



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

Título del trabajo: Elaboración de un programa de Eps en primíparas de Teruel en función de sus miedos.

Autor/es

Marina Guarinos Rubio

Director/es

Antonio Hernández Torres

Escuela Universitaria de Enfermería, Teruel.

Año: 2011/2012

Repositorio de la Universidad de Zaragoza – Zaguan

<http://zaguan.unizar.es>

RESUMEN

La educación maternal se define como «conjunto de actividades que profesionales sanitarios, individuos y comunidad realizan para contribuir a que el embarazo se vivencie de forma positiva y faciliten un parto y puerperio normal en el aspecto físico y emocional».

Los objetivos de nuestro trabajo son analizar los miedos de las primíparas con una encuesta anónima y así, abordar de forma adecuada la educación para la salud mediante la elaboración de un programa de educación maternal en función de los más relevantes.

Se realizarán sesiones en el primero, segundo y tercer trimestre del embarazo, con fichas técnicas en la parte teórica y sesiones prácticas. Guiadas por la matrona y con una duración aproximada de una hora dependiendo de lo que demanden las embarazadas.

Para la evaluación de este programa se realizarían encuestas y formularios, para las embarazadas y para los profesionales.

Palabras clave: primíparas, miedos, educación para la salud.

ABSTRACT

Maternal education can be defined as "all the activities carried out by health professionals, individuals and the whole community in order to support women during their pregnancy, delivery and puerperium, taking into consideration, both, physical and emotional aspects"

The main goal of this research is the analysis of primiparas 'fears so as to establish an adequate and complete health education program as a function of the more relevant.

The results would be obtained by anonymous surveys and sessions with pregnant women held on a quarterly basis, with fact sheets on some theoretical and practical aspects. These meetings will be addressed by midwives and last approximately an hour depending on the pregnant women 'demands.

The effectiveness of this program, for patients and health professionals, will be also assessed.

Key words: primiparas, fears and health education.

INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

El embarazo y el nacimiento de un bebé son una etapa de crisis, un cambio que con un abordaje adecuado posibilita la maduración y el crecimiento personal de los padres, poniendo en juego nuevas habilidades para resolver los conflictos que surgen.¹

No sólo es un proceso en el que los padres adquieren una responsabilidad, sino un proceso en el que a los padres primerizos les surgen muchos miedos y dudas como que no van a ser buenos padres, no van a saber educar a su hijo, que cambios voy a tener en mi cuerpo... cambios que pueden crear ansiedad en la pareja y que el proceso de la maternidad/paternidad más que ser un proceso natural y gratificante, se convierta en algo patológico.

Estos miedos que pueden surgir y los cambios que se producen a lo largo del embarazo se orientan mejor con ayudas, que pueden ser informales como la familia y amigos, o formales mediante la educación a la embarazada y a su pareja desde el primer momento en que saben que están esperando un hijo.¹

La educación para la salud no sólo transmite conocimientos desde el profesional sanitario a la embarazada, sino que se apoya en el desarrollo psicológico de la persona, las diferencias individuales y la interacción ambiental.¹

Cuando sepamos que una mujer está embarazada, es importante saber qué es lo que le causa mayor ansiedad, qué es lo que le preocupa y poder llevar a cabo una buena educación maternal para tranquilizarla y con ello conseguir un embarazo positivo y que se de cuenta que los grupos de educación maternal son necesarios y satisfactorios.

