52 se indica que las instituciones oficiales y privadas, así como, los empleadores les garantizarán a las madres menores de edad las condiciones adecuadas para la lactancia materna, según lo previsto en el artículo 611 y siguientes del Código de Trabajo (Anexo 4).

En el Artículo 54 se incluye el derecho de los recién nacidos a tener contacto inmediato y alojamiento con su madre desde el nacimiento (Anexo 4).


En el Artículo 93 se prohíbe cesar o discriminar a la adolescente embarazada o lactante, de conformidad con lo que dispone el Código de Trabajo (Anexo 4).

En la **Ley General de Protección a la Madre Adolescente**, en el Artículo 9 se indica una vez más, la obligación de brindar asistencia gratuita, prenatal y posnatal a las madres adolescentes. Agrega en el Artículo 12 que la CCSS dará atención médica gratuita a las madres adolescentes que la soliciten y a los hijos (as) de ellas. Aunque la adolescente no se encuentre afiliada, la institución debe expedir un carné provisional de asegurada (Anexo 5).

La **Ley de Fomento a la Lactancia Materna** tiene como objetivo fomentar la nutrición segura y suficiente para los lactantes, mediante la educación de la familia y la protección de la lactancia materna. Para ello, se dará el apoyo específico a los programas y las actividades que la promuevan y se regulará la publicidad y la distribución de los sucedáneos de la leche materna, de los alimentos complementarios, cuando se comercialicen tales, y de los utensilios conexos.

La ley consta de 8 capítulos y 33 artículos en los cuales se regulan: a la Comisión Nacional de Lactancia Materna, las etiquetas de los alimentos infantiles, la publicidad, la información y la educación, a los agentes de salud, las donaciones y deberes de las instituciones así como retiro de productos y multas.


En el capítulo VI se regulan los deberes de los trabajadores de la salud, Ministerio de Salud de Costa Rica, Ministerio de Educación Pública y CCSS, donde se especifica que se debe apoyar, proteger y fomentar la lactancia materna, haciendo énfasis en la educación, asesoría y promoción de prácticas adecuadas de amamantamiento. Los trabajadores(as) de la salud y la educación no deben promocionar los sucedáneos de la leche materna y los utensilios conexos (Anexo 6).

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 308 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

Hasta aquí se presenta un resumen de los aspectos principales de nuestra legislación en torno la protección de la madre embarazada y en periodo de lactancia materna. Recordemos que se trata de informar a las madres trabajadoras sobre sus derechos laborales en este periodo tan importante, así como, a las familias para garantizar la salud integral de las personas en especial de las niñas y los niños.


### **Bibliografía.**

- Ministerio de Salud Costa Rica. (1974). Ley N° 5395: Ley General de Salud. (3° ed.). San José, Costa Rica: Editorial Investigaciones Jurídicas.
- Ministerio de Salud, Comisión Nacional de Lactancia Materna. (Octubre, 2008). Política Pública de Lactancia Materna. Costa Rica: Publicación Ministerio de Salud.
- Ministerio de Trabajo. (2006). Código de Trabajo. (Edición actualizada). San José, Costa Rica: Publicaciones Jurídicas.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (Octubre, 2010). Normativa de Relaciones Laborales de la CCSS. San José, Costa Rica: Dirección Jurídica de la CCSS. Publicación CCSS.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2011). Ley N° 7739. Código de la Niñez y la Adolescencia. San José, Costa Rica: Publicación CCSS.
- Patronato Nacional de la Infancia. (1999) Ley N° 7735. Ley General de Protección a la Madre Adolescente. Legislación sobre la Niñez y la Adolescencia. San José, Costa Rica: Publicación PANI.
- Comisión Nacional de Lactancia Materna. (1998). Ley N° 7430. Fomento de la Lactancia Materna y su Reglamento. (3° ed.). San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 309 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTATES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Abreviaturas y Acrónimos

AAIP	Área de Atención Integral a las Personas
ATAP	Técnico de Atención Primaria.
AINES	Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos.
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social.
CLAP	Comisión Latinoamericana de Atención Perinatal.
CPV	Consejería y prueba voluntaria.
DDSS	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
DIU	Dispositivo intrauterino.
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral en Salud.
IM	Vía Intramuscular.
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
ISRS	Inhibidores de la recaptación de la serotonina.
MEP	Ministerio de Educación Pública.
MS	Ministerio de Salud.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PNT	Programa Nacional de Tamizaje.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SMSI	Síndrome de muerte súbita infantil.
SPM	Síndrome premenstrual.
Sub-b (+)	Prueba de embarazo positiva
TAE	Trastorno afectivo estacional.
TARV	Tratamiento antirretroviral.
VDRL	Es una prueba de detección para sífilis. Este examen mide sustancias, llamadas anticuerpos, que se pueden producir en respuesta al <i>Treponema pallidum</i> , la bacteria que causa la sífilis.
VIH	Virus de la Inmuno -Deficiencia Humana
VPH	Virus del papiloma humano.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 310 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

## Glosario

**Aborto**<sup>179</sup>: Finalización espontánea o inducida del embarazo antes de que el feto haya alcanzado el desarrollo suficiente como para poder vivir después de su nacimiento. Algunos tipos de aborto son: aborto habitual, aborto infectado, aborto séptico, aborto voluntario y amenaza de aborto.

