

Trabajo de Fin de Grado - Junio 2014

# **Influencia de la Educación Maternal en el embarazo, parto, puerperio y salud neonatal.**

Influence of Maternal Education on  
pregnancy, childbirth, puerperium and  
newborn health.

**Autora: Cristina Ortiz Fernández**

**Tutora: Yolanda Martín Seco**

**Departamento de Enfermería**

**Universidad de Cantabria**



## ÍNDICE

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO 1: PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD. ....	5
1.1 Definición. ....	5
1.2 Evolución histórica. ....	5
1.3 Características de los Programas. ....	7
1.4 Opinión de las matronas sobre la evolución de los programas de educación maternal. ....	9
1.5 Perfil de las gestantes que acuden a EM y motivos de inasistencia. ....	10
1.6 Asistencia del padre a clases de educación maternal y su importancia. ....	11
CAPÍTULO 2: UTILIDAD DE LOS PROGRAMAS.....	12
2.1 Hábitos de vida en el embarazo.....	12
2.2 Proceso de parto .....	12
2.2.1 Reconocimiento del inicio parto. ....	12
2.2.2 Dolor en el parto, utilización de la analgesia epidural y el uso de otras medidas analgésicas alternativas. ....	13
2.2.3 Miedo y ansiedad durante el parto.....	15
2.2.4 Tipo de parto y su duración.....	16
2.2.5 El trauma perineal. ....	18
2.2.6 Satisfacción materna en relación con el proceso de parto. ....	20
2.3 Lactancia materna.....	20
2.4 Suelo pélvico. ....	22
2.5 Parámetros del recién nacido. ....	23
CONCLUSIONES .....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	26

## **RESUMEN**

La Educación para la Maternidad (EM) es el conjunto de actividades grupales dirigidas a las embarazadas y sus parejas, orientadas a mejorar sus conocimientos sobre el proceso, promover comportamientos saludables, resolver dudas, y ofrecer estrategias que faciliten el embarazo, parto y puerperio tanto física como emocionalmente.

En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica con el objeto de conocer las características de los programas de Educación Maternal actuales, así como el impacto que éstos ejercen sobre las gestantes, sus parejas y el recién nacido.

Dicha revisión aporta los siguientes datos: A) Los programas se han ido adaptando a las demandas de la población, B) El perfil de las embarazadas que no acuden sería el que más se beneficiaría por asistir, C) Los beneficios aportados no son concluyentes en el reconocimiento del inicio del parto, el dolor y utilización de analgesia, el miedo y ansiedad, el tipo de parto y duración, y los parámetros del neonato; sí tienen efecto positivo con relación a la satisfacción materna con el proceso, el inicio y mantenimiento de la lactancia materna y el cuidado del suelo pélvico.

Finalmente, se sugiere explorar aspectos escasamente abordados, tales como aspectos vivenciales tanto en la madre como en su pareja, o cambios de hábitos y su mantenimiento, tras la participación en un programa de EM.

**Palabras clave:** educación maternal, educación prenatal, parto, masaje perineal, lactancia materna y suelo pélvico.

## **ABSTRACT**

The term “Childbirth education” refers to the different group activities aimed at pregnant women and their partners whose objective is improving their knowledge of the process, encouraging healthy behaviours, clarifying doubts and suggesting strategies that make pregnancy, birth and postpartum period easier both physically and emotionally.

This project is a literature review that intends to determine the characteristics of the current childbirth education programmes and their impact on the expectant mothers, their partners and the newborn.

The conclusions that can be drawn from the review are as follows: A) The programmes have been constantly adapting to meet the demands of the population, B) The profile of the women who don't attend the programmes corresponds to the profile of those who would benefit the most from them. C) It is not clear whether the programmes are beneficial in terms of recognition of signs of labour, pain during childbirth, use of analgesia, fear and anxiety, type and duration of the delivery and vital parameters of the infant. It has been proved, however, that they increase maternal satisfaction, improve the initiation and maintenance of breastfeeding and enhance pelvic floor care.

Finally, it is suggested that further research should be carry out to evaluate aspects that have been barely dealt with, such as how the pregnant mother and her partner shift their living habits and maintain them over time after they attend a childbirth education programme.

**Key words:** childbirth education, prenatal education, childbirth, perineal massage, breastfeeding and pelvic floor.

## **INTRODUCCIÓN**

El embarazo constituye uno de los acontecimientos más trascendentales en la vida de una mujer, tanto por las circunstancias emocionales asociadas como por las consecuencias para ella y el recién nacido <sup>1</sup>.

Y es que, el nacimiento de un hijo va a significar un importante cambio en diferentes aspectos de la vida de la mujer y de su pareja <sup>2</sup>. Según la experiencia, los conocimientos y la forma de ser de la persona para afrontar las situaciones nuevas, se pueden generar distintos estados emocionales, sentimientos y percepciones <sup>2</sup>.

Para garantizar que la gestación, el nacimiento y la crianza del recién nacido sea un proceso sano y satisfactorio, será necesario que la madre y su pareja adquieran conocimientos, estrategias y habilidades que les ayuden a prepararse para afrontar los cambios físicos, emocionales y de estilo de vida <sup>2</sup>.

Tradicionalmente la preparación a este proceso era vivida dentro del seno familiar, en el que las mujeres, desde su infancia, aprendían de manera natural, es decir, viviendo con otras embarazadas y viendo a otras madres cuidar de sus recién nacidos <sup>3</sup>. En la sociedad actual, es difícil que una mujer gestante haya tenido la oportunidad de cuidar y aprender las técnicas de puericultura con otros niños de su entorno. Además, se trataba de un proceso reservado exclusivamente a la mujer, pero con la incorporación del hombre al reparto de responsabilidades en el cuidado de los hijos, se impone replantear la manera en la que los sanitarios acompañamos a la pareja en la adquisición de algunas habilidades relacionadas con el proceso.

El personal de enfermería debe basar su acción sobre un proceso continuo de aprendizaje, cuyo objetivo sea aumentar los conocimientos de las gestantes y sus acompañantes y de esa forma reducir su ansiedad, sus miedos, facilitar la toma de decisiones, que la mujer tome conciencia de su capacidad para dar a luz, además de pretender modificar actitudes y comportamientos de las embarazadas y sus familias y así conseguir conductas más saludables <sup>4-6</sup>.

Los programas de educación para la maternidad, tal y como los conocemos en la actualidad, no persiguen los mismos objetivos que en sus inicios, cuando surgieron a principios del siglo XX. Los primeros cursos impartidos se denominaban "educación para el parto", "parto natural", "parto sin dolor", en los que el eje central era disminuir el dolor de las mujeres en el parto mediante el uso de técnicas psicológicas <sup>1,7,8</sup>. Dichos cursos han ido evolucionando hacia programas de educación para la salud cuyo objetivo buscado es la salud materno-infantil en el embarazo, parto y puerperio y la vinculación afectiva neonatal <sup>1,7,8</sup>. En ellos se intenta dar respuesta a las necesidades sociales sobre la maternidad/paternidad actuales, se tiene en cuenta que tanto las mujeres como sus parejas reclaman ámbitos de decisión propios y se le concede mucha importancia a la vivencia positiva del proceso. En la actualidad, la Educación Maternal se realiza en los Centros de Atención Primaria y constituye una de las principales actividades de promoción y prevención de salud <sup>9,10</sup>.

### ***Justificación de la elección del tema.***

La Educación para la Salud siempre se ha considerado un elemento clave en el trabajo enfermero, dentro de ella, los programas de Educación para la Maternidad constituyen una plataforma estructurada para brindar tanto a la mujer como a su pareja, estrategias para mejorar la salud de la familia y proveerles de herramientas que les ayuden a tener una vivencia positiva del embarazo, parto y crianza. A través de estos programas se conseguirá aumentar los conocimientos que los futuros padres tienen sobre el proceso y por tanto, se favorecerá la

toma de decisiones de manera autónoma. La realización de este tipo de cursos suele ser responsabilidad de la matrona de Atención Primaria y puede considerarse una de las actividades más específicas y exclusivas de los profesionales de enfermería, con colaboraciones ocasionales en algunos casos por parte de otros profesionales, como enfermera de pediatría, fisioterapeuta o trabajadores sociales.

Tanto los sanitarios como la sociedad hemos dado por supuesto que asistir a un grupo de educación maternal tiene muchas ventajas para la gestante y su pareja, de este modo, ningún profesional dudaría de la recomendación hacia la embarazada de asistir a los cursos de EM, el presente trabajo pretende analizar dichas ventajas.

### **Objetivos.**

Esta revisión tiene como objetivo principal analizar cuál es el efecto que producen los actuales programas de educación maternal o preparación al parto proporcionados en los centros de salud de atención primaria. Los objetivos específicos que persigue son:

- Describir cuales son las características de los programas de educación maternal y los contenidos que se imparten.
- Analizar el perfil de las gestantes que acuden a educación maternal.
- Identificar los motivos por los cuales las mujeres no realizan educación maternal.
- Analizar si con la educación maternal recibida las mujeres consiguen una experiencia más positiva del parto en cuanto a saber identificar el inicio de éste y saber controlar mejor el dolor y la ansiedad.
- Analizar si la asistencia a clases de EM mejora los hábitos de vida de la gestante.
- Determinar la influencia que tiene la asistencia a educación maternal en el proceso de parto en cuanto al tipo y duración de éste y al trauma perineal.
- Determinar la influencia de la educación maternal en la lactancia materna.
- Analizar si la información recibida en las clases de educación maternal es útil y suficiente para ellas.
- Analizar la satisfacción de las gestantes que acuden a educación maternal.
- Analizar si la asistencia a clases de educación maternal se correlaciona con una mejor salud del recién nacido.

### **Metodología.**

Para el desarrollo del trabajo y la consecución de los objetivos propuestos se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diversos artículos, libros, guías y tesis.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Cuiden Plus, Dialnet, Pubmed, Scopus y la Biblioteca Cochrane Plus; también se localizaron manualmente artículos en las revistas de Metas de Enfermería, Rol de Enfermería y Atención Primaria; además se buscó información en Google Académico y en la web de la escuela española de educación maternal.

La búsqueda se realizó en inglés y en español, utilizando seis palabras clave: educación maternal (childbirth education), educación prenatal (prenatal education), parto (childbirth), masaje perineal (perineal massage), lactancia materna (breastfeeding) y suelo pélvico (pelvic floor). Todas estas palabras fueron combinadas mediante los operadores booleanos (AND), (OR) y (NOT).

Los criterios para incluir los artículos en esta revisión bibliográfica se basaron en que tenían que estar publicados en los últimos diez años (se han hecho excepciones, incluyéndose

artículos con fechas anteriores pero cuya relevancia era tal que no podía ser excluido), tenían que ser artículos relacionados con la enfermería y que contendrían información relacionada con los objetivos a dar respuesta. Por otro lado, se excluyeron los artículos que no tenían acceso libre al texto completo, aquellos que estaban en otro idioma que no fuera el inglés o el español y por no aportar información interesante referente al tema.

### ***Descripción de los capítulos.***

El cuerpo del trabajo se divide en dos capítulos que a su vez se subdividen en varios subcapítulos, a continuación se presenta una pequeña descripción de cada uno de ellos.

*El capítulo 1: Programas de Educación para la maternidad y paternidad.* Se divide en cinco apartados en los cuales se aborda el concepto de educación maternal, la evolución histórica de los programas de educación maternal desde sus inicios hasta la actualidad, cuales son las características de los programas de educación maternal y el contenido impartido, la opinión de las matronas sobre la evolución de dichos programas, el perfil de las gestantes que acuden a educación maternal y los motivos de inasistencia.

*El capítulo 2: Utilidad de los programas de educación* se subdivide en cinco apartados y el segundo apartado a su vez, en seis subapartados. Se trata del capítulo con más peso del trabajo en donde se relata la influencia de la educación maternal en los hábitos de vida en el embarazo, en el proceso de parto en cuanto al reconocimiento del inicio parto, el dolor en el parto, utilización de la analgesia epidural y el uso de otras medidas analgésicas alternativas, el miedo, la ansiedad, el tipo de parto y su duración, el trauma perineal, la satisfacción materna; y la influencia en la lactancia materna, en el suelo pélvico y en los parámetros del recién nacido.

