



La Región Piamonte ha realizado esta agenda con el fin que cada mujer pueda seguir y comprender mejor la marcha del propio embarazo durante todo el **Percurso Nacimiento**¹. **La Agenda del Embarazo** acompaña a la mujer a través de todos los servicios que se le ofrecerán y proveerá a los operadores de la sanidad los instrumentos para reportar los datos clínicos. Para promover la salud de la mujer y del niño y para brindarles la mejor asistencia es fundamental la **colaboración entre la mujer y los servicios socio-sanitarios** y, al interno de las estructuras sanitarias, **entre servicio y servicio**.

La Agenda pone a disposición de la mujer: información, datos, consejos y tarjetas para llenar con los propios datos. Será responsabilidad de cada servicio o del médico adjuntar los pareceres y el plan de asistencia específica para aquellas mujeres que tengan necesidad de asistencia adicional o de especialidad.

En la Agenda están indicados los servicios que la ASL de residencia ponen a disposición (consultorios, médicos de medicina general, estructuras especiales, laboratorios de análisis, servicios de ecografía, lugares de partos) para realizar un proceso de parto accesible y respetando las decisiones personales de cada mujer. El acceso a los servicios puede ser directo, o sea sin la orden, para los consultorios y lugares de partos o también indirecto, con la orden, para las estructuras especiales y los laboratorios especiales.

Los servicios del Percurso Nacimiento, en los varios trimestres, son aquellos indicados en el Perfil Asistencial para el Monitoraje del Embarazo Fisiológico, de acuerdo con los operadores de los consultorios y hospitales.

En el interior de la Agenda están insertadas las prescripciones médicas para los servicios de base. Para los servicios adicionales, en los casos de amenaza de aborto el médico debe especificar el código de excepción M50 por la condición patológica y la semana de embarazo al momento de la solicitud.

La esmerada lectura y la actualización de la Agenda del Embarazo son esenciales para facilitar una decisión precisa y apropiada de parte de la mujer/pareja y de parte de los operadores sanitarios.

El embarazo es un periodo de decisiones personales (y de pareja) por lo tanto es importante disponer de información de potenciales ventajas y desventajas de las diversas alternativas de asistencia.

Siendo concientes que cada padre es único, diferente de los otros, así como cada niño es único y diferente de los otros, pueden ser infinitos los modos de vivir el embarazo, el parto y el nacimiento.

Las informaciones y las evidencias científicas aquí seleccionadas pueden ayudar a operar las decisiones necesarias en este importante periodo de la vida. Una decisión informada es aquella que se basa sobre información objetiva pero también acerca de las necesidades y sensaciones de cada mujer.

Esperando que el documento pueda ser útil, se recuerda finalmente que la lectura de la Agenda no es en ningún caso una sustitución de las explicaciones que se puedan recibir del coloquio directo con los operadores sanitarios (obstetrix, ginecólogo, médico, pediatra).

Las extranjeras que no tengan el permiso de estadía tienen derecho a los mismos controles gratuitos (análisis y visitas, coloquios con la obstetrix, cursos de acompañamiento al nacimiento) a través de las estructuras públicas.

Es necesario dirigirse a un Centro ISI (que se encuentran en la ASL) y hacerse asignar el código S.T.P. (extranjero temporalmente presente).

Los niños tienen derecho a: visitas pediátricas, análisis de laboratorio y otras verificaciones gratuitas hasta la edad de seis años. Quien no está en regla puede pedir el permiso de estadía por motivos de salud, por el periodo del embarazo y por los seis meses sucesivos del nacimiento del hijo (aunque si la pareja no es conviviente), a través de la Comisaría, llevando el certificado médico que certifique el estado de embarazo.

El elenco de los Centros ISI se puede consultar en la última página

¹ PERCURSONACIMIENTO es el conjunto de todos los servicios ofrecidos por la Región Piamonte para promover la salud de la mujer y del niño y para proveer una adecuada asistencia al embarazo, al acto del trabajo del parto y sucesivamente durante la lactancia y el puerperio. Deliberación Regional n. 34 – 8769 del 12/05/2008 consultable en el sitio de la Región Piamonte.

² en seguida con el término mujer embarazada comprenderá sea la mujer sola o la pareja de padres

³ en seguida con el término niño comprenderá sea niño que niña

¿QUE COSA ES LA AGENDA DEL EMBARAZO?

La **Agenda del Embarazo** es un instrumento de comunicaciòn y colaboraciòn entre la mujer/pareja y los servicios para la asistencia del embarazo y el parto.

- Es una **colecciòn** que permite a la mujer de tener una documentaciòn ordenada y completa en lo que concierne la propia salud y la de su niño/a.
- Es un **documento** útil a los operadores que pueden disponer de todos los datos recogidos de la mujer/pareja y del concebido y para compartir con otros operadores un conocimiento exhaustivo de su historia.
- Es un **instrumento informativo** que indica a la mujer las etapas del curso nacimiento y le provee las informaciones necesarias sobre la prevenciòn y sobre la promociòn de la salud, ayudandola a decidir entre varios modelos de asistencia propuestos.
- Es un **instrumento de comunicaciòn**, colaboraciòn y soporte al trabajo de los operadores para la promociòn de la salud, la prevenciòn, el diagnòstico y la atenciòn de las mamás y los niños.

[I dati riportati sull'Agenda costituiscono il patrimonio di informazioni necessarie per un'assistenza appropriata e personalizzata. Tutti i dati personali che la donna inserirà sull'Agenda o che verranno comunicati dalla donna agli operatori durante gli incontri/colloqui sono tutelati dalla Legge sulla Privacy \(Decreto Legislativo 196/2003\) e fanno parte della relazione donna/ostetrica-medico.](#)

Las informaciones que contiene la Agenda son un contributo al **consenso informado** que califica cada àcto mèdico. El consentimiento informado significa que operadores y pacientes buscan de individuar la mejor soluciòn considerando juntos las oportunidades y riesgos que cualquier decisiòn en campo sanitario comporta.

Para continuar el diàlogo entre operadores y familias, al nacimiento del niño serà entregada a los padres la AGENDA DE LA SALUD DEL NIÑO que consentirà de recoger la informaciòn útil a construir un curso de salud del niño, en la òptica de la prevenciòn y de la asistencia apropiada.

¿COMO SE USA LA AGENDA DEL EMBARAZO?

La Agenda del Embarazo viene entregada a las mujeres a travès de los Consultorios Familiares.

Cada mujer tendrà cuidado de conservar la propia Agenda que serà:

- [consultata](#) dalla donna per avere informazioni sulla gravidanza;
- [compilata](#) dalla donna con i propri dati e con le proprie preferenze rispetto alle scelte suggerite;
- **compilada y actualizada por los operadores**, pùblicos o privados, que habrán decidido para su embarazo;
- **integrada** con la "Guìa a los servicios para el curso nacimiento" entregada por la Empresa Sanitaria de residencia;
- **integrada** en las adecuadas secciones con eventuales partes mèdicos de consulencia especializada, hospitalizaciones, pasajes en Emergencias, exàmenes de laboratorio;
- **enriquecida** del Servicio Sanitario Regional con mensajes de educaciòn y promociòn de la salud y prevenciòn.

Indice

Para facilitar la lectura de la agenda...	pag.	06
SERCICIOS Y ESTILOS DE VIDA EN EL EMBARAZO		
Informazioni utili per il Percorso Nascita	pag.	08
I servizi del Percorso Nascita dell'ASL	pag.	09
Attestato di gravidanza	pag.	11
Stili di vita in gravidanza	pag.	13
BALANCES DE SALUD		
Balances de Salud	pag.	20
Calendario	pag.	23
Noticias anagràficas	pag.	24
Historial familiar	pag.	26
Historia personal	pag.	28
Historia obstètrico	pag.	30
Diario clínico	pag.	34
Gráfico sinfisi hondo	pag.	36
Ecografias	pag.	38
Tablero exàmenes	pag.	40
Diagnòstico prenatal	pag.	42
Datos por emergencias	pag.	44
Ordenes para exàmenes	pag.	46
DECISIONES PARA EL PERCURSO NACIMIENTO		
Encuentros de acompañamiento al percurso nacimiento	pag.	74
Lugar del parto	pag.	76
Sostén en el trabajo del parto	pag.	77
Acogida al recién nacido	pag.	80
Lactancia	pag.	82
Donaciòn sangre del cordòn umbilical	pag.	84
DA 36 SETTIMANE AL PARTO E PUERPERIO		
Scelte per il parto	pag.	86
Preferenze per il parto	pag.	87
Bilancio di Salute materno-fetale presso il Punto Nascita	pag.	88
La gravidanza tra 37 e 41 settimane	pag.	90
Parto e post parto	pag.	92
Puerperio	pag.	93
Diagnòstico prenatal	pag.	98
Higiene y alimentaciòn	pag.	102
Fisiologia del trabajo del parto y parto	pag.	103
I primi giorni dopo la nascita	pag.	106
Fisiologia de la lactancia al seno	pag.	108
Harcese padre	pag.	111
En casa con el niño	pag.	112
Explicaciòn de los terminos tècnicos	pag.	114
Il Percorso Nascita e la collettività	pag.	118
La dichiarazione di nascita e il riconoscimento del bambino	pag.	119
Provvedimenti regionali a favore della famiglia	pag.	121
Opportunità per la conciliazione vita-lavoro	pag.	123
I diritti e le forme di tutela sul posto di lavoro	pag.	127
Recapiti delle Aziende Sanitarie Regionali	pag.	130

ESTILOS DE VIDA Y EMBARAZO pag. 13

El embarazo es un período en el cual se es más motivado a seguir un estilo de vida sana, del cual la salud actual y futura de la mamá y del niño llevan ventaja. Son muchos los factores que contribuyen a definir un estilo de vida. En particular: la alimentación, la actividad física, los ritmos habituales, el uso de integradores y el uso de sustancias dañinas.

Alimentación

La alimentación contribuye a la buena marcha del embarazo y al desarrollo del feto. El modo de alimentarse hace parte de los hábitos y de las costumbres de cada uno y si no han estado en el curso de la vida grandes variaciones de peso corporal o períodos de anorexia, bulimia⁴, deficiencias nutricionales, no se requieren modificaciones sustanciales en el embarazo. Las hormonas del embarazo guían de forma natural a la mujer hacia una alimentación adecuada: el deseo o el rechazo de algunos alimentos con respecto a otros, la diversa percepción del gusto, la exigencia de aumentar el número de comidas y disminuir la cantidad, son señales.

Si se siguen dietas particulares es necesario informar al obstetra/ginecólogo.

Alimentos

Las reglas de comportamiento de la buena comida válidas en cada etapa de la vida también son válidas en el embarazo.

Usted deberá:

- de preferencia una amplia variedad de alimentos como la verdura, fruta (**5 porciones** durante el día y si es de estación mucho mejor), pan, pasta, arroz y otros cereales, productos lácteos, carne, huevos, pescado, que garanticen el aporte de nutrientes, vitaminas, sales minerales y fibra.
- evitar ayunos y comidas excesivas, abundantes.
- beber mucha agua, más que todo después de las comidas
- consumir con moderación dulces, grasa de origen animal, azúcar, sal
- consumir con moderación chocolate, café y té porque tienen cafeína
- comer alimentos frescos y bien cocinados cuando no se está seguro de la higiene en la preparación
- evitar alimentos empaquetados de dudosa higiene en la preparación y conservación
- calentar los alimentos de modo que queden completamente y totalmente calientes
- preferir los platos preparados al momento, si se come fuera de casa

Son muchas las falsedades acerca de la alimentación de las mujeres embarazadas y es fácil caer en consejos confusos, aparte que no hay información científica disponible de buena calidad.

Higiene de los alimentos y de las manos

Durante el embarazo adquiere una importancia particular la **higiene de los alimentos y de las manos**.

A través de los alimentos es posible en realidad contraer algunas infecciones (de toxoplasma, salmonella, listeria) que pueden tener efectos nocivos en el feto. Entre estas la principal es la toxoplasmosis (Pag. 40)

Si el toxotest es negativo (test realizado con los primeros exámenes del sangre), significa que no se ha contraído la toxoplasmosis y que entonces no se poseen los anticuerpos antitoxoplasma. En este caso es necesario adoptar algunas precauciones muy simples:

- lavar bien la fruta y verdura
- evitar comer carne cruda
- ponerse guantes antes de tocar la carne cruda o de lo contrario lavarse las manos inmediatamente
- ponerse guantes durante las tareas de jardinería y lavarse bien las manos si ha habido contacto con la tierra
- si hay un gato en casa, evitar de cambiar el depósito de arena donde orina el gato o en todo caso usar guantes: **no es necesario alejar el gato durante el embarazo.**

El lavado permanente y cuidadoso de las manos ha realizado en siglos pasados el más importante cambio respecto a la salud de la madre y recién nacido. Hasta ahora esta simple práctica permite una válida prevención durante todo el embarazo, en particular para las mujeres que se dedican a trabajos de cuidado de niños pequeños que pueden ser vehículos a través de orina y heces de virus (citomegalovirus) que provocan enfermedades al feto.

Más sugerencias de orientación para las embarazadas sobre la higiene de la preparación y conservación de los alimentos están disponibles [nella sezione Approfondimenti](#) Pag.102

⁴ Por anorexia se entiende una alteración del comportamiento de alimentación con reducción extrema del consumo de alimentos; por bulimia, una alteración que se manifiesta a través de un consumo excesivo y fuera de control de alimentos.

Integratori

El **Ácido fólico*** es el único suplemento de alimentos del cual es científicamente demostrado la utilidad de cada mujer a partir de dos meses antes de la concepción y en los primeros tres meses de embarazo (la dosis recomendada es de 0,4 miligramos al día).

Otros suplementos de alimentos son necesarios **solo** en particulares condiciones clínicas:

- la **Vitamina D**, cuando hay una baja exposición al sol* o se sigue una dieta vegana*;
- el **Fierro** cuando se ha verificado la presencia de anemia por falta de Fierro*.

Uso de sustancias dañinas

Hàbito de fumar

Los efectos negativos del humo en el embarazo y en la salud del recién nacido están muy bien documentados* ,

El hábito de fumar es la causa más frecuente de enfermedades que se pueden evitar. Los daños más graves lo sufrirá la placenta, el órgano que garantiza el nutrimiento y el crecimiento del feto. El hábito de fumar aumenta el peligro del aborto espontáneo, de la reducción del crecimiento fetal, de muerte prematura del recién nacido, de enfermedades respiratorias del niño.

El efecto depende de la cantidad (= dosis consumida): más cigarrillos se fuman al día más elevado es el peligro. El embarazo es un período del cual se es más motivado a dejar de fumar, decisión que se puede seguir manteniendo aún después. Puede ser útil hablar con la/el obstetra/ginecóloga para obtener consejos y referencias de quien puede ser de ayuda. En proporción menor el fumador pasivo (consecuencia de fumadores que viven cerca a la mujer) también puede ser dañino.

Alcohol

Los efectos negativos del alcohol en el embarazo o en la salud del niño están muy bien documentados* ; a altas dosis los daños más frecuentes son: aborto espontáneo, malformación fetal, retraso del crecimiento del feto y, después del nacimiento, retardo mental.

Ya que los daños del alcohol en el niño son permanentes y, hasta hoy, no se conoce la dosis “segura” que se pueda consumir sin riesgos es mejor no beber alcohol en el embarazo.

A las mujeres que deciden de no abstenerse completamente se recomienda de consumir alcohol sólo **después de los tres primeros meses de embarazo y en pequeñas dosis, durante las comidas**, de todas maneras no más de un vaso de vino o bien una lata de cerveza al día.

El embarazo en mujeres que hacen uso habitual de alcohol en altas dosis es considerada **de alto riesgo** y debe ser controlada en servicios especializados en el cuidado y en la ayuda.

Sustancias estupefacientes = drogas (ejem. heroína, etc.)

Los efectos negativos de las sustancias estupefacientes en el embarazo y en la salud del niño están bien documentados* ; el uso habitual en el embarazo implica daños diferentes según el tipo de sustancia consumida. Los más frecuentes son: aborto espontáneo, malformación del feto, parto prematuro, reducción del crecimiento fetal, crisis de abstinencia del niño al nacer, alto riesgo de muerte en el útero, o en los primeros meses de nacimiento, alteración del comportamiento y del aprendizaje del niño durante el crecimiento.

El embarazo en mujeres que hacen uso habitual de estupefacientes es considerada **de alto riesgo** y debe ser controlada en servicios especializados en el cuidado y en la ayuda.

Hàbitos de vida

Relaciones sexuales

Las evidencias científicas demuestran que las relaciones sexuales durante el embarazo no crean problemas ni a la madre ni al bebé* . Algunas condiciones clínicas pueden solicitar la momentánea suspensión (ejem. pérdida de sangre, diagnósticos reservados, presencia de contracciones del útero, etc.). El embarazo puede influir en el deseo de la mujer; tales variaciones deben ser consideradas normales y respetadas por cada miembro de la pareja.

Actividad física:

En el embarazo se dan modificaciones físicas que aumentan- temporaneamente la lassitud de los ligamentos, útiles para el parto. Una moderada actividad física (ejem. senderismo, natación) favorece la circulación y el bienestar físico general* . Se deben evitar actividades que requieran un intenso esfuerzo muscular, deportes particularmente pesantes o que puedan originar caídas.

Viajes

Para los viajes en países para los cuales se aconseja vacunas específicas es mejor seguir las indicaciones de los Centros de Medicina de Viajes. Para información detallada acerca de los Centros de la Región Piemonte se puede dirigir a la propia ASL o consultar al sitio www.ilgirodelmondo.it (sección viajeros con problemas de salud/embarazo).

En avión

En viajes aéreos distantes, a causa de la inmovilidad que imponen, aumenta el riesgo de trombosis venosa, pero no se han evidenciado peligros mayores en mujeres embarazadas; es por lo tanto recomendable el uso de medias de compresión elásticas*.

Cada compañía aérea tiene sus propias reglas en temas de viajes aéreos para mujeres embarazadas. Es siempre oportuno pedir información precisas al momento de hacer la reserva del vuelo.

En el interés de las pasajeras generalmente es recomendable un límite que se coloca a 36 semanas para el embarazo fisiológico, a 32 semanas para aquellas que esperan gemelos. Después de las 28 semanas las gestantes están invitadas a llevar un certificado médico que confirme la buena evolución del embarazo y la fecha del posible parto.

En el automóvil

Numerosos estudios documentan también para las mujeres embarazadas los beneficios que da el uso de la cintura de seguridad posicionada correctamente*. No existen evidencias que el uso de la cintura de seguridad creen peligros tanto para la madre como para el feto. Si bien la ley prevé la posible excepción para las mujeres embarazadas (ley 284, 4 agosto 1989, art. 1, inciso f), **el uso de la cintura de seguridad es siempre recomendado**, salvo casos absolutamente excepcionales certificado dal médico responsable.

Durante viajes largos en automóvil se aconseja programar detenerse cada cierto tiempo para estirar las piernas, ir al baño, cambiar de posición, reactivar la circulación.

Cuidado del cuerpo

Los cambios físicos que se dan durante el embarazo (ejem. aumento del volumen del abdomen y del seno, cambios en la circulación capilar, etc.) puede fomentar un enfoque diferente en el tratamiento del cuerpo. En general, no es necesario cambiar los hábitos y las tradiciones culturales en la propia higiene personal. Dado que no existen estudios científicos sobre la eficacia y seguridad de cada sustancia utilizada para pintar los cabellos, higiene íntima, etc. una indicación de sentido común es aquella de utilizar productos higiénicos-cosméticos sólo después de haber leído atentamente la etiqueta y verificada la compatibilidad con el estado de embarazo.

Bienestar psíquico

Durante el embarazo, en la mente y en las emociones de ambos padres, se introduce la idea del niño que está creciendo en el útero de la mujer junto a los sentimientos y a las emociones que lo implican. Esto conlleva pensamientos y sentimientos nuevos, no siempre de fácil gestión, que influyen indirectamente también en el bienestar del niño.

A veces pueden darse dificultades a abrir los límites internos de la mente, porque las preocupaciones ocupan tanto espacio en solo pensar como llevar adelante la vida cotidiana (el trabajo, la relación de la pareja, el stress, etc.) o del peso del pasado (embarazos anteriores, relaciones con los propios padres, experiencia de la propia infancia, etc.) Es bueno coger cada oportunidad para alcanzar y mantener, durante el embarazo, no solo el bienestar físico, si no también lo psíquico compartiendo las propias emociones, ansias y expectativas, con personas de confianza, con otras mujeres, o con profesionales del ramo (obstetra, ginecólogo, psicólogo), quien se ocupa del soporte psicológico a las mujeres afirma que "el silencio no ayuda".

:) **Dati sullo stile di vita Pag. 17**

Al inicio del embarazo puede ser útil examinar algunos elementos del propio estilo de vida que influyen en la buena culminación del embarazo.

Tipo de alimentos: varia vegetariana vegana otro.....

ALIMENTACIONE: que cosa y cuanto de la mañana a la noche

Desayuno: _____

Almuerzo: _____

Cena: _____

Refrigerio entre comidas: _____

Bevidos fuera de las comidas: _____

**HABITOS DE FUMAR**Fuma en el embarazo? SI NO Tipo _____ Número de cigarros al díaEs Ud. fumadora pasiva? SI NO alguien de la familia fuma? _____Antes Ud. fumaba? SI NO cuando lo dejó? _____**ALCOLICI**Tomaba alcohol antes del embarazo SI NOToma alcohol durante el embarazo? SI NO più màs de 30 g ° al dia? SI NO

* [30 gr corrispondono a: più di 2 bicchieri di vino/giorno o più di 2 lattine di birra/giorno o più di 2 dosi di superalcolico/giorno.](#)

SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTESUso de sustancias estupefacientes SI NO ocasional habitual

Cuales _____

Modalidad de Consumo _____

Dosis _____



Approfondire i dettagli della storia, compresi gli eventuali trattamenti.

DIARIO A TENER EN CUENTA CON LA SALUD EN EL EMBARAZO Pag.20

La salud de la mujer influye en la evolución del embarazo: una **mujer sana**, sin enfermedades crónicas, que no consume fármacos o drogas, tiene una elevada probabilidad de tener un embarazo, un parto y un post-parto normal y, de dar a luz un niño sano. El embarazo con estas características se define “**embarazo fisiológico o sin factores de riesgo**”⁵ (cerca 85% de las mujeres). La mujer podrá escoger si hacerse atender de una obstetra o de un ginecólogo.

Para las mujeres con patologías, en terapia con fármacos o en la cual surgan enfermedades o trastornos, está considerada una asistencia adicional* de parte médico-obstetra que, si es necesario, tendrá contacto con los otros especialistas. En este caso el embarazo es definido “**embarazo a riesgo o patológico**”. Según el riesgo o de las patologías presentes, lo que se tenga que hacer podrá variar, al punto de solicitar competencias altamente especializadas en enfermedades maternas y/o fetales* disponibles sólo en estructuras especializadas.

En un embarazo fisiológico es útil un control cada 4/6 semanas, por el embarazo a riesgo podrían ser necesarios más encuentros. En cada caso es recomendable que la mujer sea controlada en modo permanente y hasta cuando termine el embarazo, del mismo profesional o pequeño grupo de profesionales*.

Durante cada encuentro se efectuará un verdadero y propio **Balance de Salud** que seguirá paso a paso la evolución del embarazo evidenciando la presencia de eventuales factores de riesgo.

El Balance de Salud es sobre todo un momento de **COMUNICACION** y de **INTERCAMBIO** al interno de la relación de “atención” que se desarrolla a través de todo el proceso nacimiento entre la mujer y el operador.

La mujer provee las informaciones de su salud física y psicológica. La obstetra/ginecólogo recoge la historia clínica y, sobre la base de las evidencias científicas y de la experiencia profesional, evalúa los elementos clínicos, tranquiliza y aclara las dudas de la mujer sobre el embarazo, parto y lactancia, sobre la recepción del recién nacido y sobre las “atenciones” al niño, es decir sobre todo aquello que se desea saber.

Puede ser útil antes que nada anotar las preguntas y dudas para aclararlo en el coloquio con la/el obstetra/ ginecólogo.

Un encuentro cerca a las 10 semanas es útil para tener información si se quieren seguir exámenes de **screening y/o diagnóstico prenatal**; se recomienda a las mujeres con enfermedades y/o que consumen fármacos. En cualquier caso el primer encuentro va hecho al menos **dentro el tercer mes de embarazo**.

El primer encuentro tiene una duración mayor respecto a los sucesivos, porque es necesario recoger las informaciones sobre la salud de la mujer, de la pareja y de las respectivas familias. (Pag. 26)

Se aconseja llevar todos los exámenes ya efectuados, de manera particular la documentación del grupo sanguíneo, enfermedades anteriores, visitas ginecológicas precedentes, resultados de pap-test (principalmente el último) y todo aquello que se considere útil en relación a la salud de la mamá y el niño.

Durante la visita se evalúa la **evolución** del embarazo a través de los siguientes **exámenes clínicos de base**:

- el contacto externo del útero para verificar el tono, a partir de las 12 semanas.
- la medida sinfisi-fondo uterino*, con el centímetro, para medir el desarrollo del útero y monitorear el crecimiento del feto de 16 semanas (Pag. 37).
- escuchar y visualizar el latido cardíaco del feto con ultrasonido a partir de las 12 semanas.
- el control de la presión arterial*
- el control del peso corporal.

La mujer informa sus sensaciones y movimientos del feto que se aprecian desde la 16-20 semana de embarazo.

A **primera vista** se tendrá que hacer:

- la exploración vaginal con eventual Pap-test es decir si el anterior se hizo hace 3 años
- el control del seno
- el control de la talla y el peso para calcular el índice de masa corporal (Pag. 28) que define con mayor precisión la constitución corporal.

En las visitas sucesivas, pero solo con específicas **indicaciones clínicas**, podrá ser necesario efectuar:

- la exploración vaginal en presencia de contacciones u otras molestias vaginales
- el control ecográfico cuando la obstetra/ginecólogo sospecha anomalías del desarrollo del útero (para las ecografías que se recomiendan ver Pag.38)

⁵ en seguida denominada embarazo fisiológico

Durante los encuentros vienen evaluados los resultados de los exámenes del laboratorio y se indican nuevos exámenes según las necesidades clínicas (para los exámenes recomendados ver la ficha de la Pag.40)

Al balance de salud la mujer puede ser acompañada de quien desee (pareja o una persona de su confianza).

Evidencias científicas meten a la luz como la registraciòn de los eventos de las varias fases del embarazo en un único documento (que la mujer lleva con ella a cada visita y que la obstetra/ginecòlogo actualiza con minuciosidad), permite de proveer asistencia y resultados mejores en tÈrminos de salud, sea para la madre que para el recièn nacido*

Resumen de las citas previstas de la línea Asistencial de la Región Piamonte para el Embarazo Fisiológico Pag.22

El cuadro de las citas evidencia las informaciones que serán detalladas con el operador cada cierto tiempo. Controlar los diversos puntos puede servir como aviso

Semanas	Información de:
8 - 13	<input type="checkbox"/> servicios para el Percurso Nacimiento y Línea de Asistencia para el embarazo <input type="checkbox"/> estado de salud general* <input type="checkbox"/> estilos de vida sanos en el embarazo <input type="checkbox"/> oportunidad de continuar tomando ácido fólico <input type="checkbox"/> maternidad y derechos <input type="checkbox"/> exámenes de laboratorio recomendados <input type="checkbox"/> exámenes de screening para el diagnóstico prenatal <input type="checkbox"/> ecografía del primer trimestre <input type="checkbox"/> modalidad de acceso a la ecografía del segundo trimestre** <input type="checkbox"/> resultados del control clínico (presión, peso, desarrollo y tono del útero, latido cardíaco fetal, visita vaginal y evaluación del perineo) <input type="checkbox"/> eventual necesidad de asistencia adicional por la presencia de elementos de riesgo <input type="checkbox"/> modalidad de acceso al programa nacional "Mamas libres del hábito de fumar" <p>*Tiene el significado de un balance de salud general de hacer con el médico curante que conoce la historia de la salud/enfermedad de la mujer</p> <p>** Para facilitar la programación/reserva de la ecografía del segundo trimestre el periodo ideal para la primera cita es entre la 9 y la 11 semana</p>
14 - 18	<input type="checkbox"/> resultados exámenes hechos en el primer trimestre + exámenes recomendados para la cita siguiente incluso eventual diagnóstico prenatal invasivo <input type="checkbox"/> resultados del control clínico (evaluación presión arterial, peso, desarrollo del útero, latido cardíaco fetal) <input type="checkbox"/> cursos de acompañamiento al nacimiento (tipología, modalidad de acceso, etc.)
19 - 21	<input type="checkbox"/> ecografía del segundo trimestre
19 - 23	<input type="checkbox"/> resultados exámenes realizados + eventuales exámenes recomendados para la cita siguiente <input type="checkbox"/> resultados del control clínico (evaluación presión arterial, peso, tono del útero y medición sinfisi-fondo, latido cardíaco fetal, movimientos activos fetales)
28 - 32	<input type="checkbox"/> resultados exámenes realizados + eventuales exámenes recomendados para la cita siguiente <input type="checkbox"/> resultados del control clínico (evaluación presión arterial, peso, tono del útero y medición sinfisi-fondo, latido cardíaco fetal, movimientos activos fetales) <input type="checkbox"/> eventual ecografía sobre indicación clínica
33 - 36	<input type="checkbox"/> resultados exámenes realizados + eventuales exámenes recomendados para la cita siguiente <input type="checkbox"/> resultados del control clínico (evaluación presión arterial, peso, tono del útero y medición sinfisi-fondo, latido cardíaco fetal, movimientos activos fetales) <input type="checkbox"/> eventual ecografía sobre indicación clínica <input type="checkbox"/> modalidad de acceso al Balance de Salud materno-fetal en el Punto Nacimiento
36 - 37	<input type="checkbox"/> Balance de Salud materno fetal en el Punto Nacimiento elegido
38 - 40 + 6 días	<input type="checkbox"/> resultados del control clínico (evaluación presión, peso, tono del útero y medición sinfisi-fondo, latido cardíaco fetal, movimientos activos fetales, eventual visita vaginal) <input type="checkbox"/> necesidad de monitoreo del embarazo que prosigue más allá de las 41 semanas (control cardiotocográfico = CTG y medición del líquido amniótico =AFI)
41	<input type="checkbox"/> resultados del control clínico (evaluación presión arterial, peso, tono del útero y medición sinfisi-fondo, latido cardíaco fetal, movimientos activos fetales, CTG , AFI) <input type="checkbox"/> eventual necesidad de inducción del trabajo del parto(época de embarazo y modalidad)
a la dimisión	<input type="checkbox"/> modalidad de acceso a los controles obstétricos en puerperio (involución del útero, evaluación del perineo, eventual consulta para el anticonceptivo) <input type="checkbox"/> modalidad de acceso a consulta para el sostén de la lactancia al seno <input type="checkbox"/> grupos de encuentros post parto

NOTICIAS DEL REGISTRO CIVIL

Los **datos** mostrados en la Agenda constituyen el **patrimonio de información** necesarias para una asistencia apropiada y personalizada. Todos los datos personales hacen parte de la relación mujer/obstetra-médico y son tuteladas de la Ley de la privacidad (Decreto Ley 196/2003).

Algunos de estos datos, en forma rigurosamente ANONIMA, están en el **Certificado de Asistencia al parto** (Ley nacional Decreto Ministerial N° 349 del 16 de julio 2001) que viene llenado de quien ayuda al parto. Estos datos, a través los análisis estadísticos nacionales y regionales, contribuyen al mejoramiento de los estándares de asistencia a la maternidad.

Los datos estadísticos están a disposición en los sitios

www.ministerodellasalute.it (Banca de datos > Los datos del Sistema Sanitario) y www.regione.piemonte.it (Sanidad > Servicios Sanitarios > Departamento Materno Infantil > "para operadores" panel al fondo de la página > Nacer en Piemonte).

Hacen parte del Certificado de Asistencia al Parto las siguientes informaciones:

- edad, municipio de residencia, ciudadanía, título de estudio, actividad de trabajo, estado civil de la madre y del padre;
- fecha del matrimonio para las parejas casadas;
- número de visitas hechas en el embarazo, servicios usados, número de ecografías, fechas de embarazos anteriores, situación actual del embarazo, investigación prenatal, frecuencia a cursos de acompañamiento al nacimiento;
- modalidad de los dolores y del parto y condiciones del bebé al momento de nacer.

Es importante que los datos sean correctos, porque los mismos vendrán transcritos en los documentos sanitarios de la mujer y en los documentos de registro personal del niño.

La información del **grupo étnico** de pertenencia es relevante: haber nacido y crecido en un país diverso de aquel en el cual se vive puede comportar diferencias respecto a sexualidad femenina, embarazo, nacimiento y cuidado del hijo. Comunicarlo a los operadores ayuda a realizar mejor el propio proyecto de maternidad/paternidad y a obtener una mejor respuesta a las propias necesidades. El pertenecer a un grupo étnico tiene también importancia clínica, en cuanto a algunas enfermedades son más frecuentes en una etnia que en otra. (ejem. la anemia mediterránea es más frecuente en las poblaciones nativas de las islas italianas; la anemia falciforme es más frecuente entre las poblaciones del África centro oriental, etc.)

El interveñto del mediador intercultural o del intérprete pueden facilitar la comunicación entre sanitarios y personas de culturas diversas y garantizar la comprensión recíproca.

Las informaciones de la **actividad de trabajo**, del **título de estudio**, del **estado civil** sirven a personalizar la asistencia y a individualizar las exigencias específicas (ejem. individuación de eventuales factores de riesgo legados al ambiente de trabajo; información de los derechos legados al estado de embarazo y de madre trabajadora* - Pag. 127; información de la modalidad del reconocimiento del niño-Pag. 119; servicios de apoyo para las madres con menos de 16 años y para aquellas en dificultad-Pag.119)

A discreción de la mujer los datos que consienten la identificación (nombre, apellido, residencia) del padre del embrión pueden no ser comunicados.

En cualquier caso, para el Certificado de Asistencia al Parto son obligatorias las informaciones de la ciudadanía, profesión. Para garantizar al niño una asistencia adecuada al nacimiento y al crecimiento es esencial además otros datos del padre biológico (país de nacimiento, estado de salud, etc.)

Para la mujer que no entienda reconocer al recién nacido, en todos los documentos sanitarios del recién nacido vendrá garantizado el anonimato, como lo prevé la Ley, y los datos de la madre no podrán ser colegados a los del recién nacido (Pag.120). Sin embargo, para el Certificado de Asistencia al Parto son **obligatorios los siguientes datos**: el año de nacimiento, la ciudadanía y la provincia de nacimiento de la mujer

DATOS PERSONALES DE LA MADRE			
Apellido		Nombre	
Fecha nacimiento	Lugar nacimiento	Prov.	Pais nacimiento
Residencia: Municipio		Prov.	Región ASL
Dirección			
Teléfono fijo		Celular	
Lengua madre		Solicita intérprete <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Solicita mediador intercultural <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Información del Trabajo		
CONDICION PROFESIONAL	POSICION PROFESIONAL	ACTIVIDAD ECONOMICA
<input type="checkbox"/> Ocupada	<input type="checkbox"/> Empresaria	<input type="checkbox"/> Agricultura <input type="checkbox"/> Caza <input type="checkbox"/> Pesca
<input type="checkbox"/> Desocupada	<input type="checkbox"/> Profesional autónoma	<input type="checkbox"/> Industria
<input type="checkbox"/> En busca primer trabajo	<input type="checkbox"/> Dirigente	<input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Servicios públicos /hoteles
<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Empleada	<input type="checkbox"/> Administración Pública
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Trabajadora autónoma e Autònoma	<input type="checkbox"/> Otros servicios privados
<input type="checkbox"/> Retirada del trabajo	<input type="checkbox"/> Obrera	
<input type="checkbox"/> Otras condiciones	<input type="checkbox"/> Militares fuerzas del orden y religiosas	Licencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Información no comunicada	<input type="checkbox"/> Nunca ejercido trabajo estable	Inicio a.... semanas de embarazo

Titulo de estudio						
<input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Media sup.	<input type="checkbox"/> Escuela prof.	<input type="checkbox"/> Media inf.	<input type="checkbox"/> Primer grado	<input type="checkbox"/> Ningùn titulo	<input type="checkbox"/> No comunicado

Stato civile	
<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Información no comunicada <input type="checkbox"/> Casada	Fecha matrimonio _____

DATOS PERSONALES DEL PADRE			
Apellidos		Nombre	
Fecha nacimiento	Lugar nacimiento	Prov.	Pais nacimiento
Residencia: Municipio		Prov.	Región ASL
Dirección si diverso de la madre			
Teléfono fijo		Celular	

Información del Trabajo		
CONDICION PROFESIONAL	POSICION PROFESIONAL	ACTIVIDAD ECONOMICA
<input type="checkbox"/> Ocupado	<input type="checkbox"/> Empresario	<input type="checkbox"/> Agricultura/ <input type="checkbox"/> Caza/ <input type="checkbox"/> Pesca
<input type="checkbox"/> Desocupado	<input type="checkbox"/> Profesional autónomo	<input type="checkbox"/> Industria
<input type="checkbox"/> En busca primer trabajo	<input type="checkbox"/> Dirigente	<input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Servicios públicos/hoteles
<input type="checkbox"/> Amo de casa	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Administración Pública
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Trabajador autónomo	<input type="checkbox"/> Otros servicios privados
<input type="checkbox"/> Retirado del trabajo	<input type="checkbox"/> Obrero	
<input type="checkbox"/> Otras condiciones	<input type="checkbox"/> Militares fuerzas del orden y religiosos	
<input type="checkbox"/> Información no comunicada	<input type="checkbox"/> Nunca ejercido trabajo estable	

Titulo de estudio						
<input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Media sup.	<input type="checkbox"/> Escuela prof.	<input type="checkbox"/> Media inf.	<input type="checkbox"/> Primer grado	<input type="checkbox"/> Ningùn titulo	<input type="checkbox"/> No comunicado

HISTORIA CLINICA FAMILIAR Pag. 26

Es la búsqueda, en las familias de origen de la pareja, de enfermedades genéticas o también las que conducen a otras causas (ejem. hipertensión, diabetes, cardiopatía congénita, retardo mental, síndrome de malformación); es oportuno para evaluar si hay posibles intervenciones de prevención, o eventualmente de diagnóstico y de atención, sea para la mamá o para al niño.

En la Historia Clínica familiar son importantes los datos relativos al **estado de salud del padre** (desde las enfermedades genéticas hasta el estilo de vida del hombre), factores que puedan influenciar tanto la salud cuanto el ambiente en el cual el niño vivirá.

En cuanto a las **enfermedades hereditarias** es útil saber que:

- es importante hablar con la/el obstetra/ginecólogo de lo que se sabe o se presume en cuanto a posibles enfermedades verificadas en la familia
- la/el obstetra/ginecólogo buscará todos los elementos para dar respuesta a las dudas, eventualmente también con la consulencia de especialistas
- para algunas enfermedades hereditarias es posible el diagnóstico prenatal; la consulencia de un genetista (= especialista de las enfermedades genéticas hereditarias) puede ayudar a evaluar el riesgo que el feto pueda estar enfermo por lo tanto proponer investigaciones específicas en el embarazo o después del nacimiento.

Una **consulencia genética** puede ser útil cuando:

- en familia se hayan verificado casos de discapacidad física y/o mental, o que hayan casos de enfermedades de transmisión genética (ejemplo: fibrosis cística)
- los padres sean cosanguíneos (ejem. primos)
- en la historia de la mujer o de la pareja hayan datos clínicos que ameriten evaluaciones o profundimientos de parte del genetista (ejemplo: más de 3 abortos espontáneos).

COLLOQUIO PER L'ANAMNESI FAMILIARE Pag. 27

[Il Bilancio di Salute in gravidanza è un importante momento di comunicazione. Durante la ricostruzione dell'anamnesi familiare è necessario fare riferimento alle malattie dei componenti della famiglia della madre e del padre \(biologico\) del bambino.](#)

[Nelle tabelle verdi la donna può segnalare le malattie di cui è al corrente, spuntando la voce nella relativa riga.](#)

(fam. M= famiglia della madre, fam. P = famiglia del padre biologico):

Tabella 1 solo per la famiglia materna

fam. M	
	<i>Diabetes</i>
	<i>Cardiopatía congénita</i>
	<i>Hipertensión/Eclampsia</i>
	<i>Abortos frecuentes o muertes endouterine</i>
	<i>Trombosis</i>

Tabella 2 per la famiglia materna e paterna

fam. M	fam. P	
		<i>Enfermedades frecuentes en la familia</i>
		<i>Malformaciones</i>
		<i>Enfermedades psiquiatricas Dificultad de aprendizaje</i>
		<i>Dificultad de aprendizaje</i>

Todos los datos que se consideren importantes van comunicados a la/al obstetra/ginecólogo

LA HISTORIA CLINICA PERSONAL Pag. 28

[Registra](#) las enfermedades pasadas o en acto, los interventos quirùrgicos, la presencia de alergias, el uso de fàrmacos, las frecuentes variaciones de peso, historia clinica del bienestar psíquico y psicològico, la historia clinica del trabajo, eventuales abusos y violencias, la historia clinica obstètrico-ginecològico (Pag. 30).

Historia Clinica del uso de fàrmaco

Permite de evaluar la oportunidad de continuar en el embarazo eventuales terapias en curso por enfermedades crònicas y de analizar el tipo de fàrmacos principalmente utilizados.

El embarazo es un momento ùtil para reflexionar de la propia actitud respecto al uso de fàrmacos (fàrmacos de la medicina tradicional, de la medicina alternativa, a uso temporal por disturbos ocasionales, fàrmacos de venta libre, fàrmacos indicados por el mèdico)

Nùmero telefònico consulencia acerca fàrmacos y el embarazo 800883300 (Centro de informaciòn del fàrmaco del Instituto Mario Negri)

Costituzione corporea

El valor del peso antes del inicio del embarazo es una buena referencia para evaluar eventuales cambios significativos en cuanto al peso forma que se calcùla usando el indice de masa corporal (ver cuadro Pag. 28). La obesidad o ser flacos en extremo representan un factor de riesgo para el embarazo y se necesita de asistencia adicional.

Historia Clinica del bienestar psiquico e psicològico

En los balances de salud en el embarazo y en el puerperio, en el coloquio con el operador es bueno hacer saber si, antes del embarazo, se hayan sentido deprimidas, con menos interès o ganas de hacer las actividades cotidianas o si se ha estado en tratamiento psicoterapèutico y/o farmacològico. [Estas informaciones son ùtiles para personalizar la asistencia y eventualmente ofrecer sostèn despuès del parto.](#)

Historia Clinica del trabajo/riesgos del trabajo

La mayor parte de los trabajos no significan un riesgo para el embarazo; solamente algunos pueden ser nocivos o por la carga fisica que comporta o por la exposiciòn a sustancias dañinas para el embarazo y/o para el feto. [En Italia existe una normativa especifica sobre los derechos de la mujeres que trabajan.*](#) (Pag.127).

Violencia domèstica

Las estadísticas reportan que una mujer de cuatro en el curso de la propia vida es vìctima de un episodio de violencia domèstica y en muchos casos esta violencia se vuelven reincidentes propio en el periodo del embarazo. La violencia puede ser de diversas formas, incluso la fisica, sexual o psicològica.

En el caso que estos abusos hayan iniciado, casi siempre se agravan durante o despuès del embarazo. Si se encuentran en una situaciòn asì es **justo hablar** con la/el obstetra/ginecòlogo por las graves consecuencias que este tipo de actos puedan tener, sea a la mujer o al niño.

[Aùn habiendo en el territorio regional una red de servicios de atenciòn y asesorìa para las mujeres vìctimas de la violencia \(Consultorios, Servicios Sociales, Asociaciones de Voluntariado, Emergencia, Fuerzas del òrden, etc.\), durante el embarazo se sugiere de dirigirse al Centro SVS \(Rescate Violencia Sexual\) del hospital Regina Margherita- Sant'Anna de Turin telf. 011 3134180](#)

•) Colloquio per l'anamnesi personale

Para reconstruir la propia Historia Clínica es necesario efectuar un **Balance de la Salud con el mismo médico tratante** que puede encuadrar eventuales enfermedades como

Enfermedades

<i>Hipertensiòn</i>	<i>Epilepsia</i>
<i>Cardiopatias</i>	<i>Migraña</i>
<i>Diabetes</i>	<i>Enfermedades mentales</i>
<i>Enfermedades de la tiroides</i>	<i>Crisis por depresiòn</i>
<i>Variaciones significativas del peso</i>	<i>Problemas psiquiàtricos</i>
<i>Emoglobinopatie/talassemie</i>	<i>Problemas del aparato muscolo-esquelètrico</i>
<i>Trombosis</i>	<i>Exposiciòn a la tuberculosis</i>
<i>Enfermedades del hígado</i>	<i>Asma o problemas respiratorios</i>
<i>Enfermedades renales o del aparato urinario</i>	<i>Infecciones transmitidas sexualmente IST</i>
<i>Incontinencia urinaria</i>	<i>Otros</i>

[È opportuno che tutte le informazioni aggiuntive che si ritengono importanti siano discusse con l'ostetrica/ginecologo.](#)

HISTORIA CLINICA OBSTETRO-GINECOLOGICO Pag. 30

La historia clínica menstrual (regularidad o no de la menstruaciòn, la fecha del inicio de la última menstruaciòn) es útil para calcular las semanas del embarazo junto a la ecografía del primer trimestre.

La historia obstétrica incluye los datos clínicos y las emociones relacionadas al embarazo y a casos anteriores (vaginales espontaneos o complicados, cortes cesàreos) a los abortos espontaneos y a las interrupciones voluntarias del embarazo, a las muertes del feto, a la procreaciòn asistida, a las hemorragias post-parto, a la eventual depresiòn post-parto y a las condiciones del recién nacido. Hablar de las propias experiencias precedentes, pueden orientar, sea el profesional sobre el tipo de asistencia a ofrecer, que a la mujer en la búsqueda de un eventual sostèn. En caso de complicaciones pasadas puede ser necesario planificar un monitoreo más intensivo en el embarazo, al parto y sucesivamente al recién nacido.

En el caso de un anterior **aborto natural** ocurre remarcar que hay óptimas posibilidades de llevar adelante sin problemas futuros embarazos.

La interrupciòn espontánea de un embarazo se verifica con bastante frecuencia en los tres primeros meses de embarazo y sucede en 10-15 embarazos de cada 100 (Pag. 30). Està casi siempre relacionado a problemas del feto y no a problemas maternos. Hasta este momento no existe ninguna terapia de probada eficacia para evitar estos abortos.

Despuès de la 13 semana el riesgo de aborto disminuye muy rapidamente: la causas son, en la mayor parte de los casos, no previsible.

En presencia de abortos repetidos es posible llevar a un buen fin el embarazo, pero se aconseja iniciar un percurso de asistencia adicional.

Se definen **partos prematuros** aquellos que se dan antes de cumplir la 37 semana de embarazo: son cerca de 6 de 100. La presencia de un parto prematuro en la historia de una mujer aumenta el riesgo que esto pueda repetirse. Tanto más precozmente en el embarazo se verifica el parto, tanto mayor es la necesidad de asistencia de tipo intensivo para el bebè.

Las mujeres que han hecho el corte cesàreo (TC) tienen buena posibilidad de dar a luz espontaneamente en el embarazo siguiente.

El embarazo de mujeres con **anterior corte cesàreo** serán controladas más intesamente, para asegurarse que el útero se contraiga en modo regular a pesar del intervento anterior y para reducir el riesgo de rotura de la cicatriz uterina.

En el caso que los cortes cesàreos hayan sido más de uno, por lo general, no se recomienda el parto natural.

Colloquio per l'anamnesi ostetrica Pag. 31

Il Bilancio di Salute in gravidanza è un importante momento di comunicazione.

Para la historia clínica obstétrica son útiles las siguientes informaciones are:

Anteriores infertilidad/subfertilità
Tratamiento para la infertilidad en el embarazo actual
Infecciones del aparato genital
Precedentes citològics vaginales positius
Problemi psiquiatrici

Precedentes interventos ginecològics
Mutilaciòn genitales femeniles
Fracturas pèlvicas o a las extremidades inferiores
Depresiòn post parto en embarazos precedentes
Otros

Ultimo pap-test in data Ultimo Pap-Test en fecha _____	Si han pasado más de 3 años del último Pap test invitar a la mujer a dirigirse a Prevenzione Serena para poder efectuar gratuitamente el exàmen.
esito resultado _____	

Anticonceptivos	Cuales _____	Tipo _____	Suspendido el _____
-----------------	--------------	------------	---------------------

Anamnesi immuno-ematologica

Gruppo sanguigno della madre documentato da Centro trasfusionale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Incompatibilità in gravidanze precedenti	<input type="checkbox"/> Rh <input type="checkbox"/> AB0
Profilassi Rh in gravidanze	<input type="checkbox"/> precedenti <input type="checkbox"/> attuale per _____
Ittero neonatale in gravidanze precedenti	

Anamnesi delle gravidanze precedenti

año	Sett. E.g.	Resultado	Bebé
		<input type="checkbox"/> Aborto sp. <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> ITG <input type="checkbox"/> Parto natural <input type="checkbox"/> TC por <input type="checkbox"/> Parto operativo por	Sexo
		Inicio del trabajo	Peso gr.
		Anestesia:	Salud actual
		Placenta/ pèrdida de sangre	
		Perineo:	LM exclusivo por meses
		Resumen despuès del parto	i

EL CRECIMIENTO DEL FETO Pag. 36

El crecimiento del feto se da a través del aumento de las dimensiones de su cuerpo (peso, longitud, circunferencia del tórax, del abdomen, de la cabeza, etc.), el crecimiento de los órganos y el perfeccionamiento de sus competencias (capacidad) a nacer y a sobrevivir fuera del útero (algunas actividades del bebé como movimiento, sensibilidad del tacto, oído, ritmo sueño-vela están ya presentes en la vida fetal)

Desde la vida prenatal el feto es capaz de aprender, de memorizar y de adaptarse a diversas situaciones. Con el nacimiento del bebé continuará a crecer en un nuevo ambiente buscando de establecer, con quien lo cuida, aquella continuidad afectiva y emocional que contribuirá a su bienestar.

Movimiento

El feto se mueve desde las primeras semanas de vida; los movimientos permiten de cambiar posición evitando que su piel se apoye siempre en los mismos puntos y se pueda dañar; además estos ejercicios ayudan a crecer en modo correcto los huesos, los músculos y las fibras nerviosas. Desde la 20 semana de embarazo están presentes en el feto casi todos los patrones de movimiento del adulto, por ejemplo: succión, hipo, deglución, movimientos. **El feto logra meterse el dedo en la boca, se toca las manos y la cabeza, mueve el cordón umbilical, observa y toca las paredes que están a su alrededor. La madre inicia a percibirlo entre la 16 y 20 semana.**

El sentido del equilibrio

Se desarrolla al interno del oído, aparece muy temprano y permite al bebé de regular sus movimientos en función de aquellos de la madre. **Generalmente cuando la mamá se mueve el bebé está tranquilo o viceversa**

La piel

El tacto aparece a partir de la 7 semana, inicialmente en la región de la boca y del rostro, en las palmas de las manos, en la planta de los pies y después en todo el cuerpo. **Al nacimiento del bebé conoce muy bien las sensaciones agradables asociadas a la estimulación táctil**

El olfato

Desde la 7 semana se forma el nervio olfativo, El feto siente los olores que provienen de los alimentos consumidos por la madre y del ambiente uterino. Estos estimulan el desarrollo de la sensibilidad y de la memoria olfativa que lo ayudaran a reconocer el olor de la mamá el momento del nacimiento

El gusto

Los receptores del gusto están presentes a partir de la 13 semana, período en el cual inicia también la actividad de deglutir y el movimiento de abrir y cerrar la boca **El feto gusta el líquido amniótico en el cual está inmerso y continuara a apreciar los sabores que pertenecen a los hábitos alimenticios de la mamá aunque a través de la leche materna**

La vista

Es el sentido menos estimulado en el embarazo. Pero apoyando una luz intensa en el vientre materno, el feto reacciona, buscando de apartar los ojos de la fuente luminosa y girando la cabeza a otra parte.

El oído

La maduración inicia a 8 semanas y a 25 el feto reacciona a los estímulos sonoros externos. La vida en el útero no está inmersa en el silencio: siente la respiración, el latido del corazón, los movimientos intestinales, y la voz de la mamá que llega a su oído con una intensidad mucho mayor respecto a los otros sonidos

Ritmo sueño-vela

Del 7º mes el feto alterna períodos de sueño tranquilos de una duración de 5-10 minutos, en el cual se mueve muy poco, con períodos de sueño más movidos seguidos de momentos de vela. **En las últimas semanas de embarazo aumentan los períodos de vela tranquila con pocos movimientos; el feto se mueve más en la noche y duerme bastante de día a causa de las modificaciones de las hormonas maternas necesarias para el parto**

VALUTAZIONE DELL'ACCRESIMENTO FETALE MEDIANTE MISURAZIONE SINFISIFONDO Pag. 37

La medida apertura-fondo (Pag.37) está en grado de relevar el correcto crecimiento del feto, se hace con un centímetro, calculando la distancia entre el margen superior de la apertura pública y el fondo uterino. El dato viene reportado en casilla a las 24 semanas y confrontado con las curvas de crecimiento fetal. Va medido a cada encuentro y, si es posible, del mismo profesional sanitario. Una alteración del crecimiento regular del útero requiere asistencia adicional.

ECOGRAFIAS Pag. 38

La **ecografía** permite de ver los òrganos internos del cuerpo utilizando ultrasonidos (=ondas sonoras a alta frecuencia que el oído humano no percibe) los cuales atraviezan los tejidos y son reflejados en modo diverso segùn la consistencia del tejido que encuentran (huesos, tejidos blandos, cavidades, etc.). La sonda puesta en el abdòmen materno envía ondas sonoras hacia el interno y recibe los ecos (= ondas de retorno). Las ondas reflejadas de los diversos òrganos internos producen las imàgenes en el monitor del ecògrafo.

Las ecografías recomendadas en el embarazo a bajo riesgo son: **una dentro la 13 semana***, **la otra entre la 19 -21 semana***.

Otras ecografías, son necesarias solo con precisa indicaciòn clínica.

En los primeros meses de embarazo la ecografía controla el nùmero de fetos y la presencia de actividad cardíaca fetal; tambièn, midiendo la longitud del feto, se evalúa si su desarrollo corresponde a la època de embarazo calculada con la ùltima menstruaciòn. conformaciòn del útero y de los ovarios.

Desde el segundo trimestre con las medidas de la cabeza, del abdòmen, del femur es posible evaluar si el crecimiento del feto es regular. En este periodo se visualizan tambièn la ubicaciòn de la placenta, la cantidad de liquido amniótico y la formaciòn de algunos òrganos. El informe de la **segunda ecografía** (19-21 semanas) describirà: nùmero y dimensiòn del/los feto/fetos; latidos del corazón, correspondencia de las semanas de embarazo con aquellas calculadas sobre la base de la ùltima menstruaciòn.

La ecografía de esta edad de gestaciòn, en particular, describe la anatomía del feto: cabeza, columna vertebral, tòrax (pulmones, corazón), abdòmen (estòmago, paredes abdominales, riñones, vejiga), brazos y piernas. Por tal motivo viene llamada tambièn ecografía "morfológica".

El informe contiene tambièn el motivo de un profundo diagnòstico cuando se han visualizado imàgenes sospechosas o patològicas.

Las medidas detectadas ecogràficamente son reportadas en gràficos que permiten de seguir el proceso del crecimiento y de confrontarlos con las curvas de crecimiento media a la misma edad gestante.

La posibilidad de individuar una malformaciòn depende de muchos factores: el grosor de las paredes abdominales maternas, la posiciòn del feto, la cantidad de liquido amniótico y la entidad de la malformaciòn.

Por tales motivos es posible que algunas anomalías fetales puedan no ser detectadas al exàmen ecogràfico.

Algunas anomalías del feto se manifiestan sòlo tardemente (del 7°-9° mes). La experiencia hasta ahora adquirida sugiere que la ecografía de base a 19-21 semanas, en un embarazo fisiològico consiente de identificar cerca el 50% de las malformaciones mayores. Tal ecografía no se pone el objetivo de relevar las asi llamadas anomalías menores (ejem. malformaciòn de los dedos de las manos, de los pies, etc.).

Por los límites inherentes al mètodo, es posible que algunas anomalías tambièn importantes puedan no ser detectadas con la ecografía.

Los ultrasonidos son usados en la pràctica obstetra hace mäs de 30 años y, hasta ahora, no se han reportado efectos dañinos, incluso a largo plazo. Es preferible por lo tanto efectuar sòlo las ecografías recomendadas de las evidencias científicas o aquellas necesarias para mäs informaciòn clínica. La ecografía tridimensional (ECO 3D, exàmen ecogràfico basado en la reconstrucciòn tridimensional de las imàgenes ecogràficas elaboradas por la computadora) no agrega informaciòn ùtil si no en situaciones muy particulares.

En algunos casos durante el balance de salud podría venir utilizado el ecògrafo sòlo como simple instrumento de soporte a la clínica per visualizare: en el primer trimestre la presencia de la càmara ovular, del embriòn, del batido del corazón; en el tercer trimestre la parte del feto que se presenta a la pelvis de la madre y/o la posiciòn de la placenta y/o la cantidad del liquido amniótico, en particular cuando el embarazo prosigue mas allà de las 41 semanas

EXAMENES DE LABORATORIO Pag. 40

Los exàmenes de laboratorio realizados durante el embarazo sirven para verificar el adaptamiento físico de la mujer al embarazo asi como la ausencia de patologías que podrian tener efectos negativos en la salud de la mamà y el bebè. En la Agenda estàn disponibles las ordenes para la ejecuciòn, en los laboratorios del Servicio Nacional Regional, de los exàmenes previstos del Perfil Asistencial al Embarazo Fisiològico. Los exàmenes, contenidos en las recetas de la Agenda, son aquellas necesarias para evaluar el bienestar de la mamà y el bebè y estan exceptuados del ticket.

El cuadro de los exàmenes se evidencian con casillas blancas las semanas en cual se deben hacer los controles. Los controles contenidos en el primer box se hacen con una muestra de sangre y se refieren a los valores de los globulos rojos, blancos y plaquetas, el azùcar en la sangre, la búsqueda de infecciones que puedan ser causa de problemas para el feto (sífilis, HIV, rubeòla, toxoplasmosi, hepatitis B)

Los exàmenes de la orina se recomienda una vez al mes.

Despuès de las 34 semanas se recomienda de hacer un tampòn vagino-rectal para buscar el Streptococo B que podria infectar al neonato durante el parto.

Los casos que requieran asistencia adicional pueden tener necesidad de mäs exàmenes especificos que seràn requeridos por el mèdico en el recetario tradicional. Estos son exceptuados del ticket si en la orden està indicada la patología y el còdigo de excepciòn. (M50)

Todos los otros exàmenes eventualmente solicitados son a cargo del usuario

SCREENING E DIAGNOSTICA PRENATALE Pag. 42 e Pag. 48

La gran mayoría de niños nacen sanos, cerca de 3 niños de 100 presentan al nacimiento malformaciones o enfermedades hereditarias. Algunas pueden ser identificadas antes del nacimiento con encuestas específicas, mientras otras pueden ser diagnosticadas solo cuando se ha dado el parto. Esto porque, a pesar del progreso de la tecnología, no todas las enfermedades son prevenibles o diagnosticadas con anticipación.

Las informaciones del test de screening prenatal y del diagnóstico prenatal para las enfermedades cromosómicas y las malformaciones vendrán discutidas durante la primera cita.

Para una decisión conciente en el hacer o no tales exámenes la mujer/pareja tiene necesidad de comprender bien el significado para evaluar los riesgos y las oportunidades (Pag. 98).

Antes del nacimiento pueden ser buscadas **solo algunas** enfermedades debidas a defectos de los cromosomas (órganos sensibles que al interno de las células transmiten la información genética que provienen: la mitad por parte de la madre y la otra mitad del padre biológico), por ejemplo el síndrome de Down.

Los **exámenes de diagnósticos**, antes del nacimiento, actos para identificar el síndrome de Down (presencia de tres cromosomas 21 en lugar de dos) y otras enfermedades cromosómicas raras, son **exámenes invasivos**: porque se realizan en el líquido amniótico o en el tejido de la placenta prelevados al interno del útero y, por esto, pueden provocar un aborto natural en un caso de cien.

Se busca entonces de seleccionar a las mujeres de someter a exámenes invasivos: posiblemente sólo aquellas en el cual los test de screening o la edad evidencien un riesgo mayor de tener un bebé con síndrome de Down.

La selección y el sucesivo diagnóstico prenatal, si es necesario se desarrollan a través:

1. Cálculo del nivel del riesgo personalizado para cada mujer: **test de screening**.
2. Si el test de screening a dado un valor de riesgo aumentado viene realizado el **examen diagnóstico**
3. Examinado el resultado del examen diagnóstico, la mujer/pareja **escoge** si terminar o no el embarazo.

Los límites y las oportunidades, los tres pasos deben ser claros a la mujer. Necesitándose por lo tanto un coloquio a fondo con los operadores para decidir si adherir al curso diagnóstico prenatal o aceptar el curso natural de los eventos.

Los **test de screening**: el riesgo “personalizado” del síndrome de Down se calcula con una ecografía y con el dosaje en la sangre de la mamá, de sustancias producto del feto y de la placenta. El resultado de los test de screening exprime cuanto riesgo tiene la mujer de tener un bebé con síndrome de Down, respecto a las otras mujeres con las mismas características.

El resultado se dice negativo o con bajo riesgo cuando el riesgo es muy bajo; positivo o con riesgo aumentado cuando el riesgo está sobre un valor-borde: en este caso se ofrece el examen diagnóstico y la mujer puede escoger si hacerlo o no.

Los **test de screening prenatal** se ofrecen a todas las mujeres embarazadas. Las que están disponibles hoy son:

- la translucenza nucale = ecografía, a 11-13 semanas de embarazo;
- el test combinado = translucenza nucale + un examen de sangre, a 11-13 semanas, permite, en caso de resultado positivo, de efectuar precozmente, el examen diagnóstico con la extracción de los villi coriales;
- el test integrado = translucenza nucale + un examen de sangre, a 11-13 semanas, + sucesivo examen de sangre a 15-17 semanas. Agregar datos mejora la precisión de los resultados y consiente de evaluar también el riesgo de spina bifida (malformación de la columna vertebral).
- El Tri test (o triple test) = examen de sangre materna que se puede hacer hasta las 20 semanas. La evaluación es menos precisa pero es la única ejecutable también para quien no se ha presentado en tiempos útiles para los test ilustrados precedentemente.

Los test de screening no comporta el mínimo riesgo para la salud de la mujer y el bebé porque no son invasivos. La mujeres con riesgo calculado bajo son más del 90%: ellas no tendrán necesidad de exámenes de diagnósticos invasivos. A las otras, con riesgo aumentado, viene propuesto el examen diagnóstico invasivo.

Debe quedar bien claro que el test de screening prenatal se limitan a indicar un posible “riesgo de tener un hijo con el Síndrome de Down”. Tal respuesta no es jamás un diagnóstico, por lo tanto:

- un resultado de “riesgo aumentado” **no** significa que es seguro que la enfermedad este presente, pero que la sospecha existe: de 40-50 mujeres que siguen el examen diagnóstico invasivo, después de un resultado de riesgo aumentado al screening, sólo una resultara tener un feto enfermo. Esto significa que la mayoría de los test de screening positivos son en realidad, afortunadamente, de “falsos positivos” y esto porque algunas situaciones transitorias del metabolismo feto-placenta puedan alterar las dosis.

- un resultado de "bajo riesgo" no podrá jamás excluir del todo la presencia de una enfermedad cromosómica, aunque si tal probabilidad es muy remota. Cuando se verifica el nacimiento de un feto con síndrome de Down de una mujer con test de screening negativo se dice que el resultado del test es un "falso negativo": por fortuna esto se da sólo para una mujer cada 3500-4000 mujeres que han tenido un resultado negativo del test de screening. Esto puede suceder porque, a veces, un feto aunque si es enfermo presenta un metabolismo que se puede superponer a los de los fetos normales

Los **exámenes diagnósticos se ofrecen a todas las mujeres que tienen un riesgo aumentado** como resultado del test de screening. Las mujeres con más de 35 años a la época de la concepción pueden decidir si seguir el test de screening o pedir directamente el examen diagnóstico. Se tiene en cuenta de la edad materna porque el riesgo que se verifica estas anomalías cromosómicas aumenta la edad.

Los exámenes diagnósticos, como se ha dicho antes, son exámenes invasivos. El resultado del examen exprime en modo cierto si el bebé es propenso al síndrome de Down u otras enfermedades raras cromosómicas.

Los exámenes diagnósticos disponibles son:

- **la muestra de los villi coriali**, se toma la muestra material de la placenta a través del abdomen materno (en casos raros puede ser hecho a través del cuello uterino). La muestra es practicable a partir de la 10 semana de embarazo (si se hace antes puede aumentar el riesgo de aborto).
- **la amniocentesis**, se toma un campeón del líquido amniótico a través del abdomen materno. La muestra viene hecha en general entre la 15 y 17 semana de embarazo. Con la misma muestra se puede dosar la alfa-fetoproteína para el diagnóstico de las anomalías del tubo neural (spina bifida).

La ejecución de los exámenes diagnósticos clásicos (cariotipo llamado también mapa cromosómica) requiere un tiempo técnico mínimo de 14 días.

Estos exámenes vienen practicados en el consultorio y no requieren el internamiento en el hospital, porque es mejor seguirlos en servicios que participan cada año un número suficiente a mantener una adecuada experiencia puede darse que se deba dirigir a hospitales lejos de casa.

Para la malformación/enfermedades actualmente diagnosticables con el screening/diagnosi prenatal no son disponibles terapia al útero, por lo tanto la mujer/pareja, una vez conocida la situación, podrá evaluar con un ginecólogo de hospital si es posible la interrupción tardía del embarazo.

Después del nonagésimo día de la última menstruación (límite de ley para la interrupción voluntaria del embarazo) la ley prevee que el embarazo puede ser interrumpida en casos particulares, con certificación médica:

- 1) cuando el embarazo o el parto comporten un grave peligro para la vida de la mujer,
- 2) cuando se han acertado procesos patológicos, entre los cuales aquellos relativos a relevantes anomalías o malformaciones del feto, que determinen un grave peligro para la salud física o psíquica de la mujer.

La declaración que sigue resume las informaciones dichas anteriormente y juntos al diálogo con el operador favorecen el consenso conciente a adherir o no a los análisis de screening prenatal

“Manifestazione di volontà della donna sullo screening per anomalie cromosomiche” Pag. 43

Soy conciente que la elección de someterme a un test de screening es mi decisión y no constituye una obligación o un examen de rutina.

He estado informada respecto a la posibilidad y los límites de los test de screening y de las técnicas de diagnósticos prenatal para el síndrome de Down (aunque trisomía 21 o mongolismo) y para la trisomía 18

He comprendido que para el síndrome de Down y para el síndrome 18 no existe una terapia

He estado también informada que, si las precedentes anomalías vienen encontradas antes que el feto tenga posibilidad de vida autónoma, el pedido de interrupción del embarazo será evaluada por el médico del Servicio a quien me dirigire y que verificará si existen las condiciones para aceptarla, en el respeto de las normas previstas de la Ley 194/1978

He comprendido que la diagnóstico de las anomalías cromosómicas puede actualmente ser efectuada sólo mediante técnicas invasivas con muestras de líquido amniótico (amniocentesis) o de tejido de la placenta (biopsia de los villi coriales) como resultados de cada una de las cuales pueden verificarse el aborto cerca el 1% de los casos

Me han explicado que existen test de screening que consienten de identificar el riesgo, es decir la probabilidad que el feto sea afectado del síndrome de Down, en modo más preciso respecto al simple dato de la edad materna

En particular me han dado información relativas a los siguientes test de screening

1. Examen de la translucencia nucale (NT)
2. Test combinado (translucencia nucale + duo test)
3. Test integrado
4. Test integrado sierico
5. Tri test

He comprendido que si el test de screening es “positivo” (es decir presenta un riesgo elevado del síndrome de Down o de trisomía 18) se puede proceder a la diagnóstico mediante una amniocentesis o una muestra de los villi coriales, si el test es “negativo” (bajo riesgo) no vienen sugeridas otros análisis, aunque si esto no significa que “ciertamente” el feto no este enfermo.

He hablado con la obstetrix/médico dr. _____ en mérito a la capacidad del test descreening de individuar correctamente los fetos realmente afectados y la posibilidad de resultados falsos positivos y falsos negativos.

Firma del sanitario _____

Creo que estas informaciones son suficientes y completas y declaro de haber comprendido plenamente las informaciones que me han dado

Teniendo claro todo lo expuesto anteriormente decido de:

no someterme al test de screening firma _____

someterme al test de screening firma _____

data _____

IMPEGNATIVE PER GLI ESAMI Pag. 46

[Le impegnative prestampate che si trovano in questa sezione servono per effettuare gli esami di laboratorio e le ecografie in esse indicate presso i laboratori pubblici della Regione Piemonte compresi gli ospedali Gradenigo e Cottolengo di Torino.](#)

[È possibile prenotare l'esame telefonando direttamente al Centro Unico di Prenotazione - CUP \(pag. 9\).](#)

[Le impegnative devono essere compilate in tutte le parti ed è necessario incollare l'etichetta adesiva con il codice a barre, nell'apposito spazio. Il riferimento per riconoscere l'etichetta adesiva corrispondente all'impegnativa compare sulle ultime due cifre del codice numerico sottostante il codice a barre \(numeri evidenziati nei cerchi rossi nell'esempio riportato a pag. 46\).](#)

[Al momento della prenotazione telefonica tramite CUP conviene avere a disposizione:](#)

- [l'Agenda aperta alla pagina dell'impegnativa per l'esame che si vuole prenotare](#)
- [una penna per annotare l'appuntamento](#)

[L'operatore richiederà:](#)

- [il numero dell'impegnativa che è quello dell'etichetta adesiva in alto a destra. La lettera finale in tutte le impegnative è la G che corrisponde alla gravidanza](#)
- [il numero di tessera sanitaria/codice fiscale. Per gli stranieri temporaneamente presenti il numero STP-ENI rilasciato dai centri ISI oppure il numero della tessera TEAM](#)
- [il cognome e nome della donna che dovrà fare l'esame](#)
- [il tipo di esami richiesti che sono elencati sull'impegnativa](#)

[L'operatore proporrà il primo appuntamento disponibile negli ospedali della provincia. La donna potrà scegliere, in base alle proprie esigenze \(di tempo, vicinanza a casa, concomitanza con altri esami\) l'appuntamento più conveniente per lei.](#)

[Al termine l'operatore comunicherà la data della prenotazione e il nome del laboratorio o del servizio di diagnostica presso il quale è stata effettuata la prenotazione da annotare a pag. 23 dell'Agenda](#)

EMERGENCIAS- URGENCIAS Pag. 44

En general, para un uso correcto de la Emergencia y sobre todo para recibir respuestas asistenciales adecuadas es importante no sobrecargar el servicio con solicitudes inapropiadas y saber que el acceso a los tratamientos está organizado sobre la base de urgencia de la situación (= TRIAGE).

Código rojo: para los casos urgentes que requieren curaciones inmediatas no reenviable

Código amarillo: para los casos de media gravedad que pueden ser puestos en espera cuando se presente contemporaneamente un caso grave (rojo)

Código verde: para los casos que no requieren intervenciones urgentes

Código blanco: para los casos menos graves que no presentan características de urgencias para los cuales puedan tener tiempos de espera prolongados y se requiere del pago del ticket (= participación en los gastos)

Elenco de los Hospitales (Pag.44.) con Emergencia en el cual el obstetra-ginecòlogo de guardia, las 24 horas, colabora para dar una inmediata respuesta a los problemas de emergencia/urgencia del Percurso Nacimiento.

Es importante saber que la Emergencia no pueden dar respuestas adecuadas si se presenta para un normal balance de salud materno-fetal. La disponibilidad del servicio de 24 horas está reservada a las urgencias y no se deberá creer de poder encontrar respuestas para cualquier tipo de problemas sanitarios.

Los consultorios y clínicas distritales de obstetricia son los servicios públicos a utilizar para los balances de salud materno-fetal programados a lo largo del percurso nacimiento.

En presencia de síntomas que puedan motivar alarma (ejemplo: pérdida de sangre, otras pérdidas, dolor de cabeza agudo, dolor de estómago agudo, vòmito incontinente, fiebre, útero contraído, movimiento fetal reducido o que no se perciben respecto a las condiciones habituales) que aparecen en horarios en el cual los servicios/profesionales que siguen el embarazo están disponibles, es conveniente consultar dichos servicios/profesionales antes de dirigirse a Emergencia. El servicio/profesional de referencia conoce la evolución del embarazo y tiene los elementos para orientar a la mujer.

En los horarios de cierre de los servicios se aconseja sin embargo de llamar a los referimientos indicados a Pag. 8.

En el caso de haber sufrido una **violación en el embarazo** es siempre necesario dirigirse a Emergencia.

En todo caso cuando se va a Emergencia es necesario llevar la Agenda u otro documento útil a la evaluación de la situación.

ENCUENTROS DE ACOMPAÑAMIENTO AL NACIMIENTO Pag.74

Los encuentros de acompañamiento al nacimiento (conocidos también como cursos de preparación al parto o cursos pre-partos) ofrecen informaciones y atención a las necesidades de la mujer y de la pareja durante el embarazo, favorecen la división de la experiencia con otras parejas y sostienen a la mujer en sus decisiones.

La Organización Mundial de la Sanidad resalta en particular la importancia del confronto, aparte de los operadores, también con otras parejas de padres.

La maternidad, la paternidad, no se aprende lógicamente en un curso. En nuestra sociedad, en la cual la organización de la vida cotidiana lleva a un cierto aislamiento y los intercambios de experiencias son reducidas, el dedicar tiempo al confronto interno de la pareja, luego con otras parejas, con otras mujeres y con operadores expertos permite de reducir las ansias y las incertezas.

El objetivo de los encuentros es el de ayudar a la mujer y a la pareja a:

- explorar y comprender las propias emociones y los cambios físicos y sociales durante el embarazo
- confrontarse acerca de las expectativas y miedos respecto al trabajo del parto y a la atención futura del bebé
- conocer la fisiología del trabajo del parto y de la lactancia al seno
- conocer las modalidades de contención del dolor en el trabajo del parto
- profundizar las dudas que nacen de necesidades personales
- acrecentar la confianza en las propias competencias a hacer nacer y crecer bien el bebé.

Los cursos de acompañamiento al nacimiento son también el momento en el cual se puede dedicar al cuerpo y a la preparación física para el parto (pag....). De un punto de vista físico no se trata de aprender de las técnicas pero de experimentar de los movimientos, de las posiciones, de los modos de respirar que al momento del trabajo del parto podrían ser un recurso para afrontar las diversas etapas (pag....).

Los encuentros con todo el grupo pueden prolongarse hasta fuera del parto para dar sostén después del parto a los nuevos padres, para promover el toque y el masaje infantil como modalidad que favorece el bienestar y el vínculo padres-bebé, para sostener la lactancia exclusiva al seno.

Cursos de acompañamiento al nacimiento son organizados por Consultorios, de los Puntos de Nacimientos, de Entes Privados

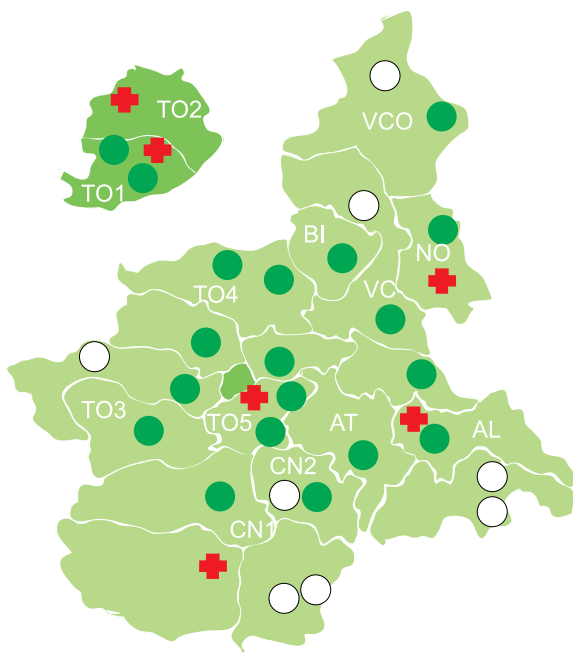
LUGAR DEL PARTO Pag. 76

El 98% de los nacidos en Piamonte nace en los Puntos de Nacimiento de los hospitales regionales públicos, el restante 2% a domicilio o en estructuras privadas.

En cada ASL esta presente al menos un Punto de Nacimiento, las características de cada uno se encuentran en la cartella informativa adjunta a la Agenda (pag....). Algunos datos relativos al servicio de recepción/asistencia a la pareja mamá-neonato de los Puntos de Nacimiento son consultables en el sitio de la Región Piamonte en los informes.

Nacer en Piamonte y Promoción y sostén a la lactancia al seno.

La decisión del lugar del parto es hecha por la mujer. En presencia de condiciones clínicas que requieran asistencia especializada y/o intensiva a la madre y/o al feto (nacimiento prematuro extremo, preclampsia, etc) es oportuno que la decisión se oriente, ya antes del parto, hacia Puntos de Nacimiento que proveen tal asistencia (como la Terapia Intensiva Neonatal) con el fin de evitar una sucesiva transferencia de la mamá y/o neonato. Tales Puntos de Nacimiento son hospitales Sant'Anna de Torino, hospital Maria Vittoria de Torino, hospital Santa Croce de Moncalieri, hospital Maggiore de Novara, hospital Santa Croce y Carle de Cuneo, hospital Cesare Arrigo de Alessandria.



Para efectuar una decisi3n informada es bueno discutir las diversas opciones con el profesional que a seguido el embarazo. El profesional podr3 proveer su consejo en la base de su experiencia directa, pero tambi3n en la base del conocimiento profesional de las caracteristicas de los diversos Puntos de Nacimientos, de las indicaciones de la Organizaci3n Mundial de la Salud y de los trabajos cientificos (que recomiendan, en todos los sectores de la asistencia sanitaria, de aprovechar preferiblemente de aquellos servicios que curan un n3mero de pacientes tales de mantener alta la competencia asistencial). Para la asistencia al parto el limite recomendado es de al menos 500 partos a3o

- Puntos nacimientos con menos de 500 partos al a3o
- Puntos nacimientos con m3s de 500 partos al a3o
- ✚ Puntos nacimientos con Terapia Intensiva Neonatal

[\(dati da Schede di Dimissione Ospedaliera 2008\)](#)

Los **Puntos de Nacimiento** son responsables de hacer la recepci3n y la permanencia confortable en el hospital para la mam3-neonato y para la familia. Con la ayuda de las mujeres, a trav3s de sugerencias, cr3ticas, condivisi3n de experiencias, este proceso de mejoramiento podr3 proseguir.

La mujer es la protagonista, junto al beb3, del parto/nacimiento; los operadores pueden ofrecer su experiencia para acompa3arla en la finalizaci3n del parto y el recibimiento del beb3.

La recepci3n que permite a la mam3 y al beb3 de estar juntos desde el nacimiento, condividiendo las primeras horas de vida y, sucesivamente, la c3mara de internamiento (rooming-in*) consiente de continuar la intimidad de los nueve meses precedentes y facilita la familiaridad. Vivir la continuidad del nacimiento, tener apenas posible entre los brazos al beb3, agraparlo, asistirlo, facilita los cambios hormonales que es la base de la instauraci3n natural de la relaci3n mam3-beb3 y del inicio de la lactancia.

Entre los posibles lugares para el parto est3 tambi3n la casa. La mujer que decide de hacer nacer a casa el propio beb3 puede recibir de la Regi3n Piemonte un reembolso parcial de los gastos hechos para la asistencia de una obstetra particular, seg3n lo especifico "perfil asistencial para la asistencia al parto fuera del hospital", consultable en el sitio de la Regi3n Piemonte. La decisi3n de dar a luz a casa implica que para el embarazo sea previsible una progresi3n fisiol3gica y un bajo riesgo para el parto, adem3s debe ser identificado con anticipaci3n el eventual hospital de referimiento.

SOPORTE EN TRABAJO DEL PARTO Pag.77

SOPORTE EN TRABAJO DEL PARTO Y CONTENCIÓN DEL DOLOR Pag. 77

Un soporte continuo y un sost3n emotivo en la fase activa del trabajo del parto favorece una experiencia de parto-nacimiento positivo, menos dolorosa y promueve la salud de madre y neonato*. esto significa poder contar con ayuda, consuelo, comodidad, **presencia de una persona de confianza y de profesionales**, para afrontar y vivir mejor la fatiga, la alegr3a, los miedos y el dolor. La decisi3n de tales personas (pareja, amiga, madre, hermana, etc.) va hecha en la base de las propias exigencias .

Una obstetra estar3 presente para ayudar y tener un parto seguro y ofrecer soporte. Todav3a la expectativa de ser acompa3ada durante el trabajo del parto de la misma obstetra que ha seguido el embarazo logra a ser atendida s3lo raramente*

Conocer antes del parto el Punto de Nacimiento y el equipo de obstetras puede ser 3til para contener el ansia acumulada relacionada a estar en un lugar nuevo y extra3o.

En el trabajo del parto el dolor tiene caracteristicas del todo particular en cuanto no es sintoma de enfermedad, pero exprime y promueve de manera natural el proceso del parto-nacimiento.

La percepci3n del dolor en el trabajo del parto es una experiencia subjetiva influenciada de las condiciones fisicas, de las emociones, de las circunstancias sociales, culturales y asistenciales. Si la mujer est3 bien y el feto se presenta en la posici3n justa, de dimensiones adecuadas al canal del parto, generalmente el dolor ser3 bien tolerado. Los recursos individuales de la mujer y la normal producci3n de las hormonas que sostienen la contracci3n del 3tero y la salida del neonato en el canal del parto, asi como el inicio de la relaci3n mam3-beb3 permiten la fisiol3gica evoluci3n del trabajo del parto y se hace soportable el dolor

Las estrategias para contener el dolor en el trabajo del parto pueden ser de tipo natural o farmacológico:

Natural, sin uso de fármacos

- continuidad de la asistencia* durante el embarazo y el parto
- relación "one-to-one" * (una mujer-una obstetra) al momento del trabajo del parto
- sostén emotivo*: comunicación, información, atención, participación en las decisiones
- acciones de alivio: poder moverse en trabajo del parto, poder escoger la posición para el parto*, un ambiente-parto comfortable, luces adaptas, música si se aprecia, masajes hechos de la pareja o de la obstetrix
- inmersión en el agua*: baño caliente en la tina o eventual ducha caliente
- técnicas de relajamiento

Estas estrategias y técnica, en general, reducen la necesidad de fármacos para la contención del dolor, reducen la necesidad de intervenciones médicas para el parto (uso de oxitocina, episiotomía, corte cesáreo) y aumenta la conformidad de la mujer por la experiencia vivida.

Farmacológicos, con uso de fármaco: la más utilizada es analgesia peridural que consiste en la inserción de un tubo para la inyección de fármacos analgésicos en el espacio peridural de la región lumbar de la columna vertebral, junto a los nervios que transmiten la sensación de dolor asociado a la contracción del útero. Esta disponible sólo en algunos Puntos de Nacimiento, requiere de la visita anestesiológica, algunos exámenes para la anestesia y la expresión del consentimiento informado de parte de la mujer.

La mujer que decide por la analgesia peridural debe saber que [è efficace nel ridurre il dolore in corso di travaglio e può essere indicata in alcune patologie o a supporto di alcuni interventi assistenziali. Tuttavia comporta alcuni svantaggi: aumenta la probabilità di parti vaginali operativi; aumenta la probabilità di somministrazione per via endovenosa di ossitocina in travaglio; aumenta la probabilità di rialzo della temperatura; richiede un monitoraggio più frequente e più intensivo delle condizioni materne e fetali \(cardiotocografia, valutazione di pressione e temperatura materna\); aumenta il numero di neonati sottoposti a valutazione e trattamento antibiotico a causa della febbre materna; aumenta il numero di neonati con ittero, probabile effetto secondario dovuto al maggior uso di ossitocina.](#)

ALIMENTACION EN EL TRABAJO DEL PARTO Pag.78

En el trabajo del parto se gastan muchas energías; conviene por lo tanto facilitar el propio deseo de beber y de comer * buscando de preferencia pocas comidas de fácil digestión, compatiblemente con las propias condiciones clínicas.

MODALIDAD DEL PARTO Pag. 78

En un proceso fisiológico el neonato y la mamá se predisponen a un cierto parto por vía vaginal

Con un parto vaginal se tiene: **menos dolor y una recuperación más fácil después del parto, mayor autoestima, mejor relación con el bebé, menor frecuencia de depresión post-parto, un bebé más tranquilo, mejor experiencia de la lactancia, menos infección sea para la mujer que para el neonato.**

La mujer después de un embarazo fisiológico, con el feto en presentación cefálica (es decir la cabeza es la primera parte que aparece en el parto) y con el trabajo del parto que inicia espontáneamente, tiene una alta probabilidad de dar a luz espontáneamente por vía vaginal. En presencia de presentación podálica (la parte de atrás es lo que aparece primero) o de espalda, o si la placenta está insertada en modo de constituir un riesgo para el parto (placenta previa central) o, todavía, en presencia de algunas patologías maternas y/o fetales (ejemplo: preeclampsia, VIH positivo, feto muy robusto,...) la probabilidad de una cesárea es elevada. En esta situación es necesario un curso asistencial para la **"cesárea programada"** con exámenes adicionales, visita anestesiológica, programación de la fecha del intervento.

El corte cesáreo es un intervento quirúrgico (incisión del abdomen y del útero). El intervento dura medianamente entre 25 y 45 minutos y depende de la dificultad técnica que se encuentre, generalmente es practicada con anestesia peridural (bloqueo de la sensibilidad en la zona de intervento) y, en algunos casos con anestesia general (bloqueo de la sensibilidad alterando el estado general de la conciencia).

Los efectos colaterales de la cesárea que se deben conocer son:

- internamiento más largo
- más dolor y menor posibilidad de moverse y de acudir personalmente al propio bebé en los días siguientes al nacimiento
- mayor riesgo de infección
- mayor riesgo de anemia
- mayor dificultad en el inicio de la lactancia y de la relación con el bebé
- riesgo mayor de mortalidad materna
- riesgo para el embarazo siguiente: mayor frecuencia de placenta previa (posición de la placenta que impide el pasaje del feto en el canal del parto), que el útero se rompa, etc.

El parto espontáneo vaginal a estado siempre más seguro para la mamá y es así también hasta ahora, a pesar del mejoramiento de las técnicas quirúrgicas y de soporte.

Algunos problemas de salud maternos y/o fetales en el embarazo o en el trabajo del parto (ejem. separación de la placenta, signos de sufrimiento fetal) pueden ser necesaria una “cesàrea de urgencia”

En casos muy particulares la mujer, en ausencia de problemas de salud propia o del bebè, por razones personales como ansia, miedo, experiencias negativas precedentes, se podría pensar de recurrir al corte cesàreo. Estas situaciones meritan de ser discutidas con la obstetrix y con el ginecòlogo y eventualmente con un psicòlogo para llegar a una decisiòn conciente

POSICIONES EN EL TRABAJO DEL PARTO Pag.79

No existe una ùnica posiciòn recomendada para el trabajo del parto: la obstètra propone aquellas màs favorables a la progresiòn del parto y a la contensiòn del dolor e invita a la mujer de decidir aquellas para ellas màs confortables. En general no se aconseja* las posiciones de tendidas excesivas. la posibilidad de moverse* y la posiciòn erècta* durante el periodo dilatante y aquella agachada/a gatas durante el periodo expulsivo parecen aquellas en grado de reducir la duraciòn del trabajo del parto y garantizar un mayor bienestar porque pueden facilitar la rotaciòn y la salida del neonato y reducir el dolor de la mamà. (Pag.105)

Entre otras ventajas teoricas:

- mejor uso de la fuerza de gravedad que favorece la salida del bebè
- mejor posicionamiento del bebè para el pasaje en el canal del parto
- contracciones uterinas màs eficaces para la dilataciòn del cuello uterino y reducciòn de la duraciòn del periodo dilatante del trabajo del parto
- reducciòn de la duraciòn del periodo expulsivo menos dolor
- menores requerimientos de analgesia
- menor riesgo de compresiòn de los vasos sanguìneos maternos que llevan la sangre a la placenta
- menor riesgo de ser sometida a episiotomia (corte praticado para facilitar el parto que parte de la vagina e va hacia el perineo)

ESTILO DE RECIBIMIENTO AL NEONATO Pag. 80

El bienestar del neonato y la calidad de su vida futura dependen tambièn del estilo de recibimiento del cual habrà hecho experiencia al momento del nacimiento.

El bebè desde el periodo fetal tiene las competencias y las capacidades y es por eso sensible a los estìmulos del ambiente en el cual se desarrolla el trabajo del parto: sonidos, voces, ruidos, luces, manipulaciones, posiciones maternas, temperatura, olores. La intimidad y la calma del ambiente del nacimiento facilitan el bienestar físico y emotivo, y ofrecen al neonato las ocasiones de contacto y de reconocimiento de la mamà. Las primeras experiencias de relaciòn del neonato son muy importantes para todas sus futuras conquistas.

El primer objetivo del recibimiento al neonato es aquel de verificar si el bebè tiene necesidad sòlo de atenciòn de la mamà o tiene necesidad de atenciòn mèdica. Por lo tanto es importante que al momento del nacimiento se conozca la historia del embarazo, como ha ido el trabajo del parto y la modalidad de adaptamiento a la vida fuera del ùtero (inicio de la respiraciòn, color de la piel, frecuencia de los latidos del corazòn). Cuando el adaptamiento se da sin problemas la mamà y el bebè deben poder continuar el estrecho contacto sin interrupciones, en modo natural.

Desde las primeras horas de vida la naturaleza ofrece condiciones òptimas para favorecer el acercamiento entre la mamà y el bebè y el bienestar de ambos. El neonato mira alrededor con los ojos desorbitados, voltea la cabeza al sentir la voz humana, la cara de quien lo rodea lo atrae màs que un objeto inanimado; la distancia al cual el neonato ve mejor es de 20 a 30 centimetros que es la distancia entre sus ojos y aquellos de la mamà cuando esta en los brazos o al seno. El contacto piel-piel con la mamà lo abriga del modo mejor, y, junto con la succiòn precoz del seno, aumenta en la mamà las hormonas que dan tranquilidad y lo hacen ahorrar energias; la distancia y la ausencia de succiòn producen en su lugar las hormonas del “stress”, de la alarma y del consumo de energias.

En caso de parto cesàreo, si la anestesia materna no es generale es posible, con ayuda de los operadores presentes al nacimiento, no alejar el bebè de la mamà, permitiendo a ellos de encontrarse inmediateamente a contacto, aunque si a veces el neonato puede tener reacciones màs lentas.

ROOMING IN Pag. 81

A la salida de la sala parto, para favorecer la continuaciòn de su estrecha relaciòn, la mamà y el neonato deberian quedarse en la misma càmara sea en el caso de parto espontaneo que en caso de corte cesàreo. Esto permite a la mamà de aprender a reconocer las necesidades del bebè y a responder en tiempos y modos adecuados, siendo segura de sus propias competencias maternas y habituandola a reposarse mientras el bebè duerme.

La atenciòn cotidiana al neonato sano son muy simples y requieren sobretodo disponibilidad hacia su ritmo de vida. El día se destaca por numerosos periodos de sueño alternados de pedidos de alimentos y caricias. Al nacimiento no se observan diferencias en la duraciòn de los periodos de sueño o de vela diurna respecto a aquellas nocturnas. Sòlo con el pasar de las semanas los periodos de sueño se haran mas largos de noche, intervaladas de la lactancia nocturna, particularmente importantes porque màs ricas de nutrientes.

Gradualmente mamá y el neonato encontrarán una armonía equilibrada de vida: es importante que al inicio la mamá no se asuste creyendo de ser inadecuada a la situación.

“Las mamás sanas se orientan en su deber de madre durante los últimos meses del embarazo, logrando ponerse en el lugar del neonato, desarrollando una extraordinaria capacidad de identificarse con él y esto lo rinde capaz de hacer frente a las necesidades del neonato en modo absolutamente único y que ninguna enseñanza podría igualar” (Winnicott, pediatra psicoanalista inglés, que a conducido profundos estudios de la relación mamá-neonato).

El mejor lugar donde desarrollar las relaciones mamá-bebé-familia es seguramente la casa. Generalmente, si la mamá y el bebé están bien, la dimisión viene propuesta después de 48-72 horas en el caso de parto espontáneo y después de 3-5 días en caso de corte cesáreo. Exigencias personales de anticipación/retardo del regreso a casa, no relacionadas a razones clínicas, son evaluadas caso por caso.

El regreso a casa requiere un poco de organización por el transporte seguro* del neonato (asiento homologado), por una decisión del tiempo y por un recibimiento en casa, íntima y tranquila para la mamá y el recién nacido.

LA DONACION DE SANGRE DEL CORDON UMBILICAL Pag. 84

La sangre del cordón umbilical contiene células madres del todo similares a aquella contenida en la médula ósea del cual tienen origen los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas. Por estas características pueden curar diversas enfermedades de la sangre como la anemia aplásica y la leucemia. La sangre del cordón casi siempre viene usado para la curación de estas enfermedades en los recién nacidos, aunque si últimamente ha estado empleado con suceso también en el adulto.

Para donar la sangre del cordón es necesario acertar con la/el obstetra/ginecólogo la propia idoneidad a la donación a través de la evaluación del estado de salud y los exámenes hechos, la disponibilidad del Punto de Nacimiento al análisis, firmar el consentimiento informado después de haber discutido con el profesional y a distancia de 6 meses del nacimiento hacerse un nuevo control.

La sangre viene recogida del cordón umbilical en una bolsa estéril después del corte del funículo y antes de la expulsión de la placenta. No es doloroso ni para el recién nacido ni para la madre. No hay efectos negativos en la salud de la madre y del recién nacido, cogidos a la práctica de la donación del cordón.

La sangre del cordón puede ser recogida sea en caso de parto vaginal que en caso de parto cesáreo.

Una vez hechos todos los controles, las bancas de recolección envían los datos al Registro italiano que a su vez está en conexión con el Registro mundial (que recoge más 356.000 donadores, más de 18.000 italianos), del cual es posible recavar si un recién nacido está afectado de una enfermedad curable con el trasplante de sangre del cordón y si resulta compatible, procediendo después al trasplante. Se habla en este caso, de donación del sangre cordonal **allogénica y altruística**, es decir hecha para curar una persona diversa de aquella que dona.

En Italia la sangre recogida va conservada, congelada a -196° C, a través de una de las 18 bancas para la recolección y la conservación del cordón. En Piamonte la Banca Regional tiene como sede el Hospital Regina Margherita- Sant'Anna de Torino (telf. 011 3135568, <http://www.Piemonte.airt.it/Attività/Cordonale.html>).

La media del 30% de muestras recogidas pueden ser utilizadas para trasplantes. La muestra es descartada cuando:

- la sangre del cordón recogido es inferior a 50 cc (cantidad de células estaminales demasiado bajas)
- la esterilidad en la fase de la toma de la muestra no ha estado alcanzado
- el neonato resulta portador de infecciones o enfermedades a la visita de control de los 6 meses

La normativa italiana prevee que la sangre donada esté disponible para cualquier paciente que tenga las características clínicas y de compatibilidad para tal “dono” (=para enfermos que pueden traer ventaja del trasplante de células de cordón). En el caso de familiares (hermanos o padres) afectados de enfermedades curables con células estaminales del cordón está autorizada la conservación en la banca pública de la sangre del cordón para uso familiar (**o donación dedicada**)

La conservación **autóloga**, es decir para curar al mismo donador en el caso que en un futuro se enferme, no es una práctica que se pueda demostrar eficaz y por lo tanto, actualmente no se recomienda. En Italia no está permitido la institución de bancas para recoger sangre del cordón para trasplante autólogo.

Esta práctica no soportada de pruebas eficaces y no recomendada de líneas guías internacionales a dado vida en algunos países a iniciativas comerciales que escapan al control institucional. Es sin embargo siempre posible dirigirse a bancos del exterior, solicitando al Ministerio de la Salud la autorización de la exportación de sangre del cordón umbilical, previa consulta -aunque telefónica- a través del Centro nacional de Trasplantes (<http://www.trapianti.ministerosalute.it/cnt/>). La Dirección Sanitaria del Punto de Nacimiento debe estar informadas con anterioridad de tal pedido para poder llevar a cabo así como lo solicita la ley. Los gastos que se originen (de la recolección a la entrega a través del Banco del exterior) es a cargo de la familia.

LACTANCIA Pag. 82 e Pag.106

La lactancia al seno es el proceso natural de la nutrición que la mamá asegura al bebé a través de la placenta en todos los meses del embarazo.

Durante el embarazo y el trabajo del parto el cuerpo materno se prepara a la lactancia a través de numerosos cambios que lleva a la glándula mamaria a estar lista y el cuerpo materno a acumular reservas para la producción de la leche. En el momento en el cual el bebé inicia a succionar la glándula, da inicio a la producción de la leche. La naturaleza ha dotado al recién nacido del instinto que lo guía a alcanzar el seno materno: las hormonas del parto aumentan el calor de la zona mamaria y el olfato lo orienta hacia el seno; si apenas nacido se le ubica sobre el cuerpo de la mamá, él se dirigirá hacia el pezón, lo tomará con la boca y comenzará a succionar.

Saber cuánto la naturaleza ha programado para el nacimiento permite a la mamá y a los operadores, organizar la asistencia en los primeros momentos y en los primeros días de vida del recién nacido en modo de no interferir con el normal inicio de la lactancia. Una vez iniciado, las repetidas succiones del bebé regularán las cantidades de la leche producidas por la succión y la calidad de la leche en particular la concentración de las grasas.

La Organización Mundial de la Sanidad recomienda, en los primeros días después del nacimiento, algunos comportamientos que constituyen un objetivo para todos los Puntos de Nacimientos regionales

- ayudar a las mamás para que puedan tener al neonato a contacto piel-piel inmediatamente después del nacimiento de modo que se de inicio espontáneamente la prima succión
- mostrar a las madres como alactar y como mantener la secreción láctea aún en el caso en el cual vengán separadas del neonato
- no dar a los neonatos alimentos o líquidos diversos de la leche materna, salvo que haya una prescripción médica
- colocar al neonato en la misma habitación de la madre, de modo que transcurran juntos las 24 horas del día durante la permanencia en el hospital
- alentar la lactancia al seno todas las veces que el neonato solicita nutrición
- no dar mamaderas o chupones a los neonatos durante el periodo de la lactancia
- favorecer la creación de grupos de sostén a la práctica de la lactancia también después de la dimisión del hospital

Los Puntos de Nacimiento son responsables de conciliar las necesidades de la madre y el neonato con las exigencias de organización del hospital que comporten el respeto de algunas reglas. Es necesario estar informados acerca de las reglas del pabellón (modalidad y horarios de la visita de los parientes, permanencia del padre, rooming-in, tiempos previstos para el parto o por un eventual corte cesáreo, etc.) para mejorar la comodidad de la propia permanencia en el hospital.

Cada mujer que lo desee puede dar de lactar al seno. De 100 mujeres sólo 2 ó 3 no pueden alactar a causa de alguna enfermedad grave física o psíquica. El seno puede tener muchas formas o muchas medidas que son todas adecuadas a la producción de la leche; también senos pequeños van muy bien.

En los últimos 50 años, en nuestra sociedad se han dado muchos cambios que han dispersado los conocimientos y las habilidades de la lactancia. Hoy, las mamás que desean dar de lactar al seno tienen siempre necesidad de recibir información correcta aparte del sostén de los parientes, de otras mamás expertas y de operadores sanitarios competentes, para prevenir y superar serenamente algunas dificultades que pueden rendir difícil y trabajoso la lactancia al seno.

Es útil discutir la decisión de la lactancia ya en el embarazo con el operador de referencia y/o frecuentando los encuentros de la lactancia al seno programados por los Consultorios o de los Puntos de Nacimiento, con la participación de la pareja y si es posible también de las abuelas en estos momentos informativos en modo tal que toda la familia comparta los conocimientos indispensables para un eficaz sostén a la mujer que da de lactar.

Lactancia al seno exclusivo por al menos 6 meses:

Porque sí *

- porque es bueno, nutritivo, siempre disponible. Es el alimento más digerible;
- es siempre fresco, limpio, a la justa temperatura;
- tiene la composición ideal de sustancias nutritivas: proteínas, azúcar, grasas, vitaminas, fierro, anticuerpos.
- contiene los “factores de crecimiento” específicos para el crecimiento de los órganos del recién nacido
- las grasas que contiene son aquellas apropiadas para el crecimiento del cerebro
- defiende contra las infecciones más difusas en el ambiente en el cual vivirá el bebé (los bebés que lacten artificialmente tienen más infecciones respiratorias, gastrointestinales, de las vías urinarias más otitis, más meningitis)
- aumenta la respuesta a las vacunas

- reduce el riesgo de muerte en la cuna de diabetes infantil, de problemas de ortodoncia y caries
- protege de algunas enfermedades de la edad adulta: hipertensión, obesidad, enfermedades cardio-vascular, diabetes, tumores y enfermedades crónicas intestinales
- permite comidas más cómodas de noche y en viaje
- es un ahorro para la economía de la familia

vantajas para la mamá:

- o menor riesgo de hemorragia post parto
- o recuperación física veloz después del parto
- o menos riesgo de cancer al seno y a los ovarios
- o mayor facilidad en la relación con el bebé
- o menor frecuencia de depresión post parto
- o menor incidencia de osteoporosis Porque no
- las contraindicaciones clínicas permanentes a las lactancias al seno son muy raras.

La Organización Mundial de la sanidad reconoce aquellas elencadas en el cartel de la página al costado. Pero las mujeres que se encuentran en estas situaciones la región Piemonte tiene establecido proveer gratuitamente la leche artificial hasta los 6 meses (Pag.122)

A veces se renuncia a dar de lactar al seno por el miedo de encontrar dificultad (ejem. dolor del pezón, obstrucción mamaria, mastitis, poca leche, reanudación rápida del trabajo...).

• Historia clínica de la lactancia Pag. 83

Alactamientos precedentes

NO

SI por cuantos meses

Problemas en alactamientos precedentes

Dudas/ miedos

Vinculos de trabajo

Otros

Condiciones que controindican la lactancia al seno

seropositividad HIV

psicosis post parto

tumor mamario

alcoholismo y/o toxicodipendencia

algunas raras enfermedades congènitass del neonato (ejem. galattosemia)

consumo permanente de fàrmacos controindicados •

agenesia mamaria o mastectomia bilateral

hepatitis en fase aguda

herpes bilateral al pezòn

• Nùmero telefonico para informaciòn y lactancia 800883300 pidiendo del servicio consulencia

FISIOLOGIA DE LA LACTANCIA AL SENO Pag.108

Dar de lactar con el seno debe ser un placer para la mamá y para el recién nacido. La fase inicial de “ejecución” es de empeño: puede causar fatiga y se requiere adaptarse a la nueva situación. El **conocimiento de los mecanismos predispuestos de la naturaleza** para la lactancia, la confianza en los **propios recursos** y en la **competencia del recién nacido** son de gran ayuda para superar las posibles dificultades iniciales.

También las mujeres que no dan de lactar al seno derivan ventajas del conocimiento de los mecanismos naturales que están a la base de la alimentación y de la relación mamá-bebé para seguir con conciencia los ritmos del recién nacido, y gozar del contacto físico piel-piel con el pequeño, también usando el biberón.

Como funciona la lactancia al seno?

La naturaleza ha previsto todo en los mínimos detalles: al nacimiento el seno está listo para la lactancia y el neonato tiene el instinto y la capacidad de succionar. De la primera succión en adelante es el recién nacido que succionando estimula la producción y la salida de la leche del seno, gracias a la acción de dos hormonas: **la prolactina y la oxitocina**. Solo apartándolo del seno se interrumpe la producción de la leche.

La prolactina actúa en los senos para hacer producir la leche. Más frecuentes son las succiones mayor es la cantidad de prolactina por lo tanto mayor la cantidad de leche en respuesta a la necesidad del recién nacido. Succiones muy frecuentes se realizan sobretudo al inicio de la lactancia cuando el bebé debe informar al seno de cuanta leche tiene necesidad y, sucesivamente en algunos momentos en el cual aumentan las necesidades del bebé en proporción a su crecimiento (estos periodos se llaman “saltos de crecimiento”).

Con las primeras succiones el recién nacido recibe el calostro, una sustancia muy nutriente y rica de anticuerpos que gradualmente, enriqueciéndose de agua, se transforma en leche. Con las succiones siguientes, estimulando la prolactina favorece de cuando en cuando el aumento de la cantidad de leche que llevará a la llamada “aumento lácteo”. La mamá sentirá el seno más tenso, caliente y a veces enrojecido y con un poco de dolor.

Para el inicio de la lactancia es muy importante **las succiones frecuentes y tomar correctamente el seno** de parte del recién nacido: si el neonato succionará frecuentemente, con una buena toma del pezón (Pag.110) la succión no será dolorosa. Cualquier tratamiento frío entre la succión y la presión manual del pezón para reducir la tensión y facilitar la succión, eliminarán velozmente alguna eventual molestia (Pag. 107.).

Estos principios naturales deben ser conocidos por quienes están alrededor de la nueva mamá en modo de **evitar** que se den consejos que puedan confundirla e interferir con el inicio fisiológico de la lactancia (por ejem. sugerir de dar de lactar siguiendo un horario rígido, proponer diagnósticos improvisados de “poca leche”, dar consejos de integrar con otras bebidas).

Otra hormona fundamental para la lactancia es la **oxitocina**: al momento del parto ayuda al bebé a salir del útero y favorece el instinto materno y sucesivamente hace en modo que la leche fluya del seno, enriqueciéndolo de grasas durante la succión. Por todas estas características la oxitocina es denominada hormona del amor. La producción de esta hormona fundamental sufre mucho de los estados de ánimo: si la mamá está bien, está serena (también si está cansada), no siente dolor, se siente apoyada de los parientes y operadores, si no hay nadie que la confunda y la haga sentir insuficiente, producirá abundante oxitocina que más allá de facilitar la lactancia, aumentará el bienestar propio y del recién nacido. El padre podrá jugar un rol importante en este delicado equilibrio protegiendo y sosteniendo a su pareja.

Para dar de lactar con gusto es necesario saber que:

- **la leche de la mamá es siempre buena**, es siempre nutriente, la cantidad no se reduce con el pasar del tiempo. Es normal que también cuando se inicia la lactancia el recién nacido improvisamente aumente el número de succiones. La mamá no debe deducir inmediatamente que esto sea debido a una reducción de la producción de la leche, cuando, en realidad, más probablemente esto es debido a las necesidades que implican el crecimiento del recién nacido. (“el apetito viene comiendo!).
- la leche de la mamá no se acumula en el seno entre una succionada u otra, como se pensaba una vez, **pero viene producida durante cada succión** por efecto de la succión del bebé.
- **no existen alimentos contraindicados para la mujer que da de lactar**
- las heridas al seno se previenen en los primeros días **poniendo atención a la toma correcta del pezón**, ofreciendo el seno al recién nacido como se muestra en la pag 110, sin tener temor a separarlo y a reposicionarlo si el bebé succiona provocando dolor. Ocurre ayudar a tomar el seno con la boca bien abierta sin temor de pedir ayuda a las enfermeras y a la obstetrix del Punto de Nacimiento en caso de dificultad. La **única atención eficaz** para sanar las heridas al seno es ayudar al recién nacido a succionar bien!
- existe una técnica correcta para exprimir manualmente el pezón para ayudar a la mamá, si es necesario, para prevenir el problema mamario y a llevar adelante una acumulación láctea dolorosa. A veces se puede ser útil exprimiendo alguna gota de calostro o de leche para aliviar el dolor del pezón (pag.107).
- existen aparte de los **Puntos de Sostén a la lactancia al seno grupos de ayuda recíprocas entre las mamás** que podrán ser seguramente un óptimo recurso, no solo para dar de lactar con gusto, pero también para compartir los temores, las ansias y los momentos de disgusto que cada mamá puede probar al inicio de la lactancia y de la relación con el recién nacido, pero también para compartir las alegrías y las gratificaciones que los bebés regalan cada día a sus mamás.

DECISIONES PARA EL PARTO Pag. 86

Frecuentemente durante el embarazo los pensamientos de la mujer, de la pareja, se proyectan al momento del parto y cuando la mamá encontrará a su bebé. Tales inquietudes están cargadas de expectativas y temores.

En ocasión del Balance de la Salud a 36-37 semanas del embarazo, junto con el operador del Punto de Nacimiento decidido para el parto es necesario discutir de cuanto se espera para aquel momento importante.

Más adelante se encuentra un elenco de los principales elementos de la asistencia al trabajo del parto de los cuales hay siempre diversas opciones posibles.

Manifestar los propios deseos ayudará a los operadores del nacimiento a ofrecer la asistencia más personalizada posible.

Es evidente que tales decisiones deban ser por lo tanto consideradas con flexibilidad de parte de la mujer debido a que donde las condiciones clínico-asistenciales salgan de la progresión fisiológica, podrá ser necesario un tipo de asistencia adicional no siempre compatible con todos los tipos de decisión.

Algunos requerimientos particulares, todavía no soportadas de pruebas de eficacia, en ausencia de condiciones organizativas o en contraste con normas y principios vigentes, podrían no ser satisfechas. Se sugiere de discutir preventivamente la factibilidad con el Punto de Nacimiento elegido.

La mujer tomará en consideración junto a la obstetra/ginecólogo, los aspectos abajo elencados en los cuales es oportuno manifestarse para vivir mejor la experiencia del parto. En el curso del Balance de la salud a 36-37 semanas en el Punto de Nacimiento se recibirán mayores detalles acerca de realizar las decisiones indicadas.

Las decisiones expresadas podrán ser cumplidas compatiblemente con la evolución fisiológica del trabajo del parto y con la disponibilidad del Punto de Nacimiento elegido.

BALANCE DE LA SALUD MATERNO-FETAL A TRAVÉS DEL PUNTO DE NACIMIENTO Pag.88

A 36-37 semanas el feto ha madurado las competencias para nacer; el Balance de la Salud materno-fetal va programado a través del Punto de Nacimiento elegido para el parto o individuado como adaptado por la situación clínica. En el caso de elegir el parto a domicilio debe ser hecha la evaluación de la idoneidad del parto a domicilio y el envío de la documentación al Punto de Nacimiento individuado como referimiento para el eventual transferimiento.

En este Balance de la Salud viene reevaluada: a) la historia del embarazo a través de lo registrado en la Agenda; b) el estado de salud de la mamá y bebé; c) como el organismo se está fisiológicamente predisponiendo al parto (posición del feto, nivel del fondo del útero, presencia de esporádicas contracciones,...); d) los eventuales elementos de riesgo por el mismo parto; e) se controlan los exámenes hechos en el embarazo, comprendidos aquellos recomendados entre la 33 y 37 semanas.

Viene predispuesta la cartela clínica hospitalaria que será utilizada durante la hospitalización e ilustrada a la mujer el plan de asistencia para las semanas sucesivas del embarazo, entre ellos el programa de monitoreo del bienestar fetal de 41 semanas + 0 días si el parto no se hubiera realizado.

En presencia de dudas sobre la salud de la mamá y el recién nacido que no han surgido con anterioridad, se requieren de exámenes específicos (ejem. exámenes de sangre, ecografía, registración cardiotocografía) y eventualmente otros encuentros más cercanos.

Si la situación requiere la programación de un corte cesáreo se solicitarán exámenes preoperatorios de seguir a través del hospital (incluidos en los rendimientos de asistencia del hospital para el parto cesáreo).

Este Balance de la Salud es también el momento para esclarecer las dudas que la mujer puede todavía tener (ejem. como se accede al pabellón de obstetricia, en particular de noche, si se tiene la posibilidad de ser acompañados de otros parientes, etc.) y verificar si el Punto de Nacimiento puede responder a las necesidades y a las decisiones de la mujer (ejem. situación clínicas específicas, métodos para la contención del dolor en el trabajo del parto como inmersión en el agua y analgesia peridural, donación de sangre del cordón umbilical)

EL EMBARAZO ENTRE 37 Y 41 SEMANAS ECISIONES PARA EL PARTO Pag. 90

Aùn cuando el día preciso del nacimiento no es previsible, la mayor parte de los bebès nacen cerca a la 40 semana de embarazo, es una fecha teòrica calculada a partir del primer día de la última menstruaciòn. En realidad el momento del nacimiento puede variar tambièn de 4/5 semanas respecto a la fecha calculada; en realidad se consideran los plazos del embarazo entre las 37 semanas + 0 días y las 42 semanas +0 días.

En este último periodo el bebè perfecciona la maduraciòn de algunas funciones (ejem. capacidad de respirar), adquiere peso y se posiciona para el parto. La mamá a partir de las 38 semanas generalmente respira mejor porque "el abdòmen se baja" y comienza a percibir contracciones de preparaciòn al trabajo del parto.

Si aparecen edemas (hinchazòn) a las piernas, al pulso, a la cara, perdida de sangre o de liquido amniotico, dolor al estòmago, disturbios de la vista u otra sensaciòn disturbadora o si no se siente mover el feto como habitualmente se debe ir lo màs ràpido posible al hospital para excluir condiciones de riesgo materno y/o fetal.

El plano asistencial diverso, segun las características individuales (ejem. primipara o pluripara) es realizado en colaboraciòn entre el Punto de Nacimiento y los profesionales que han seguido el embarazo.

Si el embarazo prosigue màs alla de las 40 semanas (es decir de 41 semanas + 0 días) o si se manifiestan de las indicaciones clínicas, viene prevista la ejecuciòn de la cardiotocografia (trazado cardiotocografia) para evaluar el bienestar fetal y la cantidad del liquido amniotico (AFI). Ademàs puede ser propuesto el "despegue de las membranas"* durante la visita vaginal para reducir la necesidad de inducciòn farmacològica del trabajo del parto. El despegue de las membranas puede causar fastidio, dolor, leve sangrado y puede ser causa de la rotura accidental de las membranas.

La inducciòn consiste en el hacer comenzar el trabajo del parto mediante fàrmacos (prostaglandine por via vaginal, oxitocina por via venosa) o con la amnioressi (rotura instrumental de las membranas amnioticas)

Generalmente el trabajo del parto viene inducido dentro de las 42 semanas + 0 días porque el proseguimiento resulta ser màs frecuentemente asociado a condiciones de sufrimiento y mortalidad fetal.

QUE COSA PREPARAR PARA EL HOSPITAL en espera del parto

- 1 Agenda del embarazo
- 2 Documentos de identidad
- 3 Carnet sanitario. Para las mujeres extranjeras de países pertenecientes a la Unión Europea carnet TEAM. Para las mujeres pertenecientes a países extracomunitarios y sin permiso de estadia còdigo STP (Extranjeros temporalmente presentes) que vienen dados por el ISI (Informaciòn Salud Inmigrantes)
- 4 Efectos personales para la mamá y bebè sugeridos por el Punto de Nacimiento escogido
- 5 Tanque lleno al carro y tiquet para el estacionamiento

CUANDO IR AL HOSPITAL PARA EL PARTO

- 1 cuando las contracciones son regulares por intensidad, frecuencia y duraciòn de al menos un par de horas;
 - 2 cuando hay pèrdida de "agua" (de liquido amniotico), màs que todo si el color del liquido no es claro (verde, marròn o amarillo)
- es importante ir de inmediato al hospital**
- 3 cuando la pèrdida de sangre es màs de una gota
 - 4 en todos los casos en el cual se tenga

FISIOLOGIA DEL TRABAJO DEL PARTO Pag.103

La naturaleza a programado el parto en cada detalle: normalmente el feto da la seña de inicio, estimulando las contracciones del útero y poniendose en posiciòn favorable al nacimiento. El bebè exprime así su **competencia a nacer** mientras la mamá que responde a tales estímulos, exprime la **competencia a dar a luz**. Esto sucede generalmente al final del embarazo, es decir despuès de las 37 semanas. La evoluciòn fisiologica del trabajo del parto esta influenciada de como va el embarazo y favorecido de las condiciones del ambiente*: intimidad, espacios para moverse libremente, ausencia de estímulos que den fastidio y/o interferencias (luces, rumores, preguntas y maniobras diferidas) en el respeto de la necesidad de la mujer de aislarse del externo para dejar que las fases del parto sigan su curso natural.

La progresiòn del trabajo del parto es individual y depende de muchos factores.

En las semanas que preceden el trabajo del parto, pueden manifestarse algunos síntomas que preanuncian las fases de trabajo del parto verdadero y propio:

- **contracciones saltuarias o irregulares** – son endurecimientos avisados como una compresión interna de la barriga que puede ser asociada a una sensación dolorosa en la parte baja o en la zona lumbar (espalda a la altura de los riñones); pueden manifestarse en el arco del día o de la noche, pueden ser a veces dolorosas pero en esta fase, no se intensifican por el contrario se atenúan y desaparecen en breve tiempo;
- **perdita del tapón mucoso** – el tapón mucoso es una gelatina de color blanco, amarillo o marrón que se forma al inicio del embarazo al interno de cuello del útero para proteger al bebé del ambiente externo. Al final del embarazo las contracciones que hacen efecto en el cuello del útero pueden hacerlo escapar el tapón mucoso (no más retenidos de las paredes del cuello). La pérdida del tapón mucoso no es una señal de parto inminente, puede en realidad verificarse también alguna semana antes del inicio del trabajo del parto;
- **mal de espalda** - es un dolor tipo los dolores menstruales, es debido a pequeñas contracciones que no siempre vienen advertidas; puede durar unas pocas horas o quedarse como una presencia sorda en el arco del día;
- **pérdidas vaginales líquidas y transparentes** - son debidas a las hormonas que preparan al trabajo del parto; se pueden confundir por pérdidas de líquido amniótico, pero a diferencia que estos no son continuas.

En el curso del trabajo del parto se reconocen fases diversas denominadas:

- 1 fase prodromica
- 2 fase activa o dilatante (dicha también I fase)
- 3 fase expulsiva (dicha también II fase)
- 4 secondamento (dicha también III fase)

En la **fase prodromica** la mujer se prepara físicamente y emotivamente al trabajo del parto. Se verifica la “transformación del cuello uterino”, indispensable para el pasaje a la sucesiva fase activa. El cuello del útero largo 3 – 4 cm. se acorta hasta volverse completamente plano para permitir la progresión del parto. La fase prodromica puede durar unas pocas horas o pocos días.

En las horas que preceden al trabajo del parto (de pocas horas a más de 24 horas) se pueden tener los siguientes síntomas:

- las **contracciones se hacen regulares por intensidad** (son todas igualmente dolorosas), duración (en cada contracción se reconoce la llegada de las contracciones, la culminación de la sensación del dolor y el sucesivo debilitamiento) frecuencia (el intervalo de tiempo entre una contracción y la otra es constante). Estas contracciones a diferencia de aquellas de la semana precedentes no se atenúan, por el contrario aumentan el tiempo. El dato importante no es tanto el intervalo entre una contracción y la otra, pero también la regularidad. Durante la contracción se hace difícil hablar y caminar: es necesario pararse y apoyarse a alguien o a algo;
- **pocas pérdidas de sangre** – son también colegadas a la preparación del cuello del útero, son debidas a las roturas de algunos capilares; indicando que el trabajo del parto está por iniciar; la pérdida en general es de pocas gotas, de un rojo vivo (como al inicio de la menstruación) y puede repetirse algunas veces durante el día.
- **pérdida de las “aguas” (o líquido amniótico)** - debido a la rotura del saco amniótico que envuelve al feto. El líquido amniótico por lo general es incoloro e inodoro; la pérdida del líquido es imprevisto, abundante y casi continuo. Si el saco no se rompe completamente pero se hace un foro en un solo punto, la pérdida es escasa e incostante pero se repite en el día en general asociada a los movimientos de la madre.
- **náusea y/o vómito** – no depende el haber comido y es debido a la preparación del cuello del útero, por lo tanto es una óptima señal del trabajo del parto inminente!
- **diarrea** - es debido a las hormonas que preparan el cuello del útero en los días u horas que preceden el trabajo del parto es útil para liberar el intestino y preparar el cuerpo al parto;

Los síntomas indicados pueden estar presentes, todos o sólo una parte. Las contracciones generan dolor pero son esenciales sea para la dilatación del cuello uterino como para empujar al bebé en el canal del parto. Al mismo tiempo masajean la piel del feto activándose el sistema inmunitario y ayudándolo a proteger su organismo.

El dolor más o menos intenso puede ser posible y mas soportable con diversas estrategias o fármacos.

La **fase activa o dilatante** es el trabajo del parto verdadero y propio: sirve a dilatar completamente el cuello del útero gracias a la contracción y a la presión ejercitada de la cabeza del bebé. Esta fase inicia cuando el cuello del útero esta completamente plano: las contracciones son regulares por intensidad, frecuencia y duración y la dilatación del cuello uterino es de al menos 4 cm.

La duración del trabajo del parto es variable, en media es entre las **6-8 horas para un mamá primeriza y de 3-5 horas para una mamá que ya ha tenido al menos un parto.**

A veces las contracciones no son bastantes frecuentes e intensas y puede ser necesaria la administración de la oxitocina por vía venosa para reforzarlas.

La mayor parte de los fetos afronta el trabajo del parto sin ningún problema; escuchar regularmente el latido del corazón del feto* permite de identificar los fetos que encuentran alguna dificultad. El latido cardíaco fetal, con los otros datos relevados en el trabajo del parto, viene registrado en la cartela clínica*.

La **fase expulsiva** es el momento final del trabajo del parto que lleva al nacimiento del bebé. Inicia cuando la dilatación alcanza el diámetro suficiente para permitir el pasaje del feto. La progresiva salida del feto en el canal del parto determina en la mujer la sensación de deber **acompañar las contracciones** empujando que permiten al bebé de salir a la luz y ayudan a la mamá a soportar el dolor.

A veces en esta fase pueden verificarse laceraciones espontáneas del perineo más o menos extendidas que pueden sanar por sí solas o suturadas. En otros casos puede ser necesario una incisión quirúrgica del perineo (episiotomía), en anestesia local para ampliar el anillo de la vulva y facilitar la salida del bebé.

El parto termina con la **expulsión de la placenta y de las membranas amnióticas**, generalmente a breve distancia del parto después de una hora. La expulsión de la placenta es favorecida por la oxitocina que aumenta en la circulación materna cuando el bebé va acercado al seno.

LOS PRIMEROS DIAS DESPUES DEL NACIMIENTO Pag. 106

En los primeros días después del parto la obstetra/ginecóloga controlan el útero, las pérdidas vaginales que son inicialmente de color rojo (como una menstruación abundante) y poco a poco se hace más clara hasta volverse amarilla. Las pérdidas, más bien abundante, se caracterizan por un olor particular. El pediatra hace controles al neonato para verificar su buena salud. Para los partos realizados en el hospital esto justifica los pocos días de hospitalización tradicionalmente ofrecidas a la mamá y al recién nacido; para los partos realizados en el domicilio es necesario programar las visitas de la obstetra y del pediatra.

Más allá de los controles clínicos, los primeros días es la ocasión para la mamá y recién nacido para continuar su relación, hora extrauterina, en un ambiente en el cual pueden disfrutar de la experiencia de los operadores para recoger confirmaciones y ayudas con respecto a sus necesidades. Recibir bien a la mamá y al bebé quiere decir **de parte de todos**: respetar sus ganas/necesidad de estar juntos, esforzarse de entender sus requerimientos, y comunicar serenidad. Tener al bebé al lado durante todo el día permite a la mamá de reconocer sus exigencias y de dar respuesta a tiempo; permite de adecuar los ritmos maternos a los del bebé aprovechando de sus pausas de descanso para que repose también ella. En tal modo para el organismo materno será facilitada la respuesta hormonal prevista de la naturaleza para hacer frente a los requerimientos del neonato.

A veces las ideas de tener que ocuparse desde el inicio del bebé, asistido en la habitación en lugar de confiar la atención de las enfermeras del Nido, puede asustar a la mujer. Es importante saber que la naturaleza a programado en detalle la respuesta hormonal que en presencia del bebé, sintoniza los ritmos de la vida cotidiana entre mamá e hijo. Seguir tales ritmos (cosa que en realidad es posible sólo en la casa) permite a la mujer de recuperarse rápidamente de los efectos del parto y adquirir confianza de las propias capacidades.

Los ritmos cotidianos del bebé son hechos de sueño y vela, de momentos para las caricias, para la comida y sus necesidades: son todos entre ellos relacionados y la lactancia al seno de manera normal, lo resalta.

En los primeros días serán efectuas las acciones de **prevención** actualmente recomendadas para cada neonato:

- **profilaxis ocular**= colirio en los ojos, en las primeras horas después del parto, para evitar la conjuntivitis causada del contacto con gérmenes presentes en la vagina de la mamá;
- **profilaxis antihemorrágica** = vitamina K indispensable para prevenir las hemorragias;
- **screening metabólicos y de la fibrosis quística** = análisis de sangre del talón del bebé para recoger pocas gotas en las cuales buscar algunas enfermedades que se presenten pueden ser curadas de inmediato;
- **asunción del calostro** = recién nacido, al seno precozmente en modo que pueda succionar el calostro rico de anticuerpos y de sustancias que inducen la maduración de las defensas.

La dimisión del hospital es la ocasión de un diálogo con los operadores para concluir concientemente la experiencia del embarazo y del parto y abrir la nueva fase de vida de la mujer y de la familia.

Por lo que tiene que ver en cuanto al neonato es la ocasión de completar el primer Balance de la Salud del recién nacido y registrarlo en su propia Agenda de la salud. La Agenda de la Salud del bebé es el instrumento que seguirá, con los padres y el pediatra de referimiento, la salud del hijo en todas las etapas de su crecimiento.

Para la mamá y el papá es también la ocasión para contemplar con profesionistas las decisiones anticonceptivas.

Antes de ir a casa conviene aprender el modo de exprimir manualmente el seno en caso de necesidad.

DESPUES DEL PARTO - PUERPERIO Pag. 93

Es el periodo que va del parto a cerca 6-8 semanas después; es una fase de adaptación físico o psíquico durante el cual el útero retorna a la dimensión y al tono muscular de antes del embarazo, se consolida la lactancia al seno y se regularizan los ritmos de la vida diaria de la mamá y el bebé. Es normal en este periodo las pérdidas vaginales de líquido con residuos placentarios.

Después del parto, según las exigencias personales y dentro 30-40 días es útil un encuentro con el profesional que ha seguido el embarazo para manifestar la experiencia del propio parto y para evaluar: las condiciones obstétricas, el puerperio, el bienestar psíquico o psicológico, la anticoncepción, la lactancia, la oportunidad de recibir sostén de grupos de auto ayuda o de servicios socio-sanitarios.

En presencia de pérdidas con malos olores, dolor perineal, dificultad de curación de la eventual herida, y otras molestias legadas al pavimento pélvico (pérdida incontrolada de la orina, dolor durante las relaciones sexuales, etc.), es necesario anticipar el encuentro con el profesional. Al mismo modo, en presencia de persistentes dolor al seno, ansia o cansancio significativo.

A causa del cambio hormonal y del cansancio, después del parto es bastante común sentirse triste y con melancolía. Para algunas mujeres, si esta condición continúa en el tiempo, podría ser útil un soporte psicológico y/o médico, en raros casos también farmacológicos.

Es, sin embargo importante saber que los ritmos del día se modifican naturalmente en la base de la fisiología de la lactancia y por lo tanto conviene vivir este periodo de toma de conciencia que la adaptación mamá-bebé logrará con el tiempo un armónico equilibrio. El adaptación a la nueva situación (presencia del primer hijo o de un nuevo hijo) con exigencias aparentemente muy lejanas de los ritmos de vida habitual de la familia, puede crear a veces dificultades y tensiones también en la pareja.

Existen evidencias que encuentros de grupo entre mujeres que están viviendo la misma experiencia* permiten de compartir los miedos, las ansias, etc. y de reconocer la normalidad de tales eventos y estado de ánimo. Algunas ASL ofrecen, al interno de los Consultorios, momentos de encuentro para las mujeres después del parto.

A CASA CON EL RECIEN NACIDO Pag.112

Para entender el comportamiento del neonato en las primeras semanas de vida se necesita considerar el cambio al cual es sometido en el pasaje de la vida intrauterina a aquella extra uterina que comporta un periodo de progresivo de adaptación.

El reconocimiento de las experiencias sensoriales ya maduras del feto ayuda a dar respuestas diversificadas: tocar, mecer, masajear, hacerse ver, hacerse sentir con un tono de voz que el neonato pueda reconocer, leerle historias aún si es muy chico, reproponer la música escuchada en el embarazo, etc.

La vida fetal es casi toda vivida en el movimiento: más allá a aquel del feto, también la mamá se mueve en el día. El feto recibe estímulos del líquido amniótico y de la pared del útero. De esta experiencia deriva el placer de ser mecido que lo reporta a sensaciones conocidas y placenteras.

Generalmente cuando la mamá se mueve el feto está detenido y viceversa; durante el sueño, cuando la mamá sueña, el feto está detenido, en el sueño se mueve: estas alternativas son interpretadas como el inicio de un diálogo donde, si uno habla, el otro está a escuchar en espera que llegue su turno.

La posición del feto en el útero es similar a aquella que se tiene en una hamaca: la espalda arqueada es sostenida con las extremidades que son libres de moverse. Por esto el neonato se tranquiliza si se le tiene en esta posición.

También el llanto que es un sistema muy eficaz de comunicación para reclamar la atención de los adultos, de vez en cuando le sirve para descargar la tensión de un día maravillosamente pleno de estímulos.

Durante la vida fetal el bebé ha estado alimentado continuamente a través del cordón umbilical además se llenaba el estómago cada vez que quería, deglutía líquido amniótico. No conocía ni hambre ni sed, ni sensación de estómago vacío. Con el nacimiento el neonato hace una experiencia fundamental: siente hambre y molestia, llega la mamá y el malestar y la molestia cesan; aprende poco a poco a adaptarse a estos nuevos ritmos e intervalos y a tener confianza que la mamá responderá a sus necesidades. Una vez alcanzada tal confianza, podrá permitirse de esperar, con la certeza que dentro un cierto tiempo la respuesta llegará (con la confianza aprenderá también a comprender el valor del tiempo, así obvio para los adultos)

Al nacimiento el neonato no tiene elementos para distinguir el día de la noche y sufre un brusco inserimiento en un ambiente en el cual hay la alternancia de luz y oscuridad; aprenderá a reconocer el día de la noche y sobre todo que casi todos de noche duermen y de día no. El neonato se adaptará gradualmente a los nuevos ritmos, en pocas semanas, si los padres le enseñarán diversificando el día de la noche. Por ejemplo la succión nocturna con luz suave, sin demasiados preambulos y ruidos vecinos. Al contrario, de día la succión puede ser precedida del cambio del pañal, de un masaje, de las conversaciones con la mamá, etc.

Durante el periodo neonatal el bebé duerme la mayor parte del tiempo. Existen dos tipos de sueño que se alternan cada treinta minutos más o menos: el sueño tranquilo y el sueño activo.

Durante el sueño tranquilo el rostro del recién nacido es relajado, los ojos están cerrados y los párpados inmóviles, no hay movimientos del cuerpo a excepción de alguna pequeña agitación o de leves movimientos de la boca. Durante el sueño activo los ojos están generalmente cerrados pero a veces pueden abrirse o cerrarse repetidamente, pueden haber movimientos de brazos y de piernas y de todo el cuerpo, el respiro es irregular y el rostro puede tener expresiones diversas (muecas, sonrisas, rostro enojado). Al pasar del sueño activo a aquel tranquilo (cerca cada 20-30 minutos) el recién nacido llega muy cerca al despertar y puede iniciar a lloriquear o a moverse. Es bueno respetar estos delicados pasajes entre una fase de sueño y la otra sin intervenir rápido (por ejemplo tomándolo en brazos al primer grito) en modo de no interferir en el aprendizaje del neonato de un normal ritmo de sueño.

El neonato alterna a los periodos de sueño periodos de vela. Existe un estado de vela tranquilo durante el cual el neonato se mueve poco y sus ojos están muy abiertos: es el momento en el cual estudia el ambiente que lo rodea, fija la mirada en objetos y personas, busca de adquirir cuanta más información posible. Es muy importante respetar estas fases todas de él de exploración permitiéndole de estar despierto sin que alguien lo tome de inmediato en los brazos. En otros momentos es oportuno hablarles, leerles una historia, cantarles una canción infantil, hacerle escuchar música, tomarlo en los brazos.

El recién nacido aparece muy diverso durante el estado de vela activa durante la cual esta siempre en movimiento, mira a su alrededor y emite pequeños sonidos, en general antes de las comidas.

El aprendizaje en los primeros años de vida se da en gran parte por imitación de aquello que se ve y se siente hacer alrededor de nosotros. Descubrimientos recientes han puesto a la luz como algunas estructuras del cerebro (llamadas neuronas espejo) reflejen al interno de nuestro cerebro aquel que vemos hacer de los otros y como tales informaciones se fijan en la memoria.

Es sorprendente ver con cuánta atención un neonato de 20-30 días comenzará a seguir fascinado la voz, los rasgos faciales y los movimientos de quien habla con dulzura a la distancia de 20-30 cm. para después responder buscando de imitarlo.

Reconocer desde el inicio que el neonato expresa las propias emociones y busca el diálogo con la mamá es fundamental para impostar con él una relación respetuosa, afectiva, enriquecedora para ambos.

CONVERTIRSE EN PADRE Pag.111

En las páginas de la Agenda las informaciones y las opciones propuestas son casi siempre, referidas a la mujer, pero, como se ha dicho al inicio, la intención es de incluir a la pareja que lo acompaña todo el curso. En la mente y en las emociones del padre, así como en aquella de la madre durante el embarazo, se hace espacio la idea del recién nacido así como los sentimientos y las emociones que envuelven esta idea.

En el plano concreto, en los últimos decenios, se han dado cambios que ven frecuentemente una mayor participación activa del padre a la atención del neonato y, también antes, durante el embarazo. Estar presentes a los Balances de la Salud, participar al curso de acompañamiento al nacimiento, si es el deseo de ambos, puede ser un medio para compartir las informaciones, las emociones y para saber interpretar mejor los cambios al cual la mujer va al encuentro y de consecuencia saber mejor como ser de ayuda.

En particular en los meses del embarazo un soporte atento de la pareja en relación a eventuales cambios de estilos de vida (alimentación equilibrada, abstinencia de fumar, exclusión del fumador pasivo, abstinencia del alcohol, etc.) puede ser de ayuda en cuanto tales cambios sean más difíciles, más allá que ser un estímulo para construir juntos un ambiente de vida doméstica saludable para el futuro del recién nacido. El estado de salud del padre puede tener influencias en el hijo: es por eso importante referir la historia de la propia salud unida a aquella de la propia familia para facilitar la identificación de eventuales riesgos genéticos. Además de los exámenes previstos sirven a excluir eventuales infecciones transmisibles por vía sexual. En previsión del Balance de la salud a 36-37 semanas del embarazo una serie de decisiones se rinden posibles para vivir el trabajo del parto y el nacimiento del hijo en el modo más cercano a las expectativas de ambos padres: hablar con la pareja y hablar juntos con los operadores del nacimiento permite de realizar, en el límite del posible, los deseos expresados. Estar presentes en el parto puede ser una experiencia única. Es importante reflexionar juntos como vivir lo mejor posible para no correr el riesgo de afrontarlo sintiéndose en cualquier modo obligado (... "porque todos los papás deben asistir al parto".... "yo no puedo ser de menos".... "todos mis amigos lo han hecho"). En realidad estar presentes en la sala parto no es ni "justo" ni "errado", depende de la propia cultura, de la propia emotividad, de las decisiones efectuadas en pareja, de como se siente en el momento y del contexto y no tiene nada que ver con los sentimientos que se prueban hacia la propia pareja y hacia el hijo.

El rol de pareja/papá al momento del nacimiento, como en las semanas siguientes es aquel de garantizar un sostén emotivo, una presencia afectuosa, una mediación y protección en el confronto del ambiente externo. Para ser eficaz tal sostén debe respetar los tiempos y los modos con el cual cada pareja mamá-bebé expresan sus emociones.

Sobre todo al primer hijo, la pareja es llamada a reorganizar los propios tiempos, los espacios y la necesidad también práctica de la vida cotidiana y de la propia relación. Durante el periodo de adaptación y consolidación de los cambios requeridos de la nueva familia, puede ser útil que el padre, conciente de las naturales competencias maternas de la neomamá y de las decisiones hechas en el embarazo la sostenga y la refuerce en cuanto a los pareceres externos. El conocimiento de la particular emotividad de la neomamá en los primeros meses de vida con el neonato lo ayudará a no descuidar eventuales síntomas de malestar de la mujer que podrían ser resueltos también con la intervención de profesionales especializados (psicólogos, psiquiatras, neuropsiquiatra infantil). Saber que el neonato es capaz de meterse en relación ya desde el inicio con el adulto que se responsabiliza de él puede ayudar al padre a ganar una cierta reticencia en el cuidarlo, manejarlo, conversar con él, aún reconociendo actitudes de atención diversas de la mamá y al papá sin confundir los roles que tradicionalmente son más maternos o más paternos.

ORIENTACION SOBRE LA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS Pag. 102

En cada ASL esta presente un Servicio para la Higiene de la Alimentación y Nutrición (SIAN) que tiene el deber de:

- tutelar a los ciudadanos de los riesgos legados a los alimentos a través de controles de calidad y seguridad
- contrastar los factores de riesgo nutricional a través de la información, la educación sanitaria sea del ciudadano que de aquellos que trabajan en la cadena de producción y distribución de los alimentos, también mediante intervenciones personalizadas de consultoría dietético-nutricional. El cuadro siguiente evidencia las precauciones higiénicas recomendadas en el embarazo en confrontación de la posibilidad de contaminación de algunos alimentos.

Alimento	Tipología		Consejos para el consumo
Cereales	Todos los tipos	😊	
Tortas	No rellenas	😊	
	Rellenas	⚠️	Atención al consumo de dulces hechos en casa con uso de cáscara de huevo. Pueden tener Salmonella
Quesos	Quesos de estación	😊	
	Quesos blandos/ semiblandos con corteza y moho (ejem.gorgonzola, brie)	🚫	Evitar. Pueden tener "Listeria monocitogenes"
	Mozzarella - Queso para untar (stracchino, crescenza)	😊	Evitar la conservación prolongada después de la apertura
Leche, Yogurt	Fresco o a larga conservación (UHT)	😊	
	Leche cruda comprada del distribuidor, Leche cruda de cabra	⚠️	Consumir después de hervida Evitar la compra directamente de los centros de crianza
Huevos	Cocinados (tortilla, fritos)	😊	
	Crudos o poco cocinados (huevo en cáscara, al plato, mayonesa, crema tiramisù hecho en casa)	⚠️	Lavarse las manos después de haber tocado la cáscara y consumir dentro del día sucesivo crema o mayonesa. Pueden tener Salmonella
Carnes	Carnes crudas molida o carnes crudas a tajadas (carpaccio)	⚠️ 🚫	Evitar las molidas. El carpaccio a tajadas va consumido inmediatamente después de la preparación De evitar para las mujeres con TOXO-TEST NEGATIVO
	Carne en lata	⚠️	Consumir inmediatamente después de la apertura, evitar la conservación
	Carnes ahumadas	⚠️	Consumir inmediatamente después de la apertura de la confección De evitar para la mujer con TOXO-TEST NEGATIVO
Productos de salchichería	Carnes saladas estacionales: jamón crudo, bresaola, speck, bacon	😊	
	Salchichas estacionales de gruesas dimensiones: Ungherese, Milano, Crespone	😊	
	Salchichas frescas (salchicha) o poco estacionales chicas (cacciatore) Producción familiar	⚠️ 🚫	Consumir con moderación o evitar: puede haber Salmonella De evitar para las mujeres con TOXO-TEST NEGATIVO
	Carnes saladas Cocinadas: jamón cocido, mortadela, porchetta	😊	de conservar en frío bien protegido evitando la conservación prolongada
Pescados	Pescados crudos (sushi, sashimi, etc.)	🚫	Evitar Pueden tener "Listeria monocitogenes"
	Pescado cocinado	😊	Pesci di piccole dimensioni
		⚠️	OK pescados de pequeñas dimensiones; No superar, para pez espada, atún, una porción semanal con el fin de evitar la acumulación de posibles inquinantes (metilmercurio)
	Pescado ahumado	⚠️	Si, consumir inmediatamente después de la apertura Pueden tener "Listeria monocitogenes"
	Moluscos/Ostricas/crustáceos	⚠️	Consumir solo cocinados
Fruta y verdura	Fruta	😊	Mejor sin cáscaras
	Fruta en lata	😊	Consumir inmediatamente después de la apertura evitar la
	Verduras en bolsas cortadas, prelavadas y confeccionadas	⚠️	Consumare solo dopo accurato lavaggio
	Verduras congeladas	😊	
	Hierbas aromáticas (albahaca)	⚠️	Consumir cocinada
	Ensaladas ya prontas al bar o en gastronomía)	🚫	Evitar: Pueden tener Listeria onocytogenes" y Toxoplasma gondii
Residuos de alimentos cocinados		⚠️	Conservar en frío no más de 2 días en confecciones cerradas. Comer sólo después de haberlo calentado

Fonte: ASL TO5 - Ce.I.R.S.A. (Centro interdepartimentale Ricerca e documentazione Sicurezza Alimentare)

EL PERCURSO DEL NACIMIENTO Y LA COLECTIVIDAD Pag. 118

Al final del curso asistencial es oportuno compartir algunas consideraciones del valor social de una asistencia adecuada al Percurso del Nacimiento y al sucesivo Percurso Crecimiento del recién nacido. La asistencia pública a lo largo de todo el Percurso del Nacimiento es enteramente gratuita, pero esto no significa que no tenga un costo. Para cada embarazo/parto con progresión fisiológica y parto vaginal natural, ocurrido en el hospital, se puede calcular con los criterios actuales (costo de los exámenes, de los cursos de acompañamiento al nacimiento, del internamiento hospitalario, de la asistencia después del parto) un gasto promedio de 2500-3000 Euro. Este gasto es financiado por el Servicio Sanitario Regional pero después de todo estos gastos son solventados por toda la colectividad a través de las tasas que cada ciudadano paga al Estado/Región. La toma de conciencia de la importancia del contributo de cada uno a la salud de todos y, en lo específico, a la salud de la nueva generación de ciudadanos, debe rendir mayormente responsables hacia un uso apropiado de los recursos puestos a disposición. Y más que todo en particular donde el sistema sanitario público ofrece un curso asistencial completo y gratuito basado en las mejores pruebas de eficacia. La salud no es sólo un derecho de la persona individual es de la colectividad entera: la salud de cada uno es interés de todos.

El otro valor social al cual se quiere hacer referimiento es aquel de la **salvaguardia del ambiente**, en particular para las nuevas y futuras generaciones:

- el uso de sofisticadas técnicas de diagnóstico, limitadamente a las indicaciones apropiadas para cada examen, así como el uso de productos para la primera infancia, sin ceder a las ilusiones de la publicidad comercial, permite un ahorro energético más que un ahorro económico para la familia;
- la lactancia al seno, más todas las ventajas para el bebé, comporta un ahorro ecológico: menos herbicidas, menos embalajes de cartón, plástico, vidrio, menos residuos sólidos, menor consumo de energía para la producción, conservación y preparación de la leche artificial;
- el uso de pañales ecológicos reduce la cantidad de residuos de eliminar y la enorme cantidad de agua necesaria para la fabricación de pañales desechables;
- el intercambio con otros padres cuanto necesario para el bebé, que si usa por tiempo limitado (por ejem. asiento para automóvil, cochecito, vestiditos, etc.) consiente de reducir el consumo de energía para la producción y la distribución y venta de productos para la primera infancia.

La **salud del recién nacido** en el sentido más amplio de término salud (física, psíquica, relacional, ambiental) dependerá también del mundo en el cual se le hará crecer, para lo cual vale la pena de:

- No desperdiciar agua, energía, alimentación
- proteger el ambiente alrededor nuestro, en casa y fuera
- promover una alimentación sana
- privilegiar la movilidad a pie, en bicicleta, con los medios públicos
- privilegiar los bienes producidos respetando los derechos humanos
- sostener el derecho de la educación, a la salud y a un ambiente vivible sin la exclusión de los hijos
- promover la amistad entre niños y jóvenes de diversas nacionalidades
- educar a relaciones basadas en la comunicación y la no violencia.

MEDIDAS REGIONALES EN FAVOR DE LA FAMILIA Pag.121

Sobre los derechos consagrados en el presente documento la región de Piemonte garantiza:

INTERVENTOS DE APOYO A LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD

Mujeres solas que necesitan de un sostén económico-social a la maternidad

(DGR N. 11 – 7983 del 31/07/2008)

Para las mujeres solas en dificultad económica están previstas formas de sostén que pueden ser activadas desde la dimisión del hospital después del parto; estas formas de sostén previenen la posibilidad de:

- poner madre y bebé en comunidad mamá/bebé, en “grupos departamentos” o en otras estructuras adecuadas a las exigencias específicas
- un sostén económico
- un sostén educativo, también en el propio domicilio
- visitas domiciliarias en colaboración con el consultorio pediátrico
- facilidades en los asilos nidos o en otros servicios socio-educativos para la infancia
- proyectos para la inclusión laboral de la madre

Para las madres extranjeras todo el percurso, cuando es necesario, prevee la ayuda del mediador intercultural.

INTERVENTOS A SOSTEN DE LA FAMILIA

Son además previstos diversos interventos a sostèn de la familia: en particular, la Regiòn sostiene la actividad de los Centros para la Familia, actividades en toda la regiòn de los servicios sociales en colaboraciòn con los servicios sanitarios.

Las actividades prevalentes de los **Centros para las Familias** son:

- ventanilla informativa sobre los servicios y los interventos en favor de las familias
- sostèn a la pareja y mediaciòn familiar
- consulencia psicològica-educativa para el sostèn a la paternidad
- activaciòn de grupos de auto-mutuo-ayuda (por ejemplo, para padres con hijos neonatos)

La Regiòn Piemonte asigna además recursos específicos a fin que los servicios socio asistenciales activen sin demora, desde el nacimiento del bebè, y al menos para todo el primer año de vida (extensible hasta el tercer año), interventos de soporte a la familia que encuentre de las dificultades, sean estas de tipo econòmico, o legadas a la discapacidad, patologias o al nùmero de los hijos neonatos (se piense al caso de una nacimiento de gemelos).

Para obtener informaciòn de las iniciativas descritas es posible dirigirse a los servicios sociales de la propia zona o directamente a los Centros de Familia

SUMINISTROS GRATUITOS DE SUSTITUTOS DE LA LECHE MATERNA

DGR N. 13-8266 DEL 25/02/2008

La Regiòn Piemonte, en la directiva regional para la promociòn de la lactancia al seno, a definido las situaciones en el cual esta prevista los **suministros gratuitos de sustitutos de la leche materna**.

La leche artificial se da gratuitamente a las mamàs sujetas a las **controindicaciones absolutas a la lactancia al seno, continuativas o temporaneas, indicadas de la Organizaciòn Mundial de la Sanidad:**

- Sieropositività al virus HIV y sida declarado
- Sieropositività HTLV (virus responsable de una rara forma de leucemia)
- Psicosis post partum
- Càncer mamario
- Alcoholismo y toxicoddependencia
- Herpes bilateral al pezòn
- Hepatitis en fase aguda
- Asunciòn permanente de fármacos y sustancias controindicadas (pag.....)
- situaciòn particular (agenesia mamaria y mastectomia bilateral, muerte materna)
- enfermedades metabòlicas del neonato: grave enfermedad hereditaria

ITER BURQCRATICO DE LA DECLARACION DE NACIMIENTO Y EL RECONOCIMIENTO DE LOS NINOS Pag.119

DECLARACIÒN DEL NACIMIENTO

Cuando se da un nacimiento es **obligatorio dentro de 10 días** hacer la **declaraciòn del nacimiento** para la inscripciòn del nuevo nacido en el registro comunal del estado civil. En otros tèrminos **la registraciòn del bebè al anàgrafe** informa al Estado Italiano de la presencia de un nuevo ciudadano que desde ese momento goza de todos los derechos del ciudadano italiano menor.

El **reconocimiento** es la declaraciòn de uno o de ambos padres que el recièn nacido es el propio hijo con la consiguiente asunciòn del **legame jurídico de filiaciòn**, que eso es decir el padre, la madre o ambos se presentan como padres asumiendose los deberes ante el Estado que eso comporta respecto al hijo. El reconocimiento puede darse contextualmente a la declaraciòn del nacimiento y en general es así para las parejas casadas, o en tiempos diversos (prereconocimiento en curso del embarazo o sucesivamente para padres de 16 años, o por situaciones de reconocimiento separados de parte de los padres).

La declaraciòn del nacimiento⁷ puede ser hecha a través de la Direcciòn Sanitaria del Hospital o a través de las oficinas del Estado Civil del Comune donde està situado el Hospital

⁷El atestado de nacimiento será entregada exclusivamente del personal sanitario que asistido al parto que atesta y firma de haber asistido al parto de la señora..... del cual ha nacido un neonato de sexo..... El parto se a dado a las horas..... en..... del Municipio de.....

En el atestado de nacimiento no debe ser indicados ni el nombre ni apellido del neonato

La declaraciòn de nacimiento en su lugar, que atesta el nacimiento de una persona, especifica las informaciones que lo identifican (nombre, apellido, fecha y hora de nacimiento, Comune de nacimiento

La declaración debe ser hecho presentándose con el **ATESTADO de NACIMIENTO** del recién nacido a uno de los siguientes oficinas:

- en la Dirección Sanitaria del Hospital en el cual se a dado el parto **dentro 3 días** del nacimiento.
- o en el Anàgrafe del Comune donde se a dado el nacimiento **dentro 10 días** del nacimiento.

El Atestado de Nacimiento, en general viene transmitido directamente del reparto a la Dirección Sanitaria del Hospital para la inscripción en hospital, mientras para la registraciòn en la Oficina Anàgrafe del Comune, el atestado viene consignado a los padres al momento de la dimisiòn.

IL RICONOSCIMENTO

El recién nacido puede ser reconocido de ambos padres, o sòlo de la madre o sòlo del padre.

Posibles situaciones:

- **Pareja casada: es suficiente la presencia de uno de los padres**, portando un documento de identidad de los dos padres
- **Pareja de convivientes: es necesario la presencia de ambos padres**, portando sus documentos de identidad. Ademàs es posible valerse del PRERECONOCIMIENTO de efectuar durante el embarazo a través de la Municipalidad de residencia. Con el prereconocimiento es posible acelerar las prácticas sucesivas de reconocimiento: despuès del nacimiento un sòlo padre presentará los documentos preparados con anticipaciòn como para las parejas casadas.
- **Madre sola:** es necesaria la presencia de la madre con un documento de identidad. Tambièn la madre sola puede valerse del derecho de **PRERECONOCIMIENTO**

Si el padre que reconoce o ambos los padres tienen menos de 16 años debe intervenir un tutor.

- **Madre con edad inferior a dieciseis años y padre que a cumplido los 16 años de edad:** si el padre tiene la intenciòn de reconocer al recién nacido, el neonato puede ser reconocido inicialmente sòlo del papà y sucesivamente tambièn de la madre al cumplimiento de los 16 años.
- **Madre y Padre con edad inferior a dieciseis años:** hasta el cumplimiento de dieciseis años el reconocimiento no puede ser efectuado directamente de los padres; ocurre en este caso solicitar la asistencia del servicio social para iniciar las procedimientos necesarios a la **custodia temporal** del neonato así como està definido por la ley. La ley prevee en realidad que el procedimiento de la adopciòn del recién nacido pueda ser mantenida pendiente si la madre se queda con el neonato y continúa a asistirlo (eventualmente con la ayuda de los parientes, en particular de los padres). El Tribunal de Menores por pedido de la madre y decidiendo por cuenta propia ("de oficio", dice la ley), puede aplazar el procedimiento de adopciòn hasta el cumplimiento de los dieciseis años. Mientras tanto el recién nacido serà dado a los padres de la madre o, si fuera necesario, a otros; ocurre siempre, pero, que la madre lo asista y continúe a mantener contacto con èl. El apellido del recién nacido queda en este perìodo aquel que le ha dado el Estado Civil. Cuando la madre habrà cumplido dieciseis años, podrà reconocerlo inmediatamente o pedir al Tribunal de tener todavìa suspendida la decisiòn (por no màs de dos meses).
- **Para las mujeres** que entienden valerse del derecho de **no reconocer al neonato:** la ley italiana permite a la mujer de decidir si reconocer o no el propio hijo y de hacerlo libremente. Si la mujer no lo reconoce en los dieciseis días del nacimiento y si no hay reconocimiento de al menos de parte del padre, en el Tribunal para menores de competencia al lugar de nacimiento vendrà abierta un expediente de adopciòn del recién nacido, que se le inventará un apellido (se le da, como el nombre, del Estado Civil del Municipio) y en breve tiempo (màximo dos meses) el bebè serà dado a una pareja que ya a estado indicada idònea para la adopciòn y serà declarada adoptable. Despuès de un año de etapa preadoptiva y si todo ha ido bien serà adoptado de esta pareja, volviendose hijo de ellos.

La ley garantiza a la mujer la reserva de su identidad (nombre, apellido y direcciòn seran mantenidos en secreto) y las razones de no reconocimiento seran conocidas sòlo de los operadores y de los magistrados para menores.

Si la mujer no ha todavìa decidido si reconocer o no, puede pedir al Tribunal de menores, por medio de los operadores que la siguen y sin meter su firma y hacer saber como se llama, de poder tener todavìa un poco de tiempo para la decisiòn definitiva. El Tribunal si recibe este pedido puede fijar un perìodo no superior, sin embargo, a dos meses para que la mujer pueda decidir sin que el recién nacido venga declarado adoptable. No basta, pero, hacer sòlo el pedido, ocurre tambièn que la mujer mantenga contacto con el bebè: debe ir a encontrarlo (en la sistemaciòn que ha estado encontrada para èl) sin que ocurra por esto alguna particular autorizaciòn, y debe estar cerca (la ley dice "asistir"). Pueden intervenir, si estan o desean hacerlo, tambièn los otros parientes del neonato, autorizados del Tribunal.

Transcurrido el periodo fijado, el Tribunal decidirà si declarar adoptable el recién nacido (en este caso la mujer no podrà tener algun contacto con èl)

Si, en su lugar, el Tribunal considera que la mujer no ha abandonado al bebè y se ha ocupado bien en el perìodo de suspensiòn del proceso, puede tomar una decisiòn diversa: en particular la responsabilidad del neonato a la mujer o a otro pariente o tambièn, temporaneamente, a otra familia pero, por lo tanto, no para ser adoptado.

- **madre/padres extranjeros extracomunitarios con residencia regular:** es posible reconocer al neonato con las mismas procedimientos descritas en los puntos precedentes (del 1 al 5). Una vez efectuado el reconocimiento es necesario acercarse a la propia embajada para efectuar la inscripción del neonato presentando los siguientes documentos: denuncia del nacimiento del anàgrafe, pasaporte, permiso de estadía.
- **madre/padres extranjeros extracomunitarios con residencia no regular:** es posible reconocer el neonato con las mismas procedimientos descritas en los puntos precedentes presentándose a la oficina con dos testigos y el pasaporte de ambos padres, en el caso de pareja casada o de convivientes o de la madre, en el caso de mujer sola. Una vez efectuado el reconocimiento es necesario acercarse a la propia embajada para efectuar la inscripción del neonato presentando los siguientes documentos: denuncia del nacimiento dada por el anàgrafe, pasaporte
- **madre/padres extranjeros extracomunitarios sin documentos de identidad:** se aconseja ya durante el embarazo:
 - dirigirse a los centros ISI para la obtención del documento STP que tienen derecho a la asistencia sanitaria en todos los servicios públicos y/o convenionados por la Región y que puede ser utilizado como documento para el reconocimiento del neonato en la Dirección sanitaria del hospital en el cual se ha dado el parto;
 - iniciar las prácticas burocráticas necesarias para el reconocimiento del neonato también en la propia embajada. Las mujeres sin permiso de estadía tienen la posibilidad de solicitarlo hasta cuando dure el embarazo y por 6 meses sucesivos al parto. Para facilitar el inicio de la práctica en la propia embajada se puede dirigir al operador que sigue el embarazo para que se meta en contacto con los servicios sociales.

En la situación de los dos puntos precedentes: una vez completada la práctica de regularización es posible hacer el prereconocimiento o sea reconocer el bebé durante el embarazo antes del nacimiento. Para el prereconocimiento es necesario dirigirse al Municipio donde la mujer/pareja vive.

- En el caso de una **mujer con visa turística** es necesario dirigirse al centro ISI porque algunos tipos de visto no dan derecho a la asistencia sanitaria en los servicios públicos/convenionados de la Región.

PROCEDIMIENTO PARA LA INCLUSIÓN DE LOS NIÑOS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Para la **inscripción al Servicio Sanitario** es necesario el código fiscal del neonato, que viene dado por la Agencia de las Entradas. Con estos documentos se acerca a las oficinas de la ASL (Oficina Elección y Revocación) donde al momento de la inscripción del recién nacido al Servicio Sanitario se elegirá un pediatra entre aquellos disponibles en la zona de residencia.

Donde no hay pediatras disponibles el neonato puede ser inscrito al médico de medicina general.

Con este acto el bebé puede acceder a los servicios previstos del sistema sanitario regional para los ciudadanos menores.

OPPORTUNITA' PER LA CONCILIAZIONE VITA-LAVORO Pag. 123

LICENCIA POR MATERNIDAD

Mamà trabajadora

Esta previsto el derecho a la licencia por maternidad: cada mujer, según la normativa vigente, puede ausentarse del trabajo por un periodo que dura dos meses antes del nacimiento del hijo y tres meses después o un mes antes del nacimiento y cuatro después.

Si el recién nacido ha nacido prematuramente respecto a la fecha prevista, la mujer puede escoger de estar a casa también por el periodo de días que no ha gozado antes del parto.

Para poder gozar de la licencia por maternidad es necesario presentarse al empleador el certificado de nacimiento o una declaración sustitutiva dentro treinta días del nacimiento del bebé. Actuando así cada mujer recibe el 80% del sueldo (muchos contratos de trabajo prevén la integración al 100%)

Tal periodo cuenta sea como antigüedad de servicio que por el cálculo de la 13ª y de las vacaciones. Además la mujer puede solicitar, si lo considera necesario, vacaciones o permisos además de la licencia de maternidad.

Mamà en movilidad

La licencia no se calcula en el periodo de permanencia en las listas mientras continúa a ser pagada la identidad de movilidad por el periodo máximo previsto. La mujer no viene cancelada de la lista si, durante la licencia, rechaza una oferta de trabajo o de iniciar cursos de formación. Si en su lugar la mujer viene despedida por cese de actividad de la empresa o al vencimiento no le viene renovado el contrato a plazo, recibirá igualmente la identidad de maternidad.

Mamà desocupada

Una mamá desocupada tiene el derecho a la identidad de maternidad si, al inicio del periodo del licenciamiento, tenía derecho a la identidad de desocupación.

Para las **mujeres que no trabajan o que, aún trabajando, no han reunido los requisitos mínimos** para aprovechar de la licencia de maternidad son previstas otras formas de sostén.

Para las mujeres **residentes en el Comune de Torino** son previstos cheques de maternidad y cheques a las familias con tres menores. Las informaciones para aprovechar del contributo se pueden encontrar en el sitio <http://www.comune.torino.it/assegni> o a las Oficinas Cheques a la Familia – División Servicios Sociales del Municipio de Torino, via I. Giulio, 22 Torino – Número Verde 800732040.

Las mujeres **residentes en las otras municipalidades** pueden dirigirse a las Oficinas de la Política Social de la municipalidad y pedir información relativas a iniciativas análogas

Mamà libre profesional

Puede ausentarse del trabajo por un p puede utilizar la licencia de maternidad e solicitar al ente de la seguridad social el reembolso de maternidad que el importo varia según la actividad (para mayor información dirigirse directamente al ente de la seguridad).

Mamà empresaria

Tiene derecho a la licencia de maternidad previo pedido al INPS (para mayor información dirigirse directamente al ente de la seguridad social)

Mamà trabajadora autónoma

(artesana, comerciante, cultivadora directa) o parasubordinada

Puede decidir de estar a casa del trabajo para la licencia de maternidad.

Para las mujeres trabajadoras que tienen un rol **dirigente** a la dependencia de un empleador privado, valen los mismos derechos de las otras trabajadoras y a la misma tutela previdencial de parte del INPS.

También para las **colaboradoras domesticas** es previsto el derecho a la licencia de maternidad pero para obtener la indennita la trabajadora debe tener al menos 6 meses de contributos semanales en el año precedente o un año de contributos en el bienio precedente.

Las mamàs con un **contrato a proyecto** co.co.co., asociada en participación o titular de rèdito autónomo ocasional, de cargas corporativas, inscritas a la gestión separada INPS pueden pedir la licencia de maternidad y la relativa indennita por 180 días complessivos siempre y cuando se abstengan del trabajo. Es además prevista una proroga del reporte del trabajo por otros 180 días (para mayor información es necesario dirigirse al INPS)

Mamàs adoptivas y de confianza

Las mamàs que han adoptado un recién nacido en ámbito nacional e internacional tienen derecho a la licencia de maternidad por 5 meses a tener efecto del ingreso del menor en familia. En caso de adopción internacional es posible disfrutar de la licencia también en el periodo de permanencia al exterior o en alternativa, escoger una licencia no retribuida.

En caso de responsabilidad del menor la licencia de maternidad puede ser beneficiado dentro el periodo de 5 meses de la responsabilidad y por un periodo complessivo no inferior a 3 meses.

En el caso de adopción o de responsabilidad de bebès que no tengan más de seis años se puede pedir la licencia de maternidad por los primeros tres meses sucesivos al efectivo ingreso en familia y si los bebès vienen de un país extranjero, también si tienen más de seis años!

LICENCIA POR PATERNIDAD

Es previsto para el padre la posibilidad de disfrutar de la licencia de paternidad después del nacimiento. La licencia retribuida le corresponde también al padre, donde la madre no lo haya pedido, mientras la licencia no retribuida puede ser pedido también contemporaneamente.

Papà trabajador

En la condición de único padre o en el caso en el cual la mamà este gravemente enferma, tiene derecho a ausentarse del trabajo por un periodo (=licencia de paternidad) y que dura por todo el tiempo que le corresponde a la mamà (compleativamente cinco meses). Para poder aprovechar de la licencia de paternidad es necesario presentar al empleador el certificado que demuestre la muerte, el abandono, la grave enfermedad de la mamà o la responsabilidad exclusiva del recién nacido. Cada padre recibe el 80% del sueldo (muchos contratos de trabajo prevén la integración al 100%) y puede contar el periodo de ausencia como ancianidad de servicio, también a los fines de 13° y de las vacaciones, más que solicitar, si lo retiene necesario, vacaciones o permisos respecto a la licencia por paternidad.

Papà en movilidad

[Per l'uomo in mobilità, il periodo di congedo on riduce il periodo di permanenza nelle liste e continua a essere pagata l'indennità di mobilità per il periodo massimo previsto. L'uomo non viene cancellato dalla lista se, durante il congedo, rifiuta un'offerta di lavoro o di avviamento a corsi di formazione.](#)

Para el **papà trabajador dirigente** a la dependencia de un empleador privado, valen los mismos derechos de los otros trabajadores y la misma tutela previsional de parte del INPS

Papà adoptivo o responsable

En caso de adopción nacional o internacional el padre puede aprovechar de la licencia de paternidad por 5 meses del ingreso del menor en familia. En caso de adopción internacional, la licencia puede también ser beneficiado en el periodo pasado al exterior.

Si el **padre esta inscrito a la gestión separada INPS** (co co pro, asociado en participación, etc.) puede beneficiar de la licencia de paternidad y de la relativa indemnidad siempre que:

- la mamá no haya ya pedido la licencia
- la mamá no este o sea gravemente enferma
- el menor sea estado responsabilizado al padre para el periodo de permanencia al exterior

El papà puede sin embargo solicitar una licencia no pagada con derecho al mantenimiento del puesto.

El **papà** puede pedir la licencia por paternidad por los primeros tres meses sucesivos al efectivo ingreso en familia en el caso en el cual el bebe:

- no tenga más de seis años, a menos que el bimbo provenga de un país extranjero
- no haya ya pedido la licencia la mamá
- la mamá no esté gravemente enferma

LICENCIA PARENTAL

Si la mamá o el papà tienen un trabajo dependiente, después de la abstención por maternidad/paternidad pueden solicitar la abstención del trabajo que se llama **licencia parental**.

Mamá y papà pueden acceder a la licencia también **contemporaneamente**.

El derecho puede ser ejercitado hasta los 8 años de edad del bebé y por un periodo **continuativo o fraccionado** por una duración máxima de 6 meses. Esto significa que se puede tomar aunque por un sólo día.

En el caso de padre único (mamá sola o papà solo) se tiene derecho a acceder de un periodo de licencia continuativa o fraccionada para la duración máxima de 10 meses. En cada caso si se piden al menos tres meses consecutivos, la duración máxima llega a 11 meses. Es importante recordarse de avisar con anticipación al empleador al menos con 15 días antes de la fecha en el cual se desea iniciar la abstención del trabajo.

En cuanto a lo de la indemnidad, el INPS dará el 30% de la retribución hasta los 3 años de edad del recién nacido. Sucesivamente no está prevista alguna retribución a menos que el rédito del solicitante (madre o padre) sea inferior a 2,5 veces al tratamiento mínimo de pensión (para información a través de la entidad de seguridad social)

El periodo de licencia viene calculado en base a la ancianidad del servicio.

Las mamàs **trabajadoras autonomas** y las mamàs con hijos nacidos a partir del 1° enero 2000 tienen derecho a la licencia parental comprensivo de tratamiento económico limitadamente a 3 meses y dentro el primer año del nacimiento del bebé.

Las trabajadoras a proyecto o categorías asimiladas, inscritas a la gestión separada INPS, tienen derecho a una indemnidad por licencia parental, inmediatamente a un periodo de 3 meses dentro el primer año del nacimiento del bebé.

Son excluidos del derecho a la licencia parental los trabajadores y las trabajadoras empleadas al servicio doméstico, los trabajadores y las trabajadoras a domicilio y aquellos que son inscritos a la gestión separada del INPS, los llamados parasubordinados (ejem. co.co. pro).

Las mamàs y los papàs adoptivos pueden gozar de la licencia parental cualesquiera sea la edad del bebé, dentro 8 años del ingreso del menor en la familia, pero podran recibir la relativa indemnidad sólo por los periodos de licencia gozados en los 3 primeros años del ingreso del menor en la familia.

Si los hijos son dos o más es posible gozar de los meses de licencia previstos para cada uno.

REPOSO DIARIO

Durante el primer año de vida del recién nacido sea la mamá que el papá tienen la posibilidad de aprovechar de los reposos diarios.

La mamá

Si tiene un **horario superior a las 6 horas** puede disponer de dos reposos también acumulables en el día. Una hora por cada reposo.

Si tiene un **horario inferior a las 6 horas** puede disponer de un sólo reposo.

En el caso en el cual la mamá envíe al hijo a un Asilo nido o a una estructura idónea instituida de la empresa en la unidad productiva o cerca de ahí, el período de reposo tiene la duración de ½ hora.

En el caso de **parto múltiple** los reposos se duplican y las horas adjuntas pueden ser utilizadas del papá.

En el caso de **adopción** valen las mismas reglas dentro del primer año del ingreso del bebé en la familia. Si vienen adoptadas dos o más bebés los reposos se duplican.

Es necesario saber que desde el punto de vista de retribución, los reposos corresponden a todos los efectos a la duración y a la retribución del trabajo. Por lo tanto el INPS interviene sobre el entero importe de la retribución. Por cuanto tiene que ver los aspectos previdenciales los reposos son cubiertos de contribuciones figurativas.

El papá

Puede valerse de reposos diarios en los casos en el cual:

- el hijo o los hijos sean confiados sólo al papá;
- la mamá trabajadora dependiente no los utilice;
- la mamá no sea trabajadora dependiente;
- la mamá sea trabajadora autónoma o libre profesional;
- por la muerte o una grave enfermedad de la mamá.

Sólo en estos casos, el papá puede disponer:

- de dos reposos también acumulables en el día, si tiene un horario superior a 6 horas (una hora para cada reposo)
- de un sólo reposo, si tiene un horario inferior a las 6 horas
- de un período de reposo de duración de 1/2 hora, en el caso en el cual goce de Asilo nido o de estructura idónea, instituida de la empresa en la unidad productiva o en cerca de allí.

LICENCIAS Y PERMISOS por las enfermedades de los hijos

Cada padre tiene derecho a las licencias si los propios hijos se enferman. Mamá y papá pueden gozar, alternativamente, hasta los 8 años de edad del hijo. La licencia se da al padre solicitante aún si el otro padre no tenga derecho.

Hasta los 3 años la mamá o el papá pueden ausentarse del trabajo en cualquier momento, sin vínculos de tiempo hasta que se sane completamente, por períodos correspondientes a la enfermedad de cada hijo. En el caso de adopción el límite de edad se eleva a seis años.

De los 3 a los 8 años la mamá o el papá pueden ausentarse del trabajo por un máximo de 5 días laborables al año por cada hijo (también para las adopciones).

Si a la fecha de la **adopción** el menor tiene una edad entre los **6 o 12 años**, la licencia para eventuales enfermedades del bebé se puede gozar en los primeros **tres años** del ingreso del menor al núcleo familiar.

Es necesario presentar el **certificado de enfermedad** dado por un médico especialista del Servicio Sanitario Nacional o con ellos convenionados. **A este tipo de licencia no se aplican las disposiciones del control de la enfermedad del trabajador / trabajadora.**

En el caso en el cual el propio hijo sea internado en el hospital durante el período de vacaciones de un padre, es posible pedir la suspensión de las vacaciones por todo lo que dure el internamiento.

Del punto de vista de la retribución no es prevista ninguna indemnidad. Las licencias son útiles en su lugar para el cálculo de la antigüedad pero no de las vacaciones o de la mensualidad adjuntiva.

Por lo que tiene que ver el tratamiento previdencial, los periodos de licencia dentro los 3 años de edad del bebé previenen las contribuciones figurativas, mientras entre los 3 y los 8 años la contribución figurativa se reduce.

Para los papás adoptivos o responsables vale la misma prohibición de despido hasta un año del ingreso del bebé en familia.

El despido puede ser comunicado donde haya una culpa grave del padre que constituya justa causa (pero no pierde el derecho a la indemnidad), si la empresa termina la actividad, si se a terminado la prestación para el cual el padre a estado asumido o ha vencido el plazo del contrato y también si el padre a superado el periodo de prueba. En esta última hipótesis se necesita verificar que no haya habido una discriminación derivante del pedido de gozar de la licencia de paternidad.

El papá no puede ser suspendido del trabajo a menos que venga suspendida la actividad de su empresa o de su sección y no puede ser puesto en movilidad.

El padre no puede en ningún caso ser licenciado porque pide la licencia parental o porque se ausente por una enfermedad del hijo

HIJO CON grave DISCAPACIDAD

En el caso en el cual un hijo sea portador de discapacidad grave, según los criterios establecidos por la ley 104/92, los permisos y los reposos para la mamá y para el papá, previstos de la misma ley, pueden ser acumulados con la licencia parental y con la licencia por enfermedad.

Hasta los 3 años de edad del hijo está previsto: **la extensión de la licencia parental a un máximo de 3 años, a menos que el bebé sea internado en institutos especializados a tiempo completo + 2 horas de reposo al día**

De 3 a 18 años de edad del hijo esta previsto: **3 días de permiso mensual, también continuativos**

Más de 18 años de edad está previsto: **3 días de permiso mensual, también continuativos, si el hijo convive con el padre solicitante o no conviva, pero es asistido del padre en modo continuativo y exclusivo**

Del punto de vista de la retribución, en el caso de prolongamiento del periodo de licencia parental, la indemnidad corresponde al 30% de la retribución. En cuanto a los reposos diarios y los permisos mensuales la retribución es completa. En el plan previdencial la contribución es figurativa en ambas situaciones.

LOS DERECHOS [E LE FORME DI TUTELA SUL POSTO DI LAVORO](#) Pag. 127

MANTENIMIENTO DEL PUESTO DE TRABAJO: TAREAS, SEDE Y ROL

Al regreso de la licencia de maternidad/paternidad, el padre tiene derecho a conservar su puesto de trabajo, en la misma sede o en otra sede del mismo Municipio y tiene derecho de quedarse hasta el cumplimiento de un año de edad del hijo. El padre o la madre deberá ser colocado en las mismas tareas que hacia antes de la licencia o a otras tareas que el contrato colectivo considere equivalentes. Los mismos derechos corresponden a ambos padres el regreso de una licencia parental, un permiso o un reposo.

Prohibición de despido [entro l'anno di età del figlio](#)

Los padres que gocen de la licencia de paternidad (si son los únicos padres o la mamá está gravemente enferma) no pueden ser despedidos hasta el cumplimiento de 1 año del hijo para el cual han solicitado la licencia.

Las mamás no pueden ser despedidas desde el inicio del periodo del embarazo (aunque si el empleador no a estado informado) hasta el cumplimiento de un año de edad del bebé.

Para las madres adoptivas vale las mismas prohibiciones hasta un año del ingreso en la familia.

El despido puede ser comunicado: si hay culpa grave de la mujer que constituya justa causa (pero no pierde el derecho a la indemnidad de maternidad), si la empresa donde se trabajaba cierre la actividad, si se termina la prestación para lo cual la mujer a estado asumida o a vencido el plazo del contrato y también si no han superado el periodo de prueba. En esta última hipótesis se necesita pero verificar que haya sucedido una discriminación propio porque la mujer a quedado encinta.

Aunque si la mujer es una colaboradora domestica y su embarazo a iniciado al interno del periodo del trabajo no puede ser licenciada hasta el tercer mes después del parto. No puede ser suspendida del trabajo a menos que venga suspendida la actividad de su empresa o de la sección y no puede ser puesta en movilidad. No puede ser despedida porque pide la licencia parental o porque se ausenta por una enfermedad del hijo.

Dimisiòn

Si la mamà presenta su dimisiòn voluntariamente dentro el cumplimiento de un año de edad del hijo no debe comunicarle con el preaviso previsto del contrato y tiene derecho a solicitar la misma indemnidad prevista en caso de despido.

Si es el papà a haber gozado de la licencia de paternidad y se presenta la dimisiòn voluntariamente dentro el cumplimiento de un año de edad del hijo, tiene derecho a solicitar la misma indemnidad prevista en caso de despido y no debe comunicar con el preaviso previsto del contrato. La dimisiòn no es válida si no son convalidadas del Inspectorado del Trabajo.

PROHIBICIÒN TRABAJO NOCTURNO

Hasta el cumplimiento de un año de edad del bebè, la **madre** no puede trabajar de las 24 a las 6 a.m., no està obligada a hacer el trabajo nocturno hasta que el hijo no haya cumplido los 3 años de edad. Si la mamà es ùnica responsable del bebè que vive con ella, no està obligada a hacer el trabajo nocturno hasta la edad de doce años del hijo. Si tiene a cargo un hijo u otra persona discapacitada no està obligada a realizar el trabajo nocturno.

El **padre** no està obligado a realizar el trabajo nocturno hasta que el hijo no haya cumplido los tres años de edad si lo realiza ya la madre. Si el papà es responsable ùnico del hijo que vive con èl no està obligado a realizar el trabajo nocturno hasta la edad de 12 años del hijo y, como para la mamà, si tiene a cargo un hijo u otra persona discapacitada no està obligada a realizar el trabajo nocturno.

Posibilidad de solicitar un adelanto de la liquidaciòn

Para sostener los gastos del periodo de la licencia parental en el cual se tiene una indemnidad reducida, sea el papà que la mamà tienen derecho a solicitar a su empleador un adelanto de la liquidaciòn, así como para los gastos mèdicos o para la compra de la casa.

Algunas otras informaciones...

Es importante recordar que es posible solicitar el **part-time** en virtud de la L.53/2000 como medida dirigida a favorecer la conciliaciòn de los tiempos de vida y de trabajo. No existe una obligaciòn de ley que imponga a la empresa de conceder el part-time, pero si no fuese concedido, el papà y la mamà pueden dirigirse a la Consejera de la paridad, en modo tal de poder tentar una mediaciòn con la empresa en la cual trabajan. Hasta ahora han estado obtenidos buenos resultados tambièn gracias a los financiamientos previstos para las empresas que introducen formas o instrumentos de conciliaciòn de los tiempos de vida y de trabajo.

Es posible **pedir a la empresa en la cual se trabaja** si a introducido instrumentos de conciliaciòn de los tiempos de vida y de trabajo y/o formas de flexibilizaciòn del horario de podrian verificarse muy interesantes!

Ahora son muchas las experiencias al respecto, aunque porque son previstos numerosos incentivos para las empresas que promueven estos tipos de iniciativas, a partir del art. 9 de la ley 53/2000, al Fondo Social Europeo. Si la empresa todavia no ha incluido, el padre puede promover la inclusiòn metiendo la empresa en contacto con el Consejero de la paridad para recibir todas las informaciones necesarias.

Si la **mamà no trabaja o tiene un rèdito bajo**, puede pedir el Cheque maternidad dirigiendose a las oficinas de la Municipalidad para el cheque municipal o al INPS para aquel del estado (ambos en presencia de determinados presupuestos). La solicitud debe ser presentada dentro los 6 meses del nacimiento o del ingreso en familia del hijo adoptado.

En **total ausencia de la mamà natural o adoptiva, si el papà no trabaja o tiene un rèdito bajo**, puede pedir el Cheque maternidad dirigiendose a las oficinas de la Municipalidad para el cheque municipal o al INPS para aquel del estado (ambos en presencia de determinados presupuestos). Aunque para el papà la solicitud debe ser presentada dentro los 6 meses del nacimiento o del ingreso en familia del hijo adoptado.

Si la **madre o el padre son ciudadanos extracomunitarios**, para obtener el cheque deben tener la **carta de estadia**.

Si la **mujer espera un bebè y no tiene el permiso de estadia**, tiene de todas maneras derecho, en el respeto de la privacidad, a la atenciòn mèdica y hospitalarias urgentes, y tambièn continuativas durante el embarazo y al momento del parto en los hospitales del Servicio sanitario Nacional.

Por esto la futura mamà puede dirigirse a la ASL, a los Servicios Sociales del Municipio o al Consultorio Familiar y puede obtener un "**permiso de estadia para atenciòn mèdica**" hasta el sexto mes de vida del bebè (tambièn para el marido si es conveniente)