**Aborto espontáneo o natural**<sup>180</sup>: Terminación del embarazo antes de las veinte semanas de gestación como resultado de anomalías del producto de la concepción o del medio materno.

**Aborto terapéutico**<sup>181</sup>: terminación precoz del embarazo considerada necesaria por un médico.

**Anemia**<sup>182</sup>: Trastorno caracterizado por un descenso de la hemoglobina sanguínea hasta unos niveles por debajo del rango normal, disminución de la producción de hematíes, aumento de la destrucción de los mismos o pérdida de sangre. La anemia viene descrita por un sistema de clasificación específico, en función del contenido de hemoglobina de los eritrocitos (normocrómica o hipocrómica) y en función de las diferencias de tamaño de éstos (macrocítica, normocítica o microcítica).

**Anemia megaloblástica**<sup>183</sup>: Trastorno sanguíneo caracterizado por la producción y proliferación periférica de eritrocitos inmaduros, grandes y disfuncionales. Los megaloblastos suelen estar asociados con anemia perniciosa grave y anemia por deficiencia de ácido fólico.

**Antirreflujo**<sup>184</sup>: Posición En decúbito prono a 30°, preferiblemente en lateral derecho para mejorar el vaciamiento gástrico, aunque puede ser poco práctico.

**Antropometría**<sup>185</sup>: Ciencia que se ocupa de las medidas del cuerpo humano, tales como la altura, el peso y el tamaño de las partes que lo componen, así como la longitud de los pliegues cutáneos, con objeto de estudiar y de comparar sus proporciones relativas en circunstancias normales y anormales.

**Apoplejía**<sup>186</sup>: accidente cerebrovascular que conduce a una parálisis.

**Arritmias o palpitaciones**<sup>187</sup>: Desviación del patrón normal en los latidos cardíacos. Algunos tipos de arritmias son la arritmia sinusal, el bloqueo cardíaco, fibrilación auricular y el aleteo o flúter auricular.

**Asertividad**<sup>188</sup>: Los orígenes de la palabra “asertividad” se encuentran en el latín asserere o assertum, que significa “afirmar” o “defender” (Robredo, 1995). Es con base en esta concepción que el término adquiere un significado de afirmación de la propia

<sup>179</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>180</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>181</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>182</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>183</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf


<sup>184</sup> Tomado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/3622/3384>. Consultado el 30/7/2014.

<sup>185</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>186</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>187</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>188</sup> Tomado de [http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP\\_14\\_2/asertividad.pdf](http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_14_2/asertividad.pdf). Consultado el 29/7/014

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 311 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

personalidad, confianza en sí mismo, autoestima, aplomo y comunicación segura y eficiente (Rodríguez y Serralde, 1991).

**Atonía uterina**<sup>189</sup>: Se define por la inadecuada involución uterina, por la no-contracción miometrial y cambios vasculares intramiométrales y ausencia de un adecuado sistema coagulación que permita su control

**Alvéolos**<sup>190</sup>: pequeños sacos que parten de las paredes del espacio alveolar, a través de los cuales se realiza el intercambio gaseoso entre el aire alveolar y la sangre del capilar pulmonar.

**Bajo peso**<sup>191</sup>: Peso corporal menor del normal después de haberlo ajustado según la altura, el tipo corporal y la edad.

**Bajo peso extremo**<sup>192</sup>: los recién nacidos de extremo bajo peso de nacimiento (RNExtr.BPN) o prematuros extremos se refiere a los menores de 1.000 g o menores de 28 semanas

**Bacterias cariogénicas**<sup>193</sup> : microorganismos capaces de producir ácido suficiente para descalcificar la estructura del diente. En los últimos años se ha implicado al *Streptococcus Mutans* (SM) como el principal y más virulento microorganismo responsable de la caries dental.

**Blastocito**<sup>194</sup>: Célula embrionaria indiferenciada previa a la formación de la capa germinal.

**Bronquitis crónica**<sup>195</sup>: Enfermedad respiratoria debilitante muy frecuente, caracterizada por un gran aumento en la producción de moco por las glándulas de la tráquea y bronquios que produce tos con expectoración durante al menos tres meses al año durante más de dos años consecutivos.

**Calostro**<sup>196</sup>: Líquido segregado por la mama durante el embarazo y los primeros días del posparto antes de que se inicie la lactancia; es un líquido escaso, seroso, amarillento, constituido por sustancias inmunológicamente activas y leucocitos, agua, proteínas, grasas y carbohidratos.

**Campos úngeles**<sup>197</sup>: se desarrollan durante la novena semana de gestación a partir del pliegue ungueal presente en el extremo dorsal del dedo. En la semana 15 la matriz ungueal está desarrollada y comienza a producir la lamina ungueal.