La educación para la salud materna es un derecho fundamental, que engloba tanto a la gestante como a su pareja. Nos permite intercambiar ideas y experiencias entre las participantes y adquirir conocimientos de manera más fructífera garantizando mayor seguridad a la gestante.²

La educación maternal se lleva a cabo en grupos como método de trabajo para que así, sea más crítico, se pueda analizar las necesidades de las mujeres, optimizar los recursos de los que disponemos y analizar los resultados. Este trabajo lo llevan a cabo las profesionales de la salud, fundamentalmente las matronas.¹

Debido a que las mujeres han sufrido un cambio de vida, existen más métodos para eliminar los dolores del parto, no se utilizan tanto las intervenciones obstétricas...por lo que la educación maternal también ha cambiado, y no sólo se preocupa por el momento del parto, sino por los miedos y preocupaciones que pueda tener la mujer en todo el proceso y así enseñarles a hacer frente a estos problemas.³⁻⁴

La educación maternal se define como «conjunto de actividades que profesionales sanitarios, individuos y comunidad realizan para contribuir a que el embarazo se vivencie de forma positiva y faciliten un parto y puerperio normal en el aspecto físico y emocional». ⁵

Sabiendo a que tienen miedo las embarazadas, podremos llevar a cabo un abordaje más personalizado de la educación para la salud, si desde el principio las primíparas resuelven sus dudas y se tranquilizan estarán más receptivas para llevar a cabo estos programas de educación y por tanto, la satisfacción en esta etapa de su vida será mayor.

Desde que tenemos conocimiento de una situación de embarazo, debemos de contactar con la futura madre y establecer una comunicación con ella para que nos explique los miedos que tiene acerca del embarazo y poder analizarlos.⁶

Cuando los hayamos analizado podremos elaborar un programa de educación maternal para prevenir riesgos y dar pautas de comportamiento y de cuidados a la pareja.

Si las embarazadas desde el primer momento comparten sus dudas y sus miedos con nosotros, les podremos ayudar, tranquilizándolas, y por lo que estarán más proclives a participar en grupos de educación maternal.

Los grupos dan motivación y mentalización del proceso maternal y ofrecen un entorno conocido y accesible para las primíparas que les proporcionan hábitos saludables para su embarazo.⁵⁻⁷

Elaboración de un programa de Eps en primíparas de Teruel en función de sus miedos.

Haremos saber que todas ellas pueden participar en todas las sesiones y conseguiremos que al tener contacto con nosotros, estén mas tranquilas y su embarazo sea una experiencia natural y positiva.¹

OBJETIVOS GENERALES

- Analizar los miedos de las gestantes primíparas.
- Realizar un programa de educación para la salud en función de los miedos de las primíparas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Detectar a las gestantes en la zona básica de salud.
- Incluir en el programa los miedos y necesidades de todas las gestantes.
- Incrementar su autocuidado, autonomía y su autoestima.
- Saber que el embarazo es un proceso natural.

METODOLOGIA

Trabajo descriptivo transversal a gestantes primíparas mediante cuestionarios anónimos con 10 miedos que pueden surgir en el embarazo y que ellas puntúen del 1- 10 (de menor a mayor miedo). (ANEXO I)

La población de estudio serán 30 primigestas, con edades comprendidas entre 25 y 35 años, no catalogadas de embarazos de alto riesgo y con la misma fecha probable de parto.¹¹

Los cuestionarios y el análisis se llevará a cabo una vez realizado el diagnóstico del embarazo, ya que se necesitan unos quince días para saber la causa de la amenorrea (primer síntoma) y hacer pruebas progresivas para un diagnóstico definitivo.¹⁰

El análisis de los datos se llevará a cabo mediante el programa Excel.

Elaboración de un programa de educación maternal en función de los miedos analizados, en el primer trimestre, segundo y tercero del embarazo.

Serán grupos cerrados de 3-5 participantes, en el sentido de que se incorporen a la vez todas las embarazadas y grupos pequeños para que haya mayor captación de la información y trabajo de las asistentes.¹

Se podría considerar la asistencia de la pareja para que los dos asuman la responsabilidad de la maternidad/paternidad, aunque las mujeres se sienten más libres de expresar sus dudas estando solas con otras mujeres, por lo que lo ideal sería la asistencia de ellas solas.¹

Los talleres los guiará una matrona pero con la necesidad de una coordinación para que detecte problemas que dificulten el aprendizaje.¹ Se pasará un consentimiento informado a las gestantes para que puedan ser grabadas las sesiones, y así tener una mirada exterior que nos pueda clarificar algún punto que se nos escape.