## **CAPÍTULO 1: PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD.**

### **1.1 Definición.**

La Educación para la Maternidad (EM), Psicoprofilaxis Obstétrica (PO) o clases de preparación al parto son el conjunto de actividades grupales y estructuradas que se ofrecen a las embarazadas y acompañantes. Están orientadas a mejorar los conocimientos sobre el proceso, a aumentar la adopción de comportamientos saludables, a resolver dudas e incertidumbres para que el embarazo sea percibido de manera positiva y a ofrecer estrategias que faciliten el adecuado parto y puerperio tanto en el aspecto físico como emocional<sup>9-14</sup>.

### **1.2 Evolución histórica.**

La preparación de las mujeres para la maternidad se realizaba tradicionalmente de manera informal, de este modo, los conocimientos en relación con el embarazo, parto y cuidados de los recién nacidos se transmitían entre las propias mujeres, especialmente de madres a hijas<sup>4</sup>.

Sin embargo, a principios del siglo XX la educación sanitaria comenzó a formalizarse y se desarrollaron programas estructurados de educación prenatal. En un principio, dichos programas tenían la finalidad de preparar a la mujer para el parto, buscando un parto sin dolor mediante el desarrollo de técnicas psicológicas para su control<sup>1,7,8</sup>. De manera cronológica, las principales escuelas fueron:

La Escuela de Charcot (París) y de Berthein (Nancy) las cuales llevaron a cabo investigaciones sobre la hipnosis clínica<sup>8</sup>. Los obstetras Schultze y Rhonhof en 1922 comprobaron que la realización de sesiones educativas antes del parto reducirá el tiempo para lograr el estado hipnótico<sup>8</sup>. Kogerer, en 1923 utilizó la autosugestión posthipnótica<sup>8</sup>. Las técnicas llevadas a cabo por la Escuela de hipnosis y sugestión vigil tuvieron dificultades, por lo que se buscaron nuevos métodos para aliviar el dolor en el parto<sup>8</sup>.

En 1920, la Escuela Rusa con Platanov, Nicolaiev y Velvosky que trabajaban con hipnosugestión, buscaron nuevos caminos (Psicoprofilaxis Obstétrica)<sup>8</sup>. Consideraban que el dolor en el parto era una idea sólidamente fijada en el subconsciente de la mujer por informaciones erróneas de influencia sociocultural<sup>8</sup>. Esta consideración se basaba en los estudios de Pavlov y su teoría del condicionamiento, e intentan descondicionar el dolor al parto mediante una información obstétrica adecuada, gimnasia, relajación (Schultze), ideas positivas y el uso de la respiración durante la contracción<sup>8</sup>.

En 1932, Grantly Dick Read de la Escuela Inglesa publicó "Natural Childbirth". Entiende que el parto es un fenómeno fisiológico en el que el dolor es producido por el miedo que desencadenan los mecanismos de defensa en forma de tensión muscular<sup>8</sup>. Para demostrarlo, desarrolló la teoría "miedo-tensión-dolor"<sup>8</sup>. El temor ocasiona tensión, lo cual dificulta el proceso del parto y de esta forma provoca dolor causando de nuevo miedo<sup>7,8</sup>. Él aseguraba que el temor se elimina con información, conocimiento y con el apoyo adecuado de la pareja, la familia y los profesionales sanitarios; y la tensión se disminuye con ejercicios físicos concretos y con relajación usando el método de Jacobson (relajación progresiva del cuerpo por el método contracción máxima/relajación muscular)<sup>7,8</sup>.

De la Escuela Francesa destaca Lamace 1940, quien aprende de la escuela rusa y conoce la inglesa<sup>8</sup>. Crea un modelo en el que insiste en la necesidad de un ambiente cordial en el que participe la pareja, tanto en el parto como durante la preparación. Introduce también la respiración rápida y superficial y la relajación muscular<sup>8</sup>. Su colaborador, Vellay, remarca el poder terapéutico de la palabra y de la actitud positiva de la mujer<sup>8</sup>.

En 1955, la matrona Consuelo Ruiz presenta su libro "El parto sin dolor" con las nuevas tendencias <sup>8</sup>. En 1956, Aguirre de Cárcer introduce en España las ideas desarrolladas por Lamace y funda la escuela de "Sofropedagogía Obstétrica o Educación Maternal" con la que da un giro importante al dejar el enfoque del dolor en el parto por el de conseguir un nuevo patrón sociocultural, donde la mujer y la pareja, adquieran los conocimientos necesarios para afrontar su parto con serenidad, disminuir sus miedos y viviendo el proceso con plena conciencia y satisfacción <sup>7,8</sup>.

En 1959, el Seguro Obligatorio de Enfermedad insta un programa para la preparación a la maternidad y en 1986 la educación maternal se contempla en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud <sup>8</sup>.

De esta forma, la EM en España no se sistematizó hasta los años 60 a partir de los trabajos de Aguirre de Cárcer y Consuelo Ruiz <sup>7,8</sup> en los que se describen los objetivos seguidos en sus clases de educación maternal <sup>15</sup>:

- Proporcionar la información necesaria para una maternidad y paternidad preparada.
- Preparar psicológicamente a la mujer para ser madre.
- Preparar a los padres para las relaciones con su hijo.
- Contribuir a disminuir la morbilidad perinatal.
- Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad obstétrica materna.
- Disminuir los embarazos de alto riesgo para la salud de la madre y de su hijo.
- Activar la participación del individuo y de la comunidad positivamente hacia el embarazo.
- Conseguir la disminución de las intervenciones en el parto.
- Promover la lactancia materna.
- Estimular el reciclaje y formación de las madres.
- Que la embarazada dé a luz dignamente.
- Conseguir un parto feliz, lo más indoloro posible.

Estos planteamientos suponen un salto cualitativo al abandonar el enfoque exclusivo del parto y del dolor en éste, como único elemento a tener en cuenta a la hora de preparar a las mujeres durante su embarazo.

Otras corrientes o escuelas han realizado propuestas en la segunda mitad del siglo XX, algunos de los autores más destacados son: Sheila Kizinger (1970) la cual opta por la conciencia del propio cuerpo para parir, propone que la mujer sintonice con las contracciones como ella sienta para que logre armonía y ritmo y adquiera el conocimiento para poder tomar sus propias decisiones; Frederick Leboyer (1975) quien introduce las técnicas ambientales de los paritorios y la inmersión de los recién nacidos en una bañera de agua caliente, se le considera el precursor del parto en el agua, además insiste en la necesidad de aumentar el contacto madre-hijo; Michel Odent (1977) guía su trabajo a prestar ayuda para que cada mujer pueda escoger la forma en que dará a luz respetando en todo momento el proceso fisiológico del parto y siguiendo sus propios instintos. Destaca el papel de las hormonas del parto (oxitocina y endorfinas) y aporta numerosas investigaciones al respecto <sup>8</sup>.

Todas estas propuestas y variaciones surgen como respuestas a un cambio de las necesidades de la población, adaptando la metodología al contexto cultural y social actual y teniendo en cuenta aspectos como:

- La distinta percepción del concepto salud por parte de la población.
- La presencia del padre en el proceso de la maternidad.

- La mayor participación de las mujeres en la toma de decisiones respecto de su embarazo y parto (plan de parto).
- El reducido número de hijos que tienen las parejas, lo cual condiciona distintas necesidades en cuanto a la vivencia del proceso.
- La ambivalencia entre el deseo de parto no medicalizado y el de no sentir ningún tipo de molestia.
- La introducción de la anestesia epidural, y como consecuencia, la desaparición del dolor en el parto.
- La falta de aprendizaje social de las labores de puericultura, condiciona también distintas necesidades respecto de la preparación de las embarazadas.

Intentando adaptarse a estas nuevas necesidades, el enfoque de los grupos de EM actual no se centra tan sólo en dar información, sino que además, y fundamentalmente, pretende generar motivaciones, hábitos y comportamientos, con la finalidad de contribuir a que, no sólo el parto, también el embarazo y el puerperio, constituyan una experiencia saludable, gratificante y positiva para la pareja.

Actualmente la EM se ha convertido en una de las herramientas de promoción y prevención de la salud. Se halla en la cartera de servicios de Atención Primaria de todas las comunidades autónomas de España y se imparte en la mayoría de los centros de salud, invitando a participar en ella a todas las embarazadas y a sus acompañantes.

### **1.3 Características de los Programas.**

Cada comunidad autónoma tiene su propia guía de educación maternal o preparación para la maternidad pero todas ellas siguen una estructura muy similar en cuanto al número de sesiones, la duración, la información que se aborda, el material que se usa, las técnicas de relajación y respiración y la actividad corporal que se propone <sup>2,4,16</sup>.

En Cantabria, el Programa de Preparación para la Maternidad y Paternidad, que se desarrolla actualmente fue aprobado en el año 2010 <sup>16</sup>. En él se organizan los grupos invitando a mujeres con edad de gestación similar o próxima, el tamaño del grupo oscila entre 15 y 20 personas, incluyendo a los acompañantes <sup>16</sup>. Se fomenta la participación de la pareja o persona de apoyo de la gestante y se recomienda la formación de grupos cerrados ya que favorece el conocimiento, la confianza y la participación de las personas del grupo entre sí y con la matrona, además proporciona una organización grupal bien estructurada y progresiva <sup>16</sup>.

El programa incluye ocho o nueve sesiones teórico-prácticas, con una duración aproximada de 120 minutos cada una de ellas y repartidas en tres etapas que van desde los primeros meses del embarazo hasta el postparto <sup>16</sup>. Para el desarrollo de las clases se tiene en cuenta la edad gestacional de las mujeres y sus necesidades a medida que avanza el embarazo <sup>16</sup>.

Cada una de las etapas que configuran los programas de educación maternal son:

**Primera etapa:** durante los primeros meses del embarazo, se aconseja empezar antes de la semana 20 <sup>16</sup>.

Consta de una a dos sesiones. Se empieza con un recibimiento del grupo, presentación de la matrona y de cada persona del grupo así como de la presentación del programa. Se pretende que la mujer y su pareja expongan sus dudas, experiencias, temores y expectativas ante esta nueva situación <sup>16</sup>.

En esta primera etapa el objetivo que se persigue es que la gestante consiga identificar los cambios físicos y psicológicos que se producen durante el embarazo y los que pueden suponer un signo de alarma, que conozca las medidas destinadas a aliviar las molestias del propio

embarazo y los cuidados básicos de éste, además se trata de que reconozca la función, importancia y cuidado del suelo pélvico <sup>16</sup>.

**Segunda etapa:** atención al parto, correspondiéndose al último trimestre de gestación <sup>16</sup>.

Consta de seis a siete sesiones. En esta segunda etapa, ya próxima al nacimiento del bebé, se trabajan el parto, el nacimiento, contacto piel con piel, la lactancia materna, el puerperio y los cuidados del recién nacido <sup>2,4,16</sup>.

Los contenidos teóricos que se imparten son <sup>2,4,16</sup>:

- Aspectos relacionados con el dolor y las contracciones, identificación del inicio del parto y cuándo acudir al hospital.
- Desarrollo del parto e importancia de respetar su evolución fisiológica, necesidades básicas de la mujer y del recién nacido, el parto con analgesia farmacológica y el parto distócico. Papel del acompañante durante el parto. Plan de parto: importancia y apoyo para su elaboración e información sobre la donación de sangre de cordón umbilical.
- Contacto piel con piel, colocación adecuada, riesgos de la separación precoz, atención inmediata al recién nacido y puntos clave en la instauración de la lactancia materna.
- Conocimientos sobre lactancia materna: beneficios y riesgos de no amamantar, técnica apropiada, mitos y creencias sobre la lactancia, cuidados de la madre durante la lactancia, dificultades frecuentes en la lactancia y su abordaje.
- Cuidados del puerperio, cambios emocionales y situaciones de riesgo en esta etapa.
- Cuidados generales del recién nacido, controles de salud habituales, manejo del llanto y el cólico del lactante y pautas de crianza durante los primeros días.

Para la exposición de estos contenidos teóricos el profesional se puede apoyar en métodos audiovisuales, tales como presentaciones de diapositivas o la visualización de una película, según el tema correspondiente <sup>16</sup>. También hay una parte de métodos demostrativos, en los cuales la matrona realiza una actividad y luego supervisa su realización por parte de las gestantes y sus acompañantes <sup>16</sup>. Además, como no se trata de sesiones meramente teóricas en cada una de ellas habrá un tiempo dedicado a la expresión de ideas, sentimientos y dudas por parte de los y las participantes <sup>2,4,16</sup>.