**Canal vaginal**<sup>198</sup>: conducto en el que las fibras musculares y conjuntivas se elongan, haciendo más elástica la cavidad vaginal, haciendo posible distenderse lo suficiente como para permitir el paso del feto.

<sup>189</sup> Tomado de <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/articulos/Puerperio.pdf>. Consultado el 29/7/2014

<sup>190</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>191</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>192</sup> Tomado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872002000800015](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000800015). Consultado el 29/7/2014


<sup>193</sup> Tomado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000100009&script=sci_arttext). Consultado el 31/7/2014

<sup>194</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>195</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>196</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>197</sup> Tomado de [http://www.sochiderm.org/admin/uploads/revistas/94ddc17c5d\\_DERMATOLOGIA-VOL.-27-N-12011.pdf#page=10](http://www.sochiderm.org/admin/uploads/revistas/94ddc17c5d_DERMATOLOGIA-VOL.-27-N-12011.pdf#page=10). Consultado 31/7/2014.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 312 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Candidiasis**<sup>199</sup>: Cualquier infección causada por especies de *Candida*, habitualmente *Candida albicans*, caracterizada por prurito, exudado blanco, descamación y facilidad de hemorragia.

**Centros nerviosos simpáticos**<sup>200</sup>: pertenecen a la parte del sistema nervioso que controla las acciones involuntarias. Reciben la información de las vísceras y del medio interno, para actuar sobre sus músculos, glándulas y vasos sanguíneos.

**Cepillo ergonómico**<sup>201</sup>: su diseño se basa en factores ergonómicos generales y específicos, los cuales se encuentran relacionados con la forma, longitud, dureza, dirección, grosor, número e implantación de las cerdas, forma y dimensiones de la cabeza, la estructura y mecanismo del cuello, el largo y características de manipulación del mango.

**Cianosis**<sup>202</sup>: Coloración azulada de la piel y de las mucosas producida por un exceso de hemoglobina desoxigenada en la sangre o por un defecto estructural en la molécula de hemoglobina, como la metahemoglobina.

**Cigoto**<sup>203</sup>: huevo en desarrollo desde el momento en que es fecundado hasta que, como blastocisto, es implantado en el útero.

**Citomegalovirus**<sup>204</sup>: Miembro de un gran grupo de virus específicos similares a los del género herpes responsables de numerosas enfermedades.

**Clamidia**<sup>205</sup>: es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes del mundo especialmente en el grupo de mujeres adolescentes y adultas jóvenes.

**Cocaína**<sup>206</sup>: compuesto cristalino de color blanco y sabor amargo, es soluble en agua y reacciona con los ácidos formando sales. Penetra directamente en el Sistema Nervioso Central a través del torrente sanguíneo produciendo una sensación agradable, anestésica y estimulante.

**Cóccix**<sup>207</sup>: Hueso afilado que se une al sacro por un disco de fibrocartílago en la base de la columna vertebral. Se forma por la unión de tres a cinco vértebras rudimentarias.

**Conducto galactífero obstruido**<sup>208</sup>: desarrollo de una especie de bulto o protuberancia sumamente dolorosa, ubicada debajo de sus aréolas, acompañada -posiblemente- de enrojecimiento en sus mamas, la cual se iría desplazando hasta llegar a la zona de su pecho.

<sup>198</sup> J. Botella Llusia y J.A. Clavero Núñez. Tratado de Ginecología 14 Edición. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid 1993

<sup>199</sup> Diccionario General Mosby. Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>200</sup> Tomado de [http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_nervioso\\_aut%C3%B3nomo](http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_nervioso_aut%C3%B3nomo). Consultado 23/7/2014.

<sup>201</sup> Castro, P et al. Eficacia de cuatro cepillos dentales en la remoción de placa bacteriana mediante la técnica modificada de Bass en Estudiantes de Salud Oral de la Ciudad de Cali. Revista Estomatología. Volumen 16 N° 2. 2008. Colombia

<sup>202</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>203</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf


<sup>204</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>205</sup> Tomado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182013000500004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182013000500004&script=sci_arttext). Consultado 31/7/2014

<sup>206</sup> Tomado de [http://www.uv.es/=cholz/Cocaina%20\(PND\).pdf#page=148](http://www.uv.es/=cholz/Cocaina%20(PND).pdf#page=148). Consultado 31/7/2014.

<sup>207</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>208</sup> Tomado de <http://hdl.handle.net/123456789/1549>. Consultado 1/8/2014

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 313 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Consentimiento informado<sup>209</sup>:** Permiso obtenido de un paciente para la realización de una determinada prueba o técnica. El consentimiento informado es necesario antes de realizar la mayoría de las técnicas invasivas y antes de incorporar un paciente a un estudio de investigación.