La duración será aproximadamente de una hora, de contenido teórico o de contenido práctico, en dependencia de lo que demanden las embarazadas, dejando tiempo para que ellas hablen, se expresen y motivándolas para que la dinámica de grupo funcione.⁸

Tendremos en cuenta el carácter multidisciplinar para abordar temas específicos.¹⁰

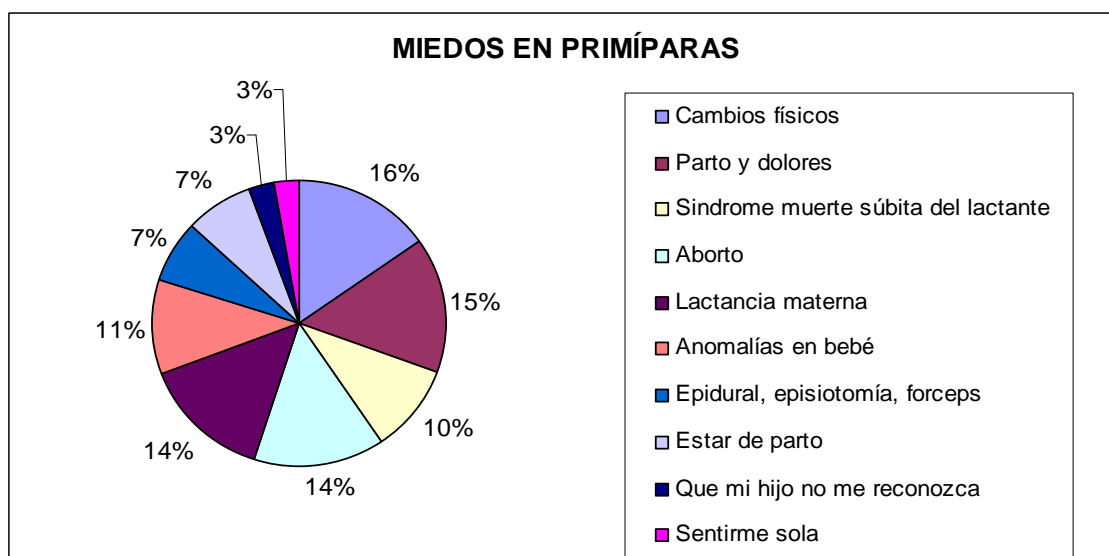
Elaboración de un programa de Eps en primíparas de Teruel en función de sus miedos.

Se ofrecerá tanto horario de mañana como de tarde para que se permita a la embarazada elegir el que mejor se adapte a su situación familiar y laboral.⁵

Necesitamos un espacio físico de unos 15m², un ordenador, un proyector, una pantalla, para poder exponer diferentes técnicas audiovisuales, sillas cómodas para las embarazadas, colchonetas, muñecos, diversos aparatos para la lactancia materna, apuntes explicativos, material instrumental.

DESARROLLO/RESULTADO.

Analizamos los miedos de las encuestas y como resultado obtenemos el predominio del miedo a los cambios físicos en el embarazo, al aborto, al parto y a sus dolores y a la lactancia materna con todo lo que ella conlleva. Para el desarrollo del programa de educación para la salud en primíparas nos centraremos en esos cuatro miedos más relevantes para nuestro grupo.



En el primer trimestre del embarazo trataremos los cambios físicos y el aborto, en el segundo y tercer trimestre trabajaremos el parto y los dolores, y la lactancia materna.

Utilizaremos fichas educativas para entregar a las embarazadas, que trabajen con ellas, visualicen mejor la teoría y tomen alguna nota si lo necesitan. En el taller del parto y la lactancia realizaremos una parte práctica para que las embarazadas sepan realizar las técnicas y adopten buenas posturas para la lactancia.