Las sesiones van acompañadas de trabajo corporal; se trata de una actividad práctica en donde se proponen una serie de ejercicios y pautas de higiene postural para realizar individualmente o en pareja <sup>16</sup>. El trabajo consta de ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, posturas antiálgicas para el embarazo y el parto, estiramientos en diferentes posturas, ejercicios de movilización lumbopélvica, ejercicios de toma de conciencia de la respiración, posturas facilitadoras para el parto, respiración en el expulsivo y relajación <sup>2,4,16</sup>. Se usa para ello colchonetas, bolas gimnásticas de varios tamaños y cintas elásticas entre otros <sup>2,4,16</sup>.

**Tercera etapa:** atención al postparto, un mes después de dar a luz <sup>16</sup>.

Consta de una a dos sesiones en las que se tratan los aspectos relacionados con la recuperación del postparto y las relaciones sexuales y anticoncepción <sup>16</sup>.

En esta tercera etapa los objetivos que se persiguen son: identificar las herramientas para el reinicio de la actividad sexual tras el parto, toma de decisiones informadas acerca de la anticoncepción, recordar la importancia de la musculatura del suelo pélvico y conocer las prácticas encaminadas a su recuperación y mantenimiento tras el parto <sup>16</sup>.

Además del contenido teórico, se realiza trabajo corporal en el que se llevan a cabo ejercicios de suelo pélvico y ejercicios abdominales hipopresivos <sup>16</sup>.

Con todo lo anteriormente descrito se puede decir que los objetivos de los programas de educación maternal que se imparten van encaminados a aumentar los conocimientos de las

gestantes y sus acompañantes con el objetivo de reducir su ansiedad, sus miedos, facilitar la toma de decisiones, que la mujer tome conciencia de su capacidad para dar a luz, además de pretender modificar actitudes y comportamientos de las embarazadas y sus familias y así conseguir conductas más saludables. Evaluar si se consiguen dichos objetivos es el motivo de éste trabajo, analizando los trabajos disponibles en los que se analizan los resultados conseguidos.

#### **1.4 Opinión de las matronas sobre la evolución de los programas de educación maternal.**

Tal y como hemos mencionado con anterioridad, en nuestra sociedad se están produciendo múltiples cambios culturales, económicos y sociales, que influyen en las vivencias de la maternidad y paternidad<sup>17</sup>. Cambios tales como: la inserción de la mujer al mundo laboral, el descenso de la natalidad, que la maternidad tenga lugar en las mujeres por encima de los cuarenta años, el papel que reivindican los padres en cuanto a poder vivir la paternidad y participar en ella de una forma más activa, la introducción de la analgesia epidural, la cesárea electiva por parte de la mujer, la incorporación de gestantes con otras culturas a los programas de EM, la lactancia materna, las "nuevas familias", las técnicas de reproducción asistida entre otros<sup>17</sup>. Todos estos cambios que se están produciendo en el ámbito de la maternidad y la familia hacen que las matronas que trabajan en atención primaria tengan que adaptar los programas de educación maternal a las demandas de la sociedad y ajustar los contenidos impartidos y la metodología utilizada<sup>18</sup>.

Para conocer la opinión de las matronas de atención primaria sobre la evolución de los programas de educación maternal nos basaremos en el artículo publicado en el 2007 por Gallardo Díez y Sánchez Perruca<sup>17</sup>, dos matronas y antropólogas de la comunidad de Madrid. Dicho estudio tomó una muestra representativa, ya que la población a la cual iba dirigida la encuesta estaba formada por la totalidad de matronas que trabajaban en los centro de atención primaria de Madrid, en total 179 matronas.

A través de los cuestionarios el 91% de las matronas afirmaron que existe un cambio en la demanda de la población en materia de EM<sup>17</sup>. El 88% realizaron adaptaciones del programa de educación maternal en función de los cambios sociales y las demandas de la sociedad<sup>17</sup>. Las variables sociales que las matronas consideraron que más están influyendo en el desarrollo de los programas de EM son, en primer lugar el trabajo fuera del hogar, las expectativas de la analgesia epidural, la participación del padre en la crianza, la inmigración y el dilema de la lactancia materna<sup>17</sup>.

En cuanto a los contenidos impartidos en las sesiones de EM se puede comprobar que se han producido cambios. En los actuales programas de EM hay una serie de temas que se siguen tratando, tales como: puerperio, lactancia, trabajo de parto, relajación, ejercicios y respiración, dada su importancia para el autocuidado durante todo el proceso, mientras que otros se tienden a obviar, como es el caso del desarrollo embrionario y el aparato reproductor, ya que hoy en día estos conocimientos se pueden adquirir a través de otras vías, como por ejemplo Internet<sup>17</sup>. Los temas que visiblemente van en aumento son: vivencias del embarazo, pautas de crianza, papel del padre, reincorporación laboral, analgesia epidural, reestructuración familiar, etc<sup>17</sup>. En este aspecto, se puede comprobar que los contenidos impartidos van en consonancia con los cambios de la sociedad y las demandas de las personas.

Por otro lado, el 70% de las matronas manifestaron haber realizado un cambio en la metodología, pues manifiestan hacer un mayor uso de las técnicas de investigación en el aula, de técnicas de análisis, de técnicas de desarrollo de habilidades y de testimonios de mujeres, manteniendo estable el uso de la técnica expositiva<sup>17</sup>. También el uso de recursos didácticos había cambiado para el 64% de las matronas<sup>17</sup>.

### **1.5 Perfil de las gestantes que acuden a EM y motivos de inasistencia.**

Son numerosos los estudios que coinciden en el perfil que presentan las gestantes que acuden a educación maternal. Artieta y Paz (2006) <sup>19</sup> señalan que es importante destacar que del total de mujeres susceptibles de asistir a clases de EM sólo acuden la mitad, y no una mitad representativa, sino sesgada.

Esta baja cobertura a los cursos puede deberse al uso sistemático de la analgesia epidural durante el parto, hecho que modificaría la concepción de la gestante acerca de la utilidad y necesidad de asistencia; o bien que los contenidos y desarrollo de los cursos de EM no se han adaptado por completo a los cambios sociales que se han producido y a los cambios en la atención durante el parto <sup>7</sup>.

Las mujeres que asisten, según los artículos consultados, presentan unas características comunes <sup>10,13,20-23</sup>:

- Edad media de 29 - 34 años (más edad que las mujeres que no acuden).
- Más de la mitad son primerizas.
- Con pareja estable o casadas.
- Nivel socio-económico y de estudios medio.
- Embarazo deseado.
- Adecuado control prenatal.

Martínez y Delgado (2013) <sup>24</sup> establecen que el nivel estudios, el nivel de ingresos, el tipo de trabajo y el grado de utilidad que la mujer le da a la educación prenatal fueron factores predictores para la asistencia al programa. Así mismo encontraron varios factores que se relacionaban con la participación aunque no fueron predictores, los cuales eran: tener un adecuado control prenatal, el trabajo de la mujer durante el embarazo, el sector en el que trabajaba y que fuese un embarazo buscado. En cuanto a la participación de la pareja a la EM, establece que falta en la mayoría de los casos <sup>24</sup>.

Márquez et al. (2001) <sup>9</sup> en su estudio obtienen que las mujeres que no acuden a clases de EM están solteras o separadas, viven en barrios marginales, con alto riesgo social, como son las mujeres de etnia gitana, tienen un nivel socio-económico bajo, son adolescentes, poseen un mayor índice de hábitos tóxicos, son mujeres sin estudios o con estudios sólo primarios, sin hijos previos y trabajan fuera de casa.

Fernández (2009) <sup>7</sup> añade que las mujeres que acuden a EM, son mujeres que por lo general tienen acceso a otros medios de información, como internet, y que por el contrario a la población que probablemente necesite en mayor medida aumentar conocimientos y habilidades, no se llega.

Otras de las cuestiones que nos planteamos en esta revisión son los motivos por los cuales las mujeres no acuden. Albizu et al. (2000) <sup>25</sup> llegan a la conclusión en su estudio que los motivos de inasistencia fueron porque las mujeres no lo creían necesario, porque no tenían tiempo para hacerlo, el horario era inadecuado, el lugar de realización era lejano al domicilio, por motivos familiares o porque el curso no se le había sido ofertado por el personal sanitario que le atendía.

Este último motivo también fue destacado por Martínez y Delgado (2013) <sup>24</sup>, que establecen que los motivos que mayoritariamente argumentan las mujeres para no asistir al programa eran el que no se ofertara en su centro sanitario (lo que reflejaba un desconocimiento por parte de las embarazadas ya que sí que se ofertaba) y la incompatibilidad con el horario en que se lleva a cabo dicha actividad, en concordancia con otros estudios.

Márquez et al. (2001)<sup>9</sup> en su estudio demuestran la existencia de diferentes factores que se asocian a la inasistencia al curso de EM. Uno de ellos es el hecho de que la gestante tenga hijos previos, pues pudiera estar influenciado por la creencia de la mujer en poseer mayor conocimiento sobre la maternidad, en relación directa con el número de hijos o que la gestante acudió a cursos de EM en embarazos previos y lo consideró no útil<sup>9</sup>. Otro factor que se relacionó de manera significativa con la inasistencia a las clases de EM es que la mujer trabaje fuera de casa, probablemente relacionándolo con una mayor limitación de tiempo<sup>9</sup>.

En nuestra comunidad se llevó a cabo un estudio desde la Consejería de Sanidad (2009) en el que a través de una encuesta anónima con preguntas abiertas y cerradas a embarazadas y sus parejas desde la semana dieciséis de gestación, hasta un año post parto y sus parejas, se deseaba conocer la opinión de las mujeres y sus parejas sobre la Educación Maternal ofrecida en el Servicio Cántabro de Salud y aquellos aspectos de interés de cara a la elaboración del nuevo Programa de Preparación para la Maternidad.

A partir de 515 encuestas los resultados obtenidos en cuanto al perfil de las encuestadas fueron que se trataban de mujeres entre 31 y 40 años, con estudios secundarios, primerizas y trabajan fuera de casa. El interés prioritario de estas mujeres encuestadas fue el parto, seguido de la lactancia y crianza del bebé, y del cuidado del embarazo y posparto. Sin embargo, para los hombres encuestados resulta prioritario el embarazo y los cambios que se producen en él. Los motivos por los cuales acudían estas mujeres a clases de EM fueron: para recibir información de un profesional cualificado, demandando la presencia de la matrona, para tomar conciencia sobre la maternidad, compartir experiencias y para poder colaborar con los profesionales en el momento del parto.

Llegamos a la conclusión de que el perfil de las embarazadas que no acuden a EM son las que más se beneficiarían de un programa educacional, ya que constituyen una población de riesgo durante y después del embarazo, por lo que es necesario incidir en la captación de estas mujeres, ofreciendo programas adaptados a las distintas realidades.

### ***1.6 Asistencia del padre a clases de educación maternal y su importancia.***

La asistencia de los padres a las clases de educación maternal en las últimas décadas ha cobrado especial relevancia debido a la incorporación de éstos al reparto de responsabilidades en el cuidado de los hijos y a la demanda de participación de los hombres en la toma de decisiones. Un estudio encontrado realizado en Madrid estableció que la media de padres que acude por grupo es aproximadamente uno por cada tres mujeres<sup>26</sup>.

En dichas clases, se les enseñan técnicas de apoyo a la gestante (respiraciones, relajación y ejercicio) y técnicas de masaje (perineal, pies, lumbar, etc.)<sup>26</sup>. Además se realizan sesiones exclusivas para ellos adecuándose a sus horarios, favoreciendo un espacio en el que los padres puedan hablar y compartir sus emociones sobre el proceso<sup>26</sup>. Se tratan temas de psicología, relación de pareja, relaciones familiares, puerperio, administrativos y resolución de dudas. Asimismo se abordan temas como el papel del padre en el parto, la vuelta a casa, la organización familiar y la crianza<sup>26</sup>.

Por lo tanto, vemos que pese a la demanda de los padres en participar en el proceso, la asistencia de éstos a los programas todavía sigue siendo escasa. No se han encontrado artículos que estudien de qué manera influye en el proceso de parto, en el puerperio o en la salud neonatal la asistencia de los padres al programa.

## **CAPÍTULO 2: UTILIDAD DE LOS PROGRAMAS.**

Como ya se apuntó en la introducción, tanto la sociedad como las propias embarazadas y los sanitarios damos por sentado que la asistencia a los programas de educación maternal tienen innumerables ventajas tanto para la mujer como para su pareja, sin embargo, existen numerosos aspectos poco estudiados y en algunos otros, claras discrepancias en cuanto a los resultados.