**Contracciones de Braxton Hicks<sup>210</sup>:** Contracción irregular del útero de la embarazada que comienza en el primer trimestre y aumenta de frecuencia, duración e intensidad a medida que progresa el embarazo. Cuando la gestación está próxima al término, estas contracciones son tan fuertes que con frecuencia son difíciles de diferenciar de las contracciones del parto verdadero.

**Crecimiento intrauterino retardado<sup>211</sup>:** El retraso del crecimiento intrauterino se relaciona con procesos que interfieren con la circulación y eficacia de la placenta, con el desarrollo o crecimiento del feto, o con el estado general y nutritivo de la madre.

**Dermatitis del pañal<sup>212</sup>:** también conocida como la dermatitis irritativa del área del pañal, es el proceso cutáneo irritativo e inflamatorio debido a las especiales condiciones de humedad, maceración, fricción y contacto con orina, heces y otras sustancias (detergentes, plásticos, perfumes, etc.) que se producen en la zona cubierta por el pañal durante un periodo muy concreto de la edad del individuo.

**Depresión pos parto<sup>213</sup>:** Trastorno psiquiátrico que se produce después del nacimiento del niño, habitualmente de 3 a 6 semanas después del parto. Se caracteriza por síntomas que varían desde una "tristeza posparto" leve hasta una psicosis depresiva, suicida, profunda.

**Diabetes<sup>214</sup>:** Trastorno caracterizado por la excreción exagerada de orina. Este exceso se puede deber a un déficit de hormona antidiurética (ADH), como en la diabetes insípida, o puede tratarse de la poliuria provocada por la hiperglucemia que acompaña a la diabetes mellitus.

**Diabetes tipo II<sup>215</sup>:** diabetes mellitus no insulino dependiente.

**Dientes temporales<sup>216</sup>:** Cualquiera de los 20 dientes que aparecen normalmente durante la infancia, o sea, 4 incisivos, 2 caninos y 4 molares en cada maxilar. Los dientes deciduos (o de leche) comienzan a desarrollarse aproximadamente en la 6ª; semana de la vida fetal.

**Ductus<sup>217</sup>:** persistencia de la patencia de la comunicación arterial fetal normal entre la aorta por debajo de la salida de la arteria subclavia izquierda y la arteria pulmonar en

<sup>209</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>210</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>211</sup> Tomado de Revista Cubana de Medicina General Integral versión On-line ISSN 1561-3038Rev Cubana Med Gen Integr v.17 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. 2001. Consultado 1/8/2014

<sup>212</sup> Tomado de [http://www.hispasante.hispagenda.com/documentacion/guias/medicina/dermatologia/pdtdp/15\\_Dermatitis\\_panal.pdf](http://www.hispasante.hispagenda.com/documentacion/guias/medicina/dermatologia/pdtdp/15_Dermatitis_panal.pdf). Consultado 1/8/2014.


<sup>213</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>214</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>215</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>216</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>217</sup> F. Gonzalbéz Jordá. Introducción a la Cirugía Cardíaca. Universidad de Oviedo. Servicio de Publicaciones.

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 314 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

su bifurcación, Comunicación que en condiciones normales se cierra espontáneamente al nacimiento.

**Eclampsia**<sup>218</sup>: La forma más grave de toxemia del embarazo, caracterizada por convulsiones tipo gran mal, coma, hipertensión, proteinuria y edema. Los síntomas de convulsión inminente suelen ser ansiedad, dolor epigástrico, cefalea y visión borrosa.

**Ecografía**<sup>219</sup>: Proceso de obtener imágenes de estructuras profundas del cuerpo midiendo y registrando el reflejo de ondas sonoras de alta frecuencia continuas o intermitentes.

**Embarazo múltiple**<sup>220</sup>: Embarazo en el que existe más de un feto en el útero al mismo tiempo.

**Embarazo ectópico**<sup>221</sup>: Gestación anormal en la que el producto concebido se implanta fuera de la cavidad uterina. Los tipos de embarazo ectópico son el embarazo abdominal, el embarazo ovárico y el embarazo tubárico.

**Embolia pulmonar**<sup>222</sup>: Bloqueo de una arteria pulmonar por un cuerpo extraño como grasa, aire, tejido tumoral o un trombo que suele proceder de una vena periférica.

**Embrión**<sup>223</sup>: estadio del desarrollo prenatal desde el momento de la implantación del huevo fecundado, dos semanas después de la concepción, hasta el final de la séptima u octava semanas.

**Empatía**<sup>224</sup>: Capacidad para reconocer y, de alguna forma, compartir las emociones y los estados de la mente de los demás, y para entender el significado de la conducta de la otra persona.

**Enfermedad infecciosa**<sup>225</sup>: Cualquier enfermedad transmisible, o que puede ser transmitida de un ser humano a otro, o de un animal a un ser humano, por contacto directo o indirecto.

**Enfermedad tiroidea**<sup>226</sup>: es cuando la función tiroidea está patológicamente deprimida, aparece hipotiroidismo, y cuando la función tiroidea está patológicamente incrementada, el hipertiroidismo.