En cuanto a los cambios que van a sufrir les explicaremos que son reajustes de su organismo para satisfacer las demandas que puede hacer el feto y entregaremos dos fichas educativas explicándoles cuál es el cambio y la solución que se puede adoptar. (ANEXO II y III).^{12, 13}

El taller del aborto tratará sobre qué es, las causas que lo pueden producir, los signos que se dan para que ellas si les ocurre puedan detectarlo, así como el tratamiento que se llevaría a cabo. (ANEXO IV).¹⁴

Para el miedo del parto y sus dolores trabajaremos las técnicas de relajación y respiración que ayudan a reducir la ansiedad, la tensión muscular, dolor y fatiga durante el parto y el parto. Explicaremos que se

deben realizar durante 20-40 minutos diarios para asegurar que se realizan correctamente y se podría incluir en este taller a la pareja para que les ayuden en casa a realizarlas. Daremos a conocer otras técnicas para el dolor como la epidural, nervio pudendo... (ANEXO V).¹⁵

Para llevar a cabo una lactancia materna satisfactoria es necesario que las madres den de mamar sin ansiedad, fortaleciendo el vínculo con su hijo.

La mujer necesita información, ayuda y apoyo para este proceso. Le haremos saber que no están solas y que existen grupos de apoyo a la lactancia materna. Son importantes factores como la información durante la gestación, la primera toma, la posición de la madre y del bebé (ANEXO VI) frecuencia y duración de la toma, así como el apoyo que tenga la madre en la lactancia.

Se explicará lo que es el calostro y la subida de la leche para que lo sepan identificar. Definimos al calostro como la secreción de un líquido amarillo oscuro con una composición diferente a la de la leche, mayor proporción de proteínas y minerales y menos en grasas y lactosa. Después de los 3-5 días la composición del calostro se modifica para dar lugar a la leche.

La subida de la leche ocurre entre las 50 y 73 horas después del nacimiento, las mamas aumentan de tamaño y están doloridas y calientes, en este momento el niño extrae el calostro por lo que es importante que el bebé esté el mayor tiempo posible succionando para que se pueda convertir en leche.

En caso de que existiera retraso en la subida de la leche se identificaría con mayor pérdida del peso del niño y es un gran riesgo para el abandono de la lactancia.

Les daremos a conocer las patologías más frecuentes que se pueden dar con su solución y la posibilidad de la extracción manual y automática de la leche (ANEXO VII).

Una de las patologías más frecuentes son las grietas, son muy molestas para la madre que lacta. Su aparición esta relacionada con la mala posición de la boca al succionar, no tiene ninguna relación con la prolongación de la duración de las tomas. Para su cicatrización, se puede sacar un poco de leche y repartirla por el pezón, pero no está demostrado ningún tratamiento eficaz para ello.

Es importante para evitar esta patología mantener una buena higiene de las mamas. En primer lugar, hay que lavarse las manos antes de tocar los pezones, se limpian sólo una vez al día ya que la flora es beneficiosa para el neonato, no se deben utilizar soluciones astringentes en los pezones y se debe utilizar un sujetador que sujete la mama pero que no la comprima.

Otras de las patologías frecuentes son las de la leche retenida que se pueden ver en esta tabla comparativa:

<u>INGURGITACION MAMARIA</u>	<u>MASTITIS</u>
2º-6º día	5º- 15º día
Bilateral	Unilateral
Febrícula transitoria	Fiebre alta mas de 38º C
Pechos agrandados, duros, muy dolorosos. Venas brillantes.	Zona roja, triangular, caliente, dura, dolorosa incluso en la zona axilar.
SOLUCION	SOLUCION:

Vaciar los pechos mamando o extracción con sacaleches. Aplicar frío si no se aproxima la siguiente toma y aplicar calor si se aproxima la siguiente toma. Administración de antiinflamatorios, diclofenaco...	Es infecciosa por estafilococo aureus por lo tanto se administra antibiótico. No se retira la lactancia ya que no se transmite al bebé. Si hay algún absceso ante la duda antibiótico.
---	--

Por último, les haremos saber sobre las ventajas e inconvenientes de la lactancia materna tanto para la madre como para el lactante, los casos en los que no estaría indicada y los inconvenientes de la leche artificial. (ANEXO VIII).^{16, 17,18}

CONCLUSIONES.