### **2.1 Hábitos de vida en el embarazo.**

Uno de los objetivos perseguidos en los programas de educación maternal es concienciar a las gestantes de la importancia de llevar a cabo unos hábitos de vida saludable para que posteriormente los adquieran o mejoren.

Con la asistencia a las clases de educación maternal cabría esperar un efecto positivo en cuanto a concienciar a las gestantes de los beneficios de una vida saludable tanto para ellas como para el recién nacido puesto que se trata de una población susceptible y receptiva al cambio, a pesar de ello, son escasos los artículos publicados que estudian este relevante aspecto.

El único artículo encontrado que aborda la adquisición y mejora de hábitos saludables por parte de las mujeres embarazadas que realizan EM fue descrito en el estudio realizado por Guillén et al. (1999) <sup>10</sup>. En él se constataban cambios producidos en los hábitos higiénico-dietéticos, como el abandono o disminución del hábito tabáquico, aumento del consumo de derivados lácteos, disminución en el uso de bebidas alcohólicas y un aumento de la realización de ejercicio físico <sup>10</sup>. Pone de manifiesto que la realización de EM por parte de las mujeres es beneficiosa en gran medida ya que se concientia a las mujeres de la importancia de la alimentación y el ejercicio y se consigue modificar hábitos en dichos aspectos, obteniendo gestantes más saludables y por consiguiente cabe esperar bebés más sanos y con menos complicaciones <sup>10</sup>.

En conclusión, son escasos los artículos que estudian los hábitos de vida en el embarazo y por tanto, no podemos establecer que la asistencia a los programas de educación maternal sea de utilidad para la adquisición y mejora de éstos. Si tenemos en cuenta que se trata de una población susceptible al cambio, se podrían esperar modificaciones de hábitos de vida saludables mediante la información y motivación por parte de la enfermera. Además sería importante que dichas modificaciones perdurasen en el tiempo, ya que el hecho del embarazo hace que muchas mujeres se planteen el cambio de estilo de vida y lo llevan a cabo, sin embargo muchas de ellas después de dar a luz vuelven a su estilo de vida previo. Sería interesante reforzar este cambio de estilo de vida en la mujer para que perdure en el tiempo y se consiga una población más sana, aspecto relevante ya que el recién nacido se va a desarrollar en una familia con unos determinados estilos de vida y por tanto, los adquirirá naturalmente.

### **2.2 Proceso de parto**

#### **2.2.1 Reconocimiento del inicio parto.**

La detección del momento adecuado del inicio del parto es importante, ya que le proporciona a la parturienta una sensación de control sobre el proceso, con la consiguiente disminución de la ansiedad, evita procedimientos médicos innecesarios cuando la mujer acude antes de haberse iniciado la fase activa de parto, reduciendo el número de visitas innecesarias al hospital, lo que redundaría en un inicio de parto más fisiológico y en un menor gasto sanitario.

En las clases de educación maternal uno de los puntos sobre los que se trabaja es el reconocimiento del inicio del parto ya que muchas gestantes, sobre todo primíparas, pueden tener dudas acerca de los signos de inicio de parto y de cuando acudir al hospital.

Tras la revisión de la bibliografía, y relacionando el reconocimiento adecuado del inicio del parto con la asistencia a las clases de educación maternal, Albizu et al. (1999)<sup>25</sup> realizaron un trabajo en Navarra con 300 gestantes, 150 de ellas asistieron a clases de EM mientras que las otras 150 no acudieron, comprobaron que entre las mujeres que realizaron el curso completo de EM, el 51% acudieron al hospital en pre-parto y el 59% acudió en el momento adecuado. Como esta diferencia no era significativa, se sumó a las gestantes que habían realizado el curso completo de EM aquellas mujeres que al menos habían acudido a las clases en las que se trató el tema de parto y su detección, tras ello se comprobó que "la asistencia a los cursos de EM incide positivamente en el reconocimiento del momento adecuado de acudir al hospital por inicio del parto, reduciéndose las urgencias toco-ginecológicas por falso trabajo de éste"<sup>25</sup>.

Molina et al. (1996)<sup>27</sup> realizan un trabajo con 100 primigestas, de las cuales 50 habían acudido a EM y el resto no, y al analizar los resultados obtenidos vieron que, acudir a las clases de EM hace que el nivel de conocimientos adquiridos aumente significativamente en relación al reconocimiento del inicio del parto. No se estudió si el aumento de conocimientos por parte de las mujeres sobre el inicio del parto hace que las gestantes acudan al hospital adecuadamente.

Por el contrario, Artieta et al. (2007)<sup>22</sup> en su estudio con 616 nulíparas no encontraron diferencias significativas entre las visitas en falso parto y la asistencia o no a las clases de EM.

En conclusión, las mujeres que acuden a clases de EM y son informadas y educadas con respecto a los signos del inicio del trabajo del parto, los pródromos de parto, cómo actuar en esta fase y cuando acudir al hospital, evidentemente van a tener más conocimientos que las que no acuden y por tanto sabrán reconocer mejor el inicio del parto, aunque no hay consenso en que estos conocimientos redunden en la elección del momento oportuno para acudir al hospital. Posiblemente en la elección del momento jueguen otros factores como la insistencia de la pareja o familiares. Sería interesante valorar la influencia de los consejos sobre cuando acudir al hospital cuando son los padres los que los reciben.

### ***2.2.2 Dolor en el parto, utilización de la analgesia epidural y el uso de otras medidas analgésicas alternativas.***

El dolor se puede definir como una experiencia subjetiva, sensorial y emocional desagradable. Debido a que es un aspecto subjetivo del individuo, personas ante un mismo estímulo doloroso pueden tener diferentes experiencias dolorosas. Por ello, el dolor durante el trabajo del parto, al igual que otros dolores, es diferente para cada mujer. Suele considerarse que el dolor experimentado durante el parto es uno de los eventos más dolorosos que una persona puede experimentar, pero, esto varía mucho de una mujer a otra, e incluso de un embarazo a otro<sup>28,29</sup>.

El dolor durante el trabajo de parto es ocasionado por las contracciones del músculo uterino y la presión sobre el cérvix<sup>28</sup>. Otras causas del dolor durante el trabajo de parto incluyen la presión que ejerce la cabeza del bebé sobre la vejiga y los intestinos, y el estiramiento del canal de parto y la vagina<sup>28</sup>.

Sin embargo, el origen del dolor en el parto no hay que buscarlo exclusivamente en razones físicas, se ha de tener en cuenta la influencia que ejerce la educación y la cultura<sup>29</sup>. Se trata de aspectos que afectan a nuestra visión de las cosas y nos predisponen a sentir lo que la sociedad en general nos predice que nos encontraremos cuando estemos de parto<sup>29</sup>.

Teniendo en cuenta lo anterior, el miedo con el que las mujeres se enfrentan al parto, inculcado por la sociedad, las puede conducir a vivir un parto doloroso ya que el útero contraído por el miedo va a tener dificultades para realizar su trabajo, va a estar en tensión y producirá contracciones espásticas en lugar de contracciones naturales<sup>28,29</sup>.

En las clases de EM, el dolor en el parto es trabajado a través de diferentes estrategias; por un lado de manera teórica, dotando a la mujer de conocimientos respecto al propio parto y desmitificando conceptos erróneos, en cuanto al dolor se refiere<sup>2,4,16</sup>. Con esto se consigue que la mujer disminuya el miedo a parir y tenga una actitud más favorable frente al dolor (Dick Read). Por otro lado se trabaja en la relajación, la respiración y el ejercicio. El ejercicio óptimo durante el embarazo, así como las técnicas de relajación y respiración facilitan a la mujer el momento del parto y la ayudan a saber controlar sus contracciones. Además se le proporciona información acerca de la anestesia epidural y la utilización de medidas analgésicas alternativas, por lo que a priori es lógico pensar que la asistencia a dicho programa conseguiría una mejora en la sensación dolorosa durante el parto<sup>2,4,16</sup>.

Los estudios que relacionan las clases de educación maternal con el dolor y la utilización de la analgesia epidural en el momento del parto no llegan a una conclusión unánime. Martínez y Delgado (2013) en su trabajo en el que participaron 520 mujeres primíparas no pudo establecer la asociación entre la realización de EM por parte de la mujer y el nivel de dolor que esta padeció durante el proceso de parto, además tampoco influyó la asistencia a EM con la utilización de medidas analgésicas alternativas ni de la analgesia epidural<sup>20</sup>. Estos resultados coinciden con los de Artieta et al. (2010)<sup>30</sup> que tampoco encontraron una asociación entre la EM y la reducción del dolor durante el parto y los de Molina et al. (1996)<sup>27</sup> que no observan diferencias significativas entre las gestantes que acuden a EM y las que no acuden en relación al dolor en el parto.

Por otro lado Escott (2009)<sup>31</sup> manifiesta que durante el parto, además de o en lugar de la analgesia epidural, las mujeres controlan el dolor usando diversas estrategias de aguante. La educación preparto ofrece a las mujeres la oportunidad de prepararse antes del alumbramiento para un suceso que suele ser doloroso<sup>31</sup>. Sin embargo, la EM suele llevarse a cabo sin apenas prestar atención a las investigaciones sobre los factores psicológicos que influyen en la sensación de dolor<sup>31</sup>.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO 2006), en el protocolo de analgesia en el parto, considera que la educación maternal es un método analgésico no farmacológico de eficacia poco documentada, ya que en la literatura científica hay pocos trabajos que respalden su efectividad<sup>32</sup>.

Hay otros trabajos que expresan que en situaciones en las que la mujer puede decidir sobre el uso de anestesia, la mayor parte de los autores observan que aquellas que están más preparadas, requieren menor cantidad de medicación, hecho que pudiera estar relacionado con un mayor grado de autocontrol. Como por ejemplo, Lauzon y Hodnet (2001)<sup>33</sup> que refieren el uso de una cantidad menor de analgésicos en las mujeres que acuden a EM y niveles más altos de control del dolor. Por el contrario Morilla et al. (2009)<sup>13</sup> expone que la EM influye en la decisión de la mujer de cómo quiere parir, con o sin dolor, ya que en el grupo de mujeres que acuden a EM la opción de anestesia epidural fue muy superior y estadísticamente significativa respecto al grupo de mujeres que no acudieron. Se ha de mencionar el hecho que en el caso de mujeres que no acudieron a EM eran de cultura musulmana.

En conclusión, el hecho de que el dolor sea un aspecto subjetivo hace complicada su valoración. Por otro lado hay que tener en cuenta que el proceso de parir como tal, lleva consigo un proceso fisiológico que en mayor o menor medida es doloroso y que por tanto no

se podrá modificar con educación maternal. Lo que sí que se puede lograr con la educación maternal en relación al dolor en el parto es hacer que las mujeres crean en su capacidad de dar a luz y que por tanto lleguen a la sala de partos con un nivel menor de ansiedad, puedan aplicar técnicas de relajación y respiración para favorecer el parto y usen la anestesia epidural en el momento oportuno.

### **2.2.3 Miedo y ansiedad durante el parto.**

Según la definición de la RAE (Real Academia Española), el miedo es "Una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario" "Recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea" y la ansiedad queda definida por "Un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo."

La falta de información, el miedo al dolor durante el proceso del parto, el miedo a que el trabajo del parto pueda complicarse y se produzcan resultados indeseables, la incertidumbre y expectativas que tiene la mujer en el momento del parto, miedo a no ser capaz de manejar y enfrentarse de forma adecuada a la nueva etapa en su vida, pueden ser motivos por los cuales aparezca el miedo en la gestante <sup>34</sup>.

Las clases de EM proporcionan información a la mujer sobre el desarrollo del embarazo, el momento en el que se encuentra, el parto y su evolución, las complicaciones que se pueden presentar y las técnicas de afrontamiento para el proceso de parto, entre otras <sup>16</sup>. Esta información constituye una herramienta muy importante y supone una forma eficaz para combatir el miedo ya que la gestante sabrá con antelación a lo que va enfrentarse.

Toda esta información suministrada por el profesional tiene un efecto positivo ya que hace partícipe a la mujer en todo el proceso, desde que se queda embarazada hasta que el bebé nace y el posterior puerperio. La implicación de la mujer en su proceso de embarazo y parto, y la adquisición de las herramientas necesarias, hacen que la gestante se sienta capaz de participar activamente en esta nueva etapa tan importante para su vida y hará que confíe más en sus capacidades de afrontamiento y por lo consiguiente disminuirá los miedos asociados a tal proceso.