**Episiotomía**<sup>227</sup>: Técnica quirúrgica, normalmente necesaria en partos en los que se emplean fórceps, en la que se practica una incisión en el periné de la mujer para ampliar el orificio vaginal durante el parto, que se suele realizar de forma electiva para evitar el desgarro del periné, para acelerar o para facilitar la expulsión del feto.

<sup>218</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>219</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>220</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>221</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>222</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf


<sup>223</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>224</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>225</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>226</sup> Tomado de <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11s16/original4.pdf>. Consultado 1/8/2014

<sup>227</sup> Diccionario General Mosby. Editorial Harcourt. Versión digital. sf

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 315 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Estimulación Quinestésica<sup>228</sup>:** las percepciones cenestésicas producen el conocimiento de los movimientos de los músculos del cuerpo y la posición de las articulaciones en relación con la flexión, la extensión y la rotación de los miembros y partes del cuerpo.

**Estimulación vestibular<sup>229</sup>:** el nervio vestibular recibe la información en forma de señales mecánicas y las transforma en señales nerviosas que son conducidas al SNC e interpretadas como sensaciones.

**Estrato córneo<sup>230</sup>:** capa callosa más externa de la piel, formada por células muertas convertidas en queratina que se descaman continuamente.

**Estrías del embarazo<sup>231</sup>:** Depresiones irregulares con una coloración entre rojo y violácea que aparecen en la piel del abdomen, muslos y nalgas de las mujeres embarazadas.

**Estrógeno<sup>232</sup>:** Uno de los grupos de compuestos de hormonas esteroideas que promueve el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos.

**Exantema<sup>233</sup>:** Erupción cutánea que puede tener las características diagnósticas específicas de una enfermedad infecciosa. Algunos tipos de exantema son: exantema del pañal, exantema en alas de mariposa, exantema medicamentoso y exantema por calor.

**Feto<sup>234</sup>:** el descendiente humano dentro del útero después del período embrionario y del comienzo del desarrollo de las principales características estructurales, normalmente desde la octava semana tras la fertilización hasta el nacimiento.

**Filogenético<sup>235</sup>:** basado en la evolución natural, como un sistema de clasificación.

**Fimosis<sup>236</sup>:** Estenosis del prepucio del pene que impide la retracción de la piel del prepucio sobre el glande. Habitualmente se trata de un proceso congénito, aunque puede deberse a una infección.

**Fontanelas<sup>237</sup>:** Espacio cubierto por una membrana resistente, situada entre los huesos del cráneo del lactante.

**Fototerapia<sup>238</sup>:** Tratamiento de enfermedades mediante la utilización de la luz, especialmente de la luz ultravioleta.

<sup>228</sup> Bolaños Bolaños Guillermo. Educación por medio del movimiento y expresión corporal. Primera Edición. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica. 2006

<sup>229</sup> C. Suarez et al. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello. 2 da Edición. Tomo II. Editorial Medica Panamericana. 2007

<sup>230</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>231</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>232</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>233</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf


<sup>234</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>235</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>236</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>237</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>238</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 316 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Gonorrea**<sup>239</sup>: Enfermedad frecuente de transmisión sexual, que afecta principalmente al tracto genitourinario y, en ocasiones, a la faringe, conjuntiva o recto.

**Haptonomía**<sup>240</sup>: es una filosofía y una ética de la existencia como determinada manera de concebir la relación de ayuda.

**Hemorragia genital**<sup>241</sup>: puede ser causada por aborto espontáneo, amenaza en curso, incompleto, completo séptico, diferido o feto muerto y retenido.

**Hemorroide**<sup>242</sup>: Vena varicosa en la porción inferior del recto o del ano causada por la congestión de las venas del plexo hemorroidal.

**Heroína**<sup>243</sup>: es un polvo cristalino blanco, inodoro, muy fino, pero su aspecto puede variar dependiendo de los procesos de purificación a los que se haya sometido.

**Herpes genital**<sup>244</sup>: Infección causada por el virus del herpes simple tipo 2 (VHS2), habitualmente transmitida por contacto sexual, que causa una erupción vesicular dolorosa en la piel y en la mucosa de los genitales masculinos y femeninos.

**Hidroterapia**<sup>245</sup>: Utilización del agua para el tratamiento de diferentes enfermedades mentales y físicas.

**Hipertensión esencial**<sup>246</sup>: Elevación de la tensión arterial sistémica sin que se pueda encontrar su causa y que suele ser el único hallazgo clínico relevante.

**Hiperventilación**<sup>247</sup>: Es el resultado de una frecuencia respiratoria aumentada, de un aumento del volumen corriente en reposo o de una combinación de ambos factores, y produce una entrada excesiva de oxígeno con espiración de dióxido de carbono.

**Hipotálamo**<sup>248</sup>: Porción del diencefalo que forma el suelo y parte de la pared lateral del tercer ventrículo. Activa, controla e integra el sistema nervioso autónomo periférico, los procesos endocrinos y muchas funciones somáticas, como la temperatura corporal, el sueño y el apetito.