Para llevar a cabo un buen programa de educación para la salud es necesario identificar y saber las necesidades del grupo con el que vas a trabajar. En este trabajo se han analizado los miedos de las primíparas para así elaborar un programa de educación para la salud adaptado a ellas.

Para toda educación es necesario en primer lugar un análisis de la situación para que ésta pueda ser eficaz y no utilizar una educación estandarizada para todos. Hay que personalizar. Hay que facilitar el aprendizaje de la mujer para favorecer su experiencia como madre, que haga frente a los cambios e integrarlos en su vida de forma más enriquecedora posible. La educación debe ser personalizada porque no toda mujer tiene el mismo desarrollo psicológico, tienen diferencias individuales y tienen diferente interacción ambiental, y en este caso, tienen diferentes miedos a la hora de enfrentarse a su maternidad por lo que no podemos tratar igual a una persona que tiene miedo al parto que a otra que tiene miedo al aborto.

La evaluación de este programa llevaría a cabo mediante:

- Entrevistas individuales.
- Valoración del grado de captación.
- Valoración del grado de continuidad.
- Valoración del grado de satisfacción de las participantes.
- Entrevista a los profesionales implicados.

BIBLIOGRAFIA.

¹Sevilla García E, Martínez Cañavate T, Reyes Ruiz C. Grupos de educación maternal. FMC. 1999;6:370.

²Torrens Sigales RM, Martínez Bueno C. Enfermería de la mujer.1º ed. Madrid:Difusion Avances de Enfermería;2001.

³Artieta Pinedo MI, Paz Pascual C. Utilidad de la educación maternal: una revision. ROL de enfermería.[revista en Internet]2006[acceso 20 noviembre de 2001];29(12):[24-32].

⁴Seguranyes Guillot G. Enfermería maternal. 3ºed. Barcelona:Masson;2003.

Elaboración de un programa de Eps en primíparas de Teruel en función de sus miedos.

⁵Muñoz Cobos F, Ortega Fraile I, Pelaez Gálvez E, Moreno Peña P. Factores asociados a la participación de la embarazada en las actividades de educación maternal en un centro de salud. Aten primaria[revista en Internet]*1997[acceso 20 noviembre de 2011];20(8).

⁶Guillén Rodríguez M, Sánchez Ramos JL, Toscano Márquez T, Garrido Fernández MI. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. Aten Primaria. 1999;24:66-74.

⁷Organización del seguimiento de embarazo en el equipo de Atención Primaria. FMC. Form Med Contin Aten Prim.2011; 18:39-40
Enlace del artículo: <http://www.elsevierinstituciones.com/ei/1134-2072/18/39>.

⁸Educacion maternal. FMC. Form Med Contin Aten Prim. 2000;07:30-1.
Enlace del artículo: <http://www.elsevierinstituciones.com/ei/1134-2072/07/30>

⁹Educacion maternal. FMC. Form Med Contin Aten Prim.2011; 18 :34-5
Enlace del artículo: <http://www.elsevierinstituciones.com/ei/1134-2072/18/34>.

¹⁰Albiñana Soler A, Aparisi Nihi S, García Cervera J et al.La aventura de ser padres.1ed.Valencia:Generalitat Valenciana;2004.

¹¹Molina Salmerón M, Gutiérrez Luque E, Sáez Blázquez RI et al.Impacto de la educación maternal.Revista Enfermería.nª206.

¹²Torrens Sigales RM, Martínez Bueno C. Enfermería de la mujer.1º ed. Madrid:Difusion Avances de Enfermería;2001.

¹³Seguranyes Guillot G. Enfermería maternal. 3ºed. Barcelona:Masson;2003.