Hay artículos que no encuentran que las clases de EM influyan en el nivel de ansiedad de las mujeres, como es el caso del publicado por Miquelutti et al. (2013) <sup>35</sup> en el cual, tras distribuir a las embarazadas en dos grupos (uno de intervención y otro de control) hallan que el nivel de ansiedad fue similar en ambos grupos durante todo el embarazo.

Así mismo, Gagnon y Sandall (2008) <sup>3</sup> en una revisión sistemática no encontró ninguna evidencia sobre los beneficios de la educación prenatal en general para el parto y la ansiedad.

Por el contrario, Artieta et al. (2007) <sup>22</sup> encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que acudió a clases de EM y el grupo que no acudió en referencia a la variable ansiedad, hallando que en el grupo que no acude, la ansiedad es el doble que en el grupo que acude. Dicha variable es más significativa en el grupo de mujeres más jóvenes, de clase social más baja y niveles de estudio más bajos.

Guillén et al. (1999) <sup>10</sup> es su estudio con 222 mujeres que acudieron a clases de EM, obtuvieron un porcentaje del 87% que no tuvieron miedo al parto. Supone un dato relevante a considerar, ya que significa que la EM puede conseguir que aproximadamente 9 de cada 10 mujeres que acudan no tengan miedo al parto <sup>10</sup>.

Hurtado (2008) <sup>36</sup> en su estudio encuentra evidencias demostradas sobre una asociación positiva entre la educación prenatal y la reducción de la angustia psicológica y el incremento

de la satisfacción durante la experiencia de parto. En este artículo se nombran a los autores: García García (1955), Kelly (1962) y Levinson y Shnider (1979), los cuales han demostrado que el estado de ansiedad excesivo durante el parto provoca una descarga anormal de catecolaminas, conduciendo a alteraciones en la contractilidad uterina y de la dilatación cervical, causantes de la prolongación del parto y de la aparición de partos distócicos<sup>36</sup>. Con este hecho y teniendo en cuenta que con la EM se puede conseguir que las mujeres reduzcan sus miedos y su nivel de ansiedad, indirectamente también se conseguirá una mayor proporción de partos eutócicos y más cortos.

Una información inadecuada y deficiente puede ocasionar una ansiedad excesiva que influya negativamente en su estado emocional Duque (2009)<sup>37</sup>. La EM es un recurso para reducir el miedo, la ansiedad y el dolor, en ella se desmitifican los prejuicios basados en tradiciones orales y escritas, los mitos y los ritos mediante la aclaración de dudas y la adquisición de nuevos conocimientos<sup>37</sup>.

#### **2.2.4 Tipo de parto y su duración.**

El parto de una mujer puede ser eutócico, es decir, un parto normal o vaginal en el que no existe ninguna alteración en su mecanismo y se efectúa correctamente con presentación cefálica y flexionada, o distócico, en el que surgen problemas y la necesidad de realizar maniobras o intervenciones extraordinarias, es decir, mediante la utilización de fórceps, espátula o ventosas (parto instrumentalizado) o la realización de cesárea.

El parto vaginal es preferible frente a un parto instrumentalizado o por cesárea. Esta afirmación deriva de los riesgos que conllevan la utilización de fórceps, ventosa o espátula en cuanto a mayor probabilidad de desgarros, lesiones de órganos vecinos, dolor crónico vulvar y perianal en la madre y en el bebé heridas en la cabeza, cefalohematomas entre otras<sup>38,39</sup>. Los riesgos de la cesárea están relacionados con la anestesia (alergias y problemas respiratorios), con la cirugía (sangrado, infección), con infecciones (infección de la vejiga o el útero) y con lesiones (lesión del tracto urinario, lesión del bebé). Además el tiempo de recuperación de la madre y de hospitalización es mayor, con lo que supone un quebranto de la vida de las familias y también un mayor costo<sup>38,39</sup>.

Con todo lo anteriormente expuesto nos preguntamos si con la educación maternal se consigue que las mujeres tengan más partos eutócicos. Al realizar la revisión bibliográfica nos encontramos con varios artículos, los cuales no llegan a una conclusión unánime, unos no encuentran una relación estadísticamente significativa (aunque obtienen porcentajes de cesáreas y partos instrumentalizados menores en las mujeres que acuden a EM), otros por el contrario, sí que encuentran una relación estadísticamente significativa, con porcentajes de cesáreas en el grupo que acuden a EM muy inferiores de las que no acuden. Hay un estudio que aporta que la EM es perjudicial en cuanto al tipo de parto, ya que se consiguen más partos instrumentalizados.

Morilla et al. (2009)<sup>13</sup> en su estudio con 300 gestantes de las cuales 150 acudieron y las otras 150 no, no encontró una relación estadísticamente significativa en cuanto a asistir o no a clases de EM con el tipo de parto. Pese a ello, vemos un porcentaje de partos eutócicos mayor en el grupo de las gestantes que sí acudieron a clases de EM del grupo de las que no asistieron, 67.2% frente un 52%<sup>13</sup>.

En el estudio de Molina et al. (1996)<sup>27</sup>, en el que compraban dos grupos de gestantes, 50 que acuden a clases de educación y 50 que no, tampoco llegaban a una significación estadística en cuanto al número de cesáreas o partos instrumentalizados que se llevaban a cabo en cada grupo. A pesar de ello, destacó el dato obtenido en cuanto al número de partos

instrumentalizados, cuyo valor era ligeramente inferior en el grupo de mujeres que acudieron a clases de EM. Lo relacionaban con una mayor colaboración por parte de la gestante durante el expulsivo, hecho que pudiera estar relacionado con la preparación que se las da a las gestantes en las clases de EM <sup>27</sup>.

Por otro lado, otro de los estudios encontrados y que relaciona las clases de educación maternal con el tipo de parto es el de Soto (2006) <sup>40</sup> llevado a cabo en Chile y en el que participaron 95 gestantes, a 40 de estas mujeres se les aplicó una intervención educativa en ocho sesiones y el resto constituyó el grupo de referencia. En él se obtuvo un porcentaje de cesáreas en el grupo de estudio de 7.5% y 27.3% en el de referencia, resultados estadísticamente significativos, ya que según este estudio, la realización de la intervención reduciría casi una cuarta parte el número de cesáreas <sup>40</sup>.

Artieta y Paz (2006) en su estudio "Utilidad de la Educación Maternal, una revisión" <sup>19</sup> cita a varios artículos que hacen referencia al tipo de parto en relación con la educación maternal. Dos de ellos son el desarrollado por Rowley et al. (1995) y Hetherington (1990) en los cuales se mencionan una proporción menor de partos instrumentalizados, señalando que el 79% de los partos fue espontáneo tras EM y sólo el 51% de quienes no acudieron a EM. También, Spinelli et al. (2003) observaron una disminución en la tasa de cesáreas con un estudio en el que participaron más de 9000 mujeres <sup>19</sup>. Pero, contrariamente, otros autores hallan una influencia negativa, como es el caso del estudio llevado a cabo por Enkin et al. (2001) quienes observaron un aumento en la utilización de fórceps y ventosas en las mujeres que acudieron a clases de EM <sup>19</sup>.

El estudio de Artieta et al. (2007) <sup>22</sup> por su parte, encuentra una diferencia significativa entre las gestantes que acuden y no acuden a clases de EM en cuanto a la ocurrencia de un parto eutócico o no, en este caso se observó una proporción mayor de mujeres con parto eutócico en el grupo que no había acudido a clases de EM en relación con el grupo que sí que acudió.

Los estudios anteriormente citados no tienen en cuenta los motivos por los cuales se practicó la cesárea, si fueron por razones médicas o por otras razones, aspecto importante a la hora de establecer las conclusiones. Las mujeres que prefieren una cesárea para dar a luz es porque en su mayoría tienen conocimientos erróneos y falsos mitos, como por ejemplo: que con una cesárea se evita la episiotomía, que se ahorran los dolores de un parto, que no se dañan el suelo pélvico, que el bebé nace más fácilmente y salen más guapos entre otros. Pero no tienen en cuenta los riesgos y problemas asociados a la cesárea. Por lo que teniendo en cuenta estos aspectos, desde las sesiones de educación maternal se podría dotar de conocimientos basados en evidencias científicas, que desmitifiquen esas creencias erróneas y que la mujer crea en su capacidad de parir, no considerando la cesárea como la mejor forma de dar a luz.

En cuanto a la duración del parto y la relación entre realizar o no clases de EM la bibliografía es escasa. Los estudios consultados muestran la reducción en la duración del parto en las gestantes que acuden a EM pero algunos no llegan a diferencias significativas. En la revisión llevada a cabo por Artieta y Paz (2006) <sup>19</sup> se mencionan dos trabajos que hablan del tema, uno de ellos es de Florido et al. (1981) en el cual se constatan diferencias significativas en la duración del parto en primíparas, el otro trabajo nombrado es el desarrollado por Delke et al. (1985) en el que también se comprueba que la duración del periodo de dilatación se reducía alrededor de hora y media <sup>19</sup>. Así mismo, Molina et al. (1996) <sup>27</sup> analizan en su estudio el tiempo transcurrido entre los 4 cm de dilatación de la gestante y el nacimiento del niño, encontrándose una reducción de 33 minutos en las mujeres que asisten a EM frente a las que no acuden, pese a que este tiempo no es estadísticamente significativo no se debe despreciar

este dato, pues todo el tiempo que se consiga acortar el parto repercute en beneficio de la salud de la madre y del feto.

### **2.2.5 El trauma perineal.**

El término trauma perineal puede definirse como cualquier daño que se puede producir en los genitales durante el parto, puede ocurrir de manera espontánea en forma de desgarro o ser el resultado de una incisión quirúrgica del perineo llamada episiotomía <sup>41</sup>. Tanto el desgarro como la episiotomía tienen repercusiones en la mujer en el postparto inmediato, ya que afecta al bienestar físico, psicológico y social <sup>41</sup>. La morbilidad asociada con el traumatismo perineal es significativa, sobre todo si se trata de desgarros de tercer y cuarto nivel, a corto y largo plazo <sup>41</sup>. Una de las estrategias que se recomienda como factor preventivo de dicho trauma es el masaje perineal antenatal de esta zona, y en muchas ocasiones se incluye dentro de los mensajes de educación para la salud que se da a las embarazadas y dentro de los cursos de EM, realizándolo de manera sistemática las semanas previas al parto.

Consiste en una técnica que se realiza manualmente por la propia mujer u otra persona para aumentar la flexibilidad de los músculos perineales, propiciando que durante el parto este tejido se expanda con mayor facilidad y evitando que se produzcan desgarros y reduciendo la necesidad de episiotomía <sup>42</sup>.

Para comprobar si efectivamente el masaje perineal previene el traumatismo perineal se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en la que se han destacado los artículos que a continuación se detallan.

Labrecque et al. (2000) <sup>43</sup> estudian a 949 mujeres dividiéndolas en dos grupos, 470 del grupo experimental y 479 del grupo control. A las mujeres del grupo experimental se les enseñó la técnica de masaje perineal y se les pidió realizarle 10 minutos todos los días a partir de la semana 34-35 hasta el parto <sup>43</sup>. No encontraron diferencias en cuanto a tasas de episiotomía o desgarros vaginales en ambos grupos, únicamente en el grupo masaje encontraron menores tasas de dolor perineal a los tres meses postparto (93,6% vs 85,8%;  $p=0,01$ ) <sup>43</sup>.

El mismo autor, en 2001, evaluó la visión que tenían las mujeres respecto a la práctica del masaje perineal y encontró que el 80% de las mujeres repetiría el masaje perineal en un embarazo posterior y casi el 90% lo recomendaría a otra embarazada <sup>44</sup>.

Gomme, Sheridan y Bewley (2004) <sup>45</sup> en su estudio, muestran que según los resultados obtenidos tras la inclusión de la instrucción en masaje perineal a las mujeres nulíparas por parte de las matronas, el masaje perineal antenatal reduce el trauma perineal en un 6%. Analizando sólo los partos vaginales, se observó que la presencia de periné intacto pasó del 29.9 al 33.3%, la aparición de desgarros disminuyó de 53.9 a 53.3% y la realización de episiotomía disminuyó de 16.2 a 13.4%. El cumplimiento de las instrucciones de masaje por parte de las gestantes varía, pero las mujeres fueron, en general, positivas sobre el masaje perineal y lo repetiría en un embarazo posterior <sup>45</sup>.

Shimada (2005) <sup>46</sup> evaluó la eficacia del masaje perineal durante el embarazo en mujeres nulíparas, demostrando que en el grupo de intervención, las tasas de episiotomías se redujeron en un 21% y tuvieron menor lesión perineal que las del grupo control.

A pesar de los efectos beneficiosos que se han descrito hasta ahora, cabe mencionar que hay otros estudios que encuentran que el masaje perineal antenatal tiene un impacto limitado en la incidencia de episiotomía, de trauma perineal y de periné íntegro tras el parto.

Es el caso de Mei-dan et al. (2008)<sup>47</sup> quienes realizaron un ensayo clínico con 234 mujeres nulíparas. Las mujeres asignadas al grupo de estudio fueron instruidas en la práctica de 10 minutos de masaje perineal todos los días, a partir de la semana 34 de gestación hasta el parto. Las mujeres del grupo de masaje tuvieron porcentajes ligeramente menores de desgarros de primer grado (73,3% vs 78,9%), y ligeramente mayor de desgarro de segundo grado (26,7% vs 19,3%), aunque las diferencias entre ambas variables no fueron significativas<sup>47</sup>. Los porcentajes de desgarros de periné anterior fueron significativamente más altos en el grupo de masaje (9,5% vs 3%) y los porcentajes de desgarros internos laterales fueron ligeramente inferiores pero sin ser estadísticamente significativos (11,5% vs 13,1%)<sup>47</sup>. De manera que, el porcentaje de episiotomías, el total de desgarros y el de periné íntegro fueron similares tanto en el grupo control como en el grupo de estudio, por lo que no se pudo demostrar que el masaje perineal antes del parto aumente la probabilidad de mantener el periné íntegro<sup>47</sup>.

En una revisión sistemática publicada en la Cochrane Database en 2008, Beckmann y Garrett<sup>48</sup> incluyeron tres ensayos (2434 mujeres), que comparan el masaje perineal con un grupo control. El masaje perineal se asoció con una reducción general de la incidencia del traumatismo que requiere sutura<sup>48</sup>. Esta reducción fue estadísticamente significativa sólo para las mujeres primíparas<sup>48</sup>. No se encontraron diferencias en la proporción de mujeres que sufren desgarros perineales de primer y segundo grado y traumatismo perineal de tercer o cuarto grado entre el grupo de mujeres que realizan masaje perineal y el que no<sup>48</sup>. Tampoco se observaron diferencias significativas en la incidencia de partos instrumentales, satisfacción sexual, incontinencia urinaria, incontinencia fecal o flatos en mujeres que realizaban masaje perineal comparándolas con aquellas que no lo practicaban<sup>48</sup>. Sólo las mujeres que habían tenido un parto vaginal anterior informaron de una reducción estadísticamente significativa en la incidencia de dolor a los tres meses postparto. Sin embargo se halló una reducción estadísticamente significativa del 15% de la incidencia de episiotomías en las mujeres primíparas que practicaron masaje perineal<sup>48</sup>.

En 2013, Beckmann y Stock<sup>49</sup> llevaron a cabo una nueva revisión sistemática en la que incluyeron un ensayo más (2497 mujeres) en la que comparaban de nuevo el masaje perineal con un grupo control. Los resultados obtenidos fueron casi iguales que en la revisión anterior de Beckmann y Garrett<sup>48</sup>.

En resumen, aunque no hay consenso en cuanto a los efectos del masaje perineal en términos de salud, según los estudios más recientes, el masaje perineal antes del parto reduce en un 15% la incidencia de episiotomías, para mujeres sin parto vaginal previo<sup>48</sup>. Para las mujeres con parto vaginal previo, no existen diferencias estadísticas en cuanto al traumatismo perineal, pero la práctica de masaje para este grupo reduce la probabilidad de dolor perineal a los 3 meses postparto<sup>48</sup>. No se han encontrado diferencias significativas con respecto a los desgarros<sup>48</sup>.

Con todo lo anteriormente expuesto y partiendo de la base de que el masaje perineal no entraña ningún riesgo ni para la gestante ni para el bebé, de las ventajas que puede ofrecer, que el gasto económico que supone es bajo y que varios artículos llegan a la conclusión de es una práctica bien aceptada por las mujeres y que además la recomendaría, el masaje perineal debiera de formar parte en todos los programas de educación maternal. En él se debiera de informar sobre el beneficio del masaje perineal antenatal y sobre la forma de practicarlo.

### **2.2.6 Satisfacción materna en relación con el proceso de parto.**

Otro de los aspectos a considerar en las clases de educación maternal es si las gestantes que participan consideran que lo impartido en dichas clases es útil para ellas y si repercute favorablemente en el proceso.

Tras la revisión bibliográfica en este aspecto se encontraron diversos artículos que llegan a la misma conclusión, y es que las mujeres que acuden a clases de educación maternal están más satisfechas con la experiencia del proceso de parto que las que no asisten. A esta afirmación llegan los autores Baglio et al. (2000)<sup>50</sup>, Bailey et al. (2008)<sup>51</sup> y Artieta y Paz (2006)<sup>19</sup>. Por el contrario, Artieta et al. (2007)<sup>22</sup> y Martínez y Delgado (2013)<sup>52</sup> no encontraron relación entre asistir o no a clases de educación maternal con la satisfacción de las mujeres en el seguimiento del embarazo y en la atención recibida durante el parto. A pesar de ello, la mayoría de las mujeres que asistieron a clases de EM valoran muy positivamente dichas clases y lo describen como útil y beneficioso<sup>52</sup>.

Siguiendo en esta línea, Guillén et al. (1999)<sup>10</sup> hallan que los ejercicios respiratorios fueron útiles para el 43% de las encuestadas en las etapas de dilatación y expulsivo, y las técnicas de relajación fueron útiles al 70% de las mujeres. Además el 75% de las mujeres consideran que la EM es útil tanto en el embarazo, como en el parto y cuidados del recién nacido y casi la totalidad (el 98%) de las mujeres afirma que deberían hacerla todas las embarazadas<sup>10</sup>.

Hurtado et al. (2007)<sup>36</sup> encuentran que el 66% de las embarazadas que siguen un programa de EM consideran que están "bastante satisfechas" respecto al entrenamiento en habilidades de afrontamiento para el control del malestar psicosomático del parto y solamente un 6% se sienten "nada satisfechas" en este aspecto.

### **2.3 Lactancia materna.**

La lactancia materna (LM) constituye la forma más saludable y natural de alimentar a los bebés. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y numerosas organizaciones científicas nacionales como la Asociación Española de Pediatría e internacionales como la Academia Americana de Pediatría, recomiendan y fomentan la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida<sup>53-55</sup>.

Existe numerosa evidencia científica sobre los beneficios que aporta la LM a corto y largo plazo, no sólo en la salud física y psíquica de los niños, sino también de la mujer, además favorece el vínculo afectivo entre la madre y el lactante. También se ha comprobado que la mayor duración de la lactancia produce una menor incidencia de enfermedades<sup>56</sup>.

Tan sólo un 35% de los neonatos a nivel mundial reciben LM exclusiva pasados los primeros tres a cuatro meses de vida, en España este porcentaje es menor, oscilando entre un 20%-30%<sup>57</sup>.

Puesto que en España la tasa de LM está lejos de las recomendaciones de la OMS<sup>58</sup>, se pretende llevar a cabo una revisión bibliográfica para determinar si con las clases de EM se puede aumentar dicha tasa, respecto tanto del inicio, como de su mantenimiento.

Fernández et al. (2001)<sup>59</sup> en su investigación no establecieron relación estadísticamente significativa entre la asistencia a educación maternal y la elección de la lactancia materna, pero establecen una relación directa entre el número de clases de EM y la prolongación de la lactancia materna exclusiva y mixta. En contraposición a estos datos obtenidos, son mencionados en este estudio los autores: García Barquín (1989), Torres (1996) y Calvo (1998) ya que valoraron positivamente la influencia de la EM para la lactancia materna<sup>59</sup>.

Por otro lado, Aparicio y Balaguer (2004)<sup>60</sup> llevan a cabo un ensayo clínico aleatorizado y controlado con el que se pretendía investigar si la educación en relación a la LM antes del parto o el apoyo a la LM postnatal, mejora las tasas de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido. Para ello se contó con 450 embarazadas a las que se las distribuyó en tres grupos al azar. El primer grupo estaba formado por 151 mujeres las cuales recibieron clases opcionales de preparación al parto con información sobre alimentación; el segundo grupo estaba formado 150 madres que además de llevar a cabo la atención obstétrica habitual, recibieron una sesión antenatal sobre la lactancia materna y el tercer grupo estaba formado por 149 madres que además de la atención obstétrica habitual recibieron dos sesiones postnatales sobre LM<sup>60</sup>. Se concluyó que cuando las madres reciben apoyo educativo en relación a la LM, tanto si se realiza antes como después, mejora la proporción de éstas que mantiene la lactancia materna exclusiva a los seis meses de vida del recién nacido. Además, señalan que, para conseguir esta mejora, una educación postnatal de dos sesiones podría ser más efectiva que una única sesión prenatal<sup>60</sup>.

A las mismas conclusiones llega el artículo de García et al. (2004)<sup>61</sup> en el que se concluye que la prevalencia de LM aumenta en las mujeres que recibieron educación sanitaria y apoyo por parte del personal sanitario.

Así mismo, Martínez y Delgado (2013)<sup>58</sup> en su estudio comprobaron que la realización de EM por parte de la madre se asoció con el inicio precoz de la LM (70,66% de las mujeres que acudieron a clases de EM iniciaron precozmente la LM frente al 29,34% de las que no acudieron) y el mantenimiento de ésta más allá de los dos meses de vida del recién nacido (74,29% frente al 25,71%).

Dos revisiones publicadas en la Cochrane en el 2008 sobre la lactancia materna concluyeron que las intervenciones de educación sanitaria, como puede ser la educación maternal, mejoran las tasas del inicio de LM entre las mujeres y que existe pruebas de que el apoyo por parte del profesional sanitario aumenta la prolongación de la lactancia materna<sup>62,63</sup>. Además, el apoyo ofrecido por profesionales como por no profesionales juntos puede ser efectivo para prolongar la lactancia materna, sobre todo dentro de los dos primeros meses<sup>62,63</sup>.

Con todo lo anteriormente expuesto podemos establecer que las mujeres que acuden a clases de educación para la maternidad y paternidad presentan un mayor éxito en el proceso de amamantamiento. Existe evidencia que indica que las intervenciones llevadas a cabo por los profesionales de la salud para la promoción y el apoyo de la lactancia materna, aumentan las tasas de iniciación, duración y exclusividad de ésta<sup>64</sup>. De este modo, la matrona o enfermera del centro de salud a través de estas clases será la encargada de promocionar la lactancia materna en las gestantes durante el embarazo, para que éstas la inicien de forma precoz, y en el postparto inmediato, para apoyarlas en su mantenimiento.

La enfermera deberá de tener en cuenta las posibles causas que pueden conducir a las mujeres al abandono de la lactancia materna, ya que éstas se pueden evitar si se lleva a cabo una buena educación maternal, en donde el profesional esté adecuadamente formado en la materia. Algunas de estas causas de abandono pueden ser: la incorporación de la mujer a su puesto de trabajo, el "no tener leche", "que el niño se queda con hambre", problemas de mamas, entre otras múltiples dudas que le pueden surgir a la mujer durante el proceso de amamantamiento, y a los que los profesionales de enfermería debemos ayudar a solucionar, apoyando a las mujeres en su decisión<sup>65,66</sup>.

Según señala Artieta y Paz<sup>19</sup> en su revisión del 2006, el mayor rendimiento de la EM se encuentra en este tema de la lactancia materna, ya que se observa una disminución

importante en el abandono de la lactancia materna gracias a ella, en el primer mes de vida del recién nacido.

#### **2.4 Suelo pélvico.**

La educación maternal, tal y como se ha descrito anteriormente, también incluye el periodo postparto. Y es que, el cuidado de la mujer en la etapa maternal no sólo debe abarcar la fase de embarazo y parto, sino también la fase posnatal. En estas sesiones postparto se tratan aspectos tan importantes y preocupantes para la mujer como la anticoncepción, el inicio de las relaciones sexuales y la recuperación de la musculatura del suelo pélvico tras el parto<sup>2,4,16</sup>.

En este último aspecto es en el que nos vamos a centrar, pues el estado del suelo pélvico es un tema de relevante importancia para la calidad de vida de la mujer. Su alteración puede producir problemas físicos, psicológicos y sociales y por tanto la prevención de éstos es de gran importancia y ha de ser un objetivo esencial para los profesionales que atienden a la mujer.

El suelo pélvico es el conjunto de músculos y ligamentos que cierran la cavidad abdominal por su parte inferior<sup>67,68</sup>. Su función es sostener los órganos pélvicos (vejiga, uretra, útero, vagina y recto) en la posición adecuada<sup>67,68</sup>. El correcto funcionamiento de dichos órganos depende de su colocación y de las relaciones espaciales que se establecen entre ellos<sup>67,68</sup>.

El embarazo y el parto vaginal son acontecimientos que alteran la disposición de las estructuras pélvicas y producen modificaciones en las estructuras de sostén de la zona. Por ese motivo, pueden relacionarse, y a menudo lo hacen, a medio y largo plazo con distintas patologías del suelo pélvico, tales como la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y/o de gases, el prolapso de órganos pélvicos y dolor en las relaciones sexuales<sup>67,68</sup>. Estas disfunciones tienen mayor incidencia después del parto, ya que, cuando la mujer está dando a luz en el periodo expulsivo, el suelo pélvico se ve sometido a una compresión por la presentación fetal y por los esfuerzos de la madre al pujar y los músculos del suelo pélvico se someten a una importante elongación que tiene como consecuencia una reducción en su capacidad de contracción<sup>67,68</sup>. La realización de episiotomía y los partos instrumentalizados pueden ser factores que aumenten la incidencia de alteraciones relacionadas con el suelo pélvico<sup>67,68</sup>.

En las clases de EM, se enseña a las mujeres a realizar técnicas de fortalecimiento y flexibilidad de suelo pélvico (ejercicios de Kegel, dispositivos intravaginales de tonificación, masaje perineal, entre otros), desde el embarazo hasta después del parto y a lo largo de la vida de la mujer.

Casanovas (1999)<sup>68</sup> en su artículo "Impacto del programa de rehabilitación del periné en el postparto" llega a la conclusión de que la rehabilitación del suelo pélvico es un buen método para reparar la debilidad producida por el embarazo y el parto y para solucionar las disfunciones urogenitales. En este estudio, las mujeres que hicieron los ejercicios de rehabilitación en el postparto tenían más fuerza muscular y la incidencia de incontinencia urinaria fue significativamente menor<sup>68</sup>.

A la misma conclusión llega Ko et al. (2011)<sup>69</sup> quien determina que los ejercicios de la musculatura del suelo pélvico aplicados en el embarazo, son eficaces en el tratamiento y prevención de la incontinencia urinaria durante el embarazo, y este efecto puede persistir en el periodo postparto.

Por el contrario Bo y Haakstad (2011)<sup>70</sup> determinaron que cuando los ejercicios se enseñan sólo con instrucción verbal, pero sin ninguna instrucción individual de contracción correcta, ni

ningún entrenamiento práctico ni supervisión, los ejercicios de la musculatura del suelo pélvico no parecen ser efectivos.

En una revisión sistemática publicada en la Cochrane en 2012, Hay-Smith, Morkved, Fairbrother y Herbison <sup>71</sup> incluyeron 15 estudios con 6181 mujeres, de las cuales 3040 pertenecían al grupo de entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis (EMSP) y 3141 al grupo control. Las conclusiones que se extrajeron fueron que el entrenamiento muscular prenatal intensivo del piso pélvico previno de manera efectiva la incidencia de incontinencia en los últimos meses del embarazo en un 56%, a comienzos del puerperio en un 50% y hasta seis meses después del parto en un 30% en comparación con el control prenatal o puerperal de rutina <sup>71</sup>. Las púerperas con incontinencia urinaria previa que recibieron entrenamiento muscular intensivo del piso pélvico fueron menos propensas a tener incontinencia urinaria a los 12 meses después del parto (20% de reducción del riesgo) en comparación con aquellas que no recibieron el tratamiento. La incontinencia fecal también se redujo a los 12 meses después el parto en un 50% <sup>71</sup>.

Aliaga-Martínez (2013) <sup>67</sup> llevó a cabo un ensayo clínico en el que se evaluaron los cambios en la percepción de la incontinencia urinaria y la fuerza de los músculos del suelo pélvico. En él se incluyó a 55 mujeres que siguieron un programa de entrenamiento específico (grupo de intervención) y 55 que siguieron un programa estándar de educación sanitaria (grupo control). Al comparar los resultados entre ambos grupos, se observó mayor fuerza muscular en el grupo intervención respecto al control <sup>67</sup>. Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de IU, aunque los valores fueron mejores en el grupo intervención <sup>67</sup>.

De manera que podemos establecer que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico debiera estar incorporado en el cuidado de la mujer y por tanto, aprovechar también todas las sesiones de educación maternal (desde el embarazo hasta después del parto) para concienciar a las mujeres en el entrenamiento de este músculo como parte de su vida cotidiana, y enseñar y entrenar los ejercicios recomendados para fortalecer dicha musculatura. Estos ejercicios se tienen que desarrollar de una manera adecuada, por lo que es importante un control profesional individual de su correcta realización.

La incidencia de la incontinencia urinaria en mujeres después de dar a luz es de aproximadamente un tercio y hasta una décima parte sufre incontinencia fecal <sup>72</sup>. Se tratan de datos significativos, de gran repercusión en la vida de la mujer, por lo que las matronas de atención primaria que lleven a cabo programas de educación maternal, deberán de tener en cuenta este dato e incorporar a sus clases información sobre el cuidado del suelo pélvico e instrucciones sobre ejercicios de fortalecimiento, que han demostrado ser eficaces en la prevención de dichas patologías.

### **2.5 Parámetros del recién nacido.**

Otra de las cuestiones que nos planteamos en este trabajo es el efecto que tiene la educación maternal en la salud del recién nacido y los parámetros bioquímicos que presenta éste nada más nacer.

Molina et al. (1996) <sup>27</sup> es su estudio valoraron el pH del cordón umbilical de los neonatos de 50 mujeres que habían acudido a clases de educación maternal y los comparó con los datos de otras 50 mujeres que no acudieron a clases de EM. Tanto los valores del pH arterial fetal como los de pH venoso en ambos grupos fueron muy similares y no se obtuvo significación estadística, por lo que se concluyó que la EM no interfiere en los valores de pH del cordón umbilical.

Morilla et al. (2009)<sup>13</sup> analizaron si existen diferencias entre un grupo de mujeres que asistieron a clases de EM y las que no acuden en relación al peso y los valores del test de Apgar de los bebés. En estos valores tampoco se obtuvieron diferencias significativas, al ser éstos muy similares en un grupo y otro<sup>13</sup>. A la misma conclusión llegaron otros estudios, como el de Soto et al. (2006)<sup>40</sup> al comprobar que los valores del test de Apgar <7 eran de 5% y 5,4% en uno y otro grupo, variables que no obtuvieron tampoco diferencias significativas y el de Ahn et al. (2008)<sup>73</sup> que tampoco encontraron diferencias entre los recién nacidos de madres que acudieron a clases de preparación al parto y las que no asistieron en el test de Apgar, tanto al minuto como a los cinco minutos de vida.

Por otro lado, Artieta y Paz (2006)<sup>19</sup> en su revisión cita un trabajo realizado por Florido et al. (1981) en el que se manifiesta que la educación maternal proporciona beneficios sobre el recién nacido. En este estudio se obtuvieron diferencias entre los grupos de mujeres acuden y no acuden a EM en cuanto a las puntuaciones del test de Apgar y en el valor del pH de la arteria umbilical, quizá debido a una mayor relajación y colaboración de la madre, y como consecuencia a una mayor oxigenación<sup>19</sup>. Reyes (2004)<sup>74</sup> afirma que las mujeres que no realizan EM tienen dos veces más de posibilidades de tener un recién nacido pequeño para su edad gestacional y siete veces más de complicaciones neonatales tempranas, además estas mujeres tienen mayor probabilidad de presentar líquido amniótico meconial, a diferencia de Ahn et al. (2008)<sup>73</sup> quienes no encontraron diferencias entre la realización o no de EM por parte de las gestantes y la aparición de líquido meconial.

Se trata por tanto un aspecto poco estudiado y replicado, en el que la mayoría de los estudios no constatan que el asistir a clases de EM suponga un beneficio para los parámetros fisiológicos del recién nacido. Sin embargo, quedaría por estudiar aspectos como el mejor seguimiento de los recién nacidos en puericultura y vacunas y los cuidados adecuados de éste.

## CONCLUSIONES

Una vez llevada a cabo la revisión bibliográfica, se puede establecer que los programas de educación para la maternidad en la actualidad, responden a los cambios sociales (toma de decisiones, participación del padre, etc.) que se han producido en la sociedad en las últimas décadas. Dichos programas, en todos los casos, utilizan el grupo como elemento de refuerzo en el cambio de hábitos y comportamientos, y se basan en la discusión y participación de los asistentes, no sólo en contenido teórico.

A estos programas asiste una población muy específica, dando poca respuesta a mujeres que probablemente lo necesitaran más. Por lo que sería interesante tener en cuenta los motivos de inasistencia de las mujeres y adaptar los programas a sus necesidades.

En relación al proceso de parto, los artículos no llegan a una conclusión unánime en cuanto al reconocimiento del inicio de parto, el dolor, la utilización de analgesia, el miedo, la ansiedad, el tipo de parto y su duración y el trauma perineal. Unos artículos encuentran que la EM es de utilidad para estos aspectos, mientras que otros no encuentran una significación estadística. Lo que sí que podemos establecer es que las gestantes que acuden a clases de educación maternal van a tener más conocimientos y habilidades que las que no acuden, aspecto de especial relevancia a la hora de enfrentarse al proceso de parto.

En cuanto a la salud del recién nacido, los artículos sólo abordan el aspecto médico (pH del cordón, test de Apgar, etc.) y en este sentido, no constatan que el asistir a clases de EM suponga un beneficio para los parámetros fisiológicos del bebé. No se tienen en cuenta otros factores que pudieran influir en una mejora de salud del recién nacido, como por ejemplo, un mayor conocimiento del proceso y de los cuidados de éste.

Por otro lado, todos los artículos consultados apuntan en la importancia de la EM en la lactancia materna y la integridad del suelo pélvico, aspectos que por sí solos serían motivo de recomendación de asistencia. Y es que, se ha comprobado que las madres que realizan EM iniciaron con mayor frecuencia la lactancia materna precoz y el mantenimiento ésta. Asimismo, la realización de ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico han demostrado ser eficaces para la reducción de la incidencia de incontinencia urinaria y fecal. Además las mujeres que acuden a clases de EM se encuentran más satisfechas que las que no acuden en relación al proceso de parto y consideran los programas de educación maternal como beneficiosos y útiles para ellas.

Después de estas consideraciones estamos de acuerdo con Gagnon y Sandall (2008) sobre que siguen sin conocerse muchos de los efectos de la EM, por ese motivo sería importante que se llevaran estudios que abordaran de nuevo estos temas. En este sentido, sería interesante abrir nuevas líneas de investigación en las que los estudios aborden aspectos como:

- De qué manera influye en el proceso la asistencia del padre al programa.
- La influencia de los programas de EM en los cuidados de salud de la mujer postparto tales como la adecuada planificación familia o las revisiones de salud para ella y su bebé.
- El mantenimiento en la realización de ejercicios de suelo pélvico a largo plazo y la prevención de la incontinencia urinaria en las mujeres que asisten a los programas.
- La influencia de la creación de un grupo que persiste más allá de las sesiones de EM y puede aportar una vivencia más positiva del embarazo (desmitificando molestias) y que puede actuar como elemento de vínculo posparto.
- La influencia de la EM en la toma de decisiones de la embarazada respecto de su parto (utilización del plan de parto).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Solís Linares H, Morales Alvarado S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Rev Horiz Med.* 2012; 12(2): 49-52.
- (2) Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Educación maternal: preparación para el nacimiento. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2009.
- (3) Gagnon AJ, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (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.)
- (4) Servicio Canario de la Salud. Preparación a la maternidad y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva. Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad; 2009.
- (5) Pérez ME. La enfermera como educadora de la embarazada y su núcleo familiar. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá.* 1996; 15(3): 102-106.
- (6) Fernández Araque AM<sup>a</sup>. Comparación de un Programa de Educación para padres durante la etapa gestacional, puerperal y los primeros 3 meses de vida del bebé frente al Programa de Educación Maternal habitual. Biblioteca Lascasas [revista en Internet] 2010. [acceso 17 de febrero de 2014]; 6(3). Disponible en [/lascasas/documentos/lc0545.php](http://lascasas/documentos/lc0545.php)
- (7) Fernández Idiago M. Impacto de los programas de educación maternal. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología).* 2009; 1(2): 383-399.
- (8) Fernández M, Fernández-Arroyo M. Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. *Index Enferm.* 2013; 22(1).
- (9) Márquez García A, Pozo Muñoz F, Sierra Ruiz M, Sierra Huerta M, Aguado Taberna C, Jaramillo Martín I. Perfil de las embarazadas que no acuden a un programa de educación maternal. *Med fam Andal.* 2001; 3: 239-243.
- (10) Guillén 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(2): 66-74.
- (11) Rufo A, Fernández JC. Guía para la educación maternal en atención primaria. Sevilla: Junta de Andalucía, 1995.
- (12) Linares Abad M, Moral Gutiérrez I, Linares Abad M, Sáenz Monzón E. Educación maternal: un estudio etnográfico en el consultorio de salud de las Fuentezuelas. *Cul cuid.* 2002; 12: 33-39.

- (13) Morilla Bernal M, Morilla Bernal AF, Ortega Peinado M, López Eslava I. La educación maternal ¿es un factor determinante en la salud materno infantil? *Evidentia*. 2009; 6(27).
- (14) Ortiz Villanueva L, García Varela AB. Por qué acuden y cómo influye la educación maternal en un grupo de mujeres. *NURE Inv*. 2013; 10(63).
- (15) Pérez Gómez MM. Preparación para la maternidad. *Inquietudes*. 2006; 35: 4-9.
- (16) Gobierno de Cantabria. Programa de preparación para la maternidad y paternidad. Cantabria: Servicio Cántabro de Salud; 2010.
- (17) Gallardo Diez Y, Sánchez Perruca MI. Opinión de las matronas de atención primaria de Madrid sobre la evolución de los programas de educación maternal. *Matronas Prof*. 2007; 8(1): 5-11.
- (18) Fernández M, Sánchez MI, Blanco ML, Cenjor M, Díaz J, Elena A, et al. Análisis de los programas utilizados por las matronas en Educación para la Maternidad en los distintos centros de la Comunidad de Madrid. *Matronas Hoy*. 1999; 12(1): 6-14.
- (19) Artieta Pinedo MI, Paz Pascual C. Utilidad de la educación maternal: una revisión. *Rev ROL Enferm*. 2006; 29(12): 814-822.
- (20) Martínez JM, Delgado M. Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2013; 78(4): 293-297.
- (21) Jiménez Hernández JA. Estudio etnográfico de las actividades de educación maternal. *Evidentia*. 2009; 6(25).
- (22) Artieta Pinedo I, Paz Pascual C, Remiro Fernández de Gamboa G, Odriozola Hermosilla I, Bacigalupe de la Hera A, Payo Gordon J, et al. Efecto de la asistencia a educación maternal sobre la evolución del parto. En: Libro de ponencias: XI Encuentro internacional de investigación en enfermería. Madrid; Instituto de Salud Carlos III - Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería; 2007. p.170-172. [acceso 14 de mayo de 2014]. Disponible en: [http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-investen-isciii-2/docus/2007\\_XI\\_encuentro\\_Investen\\_Madrid.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-investen-isciii-2/docus/2007_XI_encuentro_Investen_Madrid.pdf)
- (23) Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. Efecto del programa de educación maternal sobre la duración de la hospitalización del recién nacido y la madre tras el parto. *Gac Méd Méx*. 2013; 149: 250-253.
- (24) Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. *Gac Sanit*. 2013; 27(5).
- (25) Albizu L, Goñi J, Mejías A. Educación maternal y reconocimiento del inicio del parto. *ANALES Sis San Navarra*. 2000; 23(2): 337-342.

- (26) Fernández M, Fernández-Arroyo M. Incorporación de los padres a los programas de educación maternal. Experiencia en la comunidad de Madrid. En: XIII Congreso Nacional de Matronas, Mujeres y matronas por un futuro mejor. Alicante: Asociación Española de Matronas; 2007. [acceso 14 de mayo de 2014]. Disponible en: [http://aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS\\_AESMATRONAS/02\\_EMBARAZO/06\\_INCORPORACION\\_PADRES\\_EDUCACION\\_MATERNAL.pdf](http://aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/02_EMBARAZO/06_INCORPORACION_PADRES_EDUCACION_MATERNAL.pdf)
- (27) Molina Salmerón M, Martínez García AM, Martínez García FJ, Gutiérrez Luque E, Sáez Blázquez R, Escribano Alfaro PM. Impacto de la educación maternal: vivencia subjetiva materna y evolución del parto. Rev Enfermería. 1996; 6: 20-29.
- (28) Kidshealth from Nemours [sede Web] [revisado en abril del 2014; acceso 6 de mayo de 2014]. Manejo del dolor durante el parto. Disponible en: [http://kidshealth.org/parent/en\\_espanol/embarazo/childbirth\\_pain\\_esp.html](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/childbirth_pain_esp.html)
- (29) El Parto es Nuestro [sede Web]. Madrid: Asociación el parto es nuestro. [acceso 6 de mayo de 2014]. El dolor en el parto. Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/el-dolor-en-el-parto+>
- (30) Artieta Pinedo I, Paz Pascual C, Grandes G, Remiro Fernández de Gamboa G, Odriozola Hermosilla I, Bacigalupe A, Payo J. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. Nursing Research. 2010; May-Jun, 59(3): 194-202.
- (31) Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. Clin Psychol Rev. 2009; 29(7): 617-622.
- (32) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos SEGO. Analgesia del parto. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51(6): 374-383.
- (33) Lauzon L, Hodnett E. Labour assessment programs to delay admission to labour wards. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001, Issue 3.
- (34) El Parto es Nuestro [sede Web]. Madrid: Asociación el parto es nuestro. [acceso 6 de mayo de 2014]. El miedo al parto. Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/el-miedo-al-parto>
- (35) Miquelutti MA, Guilherme Cecatti J, Makuch MY. Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13: 154.
- (36) Hurtado Murillo F, Donat F, Escrivá P, Poveda C, Ull N. La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. 2008; 66: 34-45.
- (37) Martínez Galiano JM. Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido [tesis doctoral]. Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2012.
- (38) Sánchez López DL. Impacto de la cesárea sobre la salud materna y perinatal: revisión sistemática. [trabajo de grado]. Bogotá. Universidad del Rosario; 2012.

- (39) El parto es nuestro [sede Web]. Madrid: Asociación el parto es nuestro. [acceso 6 de mayo de 2014]. Por qué no programar una cesárea. Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/por-que-no-programar-una-cesarea>
- (40) Soto L. C, Teuber L. H, Cabrera F. C, Marín N. M, Cabrera D. J, Da Costa S. M, Araneda C. H. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71(2): 98-103.
- (41) Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.
- (42) Moreno Buendía L, Cotobal Sanz CI, Almudi Alonso T. El masaje perineal anteparto en la prevención de desgarros obstétricos y la necesidad de episiotomía. [Internet]. Asociación Castellano Leonesa de Matronas. [acceso 6 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.ascalema.es/posters/25.pdf>
- (43) Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Randomized trial of perineal massage during pregnancy: perineal symptoms three months after delivery. Am J Obstet Gynaecol. 2000; 182(1pt 1): 76-80.
- (44) Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. Br J Obstet Gynaecol. 2001; 108: 499-504.
- (45) Glomme C, Sheridan M, Bewley S. Antenatal perineal massage: part 2. British Journal of Midwifery. 2004; 12(1): 50-54.
- (46) Shimada M. A randomized controlled trial on evaluating effectiveness of perineal massage during pregnancy in primiparous women. J Jpn Acad Nurs Sci. 2005; 25: 22-9.
- (47) Mei-dan E, Walfisch A, Raz I, Levy A, Hallak M. Perineal massage during pregnancy. A prospective controlled trial. Isr Med Assoc J. 2008; 10(7): 499-502.
- (48) Beckmann MM, Garrett AJ. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal. (Reproducción de una revisión Cochrane traducida y publicada en la Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2)
- (49) Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.
- (50) Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J, Spinelli A. Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. Ann Ist Super. 2000; 36(4): 465-78.
- (51) Bailey JM, Crane P, Nugent CE. Childbirth education and birth plans. Obstet Gynecol Clin North Am. 2008; 35(3): 497-509.
- (52) Martínez JM, Delgado M. Women's expectations and evaluation of a maternal educational program. Colomb Med. 2013; 44(3): 134-138.

- (53) Organización Mundial de la Salud [sede Web]. 2014. [actualizado en 2014; acceso 4 de mayo de 2014]. Temas de Salud. Lactancia Materna. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- (54) Asociación Española de Pediatría [sede Web]. Madrid; 2013 [actualizado en 2013; acceso 4 de mayo de 2014]. Lactancia Materna a demanda. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-demanda>
- (55) Eidelman AI, Schanler RJ. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics American Academy of Pediatrics. 2012; 129 (3): 827-841.
- (56) Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna (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.).
- (57) WHO [sede Web]. Nutrition data banks, global data bank on breastfeeding. World Health Organization. [consultado 18 abril 2014]. Disponible en: [www.who.int/nut/db\\_bfd.htm](http://www.who.int/nut/db_bfd.htm)
- (58) Fernández Valera JM, González Figueras R, Landesa García C, Pereiro Banqueres A. Influencia de los programas de preparación al parto en la elección y mantenimiento de la lactancia materna. Matronas Prof. 2001; 2(5): 40-44.
- (59) Aparicio Rodrigo M, Balaguer Santamaría A. Con breves sesiones de educación sanitaria pueden aumentarse las tasas de lactancia materna exclusiva. Evid Pediatr. 2007; 3: 93.
- (60) García Casanova MC, García Casanova S, Pi Juan M, Ruiz Mariscal E, Parellada Esquius N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? Aten Primaria. 2004; 35(6).
- (61) Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. El inicio de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. Rev Assoc Med Bras. 2013; 59(3): 254-257.
- (62) Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna (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.).
- (63) Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (64) Araya, Z. y Brenes, G. Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. 2012; (23): 1-14.

- (65) Molina Conejo I. Factores que influyen en el éxito de la lactancia materna. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. 2009; 15: 1-10.
- (66) Rodríguez G, Fuentes J, Samper M, Broto P, Collado M, Sebastián M. Programas de intervención para promocionar la lactancia materna. Proyecto PALMA. Acta pediátrica 2008; 66(11): 564-568.
- (67) Aliaga-Martínez F, Prats-Ribera E, Alsina-Hipólito M, Allepuz-Palau A. Impacto en la función de los músculos del suelo pélvico de un programa de entrenamiento específico incluido en el control habitual del embarazo y el posparto: ensayo clínico controlado no aleatorizado. Matronas Prof. 2013; 14(2): 36-44.
- (68) Casanovas Segarra M. Impacto del programa de rehabilitación del periné en el postparto. Metas. 1999; 14: 6-11.
- (69) Ko PC, Liang CC, Chang SD, Lee JT, Chao AS, Cheng PJ. A randomized controlled trial of antenatal pelvic floor exercises to prevent and treat urinary incontinence. Int Urogynecol. 2011; 22: 17-22.
- (70) Bo K, Haakstad LA. Is pelvic floor muscle training effective when taught in a general fitness class pregnancy? A randomised controlled trial. Physiotherapy. 2011; 97: 190-5.
- (71) Hay-Smith Jean, Morkved Siv, Fairbrother Kate A, Herbison G Peter. Entrenamiento de la musculatura del piso de la pelvis para la prevención y tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria en mujeres antes y después del parto (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.).
- (72) Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Morkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 10: CD007471.
- (73) Ahn HK, Nava-Ocampo AA, Han JY, Kim HH, Kim MY, Kim SH, et al. 2008. Is prenatal childbirth preparation effective in decreasing adverse maternal and neonatal response to labor? A nested case-control study. Acta Biomed 79 (1): 18-22.
- (74) Reyes Hoyos LM. Psicoprofilaxis Obstétrica Asociado a Beneficios Materno-Perinatales en Primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal [tesis doctoral]. Lima (Perú): 2004.