**Hipotiroidismo**<sup>249</sup>: Enfermedad caracterizada por la disminución de la actividad de la glándula tiroides.

**Ictericia neonatal**<sup>250</sup>: hiperbilirrubinemia del recién nacido.

**Incompetencia cervical**<sup>251</sup>: es la dilatación cervical asintomática en el segundo y tercer trimestre del embarazo.

<sup>239</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>240</sup> Edmond Marc. Guía práctica de las nuevas terapias. Editorial Kairos. Barcelona España 1993

<sup>241</sup> Manual Merck de signos y síntomas del paciente. Diagnóstico y tratamiento. Editorial Médica Panamericana. S.A. Madrid. España. 2010

<sup>242</sup> Diccionario General Mosby. Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>243</sup> José María García Jiménez. La droga: conceptos, aspectos penales y penitenciarios. Editorial Club Universitario. San Vicente Alicante España

<sup>244</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>245</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf


<sup>246</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>247</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>248</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>249</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>250</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 317 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Intoxicación**<sup>252</sup>: estado de envenenamiento por un fármaco u otra sustancia tóxica.

**Isquemia intestinal o angina intestinal**<sup>253</sup>: Insuficiencia vascular crónica del mesenterio producida por arteriosclerosis, de la que resulta una isquemia del músculo liso del intestino delgado.

**Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**<sup>254</sup>: son un grupo de enfermedades que tienen en común el transmitirse principalmente a través de las relaciones sexuales sin que necesariamente sea la única forma de adquisición.

**Lanugo**<sup>255</sup>: Pelo blando, suave, que cubre al feto normal desde el quinto mes de vida, y que está casi totalmente eliminado hacia el 9º mes.

**Lumbalgia o lumbago**<sup>256</sup>: Dolor en la región lumbar producido por una distensión muscular, artritis reumatoide, osteoartritis o hernia de disco intervertebral.

**Lumbosacra**<sup>257</sup>: Relativo a las vértebras lumbares y al sacro.

**Líquido amniótico**<sup>258</sup>: Líquido producido por las membranas fetales y por el feto. Rodea al feto durante todo el embarazo, y su volumen a término es de aproximadamente 1.000 ml. Además de constituir una protección física para el feto, el líquido amniótico es un medio de intercambios químicos activos. El líquido amniótico es en sí mismo claro, pero las células fetales descamadas y los lípidos le confieren un aspecto opaco.

**Mancha mongólica**<sup>259</sup>: Mácula benigna de color azul oscuro, que se localiza en el sacro y nalgas de algunos recién nacidos. Normalmente desaparece durante la primera infancia.

**Marihuana o cannabis**<sup>260</sup>: Droga psicoactiva derivada de la inflorescencia de la planta del cáñamo.

**Mastitis**<sup>261</sup>: Trastorno inflamatorio de las mamas, producido habitualmente por una infección estreptocócica o estafilocócica. La mastitis aguda, más frecuente en los dos primeros meses de lactancia, se caracteriza por dolor, tumefacción, enrojecimiento, linfadenopatía axilar, fiebre y malestar general. Si no se trata o se trata de forma inadecuada se pueden formar abscesos.

**Meconio**<sup>262</sup>: Material que se acumula en el intestino fetal y constituye las primeras heces del neonato. Es espeso y pegajoso, de color verdoso a negro, y está compuesto por secreciones de las glándulas intestinales, líquido amniótico y restos intrauterinos como pigmentos biliares, ácidos grasos, células epiteliales, moco, lanugo y sangre.

<sup>251</sup> Kurjack Chervenak Donaldson School. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. 2 Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid España. 2008

<sup>252</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>253</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>254</sup> J.M Bajo Arenas et al. Fundamentos de Ginecología. Editorial Médica Panamericana. Madrid España.

<sup>255</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>256</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>257</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf


<sup>258</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>259</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>260</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>261</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>262</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 318 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Metabolitos**<sup>263</sup>: Sustancia producida por acción del metabolismo o que es necesaria para un proceso metabólico.

**Miliarias**<sup>264</sup>: Vesículas y pápulas diminutas, habitualmente con eritema periférico, que aparecen por la oclusión de los conductos de las glándulas sudoríparas tras la exposición al calor y a una humedad elevada.

**Muerte súbita o síndrome de muerte súbita del lactante**<sup>265</sup>: Muerte súbita e inesperada de un lactante sano y aparentemente normal que se produce durante el sueño y sin muestras físicas ni autofísicas de enfermedad.

**Neonato**<sup>266</sup>: Lactante desde el nacimiento hasta las 4 semanas de edad.

**Óbitos fetales**<sup>267</sup>: muerte del producto de la concepción antes de la expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente del tiempo de duración del embarazo.

**Onfalitis**<sup>268</sup>: Inflamación del muñón umbilical, caracterizado por enrojecimiento, hinchazón y exudado purulento en los casos graves.

**Ontogenia**<sup>269</sup>: La historia de la vida de un organismo desde el óvulo como célula única hasta el momento del nacimiento, incluidas todas las fases de diferenciación y crecimiento.

**Orgasmo**<sup>270</sup>: Clímax sexual, serie de contracciones intensas e involuntarias de los músculos genitales, experimentadas como sumamente placenteras y causadas por una excitación sexual de gran intensidad.

**Ovulo**<sup>271</sup>: célula germinal femenina expulsada a partir del ovario en el momento de la ovulación.

**Oxitocina**<sup>272</sup>: Oxitócico prescrito para estimular las contracciones en la inducción o aceleración del parto y para contraer el útero con el objetivo de controlar la hemorragia posparto.

**Paniculitis**<sup>273</sup>: Inflamación crónica de la grasa subcutánea en la que la piel aparece endurecida, sobre todo en el abdomen y en el tórax. En las zonas afectadas aparecen pequeñas masas subcutáneas de tejido duro.

**Pápula**<sup>274</sup>: Lesión cutánea elevada, sólida, pequeña, de menos de 1 cm de diámetro, como las lesiones de liquen plano y del acné no pustuloso.

<sup>263</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>264</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>265</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>266</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>267</sup> J.M. Carrera et al. Protocolos de obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 4 Edición. Editorial Elsevier. España.

<sup>268</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf


<sup>269</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>270</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>271</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>272</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>273</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 319 de 322
	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS          MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>		FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO		VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Parto**<sup>275</sup>: (en obstetricia) nacimiento de un niño.

**Parto prematuro**<sup>276</sup>: Parto que se produce antes de lo normal, ya sea antes de que el feto haya alcanzado los 2.000 a 2.500 g o antes de la 37 a 38 semanas de gestación. No existe una medida única del peso fetal o de la edad gestacional que se utilice universalmente para considerar un nacimiento como prematuro; la política local o institucional dictará cuáles de las distintas normas se aplicarán.

**Pelvis**<sup>277</sup>: Región inferior del tronco del cuerpo, formada por cuatro huesos, los dos huesos coxales que se sitúan lateral y ventralmente y el sacro y cóccix en la zona posterior.

**Periné**<sup>278</sup>: Parte del cuerpo situada por detrás del arco púbico y de los ligamentos arqueados, por delante del extremo del cóccix y a cada lado de las ramas inferiores del pubis, del isquion y de los ligamentos sacro ciáticos mayores. El periné sostiene y rodea los segmentos distales de los aparatos urogenitales y GI del organismo.

**Placenta**<sup>279</sup>: órgano fetal muy vascularizado a través del cual el feto absorbe oxígeno, nutrientes y otras sustancias y excreta anhídrido carbónico y otros productos de desecho.

**Posición prona o pronación**<sup>280</sup>: adopción de una posición prona, en la que la superficie ventral del cuerpo se sitúa hacia abajo.

**Posparto**<sup>281</sup>: Después del nacimiento del niño.

**Preeclampsia**<sup>282</sup>: Complicación del embarazo caracterizada por la aparición de hipertensión aguda después de la 24 semana de gestación. La tríada clásica de la preeclampsia es hipertensión, proteinuria y edema.

**Presentación de nalgas o podálica**<sup>283</sup>: Posición intrauterina del feto en la que se presentan las nalgas o pies, que ocurre aproximadamente en el 3% de los partos. Las clases de presentación de nalgas son nalgas completas, podálica y nalgas francas.

**Promontorio**<sup>284</sup>: Zona superior sobresaliente del sacro en su unión con la vértebra L5.

**Propiocepción**<sup>285</sup>: Sensación relacionada con estímulos que tienen su origen en el organismo en relación con la posición espacial y la actividad muscular o con los receptores sensoriales que activan.

<sup>274</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>275</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>276</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>277</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>278</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>279</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>280</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf


<sup>281</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>282</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>283</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>284</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>285</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 320 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Prurito**<sup>286</sup>: Síntoma consistente en picor, sensación incómoda que provoca la necesidad urgente de rascarse.

**Pústula**<sup>287</sup>: Pequeña elevación circunscrita de la piel que contiene líquido, habitualmente purulento.

**Quiste**<sup>288</sup>: Saco cerrado en o debajo de la piel revestido de epitelio y que contiene un material fluido o semisólido, como el quiste sebáceo.

**Rubéola**<sup>289</sup>: Enfermedad viral contagiosa caracterizada por fiebre, síntomas de infección leve del tracto respiratorio superior, aumento de tamaño de ganglios linfáticos, artralgia y una erupción maculopapulosa roja difusa fina.

**Ruptura prematura de membranas ovulares**<sup>290</sup>: pérdida de la integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto con la consiguiente salida del líquido amniótico al exterior y consecuente puesta en comunicación de la cavidad amniótica con el canal genital inferior.

**Sífilis congénita**<sup>291</sup>: Forma de sífilis adquirida *in útero* y generalmente caracterizada por osteítis, erupciones cutáneas, coriza y emaciación durante los primeros meses de la vida.

**Sudamina**<sup>292</sup>: se asemeja a la erupción como gotitas de rocío esparcidas en una superficie más o menos extensa. Esta condición se puede presentar en la fiebre puerperal con una sensación de calor y prurito muy incómodo, el número de vesículas suele ser extraordinario pero la erupción es efímera y desaparece en 24 horas.

**Supinación**<sup>293</sup>: Uno de los tipos de rotación que permiten determinadas articulaciones esqueléticas, como las del codo o las de las muñecas, que permiten volver la palma de la mano hacia arriba.

**Tabaco**<sup>294</sup>: Planta cuyas hojas se secan y utilizan para fumar y masticar, y en el rapé.

**Tamizaje**<sup>295</sup>: es una forma descriptiva que identifica grupos de personas o personas en riesgo de padecer una enfermedad, o separa enfermos de sanos de acuerdo a un criterio escogido. Se usa para detectar y controlar la enfermedad con oportunidad aun en ausencia de síntomas.

**Toxemia**<sup>296</sup>: Presencia de toxinas bacterianas en el torrente sanguíneo.

<sup>286</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>287</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>288</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>289</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>290</sup> Bonilla – Musoles, F. Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas. 1 Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Madrid. 2007

<sup>291</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>292</sup> F.M. Dearborn. Enfermedades de la Piel. 1 era Edición. B Jain Publishers (P) Ltd. 1992


<sup>293</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>294</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>295</sup> Oswaldo Muñoz Avilés. Epidemiología Universidad de Cuenca Facultad de Odontología Instituto de Investigaciones.

21 Ediciones.

<sup>296</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

	GERENCIA MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 321 de 322
			FECHA DE EMISIÓN: 2014
MANUAL TÉCNICO	<b>EDUCACIÓN PERINATAL PARA LAS MUJERES GESTANTES Y SUS FAMILIAS</b>	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: MT.GM.DDSS.AAIP. 003

**Tricomoniiasis**<sup>297</sup>: parasito de las vías genitales que se transmite por contacto sexual. Causa un proceso exudativo que se diagnostica con examen microscópico del exudado cervical y por cultivo en un medio adecuado.

**Tromboflebitis**<sup>298</sup>: Inflamación de una vena, que se acompaña a menudo de la formación de un coágulo.

**Trompas de Falopio**<sup>299</sup>: Conducto par que se abre por un extremo en el útero y por el otro en la cavidad peritoneal, sobre el ovario. Cada trompa constituye el conducto a través del cual el óvulo alcanza el útero y los espermatozoides se dirigen hacia el ovario.

**TSH**<sup>300</sup>: Abreviatura de hormona estimulante del tiroides.

**Tubo neural**<sup>301</sup>: Tubo longitudinal situado a lo largo del eje central del embrión en fase de desarrollo precoz, que da origen al encéfalo, la médula espinal y otros tejidos nerviosos del sistema nervioso central.

**Urea**<sup>302</sup>: Diurético osmótico sistémico y queratolítico tópico. Se prescribe para reducir la presión de los líquidos cefalorraquídeo e intraocular y se utiliza por vía tópica como agente queratolítico.

**Vaginosis bacteriana**<sup>303</sup>: Inflamación crónica de la vagina provocada por una bacteria, *Gardnerella vaginalis*.

**Varice**<sup>304</sup>: vena tortuosa y dilatada. Arteria aumentada de tamaño y tortuosa o linfático distendido y retorcido.

**Vérnix caseosa**<sup>305</sup>: Sustancia caseosa, de color blanco grisáceo, formada por secreciones de glándulas sebáceas, lanugo y células epiteliales descamadas, que cubre la piel del feto y del recién nacido.

**Vértigos**<sup>306</sup>: Sensación de desvanecimiento o incapacidad para mantener el equilibrio normal en posición erecta o sentada, a veces asociada con vahídos, confusión mental, náuseas y debilidad.

**VIH**<sup>307</sup>: Abreviatura del virus de la inmunodeficiencia humana.

**VPH**<sup>308</sup>: Abreviatura de virus del papiloma humano.

<sup>297</sup> G. Prats. Microbiología Clínica. Editorial Médica. Panamericana. Buenos Aires. Madrid. 2005

<sup>298</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>299</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>300</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>301</sup> Diccionario General Mosby 5ta Edición. Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>302</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>303</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición. Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>304</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición. Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>305</sup> Diccionario General Mosby. 5ta Edición. Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>306</sup> Diccionario General Mosby. 5 ta Edición. Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>307</sup> Diccionario General Mosby. 5 ta Edición. Editorial Harcourt. Versión digital. sf

<sup>308</sup> Diccionario General Mosby. 5 ta Edición. Editorial Harcourt. Versión digital. sf



**Manual Técnico de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y sus familias**

Programa Institucional de Atención Integral de la Salud de la Mujer

Área de Atención Integral a las Personas

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Gerencia Médica

Caja Costarricense de Seguro Social