¹⁴ Lemoine JP. Cuadernos de la enfermera.1ºed.Barcelona:Masson;1981.

¹⁵ Benson Pond J, Berk B, Roberto D, I Dolan P, Watson Hawkins J, Wagner Kirkpatrick D et al.Ginecología y obstreticia enenfermería.1ºed.Barcelona:Masson;1986.

¹⁶Gonzalez Merlo J, Gonzalez Bosquet E. 8ºed.Masson;2003.
Aguayo Maldonado J, Hernandez Aguilar MT, Arena Ansotegui J, Landa Rivera L,

¹⁷Diaz Gomez M, Lasarta Velillas JJ et al.Lactancia Materna: guía para profesionales.5ºed.Madrid:Ergon;2004.

¹⁸Seguranyes G.Enfermería maternal.3ºed.Barcelona:Masson;2000.

ANEXO I: ENCUESTA.

Ahora que sabe que esta embarazada ¿Qué es lo que le preocupa más durante este proceso? Marque estos miedos del 1 al 10 (10= el que mas miedo, 1= casi nada de miedo).

- Miedo a los cambios físicos del embarazo (se orina mas, se puede ir mas estreñida, la tripa se engorda, se cogen kilos...).
- Miedo al parto y los dolores.
- Miedo al síndrome de la muerte súbita del lactante (de repente).
- Miedo al aborto.
- Miedo a la lactancia materna, a no saber hacerla y a los problemas que conlleva como las grietas y por tanto pensar que soy una mala madre.
- Miedo a que el bebe nazca con alguna anomalía.
- Miedo a la epidural, la episiotomía y los fórceps.
- Miedo a no saber cuando estoy de parto.
- Miedo a que mi hijo no me reconozca.
- Miedo a llevar yo sola este proceso y que nadie entienda que me pasa.

Elaboración de un programa de Eps en primíparas de Teruel en función de sus miedos.

ANEXO II: CAMBIOS DEL EMBARAZO.

En el primer trimestre.

CAMBIOS	CUIDADOS
Nauseas y vómitos	Comer galletas o tostadas antes de levantarse. Realizar ingestas fraccionadas de poco volumen y suaves. Evitar grasas y beber líquidos fuera de las comidas. Evitar olores fuertes y desagradables.
Micción frecuente	No aguantar la micción
Hipersensibilidad mamaria	Utilizar sujetador adecuado de algodón
Leucorrea	Higiene diaria. No realizar duchas vaginales. Utilizar ropa interior de algodón.
Congestión nasal	Irrigaciones de suero fisiológico. No usar antihistamínicos ni anticongestivos.
Gingivitis	Correcta higiene dental, utilizar cepillos suaves.

NOTAS:

Elaboración de un programa de Eps en primíparas de Teruel en función de sus miedos.

ANEXO III: CAMBIOS DEL EMBARAZO.

En el segundo y tercer trimestre.

CAMBIOS	CUIDADOS
Pirosis	Cinco o seis comidas suaves y de poco volumen. Evitar grasas, sustancias irritantes, alcohol y tabaco. No tumbarse después de las comidas. Cenar dos horas antes de acostarse. Tomar antiácidos con bajo contenido en sodio.
Estreñimiento	Dieta rica en fibra, verdura, cereales y fruta. Aumentar los líquidos. Ejercicio moderado. Hábitos de defecación regular.
Hemorroides	Evitar el estreñimiento. Evacuación diaria. Higiene local con agua fría. Pomadas locales con antiinflamatorios o anestésicos.
Varices	Descansos en decúbito lateral izquierdo con piernas elevadas, ejercicios de rotación de los tobillos. Medias elásticas. Evitar estar de pie durante periodos largos. No cruzar las piernas y evitar prendas que compriman.
Edemas	Descansar con las piernas elevadas. Ejercicios de dorsiflexión del pie. Evitar comprensión de las extremidades.
Lumbalgias	Correcta higiene postural de las actividades diarias. Utilizar calzado cómodo. Ejercicios para reformar la musculatura.
Calambres en las piernas	Dorsiflexión suave de los pies para estirar los músculos. Aumentar el calcio y disminuir el fósforo.
Desmayos	Levantarse lentamente. Evitar aglomeraciones o espacios muy cálidos.
Disnea	Postura corporal correcta. Dormir utilizando mas almohadas.

NOTAS:

Elaboración de un programa de Eps en primíparas de Teruel en función de sus miedos.

ANEXO IV: ABORTO.

ABORTO: interrupción espontánea del embarazo con expulsión del huevo antes del 6º mes.

CAUSAS

OVULARES	Mola hidatiforme Anomalías funiculares(aplasia arteria umbilical) Anomalías cromosómicas
LOCALES	Anomalías del cuerpo uterino Abertura del cuello
ENDOCRINAS	Hipotiroides frustrada Hiperandrogenia Deficiencia del cuerpo amarillo Insuficiencia de esteroides placentarios
GENERALES	Intoxicaciones e infecciones agudas

SIGNOS

Contracciones uterinas.	De tipo cólico, abren el cuello y expulsan el huevo a la vagina.
Hemorragia.	Debido al desprendimiento de la placenta.

RIESGOS

- Retención de un fragmento placentario mal desprendido.
- Infección.
- Hemorragia.

TRATAMIENTO

Aborto espontáneo en 1º trimestre.	Abstención terapéutica (anomalías ovulares)
Abortos reincidentes.	Etiología probada: tto preventivo.
Expulsión no completa.	Asegurar vaciado uterino: raspado.

NOTAS:

Elaboración de un programa de Eps en primíparas de Teruel en función de sus miedos.

ANEXO V: PARTO.

TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN

Tumbada en superficie dura, rodillas flexionadas y plantas de los pies en el suelo.	
RESPIRACION DE RELAJACIÓN: marca el inicio y fin de las contracciones y consiste en inspirar profundamente por la nariz y espirar por la boca y luego iniciar las otras técnicas.	
<u>RESP. TORÁCICA RÍTMICA</u>	<u>RESP. TORÁCICA SUPERFICIAL</u>
Inicio contracción-inspirar por nariz y espirar por boca 7-8 resp por minuto-fin contracción.	Inicio contracción-inspiración y espiración rápidas con la boca abierta- fin de la contracción.

NOTAS:

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

CAMBIOS POSICIÓN	En el preparto activo cambiar de posición cada 30 min. Decúbito lateral es más cómodo.
VISUALIZACIÓN	Trasladarse mentalmente al lugar favorito y fijarse en todos los detalles que ve, oye...
PUNTO FOCAL	Fijarse en un objeto particular durante las contracciones.
TENSIÓN MUSCULAR	Tensar y relajar los grupos musculares desde los pies a la cabeza.
EFFLEURAGE	Masajear con la punta de los dedos el abdomen durante la contracción y luego en los puntos de tensión.

NOTAS:

ANEXO VI: POSTURAS DE LA LACTANCIA MATERNA.

La madre debe adoptar una postura cómoda, dar de mamar cuando el niño esté tranquilo ya que si esperamos a que llore de hambre, es más difícil ponerlo al pecho.

El niño debe tomar el pecho de frente, introduciendo el pezón y gran parte de la areola dentro de la boca, la lengua por delante de la encía inferior para realizar la succión. Si chupa solo el pezón no hará una extracción eficiente y producirá grietas en el pezón. La madre no debe torcer la espalda ni forzar la postura, la boca del niño se acerca al pecho y no el pecho al niño, el cuerpo del niño debe estar muy próximo al de la madre, la tripa del bebé tocando la de su madre. Es necesario que se empiece por un pecho y lo vacíe para cambiar al otro, ya que los nutrientes son mejores cuando el pecho se va vaciando.



Posición tradicional o de cuna.

Elaboración de un programa de Eps en primíparas de Teruel en función de sus miedos.



Posición de cuna cruzada.



Posición de canasto o fútbol americano.

Elaboración de un programa de Eps en primíparas de Teruel en función de sus miedos.

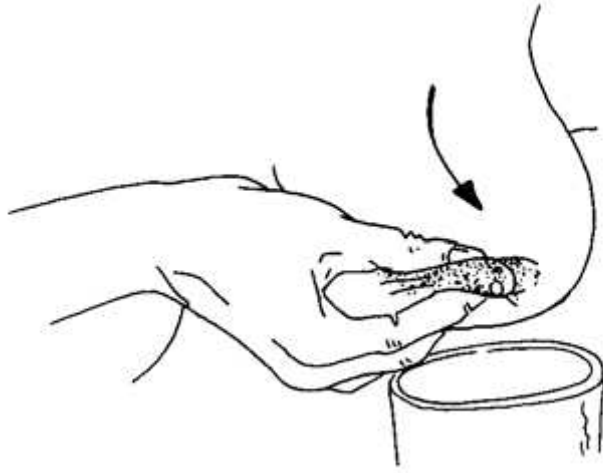


Posición sentada.

NOTAS:

Elaboración de un programa de Eps en primíparas de Teruel en función de sus miedos.

ANEXO VII: EXTRACCION DE LA LECHE.



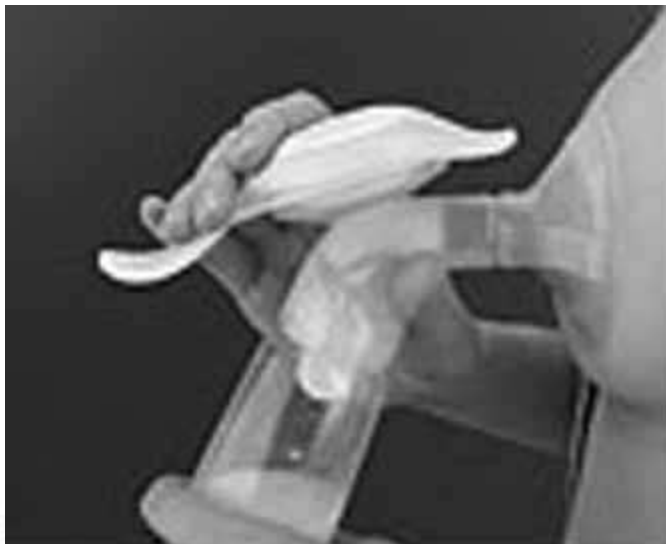
Extracción manual mediante compresión de la aréola.



Compresión de la aréola rotando los dedos.

Elaboración de un programa de Eps en primíparas de Teruel en función de sus miedos.

EXTRACCION MECANICA



NOTAS:

Elaboración de un programa de Eps en primíparas de Teruel en función de sus miedos.

ANEXO VIII: LACTANCIA MATERNA.

<u>VENTAJAS PARA LA MADRE</u>	<u>VENTAJAS PARA EL BEBE</u>
Involución uterina fisiológica del puerperio más rápida.	Infecciones intestinales menos frecuentes
Inhibición de la ovulación.	Protege frente a infecciones por rotavirus
Disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario.	Disminución de enf crónicas, muerte súbita del lactante y morbimortalidad.
Eleva la autoestima de la mujer como madre.	Mayor vinculo entre madre e hijo

INCONVENIENTES DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL

- Disminuye el vínculo afectivo.
- Mayor riesgo de infecciones y enfermedades crónicas.
- Síndrome de la muerte súbita del lactante.
- Peor desarrollo cognitivo.
- Es menos digestiva.

CONTRAINDICACIONES

- .Drogadicción.
- VIH.
- Galactosemia del lactante.
- Tuberculosis activa no tratada.
- Mujeres en tratamiento de cáncer de mama.
- Virus de la HB.
- Consumo de ciertos medicamentos.

NOTAS: