

Guía para embarazadas

Edición revisada
2018



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Guía para embarazadas

Edición revisada
2018



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

© 2018 Generalidad de Cataluña.
Departamento de Salud
Secretaría de Salud Pública

Maquetación: Roser Castellà

Ilustraciones: Victoria García

Coordinación de la guía

Rosa Fernández · Jefa del Servicio de Salud Maternoinfantil.
Agencia de Salud Pública de Cataluña

Encarna López · Comadrona. ASSIR Dreta Barcelona.
Asociación Catalana de Comadronas

Mercè Armelles · Técnica del Servicio de Salud Maternoinfantil.
Agencia de Salud Pública de Cataluña

Grupo de trabajo

El grupo de expertos que ha asesorado en la elaboración de esta guía está formado por:

Lucía Alcaraz. Comadrona · Néixer a Casa SL

Francisca Aliaga. Comadrona · ASSIR Alt Penedès-Garraf

Mercè Armelles. Farmacéutica · Agencia de Salud Pública de Cataluña

Elena Basteiro. Comadrona · Hospital Clínic

Núria Boadas. Comadrona · ASSIR Gironès-Pla de l'Estany

Antoni Borrell. Obstetra · Hospital Clínic

Elisabet Bru. Comadrona · ASSIR Reus-Altebrat

Lucía Burgos. Comadrona · ASSIR Mollet

Rosa Cabedo. Comadrona · ASSIR Granollers

Alicia Carrascon. Comadrona · ASSIR Esquerra

Elena Carreras. Obstetra · Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología

Enric Cayuela. Obstetra · Parque Sanitario Moisès Broggi

Engràcia Coll. Comadrona · Hospital Mútua de Terrassa

Dolors Costa. Comadrona · Coordinadora ASSIR ICS (hasta 2016)

Ramon Escuriet. Comadrón · Servicio Catalán de Salud

Gemma Falguera. Comadrona · Asociación Catalana de Comadronas

Rosa Fernández. Médica · Agencia de Salud Pública de Cataluña

Francesc Figuera. Obstetra · Hospital Clínic

Inés María García Comadrona · ASSIR Cerdanyola
Carme Lacasa. Enfermera · Servicio Catalán de Salud
Elisa Llurba. Obstetra · Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Encarna López. Comadrona · ASSIR Dreta
Eva Lucía López. Obstetra · Hospital Mútua de Terrassa
María Manera. Dietista-nutricionista · Agencia de Salud Pública de Cataluña
Imma Marcos. Comadrona · Néixer a Casa SL
Cristina Martínez. Comadrona · Centro Corporativo ICS
Gemma Martínez. Comadrona · ASSIR Tarragona-Valls
Joan Meléndez. Obstetra · Hospital Santa Caterina
Pau Nicolau. Obstetra · Hospital del Mar-ASSIR Raval Sud
Gemma Olivera. Comadrona · ASSIR Mollet
Felip Ojeda. Obstetra · Hospital General de Granollers
Emilio Pérez. Obstetra · Hospital Germans Trias i Pujol
Elisenda Prats. Comadrona · ASSIR Alt Penedès-Garraf
Blanca Prats. Médica · Agencia de Salud Pública de Cataluña
Fina Privat. Comadrona · ASSIR Selva Marítima
Laura Ramírez. Médica · Departamento de Salud
Azahara Reyes. Comadrona · ASSIR Sabadell
Carmen Roig. Comadrona · Hospital Arnau de Vilanova
Gemma Salvador. Dietista-nutricionista · Agencia de Salud Pública de Cataluña
Glòria Seguranyes. Comadrona · Universidad de Barcelona
Sònia Serra. Comadrona · ASSIR Gironès-Pla de l'Estany
Anna Torrent. Obstetra · ASSIR Mollet
Anna Zaragoza. Comadrona · ASSIR Muntanya
Vanessa Pleguezuelos · Banco de Leche Materna
Valentí Pineda. Pediatra · Sociedad Catalana de Pediatria
Eduarne Zazpe. Comadrona · Hospital Joan XXIII-ASSIR Tarragona

Con el apoyo de la Asociación Catalana de Comadronas, la Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología, la Sociedad Catalana de Pediatria y la Asociación Catalana de Enfermería Pediátrica.

Índice

AUTORES	3
PRESENTACIÓN	7
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
TU EMBARAZO EN UN VISTAZO	11
DESARROLLO DEL FETO	17
1. CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO.....	21
1.1. ¿Quién es quién?	22
1.2. ¿Por qué es necesario el control del embarazo?.....	23
1.3. Motivos de alarma durante el embarazo.....	28
2. CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO.....	31
2.1. Cambios físicos	32
2.2 Cambios emocionales.....	33
3. HÁBITOS SALUDABLES	35
3.1. Consejos generales.....	36
3.2. ¿Qué es el suelo pélvico?.....	37
3.3. Alimentación.....	49
3.4. Salud bucodental.....	54
3.5. Sexualidad y afectividad.....	54
3.6. Grupos de preparación para la maternidad	56
3.7. ¿Por qué es tan importante la participación del hombre durante el embarazo, el parto y el posparto?	57

4. PLAN DE NACIMIENTO.....	59
5. EL PARTO.....	71
5.1. El parto.....	73
5.2. ¿Cuándo hay que acudir al hospital o maternidad?.....	75
5.3. Tipo de parto.....	76
5.4. Episiotomía.....	77
5.5. Control del bienestar fetal durante el parto.....	77
5.6. Tactos vaginales.....	78
5.7. ¿Cómo aliviar el dolor del parto?.....	78
6. Y DESPUÉS DEL PARTO... EL PUERPERIO.....	83
6.1. La madre.....	84
6.2. El recién nacido.....	89
6.3. Lactancia.....	93
6.4. Grupos de apoyo a la lactancia.....	102
6.5. La donación de leche materna.....	103
6.6. Grupos de recuperación posparto.....	104
6.7. Violencia machista.....	105
7. DERECHOS LABORALES.....	107
7.1. Trabajo y maternidad.....	108
8. ANTICONCEPCIÓN DESPUÉS DEL PARTO.....	113
9. MÁS INFORMACIÓN.....	119

Presentación

En los últimos años, el número de nacimientos en Cataluña ha experimentado un descenso importante, y actualmente nacen unos 69.000 bebés cada año. En el transcurso de este tiempo, la salud de las madres y sus hijos ha ido mejorando, lo que ha situado a Cataluña como uno de los países con mejores resultados en materia de salud maternoinfantil. La obtención de buenos resultados ha sido posible gracias a la mejora del control y seguimiento de la gestación, el parto y el posparto, y también al hecho de que profesionales, comadrones y obstetras dedican una parte importante de su labor profesional a proporcionar una mejor educación para la salud y a promocionar la salud de las mujeres gestantes y sus parejas.

Tener hijos es una experiencia personal única que toda mujer vive con intensidad. En la actualidad, las mujeres embarazadas buscan, cada vez más, información para ampliar sus conocimientos y habilidades en relación con el embarazo, el parto y el posparto. Nosotros queremos contribuir a ello ofreciéndoles un apoyo eficaz mediante esta guía.

El Departamento de Salud, por medio de esta *Guía para embarazadas*, pretende apoyar a las mujeres en el cuidado de su embarazo, parto y puerperio. Esta publicación presenta unos contenidos prácticos y actualizados, e incorpora aspectos como la importancia de la participación de la pareja en el acompañamiento durante la gestación y en el momento del nacimiento.

Esperamos que esta *Guía para embarazadas* sirva de referencia para las mujeres de Cataluña.

Derechos sexuales y reproductivos

La Organización Mundial de Salud reconoce el derecho a la salud sexual y reproductiva como un derecho fundamental. Se entiende por *derechos reproductivos* aquellos que protegen la libertad y la autonomía de todas las personas para decidir con responsabilidad si se quiere tener hijos o no, cuántos, en qué momento y con quién.

Los derechos reproductivos no solo hacen referencia a tomar una decisión sobre la reproducción, sino también a recibir una asistencia sanitaria adecuada antes de la gestación, durante ella y después del parto.

Uno de los derechos básicos, entre muchos otros, es el derecho de las mujeres embarazadas a recibir toda la información necesaria para decidir libremente cómo quieren llevar a cabo la gestación, el parto y el cuidado del recién nacido.

8

Esto implica que deben ofrecerse diferentes alternativas basadas en los datos científicos disponibles para que se puedan tomar decisiones informadas y de forma autónoma durante el embarazo, el parto y el posparto.

Introducción

El propósito de la *Guía para embarazadas* es proporcionar información a las mujeres gestantes de Cataluña sobre diferentes aspectos relacionados con el embarazo, el parto y el posparto, con el objetivo de mejorar los conocimientos, las actitudes y las conductas que influyen positivamente en la evolución y los resultados del embarazo, el parto y el posparto, así como la atención al recién nacido.

La guía está organizada en diferentes capítulos y en ellos se intenta tratar los aspectos que suelen preocupar a las mujeres y tienden a ser motivo de consulta a comadrones y obstetras en las visitas de control y seguimiento del embarazo.

Se tratan temas relacionados con el seguimiento del embarazo, los cambios que se producen durante este período, los hábitos más saludables durante la gestación y el posparto, la atención en el momento del parto, las diferentes técnicas de alivio del dolor, la lactancia y las situaciones que generan dudas tras el parto, así como los derechos laborales de los que puede disfrutar la mujer y su pareja.

Cada vez más, las mujeres y sus parejas pueden decidir sobre aspectos que tienen que ver con el embarazo y el parto; por ello, es preciso que dispongan de suficiente información.

La guía también incluye un apartado de recursos que puede ayudar a las mujeres a profundizar en algunos de estos temas.

Esta *Guía para embarazadas* pretende ser una ayuda para las personas que desean obtener una información más amplia sobre el embarazo, el parto y el posparto, además de contribuir a la actividad de información llevada a cabo por el personal sanitario.

Tu embarazo en
un vistazo



5-9 semanas

- Si la prueba de embarazo es positiva, pide una cita con la comadrona o comadrón.
- En esta visita, tu comadrona o comadrón:
 - Valora tu estado de salud.
 - Te informa sobre hábitos saludables (pág. 35).
 - Te informa sobre los cambios durante el embarazo (pág. 31).
 - Te informa sobre los motivos de alarma por los que se debe consultar al personal sanitario (pág. 28).
 - Te informa sobre el cribado de anomalías congénitas y otras pruebas a las que es conveniente realizar (pág. 24).
- Está recomendado que tomes ácido fólico si no lo estás haciendo ya (pág. 24).
- Puedes continuar practicando ejercicio (pág. 47).

9-13 semanas

- Es preciso que inicies el control bucodental con el odontólogo u odontóloga.
- En esta visita, tu comadrona o comadrón:
- Te aconseja hacerte una analítica general y un cribado prenatal para descartar posibles enfermedades cromosómicas del bebé (pág. 24).
 - Te informa sobre la conveniencia de realizarte la ecografía del primer trimestre (pág. 26-27).

13-16 semanas

- Si te has sentido cansada en las semanas anteriores, probablemente empezarás a sentirte mejor.
- Infórmate de las actividades educativas disponibles durante el embarazo.
- Comienza a hacer ejercicio con regularidad.
- Empieza a pensar qué tipo de parto y lactancia querrás y, si tienes cualquier duda, consulta al personal sanitario que te irá informando en las visitas de control del embarazo.

La lactancia materna es la más adecuada para tu bebé. Te informará de los beneficios para tu hijo y para ti, y te ayudará a resolver las dudas que te puedan surgir.

16-20 semanas

- A partir de las 18 semanas puedes comenzar a notar los movimientos fetales.
- Notarás que tu abdomen aumenta de tamaño.
- Puedes sentirte con más energía.
- Empieza a pensar qué tipo de parto y lactancia querrás, y pregunta a tu comadrona o comadrón qué opciones tienes. La lactancia materna es la más adecuada para tu bebé. Te informará de los beneficios para tu hijo y para ti, y te ayudará a resolver las dudas que te puedan surgir.
- Sigue haciendo ejercicio con regularidad o comienza a practicarlo si no lo haces.

20-24 semanas

- Tu abdomen empieza a crecer muy rápido y tu aspecto, a cambiar, lo que evidencia que estás embarazada.
- Alrededor de la semana 20, se aconseja realizarse la ecografía del segundo trimestre.
- Puedes tener más hambre de lo habitual. Es aconsejable seguir una alimentación saludable.
- Comienza a prepararte para el parto y el posparto y apúntate a las clases de preparación al parto. Podrá acompañarte tu pareja o la persona que prefieras.
- Coméntales cómo te sientes a las personas cercanas a ti o a la comadrona o comadrón, si quieres.
- Pregunta sobre todos los temas de los que quieres obtener más información (sexualidad, alimentación, trabajo, actividad física, etc.).

24-28 semanas

- Si has decidido que quieres dar el pecho (lactancia materna), tu comadrona o comadrón te informará sobre los beneficios

de este tipo de lactancia, te indicará qué debes hacer desde el día del parto y te hablará de los grupos de apoyo a la lactancia más cercanos a tu casa.

- Durante este período se aconseja hacerse la analítica del segundo trimestre.

28-32 semanas

- Prepara junto con tu pareja y tu comadrona o comadrón el plan de nacimiento (pág. 59).
- Infórmate sobre los métodos de alivio del dolor en el parto.
- Infórmate acerca de lo que necesitarás para el bebé y para ti durante los primeros días después del nacimiento.
- Si tienes más hijos, explícales que pronto llegará un miembro más a la familia.
- Algunos de los cambios durante el embarazo pueden hacer que te sientas preocupada y te surjan dudas sobre lo que es normal o no. No dudes en consultar al personal sanitario que habitualmente supervisa tu embarazo.
- Infórmate sobre las diferentes opciones de parto de los centros hospitalarios.

32-36 semanas

- Si quieres dar a luz en un hospital, infórmate, pide una cita en tu hospital de referencia para visitar las instalaciones y pregunta si ofrecen la opción de parto natural.
- Ten preparado todo lo que vayas a necesitar para el día del parto y los primeros días después del nacimiento.
- Puedes empezar a sentirte cansada o tener contracciones.
- Se aconseja hacerse la analítica y la ecografía del tercer trimestre.
- Puedes empezar a hacerte masajes en la zona perineal (pág. 38).

Más de 36 semanas

- Los controles prenatales serán más frecuentes hasta el parto.
- Infórmate de los protocolos de las instalaciones donde darás a luz en caso de rotura de aguas sin contracciones o en caso de gestación prolongada (superior a las 42 semanas de gestación).
- Las últimas semanas se hacen muy largas. Planifica realizar alguna actividad que te guste hasta que llegue el día del parto.
- Si tu embarazo evoluciona con normalidad, puedes continuar con tus actividades habituales.

Desarrollo del feto



De 1 a 3 semanas

En la segunda semana se produce la fecundación. El espermatozoide entra dentro del óvulo y se fusionan en una sola célula llamada cigoto. El cigoto contiene toda la información genética procedente de la madre y el padre. Comienza la división celular a la vez que el cigoto se desplaza por la trompa de Falopio. Cuando llega al útero, se produce la implantación, es decir, se fija en la pared interna.



De 4 a 8 semanas

Durante este período tiene lugar una diferenciación de los diversos grupos celulares que formarán las distintas partes del cuerpo. También se forma la placenta, que a partir de la semana 8 será la encargada de absorber todos los nutrientes y el oxígeno necesarios de la madre y transferirlos al embrión a través del cordón umbilical.



De 9 a 12 semanas

A partir de este momento, el embrión pasa a denominarse feto. Se continúan formando todos los órganos. Presenta movimientos involuntarios, dado que el sistema nervioso se está desarrollando. A las 12 semanas, el feto y la placenta se han formado completamente y, a partir de este momento, se inicia un proceso de maduración de todos estos órganos.



De 13 a 16 semanas

Los órganos del feto van madurándose, a todos los niveles, y su aspecto se asemeja cada vez más al de un bebé. La piel del feto se recubre de un vello suave llamado lanugo. Responde a estímulos y realiza movimientos cada vez más coordinados.



De 17 a 20 semanas

El feto crece rápidamente. Su piel se recubre de una sustancia llamada vernix, que se mantendrá durante todo el embarazo y tiene la finalidad de proteger la piel. Entre las 18 y 19 semanas, los sentidos del oído, el gusto y el tacto ya están desarrollados. Puede oír sonidos que provienen del exterior y los latidos de la madre. La madre puede empezar a percibir los movimientos fetales a las 18 semanas, aproximadamente.

De 21 a 24 semanas

Hacia las 21 semanas el feto pesa unos 300 gramos. Tiene la cara totalmente formada. Los movimientos fetales son cada vez más y más evidentes. Desde unas semanas atrás los pulmones son capaces de moverse y se están preparando para cuando el feto viva fuera del útero.



De 25 a 28 semanas

A partir de la semana 25, el feto empieza a abrir y cerrar los párpados, y su sentido de la vista ya está desarrollado. Comenzará a tener un patrón de sueño y vigilia, que no siempre coincide con el de la madre. Es capaz de responder a estímulos táctiles que provienen del exterior. Sigue el proceso de maduración de los pulmones.



De 29 a 32 semanas

El feto continúa estando muy activo en esta etapa. Los huesos están completamente desarrollados, pero aún son blandos. La piel empieza a tener un aspecto menos arrugado y parece mucho más suave. Alrededor de las 32 semanas, el feto suele colocarse en la posición definitiva para nacer.

De 33 a 36 semanas

El feto tiene cada vez menos espacio para moverse; sus piernas están flexionadas y tiene los brazos pegados al cuerpo para adaptarse al espacio. El cerebro continúa desarrollándose y acabará de madurar durante la primera infancia. A las 36 semanas, los pulmones ya han madurado para adaptarse a la vida fuera del útero.

De 37 a 42 semanas

A las 37 semanas, se considera que la gestación ha finalizado y el feto ya puede vivir en el exterior sin ningún problema. La mayoría de los fetos ya se encuentran en una posición que mantendrán hasta el momento del parto. La mayor parte están colocados en presentación cefálica, aunque un porcentaje reducido puede tener otra presentación.



Control
y seguimiento
del embarazo

1.1. ¿Quién es quién?

Diferentes profesionales participarán y colaborarán en la atención de tu embarazo, parto y posparto, con la finalidad de que todo se desarrolle adecuadamente.

Comadrones

Profesionales con formación en salud sexual y reproductiva de la mujer y en atención del embarazo, el parto y el posparto normales. Se encargan de hacer un seguimiento de todo el proceso. Proporcionan apoyo continuo: informan y aconsejan sobre hábitos saludables y ayudan a resolver dudas. Durante el proceso del parto, prestan su apoyo en la dilatación y te informan sobre los diferentes métodos disponibles para aliviar el dolor en el parto. Asisten en los partos que no requieren ningún tipo de instrumental quirúrgico. Después del parto y durante la cuarentena, se encargan de continuar con los cuidados; te acompañan en el afianzamiento del vínculo con el bebé; velan por tu bienestar físico y emocional durante el puerperio, y te asesoran sobre el inicio de la lactancia materna y los métodos para evitar un embarazo no planificado.

Obstetras

Médicos especialistas en los cuidados de la mujer durante el embarazo, el parto y el posparto que se desvían de la normalidad. Habitualmente, controlarán y harán el seguimiento del embarazo patológico. Son quienes asisten en los partos en



que es preciso emplear un aparato médico específico o practicar una cesárea.

Médicos obstetras ecografistas

Obstetras especialistas en la realización de ecografías durante el embarazo. Las ecografías permiten estudiar si el feto se desarrolla correctamente, detectar alteraciones que se pueden observar ecográficamente, y hacer el seguimiento.

Técnicos en imagen

Especialistas en la obtención de imágenes ecográficas.

Psicólogos

Especialistas en proporcionar apoyo psicológico durante el embarazo, el parto y el posparto, cuando se precisa.

Anestelistas

Médicos especialistas en la administración de anestesia durante el parto, en caso de que la mujer opte por este método de alivio del dolor.

Pediatras

Médicos especialistas en los cuidados del recién nacido y el bebé. Si es necesario, estarán presentes en el parto para valorar el estado del recién nacido. Antes de que os den el alta, valorará el estado general de tu hijo.

Enfermeros o comadrones del área maternoinfantil

Profesionales del área hospitalaria maternoinfantil que prestarán los cuidados a la madre y el bebé después del parto, hasta el momento del alta hospitalaria.

1.2. ¿Por qué es necesario el control del embarazo?

El control del embarazo es el conjunto de acciones dirigidas a la gestante para promover un control y desarrollo óptimos del embarazo en condiciones de seguridad tanto para el feto como

¿Cuándo deben realizarse la primera visita y los controles sucesivos del embarazo?

24

para la madre. En un embarazo de bajo riesgo se realizan visitas de control de la gestación cada 4 o 6 semanas, además de una analítica y una ecografía en cada trimestre. Si el embarazo se desvía de la normalidad, las visitas y pruebas deberán programarse según las necesidades específicas de cada caso.

Por lo tanto, es muy importante que la gestante se responsabilice de su embarazo y acuda a las consultas programadas.

Se recomienda que la primera visita tenga lugar antes de la segunda falta de la menstruación y, a partir de entonces, se establecerá el calendario de visitas y pruebas.

Primera visita

- Se elabora el historial de salud y se entrega el carné de la embarazada.
- Se efectúa la primera exploración, se evalúan los hábitos de salud y se valora si hay algún riesgo para el embarazo.
- Se proporciona información sobre el cribado prenatal y las pruebas que se solicitarán, y se ofrecen consejos de alimentación saludable, ejercicio y sobre cómo evitar hábitos perjudiciales.
- Se valora el inicio del tratamiento con ácido fólico y yodo, si aún no se ha empezado, y de otros tratamientos, si fueran precisos.
- Se programan, si así se desea, el calendario o las fechas para practicar el diagnóstico prenatal (detección del riesgo de síndrome de Down y de Edwards, principalmente) y el resto de las pruebas y visitas; entre otras, la visita odontológica para valorar la salud bucodental y los tratamientos que deben seguirse.

Cribado prenatal

El cribado prenatal es el conjunto de pruebas que realizamos durante el embarazo y que nos permiten detectar la mayoría de los defectos congénitos, sobre todo los más graves y frecuentes.

Hay dos tipos de técnicas:

Las técnicas de cribado de anomalías cromosómicas del feto

Se ofrecen a todas las gestantes y permiten identificar qué fetos tienen un riesgo mayor de presentar anomalías cromosómicas (por ejemplo, síndrome de Down). Habitualmente, ofrecemos el cribado del primer o segundo trimestre, en función del momento en el que la gestante consulte con el personal sanitario:

- **Cribado combinado del primer trimestre:** se realiza entre las 11,2 y las 13,6 semanas y nos permite conocer el riesgo de anomalías cromosómicas muy temprano, al final del primer trimestre. Consiste en la combinación de características maternas con datos ecográficos (translucencia nugal) y del análisis de sangre.
- **Cribado del segundo trimestre o prueba cuádruple:** consiste en un análisis de sangre con el que se determinan unos marcadores maternos. Se practica entre las 14 y 20 semanas. Esta prueba se efectúa cuando no se ha podido realizar el cribado combinado del primer trimestre.
- **Prueba de ADN fetal libre:** prueba de cribado que se basa en el análisis de los fragmentos de ADN fetal que circulan en la sangre materna. Tiene una tasa de detección del síndrome de Down del 99 %. La tasa de detección de los síndromes de Edwards y de Patau es más baja, de un 97 %. Dado que la prueba del ADN fetal es una prueba de cribado, si el resultado es anormal, se debe confirmar el diagnóstico mediante una prueba invasiva.

Ofrecemos la prueba del ADN fetal en función de los resultados obtenidos en el cribado del primer o segundo trimestre, según el esquema siguiente:

- Riesgo bajo (inferior a 1/1100): control del embarazo habitual. Ecografía morfológica entre las semanas 19 y 22.
- Riesgo intermedio (entre 1/251 y 1/1100): se ofrece la prueba del ADN fetal.
- Riesgo alto (entre 1/10 y 1/250): la gestante, que habrá sido informada previamente, puede escoger entre la prueba

invasiva o la prueba del ADN fetal. Es preciso recordar que, siempre que los resultados de la prueba del ADN fetal sean anormales, debe practicarse la prueba invasiva para confirmar el diagnóstico.

- **Riesgo muy alto (entre 1/2 y 1/9):** se ofrece una prueba invasiva (biopsia coriónica o bien amniocentesis, según las semanas de embarazo).

Esta prueba se pondrá en marcha de manera gradual, empezando por las mujeres de riesgo alto.

Las técnicas diagnósticas

Son técnicas que nos permiten detectar o descartar con seguridad la presencia de una anomalía cromosómica sospechada en el feto. Los estudios recientes sitúan el riesgo de aborto entre el 0,1 y el 0,2 %. Por este motivo, no se recomiendan a todas las gestantes. Solo están indicadas en gestantes en las que el cribado combinado del primer o segundo trimestre ha dado un resultado de alto riesgo. También se practican a gestantes con antecedentes de anomalías cromosómicas en embarazos anteriores o con trastornos genéticos familiares conocidos.

- **Biopsia coriónica:** se puede realizar entre las 11 y 14 semanas. Consiste en el análisis del tejido del corion o la placenta, ya que tiene la misma información genética que el feto. La muestra se obtiene a través del cuello uterino o el abdomen materno, siempre bajo control ecográfico.
- **Amniocentesis:** se puede realizar a partir de las 15 o 16 semanas. Consiste en el análisis de las células fetales que se encuentran en el líquido amniótico. La muestra se obtiene por punción del abdomen de la madre, bajo control ecográfico.

Análisis: nos informan sobre el estado general de salud de la madre. También nos permiten descartar posibles enfermedades infecciosas que pueden afectar al feto.

Ecografías: en un embarazo normal se aconseja la realización de una ecografía en cada trimestre de gestación.

Ecografía del primer trimestre: se puede realizar entre las 11,2 y 13,6 semanas por vía transvaginal o abdominal, con el objeto de:

- ✓ Valorar la viabilidad fetal y el número de fetos.
- ✓ Medir la longitud del feto, que nos permitirá saber la edad gestacional.
- ✓ Evaluar la morfología del feto y descartar malformaciones visibles en este trimestre.
- ✓ Medir la translucencia nucal (zona nucal del feto). Forma parte del cribado combinado del primer trimestre y nos permite calcular el riesgo de anomalías cromosómicas. Una translucencia nucal de un grosor superior al estimado para la edad gestacional del feto puede estar relacionada con alteraciones cromosómicas, pero también con otras malformaciones, sobre todo malformaciones del corazón. Esta medida tiene que ser tan exacta como sea posible y requiere que el feto esté en una posición concreta. Por este motivo, a veces hay que repetirla otro día o al cabo de un rato.

Ecografía del segundo trimestre: se realiza en todas las gestantes, preferentemente entre las semanas 20 y 22, y es la más importante de las ecografías del embarazo por lo que respecta al cribado de malformaciones. Los objetivos de esta ecografía son los siguientes:

- ✓ Evaluar el feto para descartar la existencia de malformaciones físicas visibles. Es muy importante que todas las gestantes se sometan a esta ecografía, ya que la incidencia de defectos congénitos es del 2 a 3 %, incluso en embarazadas de riesgo bajo. Es preciso tener en cuenta que hay malformaciones que no tienen expresión ecográfica o que aparecen más tarde, motivo por el cual pueden no diagnosticarse en esta ecografía.
- ✓ Valorar los marcadores ecográficos de cromosomopatía: son hallazgos que nos permiten sospechar una anomalía cromosómica.
- ✓ Valorar el crecimiento fetal.
- ✓ Valorar la situación de la placenta y la cantidad de líquido amniótico.

Ecografía del tercer trimestre: se realiza preferentemente entre las semanas 34 y 36 y tiene los objetivos siguientes:

- ✓ Determinar la posición del feto dentro del útero.
- ✓ Valorar el crecimiento y el peso del feto.
- ✓ Valorar posibles malformaciones de aparición tardía, no visibles en la ecografía de las 20 semanas.
- ✓ Determinar la inserción y las características de la placenta.
- ✓ Evaluar la cantidad de líquido amniótico.
- ✓ En caso de gestaciones de riesgo se puede realizar la ecografía Doppler, que permite evaluar el flujo sanguíneo de determinadas arterias fetales y maternas y nos permite conocer el grado de bienestar o afectación fetal.

Visitas sucesivas

- Resolución de dudas y problemas.
- Actualizar la historia clínica con el objeto de detectar la aparición de algún riesgo que pueda influir en el desarrollo correcto del feto o en la salud de la madre.
- Controles de peso, tensión arterial, presencia de hinchazón, crecimiento adecuado del útero, auscultación del feto (latido cardíaco del feto).
- Valoración de las pruebas realizadas.
- Prescripción de tratamientos, si fuera preciso.
- Información y asesoramiento sobre diferentes aspectos del embarazo:
- Valoración del estado emocional.
- Apoyo para dejar de fumar y de consumir alcohol y otras drogas.
- Consejos específicos sobre alimentación saludable, cambios durante el embarazo, actividad física, sexualidad, viajes, trabajo... y sobre los cursos de preparación al parto.

1.3. Motivos de alarma durante el embarazo

Durante el embarazo, se pueden producir una serie de situaciones que no indican que esté ocurriendo nada grave, pero en cuyo caso sí que se aconseja acudir:

**A la comadrona o comadrón o al médico o médica
en caso de:**

- Cambios en las características del flujo vaginal (mal olor, escozor, picor, dolor).
- Después de una caída.
- Diarrea intensa.
- Dificultades respiratorias.
- Erupciones en la piel.
- Fiebre.
- Hinchazón en un lugar diferente de los pies o tobillos, o en estas zonas si no desaparece con el descanso nocturno.
- Dolor de cabeza no habitual.
- Mareo con sudoración, aumento de los latidos y sensación de desmayo.
- Molestias urinarias (dolor, escozor, quemazón o necesidad de orinar muy a menudo).
- Náuseas muy frecuentes.
- Problemas de visión repentinos.
- Vómitos intensos o persistentes que no cesan con el tratamiento.

*¿Qué me pasa?
¿Qué tengo?
¿Adónde tengo que ir?
¿Qué tengo que hacer?*



De urgencias al hospital en caso de:

- Ausencia de percepción de movimiento fetal durante un día, a partir del sexto mes (semana 26) del embarazo.
- Contracciones (endurecimiento de la matriz) rítmicas y progresivamente más intensas antes del octavo mes (semana 37). Se debe tener en cuenta que, alrededor de la semana 28 de la gestación, aparecen contracciones que se van volviendo más intensas y frecuentes a medida que se acerca el final del embarazo, pero siempre son esporádicas e irregulares.
- Dolor abdominal intenso.
- Fiebre alta.
- Dolor de cabeza intenso y persistente.
- Pérdida de líquido por la vagina, que no se identifique como orina.
- Pérdida de sangre por los genitales.
- Tensión arterial elevada que persiste en un segundo control y después de 20 minutos de reposo.
- Picazón generalizada y persistente en todo el cuerpo.

Cambios durante el embarazo

¿Qué cambios físicos pueden producirse en el embarazo?

El embarazo es un hecho trascendente en el cual se producen una serie de cambios físicos, fisiológicos y hormonales que pueden ir acompañados de un estado de incertidumbre tanto por el proceso del embarazo como por el afrontamiento del parto y la maternidad.

2.1. Cambios físicos

Cambios que se producen:

- Aumento del volumen de las mamas, mayor sensibilidad de los pezones y posibilidad de secretar calostro.
- Aumento del volumen abdominal y de peso.
- Aumento de la presión abdominal, que cambia la forma de respirar.
- Cambios en la columna vertebral, que alteran los hábitos posturales.
- Aumento de flujo vaginal.
- Necesidad de orinar con más frecuencia.
- Sensibilidad más pronunciada a los cambios de temperatura ambiental.
- Detección del movimiento fetal, normalmente a partir de las 18 a 20 semanas.

Cambios que se pueden producir:

- Hinchazón de las piernas. Pueden aparecer varices y calambres musculares en las piernas, sobre todo de noche.
- A veces, pueden aparecer estrías en el abdomen, los pechos y las nalgas.
- Cansancio.
- Cambios en el sueño. Pueden empezar en el primer trimestre, pero se pueden acentuar más en el tercero, e incluyen desde el insomnio a una excesiva somnolencia durante el día.
- Ocasionalmente: náuseas o vómitos matutinos, que pueden aparecer alrededor de la semana 4 a 6 de la gestación y que

suelen desaparecer en torno a la semana 20. Las medidas higiénico-dietéticas pueden ayudar a reducir estos síntomas.

- Ardor de estómago (pirosis).
- Estreñimiento. Las hormonas del embarazo, el aumento del útero o la ingesta de suplementos de hierro pueden predisponer al estreñimiento, que puede provocar la aparición de hemorroides.
- Encías más sensibles, sobre todo en el tercer trimestre, a causa del aumento progresivo de las hormonas progesterona y estrógenos. Esta alta concentración de las hormonas favorece el crecimiento de determinadas bacterias; por ello, es importante tener una buena salud bucodental.
- Cambios de coloración en la línea media del abdomen (línea alba) y aumento del vello.
- Aparición de manchas en la cara (cloasma).
- Congestión nasal.

2.2. Cambios emocionales

Las mujeres gestantes suelen vivir el embarazo de manera positiva. Disfrutan del embarazo y los cambios corporales que experimentan. Muchas suelen verse más guapas y asumen estos cambios como una parte del proceso; por este motivo, también es importante el refuerzo positivo por parte de la pareja o del entorno, para vivir el embarazo y la maternidad como un proceso normal.

Si no es tu caso, es importante que comuniques al personal sanitario tus emociones, para que puedan ayudarte.

Proceso normal

- Sentimientos de alegría y optimismo por el embarazo.
- Sentimientos ambivalentes.
- Cambios de humor.
- Sensación de inseguridad.
- Preocupación por el bienestar del feto.

¿Se producen cambios emocionales durante el embarazo?

Durante el embarazo, el apoyo de la pareja u otras personas del entorno familiar y el personal sanitario resulta fundamental para hacer frente a todos estos cambios que se pueden producir a veces, como son la sensación de inseguridad, la ansiedad, los cambios de humor, etc.



Hábitos saludables

¿Qué se debe tener en cuenta en el cuidado corporal?

36

3.1. Consejos generales

- Se recomienda, si es posible, ducharse diariamente con un jabón neutro, ya que durante el embarazo aumenta el sudor y el flujo vaginal. No es necesario practicar una higiene específica en los pezones y las aréolas; sin embargo, cabe recordar que la higiene correcta de los genitales debe realizarse desde la vulva hacia el ano y que no se deben hacer lavados vaginales. Por otro lado, sí que se recomienda lavarse las manos con un jabón neutro tres veces al día como mínimo.
- Se aconseja mantener la piel bien hidratada.
- No son recomendables las exposiciones prolongadas al sol y es preciso utilizar cremas de protección solar.
- Es importante cepillarse los dientes después de cada comida con una pasta fluorada y un cepillo de cerdas suaves. No debe abusarse de los dulces y hay que visitar al dentista para una revisión bucodental al inicio del embarazo.
- Conviene vestirse con ropa cómoda, mejor si es de algodón o fibras naturales, y que permita transpirar. Hay que evitar llevar calcetines o medias que aprieten; si se utilizan medias, deben llegar solo hasta la cintura, ya que así se favorece la circulación venosa.
- Se deben evitar las fajas, excepto en los casos en que se recomienden.
- Es preciso usar sujetadores que se adapten a los cambios de tamaño de los pechos.
- Se recomienda evitar el calzado de tacón muy alto o que sea totalmente plano. Es adecuado el calzado con 2 a 3 cm de elevación.
- Se aconseja descansar unas 8 horas durante la noche y, si es posible, también en algún otro momento del día, preferiblemente después de comer a mediodía.

Durante el embarazo, se puede continuar con el trabajo habitual, siempre que no provoque cansancio en exceso o pueda causar un problema de salud. Se han de evitar las posturas incorrectas y la realización de esfuerzos excesivos. Es preciso recibir asesoramiento de la unidad de prevención de riesgos laborales de tu empresa, así como también de la comadrona o comadrón que lleve a cabo el seguimiento de tu embarazo.



3.2. ¿Qué es el suelo pélvico?

Es la parte del cuerpo situada en la base de la pelvis, donde se encuentran los genitales externos, la entrada de la vagina y el ano.

Está formado por un conjunto de músculos, ligamentos y otros tejidos que apoyan la vejiga urinaria, la vagina y el recto, y evita las pérdidas de orina y heces. Algunos cambios hormonales del embarazo, la presión que recibe el suelo pélvico por el aumento del útero o el proceso del parto pueden debilitar estos músculos y favorecer la aparición de pérdidas de orina; por este motivo, es muy importante cuidarlo y protegerlo.

Cuidados del suelo pélvico en el embarazo

- Hay que evitar forzar o retrasar la micción; no debe esperarse en ningún caso más de 3 horas.
- Hay que evitar el estreñimiento con una dieta rica en vegetales y frutas, y esperar hasta que se tengan ganas de defecar, no hay que forzarse.
- Hay que tomar una cantidad equilibrada de líquidos. Es recomendable beber entre 1,5 y 2 litros de agua y reducir el consumo de líquidos a última hora de la tarde.
- Hay que mantener una alimentación saludable de acuerdo con el momento de la gestación y evitar el sobrepeso.

¿Qué más podemos hacer?

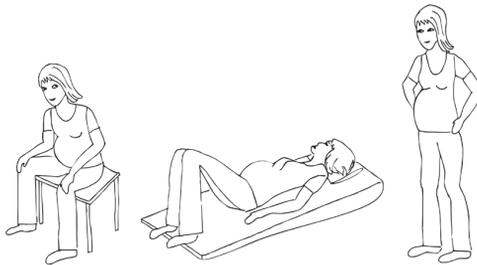
1. Ejercicios de los músculos del suelo pélvico:

- Mantienen la fuerza y el tono del suelo pélvico.
- Estiramiento con las piernas separadas y ligeramente flexionadas, los pies apoyados sobre el suelo y la columna bien estirada.
- La pauta de entrenamiento sería de 8 a 12 contracciones sostenidas durante 6 o 8 segundos cada una; después de cada contracción, hay que añadir 3 o 4 contracciones rápidas y un descanso mínimo de 6 a 8 segundos entre contracción y contracción. Es preciso repetir este ejercicio 2 o 3 veces al día.
- Conviene aprender a contraer los músculos del suelo pélvico de manera consciente antes y durante el aumento de la presión abdominal asociada a un esfuerzo: tensar los

¿Cómo se realiza el masaje perineal?

músculos de la pelvis antes de estornudar, levantarse de la silla, toser, reír o levantar algún peso. Estos ejercicios previenen las lesiones y pueden ayudar a evitar las pérdidas involuntarias de orina.

- Pídele a tu comadrona o comadrón que te explique cómo realizarlos y que compruebe que los haces correctamente.
- Cuando hayas aprendido a hacerlos bien, los puedes practicar en cualquier momento, lugar y posición.



Fuente: Document de consens per a la prevenció, valoració i detecció de les disfuncions del sòl pelvià. Associació Catalana Llevadores, 2013.

¿Para qué sirve el masaje perineal?

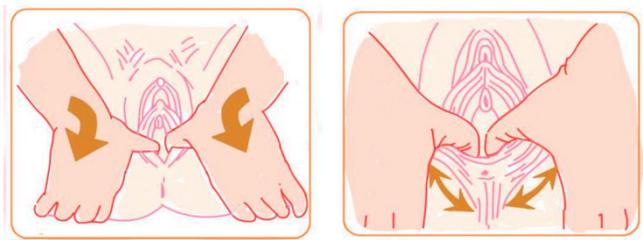
- Aumenta la flexibilidad del perineo, disminuye la resistencia muscular y permite relajarlo en el momento del parto.
- Reduce la incidencia de episiotomías y el dolor posparto.

El masaje perineal es fácil de realizar y permite la participación de la pareja.

Puedes comenzar a hacerte estos masajes a partir de la semana 34, en torno a los 8 meses. Es importante que te masajees la zona, como mínimo, dos veces por semana.

- Vacía la vejiga antes de empezar.
- Lávate las manos antes; es mejor si llevas las uñas cortas.
- Conviene realizarlo en un lugar cómodo y con intimidad, en una posición semisentada. Utiliza un espejo si es necesario, para poder ver el perineo.

- Si quieres, antes de hacerte el masaje, puedes aplicarte calor en la zona durante unos minutos con una toalla caliente, para preparar la musculatura.
- Lubrícate bien los pulgares con algún aceite o crema específico; introdúcelos en la vagina unos 3 o 4 cm y desplázalos hacia los lados, estirando los tejidos; haz con ellos un movimiento de vaivén, durante unos 2 o 4 minutos o hasta que notes una sensación de calor (no presiones la salida de la uretra). Después, desde el centro, empuja el perineo hacia la zona del recto, durante 2 o 4 minutos más.
- Los primeros días puede ser algo molesto, por lo que se recomienda aumentar el tiempo del masaje poco a poco.
- Si el masaje lo hace la pareja, tiene que utilizar los dedos índice y corazón.



Fuente: Document de consens per a la prevenció, valoració i detecció de les disfuncions del sòl pelvià. Associació Catalana Llevadores, 2013.

Si se tienen:

- varices vulvares,
- infecciones vaginales o urinarias u
- otras complicaciones del embarazo, no es recomendable realizarlo.

Se puede aprovechar el embarazo, con sus cambios asociados, para aprender a mover bien todo el cuerpo cuando se realizan las actividades del día a día, y así evitar tener dolor de espalda. Estos hábitos pueden mantenerse una vez pasado el embarazo, por lo que:

¿En qué casos no es recomendable realizar el masaje?

¿Cómo se puede mantener una postura adecuada que proteja la espalda?

- Conviene aprender a enderezar bien la espalda. Para ello, apoya la espalda contra la pared, separa ligeramente los pies, fíjate en qué puntos del cuerpo tocan la pared y adopta esta postura cuando camines.
- En la misma posición que antes, hay que realizar un movimiento de basculación de la pelvis (intentar que la zona lumbar quede apoyada contra la pared). Con este movimiento, se estira la zona lumbar y se puede prevenir la ciática o aliviarla.
- Hay que flexionar las rodillas para recoger las cosas del suelo; también al realizar otras actividades, por ejemplo, cuando se vacía la lavadora. De este modo, no se sobrecargan las abdominales ni la espalda.
- Es preciso dormir de lado, con la pierna que quede en la parte de abajo estirada y la de arriba flexionada y, si se quiere, apoyada sobre un cojín.
- Para levantarse de la cama primero hay que ponerse de lado, bajar las piernas y hacer fuerza con los brazos para incorporarse.

¿Se puede viajar?

El embarazo es un estado fisiológico saludable; por lo tanto, hay pocas limitaciones para viajar. Es importante tener en cuenta el estado de salud de las gestantes y las condiciones climatológicas, epidemiológicas y sanitarias de la del lugar de destino. En estos casos es necesario recibir asesoramiento sanitario profesional, en el que se valore si hay que administrar algún tratamiento o vacuna. Puedes informarte en las oficinas de atención al viajero.

En los viajes en coche es conveniente hacer descansos cada 2 horas y caminar un poco. Hay que ponerse el cinturón de seguridad pasándolo por encima y por debajo de la barriga, y asegurarse de que el volante queda a una distancia de 20 cm.



- Si se viaja en avión, a partir de las 35 semanas de gestación, se debe consultar a la compañía aérea, ya que deben valorar el riesgo en los vuelos de larga duración, especialmente en los transoceánicos.
- No hay problema para pasar por el detector de metales. Durante el viaje, se aconseja evitar las bebidas gaseosas y los alimentos flatulentos para no tener molestias estomacales y abdominales.

Recomendaciones para evitar la enfermedad del Zika

Se puede contagiar a través de la picadura del mosquito del género *Aedes* y por transmisión sexual si se viaja a zonas con riesgo de contagio ([Zika](#)).

- Durante el embarazo, se recomienda posponer el viaje a zonas con riesgo de contagio.
- En caso de viajar a zonas de riesgo, se recomienda:

Para evitar la picadura de mosquitos:

- Ponerse durante todo el día ropa de manga larga y utilizar pantalones largos que sean de color claro.
- Usar repelentes de insectos homologados y registrados como adecuados para el embarazo.
- Dormir debajo de una mosquitera impregnada con insecticida o en una habitación cerrada y con aire acondicionado.
- Utilizar el preservativo durante todo el viaje y, en el caso de que sea su pareja la que ha viajado a una zona de riesgo, usar el preservativo entre 8 semanas y 6 meses después de su regreso, en función de la sintomatología.

Durante el embarazo, por lo general, se debe evitar tomar cualquier tipo de medicamento, ya sea farmacológico o productos homeopáticos o naturales, administrado tanto por vía oral como tópica.

Es importante **NO AUTOMEDICARSE**. Todos los medicamentos deben ser prescritos por el facultativo o facultativa correspondiente.



Es conveniente recordar que la mayoría de los medicamentos pueden atravesar la barrera placentaria y que el feto puede ingerirlos a través de la deglución de las sustancias existentes en el líquido amniótico y, por lo tanto, pueden ser teratógenos y producir una anomalía congénita.

La etapa en que el feto es más sensible al uso de medicamentos es durante el primer trimestre. En esta fase los órganos empiezan a formarse y el fármaco puede afectar al proceso. Sin embargo, en cualquier etapa del desarrollo se pueden producir efectos teratógenos en el feto.

También es preciso tener en cuenta que hay situaciones en las que determinadas enfermedades e infecciones necesitan tratarse, ya que si no se recibe el tratamiento adecuado puede ser peligroso para la madre o el feto. Los fármacos se clasifican en diferentes categorías, que nos indican cuáles son más o menos seguros y cuáles están totalmente contraindicados.

A la hora de recetar un medicamento, el personal sanitario tiene en cuenta estos criterios, así como la dosis recomendada y la duración del tratamiento.

¿Se pueden realizar pruebas diagnósticas?

En alguna ocasión, durante el embarazo puede ser necesario realizar alguna prueba diagnóstica, como por ejemplo radiografías. Si se requiere alguna prueba radiológica, es preciso que esté indicada por el personal sanitario, que valorará si conlleva riesgo para el feto. Asimismo, hay que avisar al técnico de radiología para que tenga en cuenta que la paciente está embarazada.

¿Se pueden administrar vacunas?

Las vacunas que se recomienda tener actualizadas o ponerse durante el embarazo son la de la gripe, el tétanos y la difteria, que se pueden administrar en cualquier momento de la gestación. Es aconsejable ponerse la vacuna de la tosferina entre las 27 y 36 semanas de gestación, o incluso después.

Hay otras vacunas que pueden administrarse según la situación particular de la madre o si existe la necesidad de viajar a un país donde son necesarias medidas de prevención; en estos casos, hay que consultar previamente a profesionales para valorar los beneficios y los riesgos de cada situación en concreto.

En cambio, ciertas vacunas están contraindicadas y es preciso esperar hasta después del parto para administrarlas, como son las de la rubéola, el sarampión y la parotiditis.

Enfermedades infecciosas

Contraer una enfermedad infecciosa durante el embarazo es una situación que hemos de intentar evitar, extremando las medidas de prevención, con el fin de favorecer el desarrollo correcto de la gestación y del futuro bebé.

Este tipo de enfermedades se pueden transmitir a través del contacto con personas que las están padeciendo o incubando, con animales, alimentos u objetos contaminados.

Según la enfermedad, podemos prevenirla extremando las medidas higiénicas, de manipulación de los alimentos e ingesta, con vacunas o el uso de preservativos.

Infecciones que se han de evitar durante el embarazo y que pueden ser peligrosas para el feto.

1. Toxoplasmosis

Es una infección causada por un parásito llamado *Toxoplasma gondii*. La gestante se puede infectar al consumir carne poco cocinada que esté infectada o al tocar la tierra o las heces de los gatos que contengan el parásito. En la mayoría de los casos, una vez que se ha pasado la enfermedad, ya no se vuelve a contraer. Normalmente, esta enfermedad es asintomática. La podemos prevenir:

- Evitando el contacto con gatos desconocidos o gatos conocidos que tienen contacto con otros desconocidos; lavándonos las manos después de tocarlos o entrar en contacto con cualquier objeto que haya tocado el gato.
- Utilizando guantes para manipular la tierra de jardín y las heces de gatos.



- Evitando que los gatos coman carne cruda.
- Aplicando medidas higiénico-dietéticas en la manipulación de los alimentos (véase el apartado de seguridad alimentaria, págs. 51-52).

2. Rubéola y varicela

Son infecciones provocadas por virus y se transmiten de persona a persona por contacto directo o a través del aire cuando una persona tose o estornuda. Si no estás vacunada o no has pasado anteriormente estas enfermedades, se recomienda que te vacunes, como mínimo, un mes antes de quedarte embarazada o programar la vacunación para después del parto, ya que durante el embarazo están contraindicadas. Si no estás inmunizada, se aconseja que evites el contacto con personas infectadas y, si te percatas de que has estado expuesta a una enfermedad como la varicela o el sarampión, debes consultar inmediatamente al personal sanitario que supervisa tu embarazo.

3. La tosferina, el tétanos, la difteria y la gripe se pueden prevenir con **vacunas** durante el embarazo.

4. Citomegalovirus

Una gestante embarazada infectada por el citomegalovirus (CMV) puede transmitírselo al bebé. La mayoría de los bebés que nacen con esta infección no tendrán problemas de salud. Pero algunos pueden presentar, en el momento de nacer o más tarde, problemas permanentes, como la pérdida de audición y de visión o discapacidades mentales.

El CMV se transmite a través de los líquidos corporales (saliva, orina, sangre, secreciones vaginales y semen). No se propaga fácilmente.

Se puede prevenir:

- Lavándose las manos después de ir al baño y cambiar el pañal.
- No compartiendo comida ni bebidas ni utensilios de niños ni de otras personas.
- Limpiando con agua y jabón o desinfectando las superficies y los juguetes que entren en contacto con la saliva u orina.

- Lavándose las manos con una solución alcohólica, en caso de que no se pueda utilizar agua y jabón.

5. Listeriosis

Es una infección grave que se contrae a través de los alimentos contaminados por la bacteria *Listeria monocytogenes*. Si se contrae durante el embarazo, puede provocar aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro o infecciones en los recién nacidos.

Recomendaciones para prevenir la infección. Véase el consejo de seguridad alimentaria (págs. 51-52).

6. Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, sida, enfermedad por clamidia, enfermedad del Zika, etc.) son infecciones que principalmente se contraen a través de las relaciones sexuales. Si no son tratadas y diagnosticadas precozmente, pueden afectar al feto. Para detectarlas, se aconseja realizar las pruebas de detección que forman parte del seguimiento y los controles habituales durante el embarazo.

Las medidas para prevenirlas o disminuir el riesgo son:

- Utilizar el preservativo si se mantienen relaciones sexuales con personas que no se sabe si son portadoras del VIH o tienen una infección por el VIH u otras enfermedades de transmisión sexual.
- En caso de no disponer de preservativo, es preciso recurrir a otras técnicas de sexo seguro como la masturbación, las caricias, los besos, etc.
- Evitar prácticas sexuales que puedan producir heridas en la mucosa rectal y aumenten el riesgo de infección.
- Tabaco: es muy importante no fumar un solo cigarrillo y evitar los ambientes con humo. El tabaco perjudica la salud de la embarazada y la del feto. **NUNCA ES TARDE PARA DEJAR DE FUMAR**. Si se necesita ayuda, se puede consultar al personal de maternidad y al obstetra para recibir información sobre los métodos para dejarlo. El personal sanitario puede ayudar a las mujeres a dejar de fumar. El embarazo es un buen momento para abandonar el consumo de tabaco.
- Alcohol: durante el embarazo hay que abstenerse de

¿Qué sustancias tóxicas hay que evitar?

consumir bebidas alcohólicas, incluidos el vino y la cerveza. No hay ningún consumo que sea seguro. El consumo de alcohol puede afectar al desarrollo de los diferentes órganos del feto y producir alteraciones en el sistema nervioso.

- Otras drogas: las drogas que se consumen pasan directamente al feto y le provocan efectos nocivos. Hay mayor riesgo de parto prematuro, peso bajo al nacer y sufrimiento fetal. Es muy importante aprovechar el embarazo para dejarlas, pero es imposible hacerlo sola, se necesita ayuda, y el personal sanitario puede ofrecerla con absoluta confidencialidad.



El ejercicio físico

La práctica de ejercicio con regularidad presenta unos riesgos mínimos y beneficios importantes para la mayoría de las mujeres.

- Reduce el dolor lumbar, el insomnio, los calambres y los edemas.
- Disminuye el riesgo de padecer diabetes gestacional, preeclampsia y estados hipertensos.
- Mejora la condición física materna, lo que comporta una disminución de la fatiga en las actividades cotidianas.
- Se controla mejor el aumento de peso corporal y los depósitos de grasa.
- Mejora el estado físico y mental.
- Mejora la idea que se tiene de la propia imagen corporal.
- Favorece el trabajo de parto y disminuye los partos distócicos y las complicaciones obstétricas.
- Contribuye a una recuperación rápida después del parto.

Habría que evitar los deportes que incrementan el riesgo de caída o traumatismo abdominal, como son el esquí, el patinaje, la equitación, los deportes de raqueta, el *hockey*, el fútbol, el baloncesto, el rugby, el voleibol y el buceo.

Es recomendable caminar, nadar, ir en bicicleta, remar y bailar, entre otras actividades.

Si practicas un deporte con regularidad, debes adaptar la práctica a la nueva situación de vida. Si comporta riesgo de caída, traumatismo o hipoxia, debes plantearte cambiar de deporte.

Recomendaciones a la hora de practicar ejercicio físico

- Hay que hidratarse con agua antes, durante y al finalizar la práctica deportiva. Conviene llevar ropa que permita la disipación del calor. No es aconsejable hacer ejercicio en ayunas, en ambientes calurosos y con humedad muy elevada.
- La intensidad adecuada de ejercicio físico para la gestante es aquella que le permita mantener una conversación mientras lo practica.

- En gestantes sanas es recomendable hacer ejercicio regular de intensidad moderada, de 2 a 3 días a la semana durante 30 o 40 minutos, además de la realización diaria de paseos.
- Si la gestante practicaba algún deporte antes de estar embarazada puede continuar haciéndolo, siempre que se haya evaluado previamente el deporte y su embarazo de manera individualizada.
- Hay que tener en cuenta las posibles causas para interrumpir inmediatamente la práctica de ejercicio durante la gestación, como son la pérdida de sangre por la vagina; la pérdida de líquido amniótico; las contracciones persistentes que no ceden con el reposo; la ausencia de movimiento fetal; la aparición de edemas espontáneos en las manos, la cara o los pies; el dolor de cabeza persistente; el aumento de la actividad cardíaca; la fatiga excesiva; las palpitaciones o el dolor en el pecho, y el aumento de peso insuficiente (menos de 1 kg/mes durante los últimos dos trimestres).
- A partir de las 16 semanas, no se recomienda practicar ejercicio tumbada boca arriba, para evitar bajadas de la tensión arterial.

Algunas gestantes pueden experimentar contracciones durante la práctica de ejercicio en el tercer trimestre, que se resuelven generalmente de forma espontánea. Si las contracciones persisten 30 minutos después de haber finalizado el ejercicio, es preciso comentárselo al personal sanitario.

En el caso de las mujeres embarazadas con algún factor de riesgo, enfermedad crónica o problemas durante el embarazo, es necesaria una evaluación precisa, para adecuar el ejercicio físico a su condición particular.

3.3. Alimentación

Durante la gestación, se necesita una aportación variada de alimentos saludables para un correcto desarrollo del embarazo.

El embarazo es una buena oportunidad para iniciar unos hábitos de alimentación saludables que se pueden establecer y mantener en el futuro.

El aumento de peso corporal durante el embarazo dependerá del peso inicial en el momento de la concepción. El profesional responsable de supervisar tu embarazo te informará al respecto. Se suele recomendar un aumento de entre 11,5 y 16 kg si la mujer tiene un peso normal antes del embarazo, aunque si no se cumple estrictamente, se puede igualmente tener un buen embarazo y dar a luz a un bebé sano.

Una alimentación saludable se basa, en primer lugar, en el consumo de alimentos de origen vegetal, preferentemente frescos y mínimamente procesados, como por ejemplo fruta fresca, hortalizas, legumbres, frutos secos, farináceos integrales (pan, arroz, pasta, etc.) y aceite de oliva. En segundo lugar, hay que incluir preferentemente pescado, carnes magras y blancas, huevos y lácteos (leche, yogur natural y queso). En cambio, el consumo de bollería, galletas, bebidas azucaradas, embutidos, carnes rojas y procesadas, aperitivos salados, etc. debería ser muy bajo. La bebida habitual tiene que ser el agua.

En el caso de que la gestante siga una dieta vegetariana (tanto ovolactovegetariana como vegetariana estricta o vegana), se **debe aconsejar la suplementación sistemática con vitamina B12** (que en la alimentación solo se encuentra en alimentos de origen animal). El suplemento será de 25 µg/día o 1000 µg tres días por semana.

- Es aconsejable repartir las comidas a lo largo del día.
- Conviene hacer 4 o 5 ingestas no copiosas durante la jornada (por ejemplo, desayunar antes de salir de casa, tomarse algo a media mañana, comer, merendar y cenar) y procurar sentarse en la mesa, masticar bien y disfrutar de la comida, sin prisa.
- Se pueden emplear diversas técnicas culinarias, pero siempre hay que moderar las que comportan un exceso de grasa. Tanto para cocinar como para aliñar es preciso utilizar aceite de oliva virgen extra.

¿Cuáles son las recomendaciones básicas para la alimentación de la embarazada?

¿Qué hay que hacer en caso de vómitos y náuseas?

50

¿Qué hacer en caso de acidez o pirosis?

- Hay que moderar el consumo de sal, y esta debe ser, en todo caso, yodada.
- En caso de que sea necesario un suplemento de hierro, hay que tomárselo con vitamina C (naranja, kiwi, etc.) para mejorar la absorción. No se debe tomar con leche.
- Se pueden tomar hasta 200 mg de cafeína con garantías de seguridad para el feto (un café de bar contiene entre 60 y 100 mg de cafeína; una taza de té, 70 mg, y una lata de cola, entre 35 y 45 mg). Las bebidas energéticas están totalmente desaconsejadas.

Evitar las comidas copiosas; que estas sean ligeras, frecuentes y de poca cantidad.

- Reducir los alimentos ricos en grasa.
- Se suelen tolerar mejor los alimentos fríos que los calientes.
- Evitar beber líquidos en ayunas.
- Evitar los alimentos que puedan ser peor tolerados como son el café, el té, los alimentos ricos en grasa, las especias, etc.
- Evitar exponerse a olores y texturas que provoquen náuseas.

Si las medidas dietéticas no permiten el control de esta sintomatología, entonces se puede recurrir al tratamiento con jengibre (consulta las dosis con el personal sanitario), la digitopresión o el tratamiento farmacológico.

- Comer alimentos en pequeñas cantidades, con frecuencia y poco a poco.
- Evitar los alimentos grasos, picantes y los que podrían irritar la mucosa del estómago, como por ejemplo el zumo de cítricos, tomates, bebidas con cafeína o gas.
- Evitar el alcohol y el tabaco.
- Mientras se come, conviene sentarse con la espalda bien recta, para evitar la presión sobre el estómago.
- No hay que llevar ropa ajustada que comprima la zona abdominal.
- Dejar pasar entre una y dos horas entre la ingesta del alimento y la hora de tumbarse o irse a dormir.

- Es recomendable alzar la cabecera de la cama entre 15 y 20 cm.
- Si no se consigue mejora alguna, se puede prescribir tratamiento farmacológico.
- Se deben consumir alimentos ricos en fibra, como legumbres, verduras, fruta natural, frutos secos, alimentos integrales (pan, arroz, pasta, etc.).
- Es preciso aumentar la ingesta de agua.
- Conviene tomarse una o dos cucharadas de salvado de maíz, lino o sésamo mezcladas en ensaladas, yogures, etc.
- Hay que beber agua tibia o caliente en ayunas.
- Debe aumentarse la actividad física como caminar, nadar, hacer ejercicios en el agua, yoga, etc.
- Sería conveniente tener unos hábitos intestinales correctos, dedicarle siempre el tiempo necesario y defecar cuando se sienta la necesidad de hacerlo, no dejarlo para más tarde.
- Se deben evitar los laxantes, excepto por prescripción médica.

¿Qué hacer en caso de estreñimiento?

Seguridad alimentaria durante el embarazo

Algunos organismos nocivos pueden provocar enfermedades transmitidas por los alimentos. También los contaminantes químicos que hay en determinados alimentos pueden causar problemas de salud.

Recomendaciones especiales para el embarazo

- Lávate las manos antes y después de manipular los alimentos, como carnes, pescado, verdura y fruta.
- Lava bien las frutas y las verduras y comételas preferiblemente peladas.
- Evita comer carne (carpaccio), pescado (sushi), marisco y huevos crudos.
- Evita comer embutidos crudos o poco curados si no están bien cocinados, así como patés refrigerados (solo consúmelos de conservas esterilizadas y latas).

- Evita comer pescado ahumado que se tenga que refrigerar, excepto en el caso de que haya sido bien cocinado (p. ej. en una pizza).
- Evita comer quesos frescos o de pasta blanda (feta, brie, camembert, mascarpone, requesón, mató, burgos, etc.) si no se puede verificar en la etiqueta que se han elaborado con leche pasteurizada.
- Cocina bien los alimentos, a temperaturas altas y asegúrate de que no queden partes crudas. Las carnes crudas pueden estar contaminadas por bacterias.
- En caso de tomar sobras o consumir un plato preparado, asegúrate de calentarlo bien antes de consumirlo y dejarlo enfriar antes de comer.
- La congelación a bajas temperaturas (a -20°C , durante más de 48 horas), evita la transmisión de la toxoplasmosis en embutidos, carnes crudas y curadas; y del anisakis en pescado y marisco crudo.
- Hay que respetar la fecha de caducidad de los alimentos.
- Es preciso evitar el contacto de los alimentos crudos con los cocinados.
- Lava los utensilios exhaustivamente antes de volverlos a utilizar y limpia con frecuencia la nevera.
- Evita comer pescados depredadores de gran tamaño, como por ejemplo pez espada, atún, etc. porque tienen un alto contenido en mercurio.

Medidas caseras equivalentes a una ración

Grupo de alimentos	Medida casera equivalente a una ración	Peso aproximado de la ración (en crudo; peso neto)	Raciones
Farináceos			
	2-3 rebanadas pequeñas de pan 4 biscotes o tostadas Un plato de arroz o pasta ½ bol de cereales de desayuno ricos en fibra Un plato de legumbres (garbanzos, lentejas, alubias secas, etc.) 2 patatas pequeñas o 1 mediana	40-60 g 20-30 g 60-80 g (en crudo) 30-40 g 60 o 80 g (en crudo) 150-200 g (en crudo; peso neto)	3/4 raciones al día
Fruta fresca			
	Una pieza mediana de fruta o dos piezas pequeñas 6-8 fresones, 12-15 cerezas o uvas Una o dos tajadas de melón, sandía o piña	150-200 g (peso neto) 150-200 g 200-250 g	2/3 raciones al día
Verduras y hortalizas			
	1-2 tomates, zanahorias, alcachofas... Un pimiento, berenjena, calabacín... Un plato de verdura cocida (judías verdes, acelgas o espinacas) Un plato de ensalada variada	200-300 g	2/3 raciones al día
Aceites y frutos secos			
	1 cucharada sopera de aceite Un puñado de frutos secos crudos o tostados sin sal	10 ml 20-25 g (peso neto)	3/6 raciones al día
Lácteos			
	Un vaso de leche Un yogur 2 lonchas de queso semicurado Una tarrina de queso fresco	200-250 ml 125 g 40-50 g 80-125 g	3/4 raciones al día
Carne, pescado, huevos y legumbres			
	Una tajada de carne Un cuarto pequeño de pollo, conejo... Una rodaja o filete de pescado 1-2 huevos 1-2 lonchas finas de jamón Un plato de legumbres (garbanzos, lentejas, alubias secas, etc.)	100-125 g (peso neto) 200-250 g (peso neto) 125-150 g (peso neto) 80-100 g (60 g crudo o 150 g cocido)	1/2 raciones al día

3.4. Salud bucodental

Durante el embarazo se producen cambios fisiológicos que causan alteraciones en la cavidad oral y pueden aumentar la aparición de caries y problemas gingivales.

Se aconseja lavarse los dientes, como mínimo, dos veces al día después de las comidas con pasta de dientes y colutorios fluorados para evitar la caries y reducir la ingesta de alimentos ricos en azúcar, como dulces, bombones, bebidas refrescantes, salsas, etc., que contienen una alta cantidad de azúcares añadidos.

Se aconseja una visita odontológica al inicio del embarazo para valorar el estado bucodental.

3.5. Sexualidad y afectividad

¿Se pueden tener relaciones sexuales durante el embarazo?

Partimos de la base de que la sexualidad pertenece al territorio íntimo de la pareja y que las formas de expresarla son tan diversas como las personas, ya que viene determinada por los sentimientos, las vivencias previas, las creencias personales y las costumbres de la sociedad en la que estamos viviendo en un momento determinado. También influye la capacidad personal que se tiene de ofrecer y experimentar placer.

Por lo tanto, la sexualidad es subjetiva y diversa.

Durante el embarazo, las posibles repercusiones de los cambios hormonales pueden condicionar la expresión de la sexualidad en la mujer y dar lugar a una disminución de las relaciones coitales; no así de la necesidad de afecto y comunicación con la pareja.

Por otro lado, es posible que se produzcan pequeñas pérdidas después de la



penetración que son debidas a más vascularización y fragilidad de los capilares del cuello uterino, que puede sangrar con el frote del pene. Este hecho a menudo asusta a la pareja, que piensa que es un signo de amenaza de aborto.

Diferentes estudios efectuados hasta la fecha no han encontrado relación entre el coito y el aborto. Cuando el sangrado se produce después de una relación coital y es de una cantidad inferior a una menstruación, la pareja puede estar tranquila, pues la causa más probable es la propia relación sexual, y no ha de tener ninguna repercusión. Hay que saber también que los pechos suelen estar muy sensibles durante el embarazo y que a muchas mujeres les molesta que los toquen.

Con la progresión del embarazo, se incrementa la presión sobre los genitales, con la congestión consiguiente, que puede hacer que aumente la satisfacción sexual durante el orgasmo; no son pocas las mujeres que experimentan los orgasmos más intensos durante el embarazo.

En algunas mujeres, los pechos pueden secretar calostro durante el orgasmo.

La imagen corporal irá cambiando y, durante el último trimestre, muchas mujeres se sienten poco atractivas. Esta percepción no es compartida por las parejas en la mayoría de los casos. Otras mujeres, en cambio, se sienten plenas y satisfechas. Algunos estudios informan sobre una disminución en las relaciones coitales, fundamentalmente a causa de la falta de deseo. También con frecuencia hay miedo de hacer daño al bebé, preocupación por provocar el parto, etc. Estos temores o la falta de deseo son sentimientos compartidos, en muchos casos, por la pareja. Por otro lado, hay otros estudios en que se observó un aumento del deseo sexual, especialmente en el segundo trimestre.

Las relaciones coitales no son la única forma de expresión de la sexualidad; por lo tanto, las manifestaciones amorosas tendrían que ser siempre libremente aceptadas y compartidas, ya que la finalidad es disfrutar, de la mejor manera posible, de la comunicación íntima con la pareja.

Conviene saber que no se ha encontrado ninguna relación entre el coito y la rotura de aguas, la amenaza de parto prematuro o la hemorragia vaginal; es más, el cuello uterino tiene unos

receptores de prostaglandinas (sustancias presentes en el semen) que no son receptivos hasta el fin de la gestación. Es por este motivo que se suele decir que tener relaciones sexuales con penetración (y eyaculación) puede ser propicio para el parto, pues favorece la maduración del cuello uterino.

Si mantenemos relaciones sexuales con penetración, tenemos que adoptar posturas cómodas para la mujer que no aumenten la presión sobre el abdomen.

Sexualidad segura

Algunas veces los profesionales de maternidad o ginecología pueden recomendar que no se mantengan relaciones sexuales y referirse concretamente a la penetración o la consecución del orgasmo.

- Situaciones durante el embarazo que requieren reposo absoluto:
- Hemorragia vaginal (sangrado en una cantidad superior a una menstruación) con independencia de la causa.
- Amenaza de parto prematuro o situaciones que la favorezcan.
- Rotura prematura de membranas.

3.6. Grupos de preparación para la maternidad

Para recibir información y preparación, la mujer y su pareja pueden participar en sesiones grupales, que les permitan ganar autonomía en todo el proceso de la maternidad o paternidad.

Estos grupos permiten adquirir unos hábitos saludables, conocer en detalle el proceso de la maternidad y aprender sobre los cuidados del bebé y el parto.

El entrenamiento físico incluye la práctica de ejercicios corporales y también de diversas técnicas de relajación, que ayudan a mejorar el estado físico y emocional, así como el alivio del dolor durante las contracciones uterinas en el parto.

Los grupos de preparación suelen durar siete sesiones e implican, para la mujer y su pareja, una dedicación semanal de dos horas.

Se pueden empezar las sesiones a partir del quinto o sexto mes de embarazo y se realizan en los centros de atención primaria, como parte de los programas de atención a la salud sexual y reproductiva, y en algunos hospitales. Se puede solicitar información al personal de maternidad que supervisa el embarazo de la gestante.

3.7. ¿Por qué es tan importante la participación del hombre durante el embarazo, el parto y el posparto?

Durante el embarazo, es importante el tiempo que se puede compartir con la pareja y, por este motivo, es fundamental que esta acuda también a las visitas de control del embarazo, a los grupos de preparación para la maternidad, a las visitas y revisiones de posparto, a las ecografías, a la visita al centro hospitalario, etc. Todo ello favorece la vinculación física y emocional de la pareja con el bebé.

En general, los hombres están cada vez más implicados en el embarazo y la crianza de sus hijos, y son corresponsables en estos procesos. Los hábitos de vida de los hombres también influyen en el embarazo; es preciso que tengan unos hábitos saludables, especialmente durante la gestación y los primeros años de vida del bebé; que tengan una alimentación saludable y un consumo responsable de alcohol; que estén en ambientes sin tabaco, y que compartan momentos de ocio.

La paternidad y la maternidad como proyecto compartido implica que la pareja debe asumir también los cuidados como un aspecto de su identidad. La participación en los cuidados de la mujer durante el embarazo es un elemento importante para desarrollar posteriormente la atención al bebé, que comporta cuidar de manera constante y, al mismo tiempo, con capacidad de disfrutar y vivir los cuidados como una experiencia de vinculación con la pareja y el bebé.

Además, la nueva realidad de la maternidad y paternidad requiere la repartición equitativa del tiempo que se debe dedicar a las labores domésticas, tanto durante el embarazo como después.

La planificación y distribución de los permisos de maternidad y paternidad se deben hacer en pareja. También deben, antes del parto, organizar juntos su día a día de una manera más reflexionada, teniendo en cuenta los cambios que se producirán en el uso del tiempo personal, debido a la necesidad de cuidar del bebé.

Recientemente, en el contexto de promoción de partos más personalizados o humanizados, han ido cobrando más importancia el acompañamiento de la mujer durante el nacimiento y la participación activa de los padres o madres en este papel. Este cambio en positivo se debe a diversos factores: la humanización del proceso de nacimiento o parto respetado; los datos científicos disponibles sobre los beneficios biomédicos de esta práctica; la predisposición del sistema de salud a incorporarla; el mayor interés de las parejas en participar; el fomento de la vinculación temprana con todas las figuras importantes para el bebé, y la promoción de esta corresponsabilidad en el cuidado de los hijos desde su nacimiento.

En ese caso, el papel de la pareja durante el proceso del parto implica:

- Ofrecer más apoyo y tranquilidad a la madre durante el proceso del nacimiento.
- Promover un vínculo afectivo bidireccional con el hijo desde el momento de su nacimiento.
- Estimular y fortalecer la construcción de la función parental desde el nacimiento.

Esta vinculación con el bebé se inicia en el parto, pero se debe mantener a lo largo de todo su desarrollo. Por este motivo, es importante que la pareja participe en los controles pediátricos después del nacimiento y asuma la corresponsabilidad en la crianza, la educación y el desarrollo a lo largo de la vida del hijo como un papel activo y responsable.

En algunos centros de atención sexual y reproductiva (ASSIR), hay grupos de personas (padres) que quieren compartir su experiencia y contribuir a una paternidad consciente, activa y responsable.

Infórmate y pregunta a la comadrona o comadrón que supervisa tu embarazo sobre estos grupos.

Plan de nacimiento

El parto es uno de los acontecimientos más importantes para ti y tu pareja. Es probable que te surjan dudas sobre cómo será y cómo te gustaría que fuera, y puede ser que te sientas un poco preocupada sobre cuál es la mejor opción de parto para ti, que no es necesariamente la mejor para otra persona.

Cuando decidimos sobre otros aspectos importantes de nuestra vida, habitualmente reflexionamos, hablamos con amigos y familiares o consultamos a expertos o expertas para dar con las mejores opciones para nosotros según nuestras circunstancias concretas, nuestros valores y preferencias.

El plan de nacimiento está pensado para que decidas el mayor número posible de aspectos relacionados con el nacimiento de tu bebé, entre las alternativas que se te ofrecen. Con este documento, el personal sanitario que te atiende durante el embarazo, el parto y el posparto podrá saber y tener en cuenta tus preferencias, necesidades, deseos y expectativas. El documento incluye una serie de recomendaciones basadas en los datos científicos disponibles hasta la fecha. Dicho equipo de profesionales te ayudará a tomar decisiones informadas sobre cuáles son tus mejores opciones en cada momento, según tus preferencias y situación específica. Por eso, este es un documento dinámico, y podrás modificar las preferencias que expreses en cualquier momento del embarazo, el parto o el posparto, en función de tus necesidades.

Puedes compartir el plan de nacimiento con tu pareja, familiares y personas de tu entorno de confianza, si crees que el hecho de compartirlo te puede ayudar a decidir qué es lo mejor para ti y tu bebé.

A continuación, podrás expresar tus preferencias sobre el acompañamiento, el espacio físico, la movilidad, el alivio del dolor, el control del bienestar del bebé, el recibimiento del bebé, la lactancia y la estancia en el hospital.

Preferencias relacionadas con el acompañante

Estar acompañada de una persona de confianza que te apoye y permanezca a tu lado durante la labor del parto te puede ayudar. Se ha demostrado que el apoyo continuo del acompañante, ya sea tu pareja o alguien en quien confíes, reduce la necesidad de recurrir a tratamientos farmacológicos para aliviar el dolor.

Indica, si las tienes, tus preferencias relacionadas con el acompañamiento:

- Quiero estar acompañada por
- No quiero estar acompañada por
- No sé si quiero tener acompañante
- Lo decidiré en el momento del parto

Preferencias relacionadas con el espacio físico

Un espacio confortable y cómodo ayuda a mejorar la experiencia del parto. Los hospitales disponen de diferentes espacios y recursos. Si tienes oportunidad, puedes visitar previamente el centro donde tienes previsto dar a luz e informarte de los recursos disponibles.

Indica tus preferencias en relación con el espacio, el ambiente y el tipo de material que te gustaría utilizar:

- Ser atendida en un solo espacio durante la dilatación, el parto y el posparto inmediato.
- Utilizar material de apoyo como pelotas, espejos o cojines.

Otros:

- Escuchar música, graduar la intensidad de la luz y evitar ruidos.
- No tengo preferencias.

Otras preferencias que no consten en el documento y desees expresar:

.....

Si consideras que tienes necesidades o circunstancias especiales, puedes contárnoslas (disminución de la movilidad, de la capacidad auditiva, visual, de la comprensión lingüística, etc.)

.....

Preferencias relacionadas con el período de dilatación

Los estudios disponibles no respaldan la realización rutinaria del enema, la rasura del perineo, la rotura artificial de membranas (bolsa de aguas) o la episiotomía, salvo en unas pocas circunstancias específicas; por ello, se te debe informar de la idoneidad de llevarlas a cabo.

En caso de que sea necesario efectuar alguna de estas técnicas te deben informar de la razón por la que son necesarias y pedirte tu consentimiento. Durante el embarazo, infórmate con el personal sanitario acerca de las circunstancias específicas en que deben emplearse.

El tacto vaginal es una exploración que efectúa el personal sanitario durante la labor del parto para valorar su evolución. Con el fin de respetar tu intimidad, los tactos vaginales los debe realizar el mismo personal y, en caso de que sea necesario que los realice otro distinto, es necesario que se te pida permiso e informe del motivo de este cambio.

Preferencias relacionadas con la movilidad durante la dilatación y el parto

Moverse durante el parto ayuda a su desarrollo normal y contribuye a disminuir la duración de este, a sentirte más cómoda y a reducir la probabilidad de la instrumentalización del parto.

- He podido hablar con la comadrona o comadrón sobre las diferentes alternativas de movilidad durante el parto.
 - Quiero tener total libertad de movimiento durante el parto.
 - En caso de recibir anestesia epidural y, en la medida de lo posible, quiero cambiar de posición según mis preferencias y comodidad.
 - Quiero evitar la posición de estar tumbada boca arriba o cualquiera que considere incómoda.
 - Todavía no he decidido qué tipo de movilidad querré, lo decidiré en el momento del parto.
- No he tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón acerca de las alternativas de movilidad durante el parto.

Lo hablaré con el equipo de obstetricia en el día del parto.

Otras preferencias con respecto a la movilidad durante el parto:

.....

Preferencias relacionadas con la ingestión de líquidos durante el parto

La hidratación durante el parto es especialmente importante para que este se desarrolle de manera normal. En las mujeres en las que

se prevé un parto normal, se aconseja beber líquidos durante el parto.

- He tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón acerca de las diferentes alternativas de hidratación durante el parto.
 - Para hidratarme, quiero beber líquidos.
 - En caso de recibir anestesia epidural, además de la sueroterapia, quiero beber líquidos.
 - Todavía no lo he decidido. Lo decidiré en el momento del parto.
- No he tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón acerca de las alternativas de hidratación durante el parto. Lo hablaré con el equipo de obstetricia en el día del parto.

Otras preferencias acerca de la hidratación durante el parto:

.....

.....

Preferencias relacionadas con la administración de fármacos

A veces, durante el parto, se dan situaciones que pueden requerir la administración de fármacos como antibióticos, oxitocina, inhibidores de las contracciones, etc.

- En caso de que sea necesario administrar un fármaco, quiero que se me informe de su finalidad y se consulte mi opinión.
- La administración de fármacos, en la medida de lo posible, no debe limitar mi movilidad y la capacidad de adoptar posturas para el parto.

Otras preferencias sobre la administración de fármacos:

.....

.....

Preferencias relacionadas con la monitorización del feto

Consiste en escuchar el latido del corazón del feto para controlar su bienestar durante los períodos de dilatación y expulsión. Existen diferentes opciones, como la auscultación intermitente, la monitorización intermitente y la monitorización continua.

En partos que progresan con normalidad, sin ningún tipo de situación de riesgo ni uso de medicamentos, se aconsejan las opciones de monitorización que permitan la máxima libertad de movimiento. Si el parto se desvía de la normalidad o requiere medicamentos, la recomendación es la monitorización continua.

- He tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre las ventajas y desventajas de los diferentes tipos de monitorización.
 - Quiero que el tipo de monitorización no interfiera en mi capacidad de movimiento durante el período de dilatación y expulsión.
 - Si, durante el parto, me encuentro en una situación que requiere la monitorización continua, quiero que se me informe y, si es posible, que se utilice un monitor inalámbrico.
- No he tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre las ventajas y desventajas de los diferentes tipos de monitorización. Lo hablaré con el equipo de obstetricia en el día del parto.

Otras consideraciones con respecto a la auscultación del latido cardíaco:

.....

.....

Preferencias relacionadas con el alivio del dolor del parto

Para aliviar el dolor del parto, cuentas con diferentes alternativas a tu disposición, tratamientos no farmacológicos o una combinación de ambos.

- He tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre las diferentes alternativas para aliviar el dolor.
- Me gustaría aliviar el dolor con los siguientes tratamientos no farmacológicos:
 - Relajación y técnicas de respiración.
 - Estimulación eléctrica transcutánea (EET).
 - Estimulación de la piel (masaje superficial, masaje de presión, aplicación de frío o calor).

- Uso de agua (ducha, bañera).
- Uso de acupuntura, homeopatía, flores de Bach, etc., que tendré que traer de casa.
- Inyección de agua o suero fisiológico en la zona del sacro.
- Otros:

Si lo necesito y quiero, me gustaría utilizar los siguientes métodos farmacológicos:

- Anestesia epidural lo antes posible.
- Anestesia epidural de dosis baja (*walking epidural*).
- Óxido nitroso (un gas analgésico).
- Anestesia local, solo en caso de sutura.
- No he tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón acerca de las diferentes alternativas para aliviar el dolor. Lo hablaré con el equipo de obstetricia en el día del parto.

Otras preferencias con respecto a la anestesia en el parto:

.....

.....

Preferencias relacionadas con la atención durante el período expulsivo

La expulsión

Es el proceso de salida del bebé. La mayoría de los partos son vaginales (partos normales o instrumentales) y algunos son por cesárea.

Parto normal: es aquel que no requiere la intervención instrumental. Es el tipo de parto más frecuente.

Parto instrumental: es aquel que requiere el uso de instrumentos (ventosas, espátulas o fórceps).

Parto por cesárea: es aquel que se realiza mediante una intervención quirúrgica que consiste en una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina de la madre para extraer al bebé.

Preferencias relacionadas con el acompañamiento durante la expulsión

- Quiero que mi acompañante esté conmigo en el momento de la expulsión, ya sea un parto normal o instrumental.

- No quiero que mi acompañante esté conmigo en el momento de la expulsión.
- No tengo preferencias sobre el hecho de que mi acompañante esté conmigo en el momento de la expulsión.
- Todavía no lo he decidido. Lo decidiré en el momento del parto.
- En caso de un parto por cesárea, si es posible, deseo que mi acompañante esté conmigo.

Otras preferencias acerca del acompañamiento durante la expulsión:

.....

Preferencias relacionadas con las posturas para parir

Busca la postura más conveniente para ti, podrá hacerte sentir más cómoda durante el parto y favorecer el pujo. Prueba las diferentes posturas (de pie, sentada, de rodillas, de cuclillas, a gatas, de lado, tumbada boca arriba) y busca la que creas que es mejor para ti.

- He tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre las diferentes posturas de parto, con sus ventajas e inconvenientes.
- Quiero parir en la postura que yo decida y que sea más cómoda para mí. En principio, la postura en la que quiero parir es:
- Decidiré la postura en el momento del parto, en función de mi grado de confort.
- No he tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre las diferentes posturas de parto, de sus ventajas e inconvenientes. Lo hablaré con el equipo de obstetricia en el día del parto.

Otras preferencias con respecto a las posturas de parto:

.....

.....

Preferencias relacionadas con el pujo

Es el reflejo que siente la mujer de empujar, lo que ayuda al bebé a salir.

- He tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre los diferentes tipos de pujo.
 - Quiero escoger cómo y cuándo empujar, según lo que me resulte más cómodo a mí.
 - En caso de recibir anestesia epidural, si ha disminuido mi reflejo de pujo, quiero que la comadrona o comadrón me indique cuándo he de empujar.
 - Quiero utilizar un espejo para ver cómo sale mi bebé.
 - No tengo preferencias.
- No he tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre los diferentes tipos de pujo. Lo hablaré con el equipo de obstetricia en el día del parto.

Otras preferencias acerca del pujo:

.....

.....

El perineo

Durante el período de expulsión, se produce distensión del perineo, lo que permite la salida del bebé.

- He tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón acerca de las diferentes medidas de protección del perineo durante la expulsión.
 - Quiero que se me aplique calor húmedo para evitar rasgados.
 - Quiero que se empleen maniobras de protección del perineo para evitar rasgados.
 - He podido hablar con la comadrona o comadrón u obstetra sobre los casos en los que la episiotomía puede ser necesaria.
- No he podido hablar con la comadrona o comadrón u obstetra sobre los casos en los que la episiotomía puede ser necesaria.
- No he tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre las diferentes medidas de protección del perineo. Lo hablaré con el equipo de obstetricia en el día del parto.

Expresa tus sentimientos en caso de que sea necesaria una episiotomía:

.....
.....

Preferencias relacionadas con el pinzamiento del cordón umbilical

- He tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre las diferentes opciones de pinzamiento del cordón umbilical.
 - Me gustaría que se pinzase y cortase el cordón umbilical lo más tarde posible.
 - Quiero donar sangre del cordón umbilical, por lo que el cordón umbilical se pinzará y cortará rápidamente.
- No he tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre las diferentes opciones de pinzamiento del cordón umbilical. Lo consultaré con la comadrona o comadrón en el día del parto.

Otras preferencias con respecto al pinzamiento del cordón umbilical:

Preferencias relacionadas con el alumbramiento de la placenta

Un tiempo después de la salida del bebé, la placenta se desprende del útero.

- He tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre las diferentes opciones de alumbramiento de la placenta.
 - Prefiero un alumbramiento dirigido con administración de oxitocina.
 - Prefiero un alumbramiento espontáneo, sin fármacos.
- No he tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre las diferentes opciones de alumbramiento de la placenta. Lo hablaré con el equipo de obstetricia en el día del parto.

Otras preferencias con respecto al alumbramiento de la placenta:

Preferencias relacionadas con la atención y los cuidados del bebé

Las recomendaciones actuales indican que el inicio precoz del contacto piel con piel ayuda a establecer un vínculo entre la madre y el bebé y facilita la lactancia materna.

- He tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre las diferentes opciones de recibimiento de mi bebé en los primeros minutos de vida.
 - Me gustaría coger a mi bebé en brazos inmediatamente después de su nacimiento.
 - Me gustaría iniciar el contacto piel con piel con mi bebé inmediatamente después de su nacimiento y, en caso de que yo no pueda hacerlo, ya sea porque he tenido un parto por cesárea o por otros motivos que me lo impidan, me gustaría que lo hiciese mi acompañante.
 - Me gustaría que no separasen a mi bebé de mí, a no ser que sea estrictamente necesario.
- No he tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre las diferentes opciones de recibimiento de mi bebé en los primeros minutos de vida. Lo hablaré con el equipo de obstetricia en el día del parto.

Otras preferencias acerca del recibimiento de mi bebé:

.....

.....

Preferencias relacionadas con la lactancia

- He tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre las diferentes opciones de alimentación del bebé.
 - Me gustaría darle el pecho.
 - Me gustaría darle el pecho en la sala de partos.
 - No quiero darle el pecho.
 - Quiero que se me consulte antes de darle un chupete a mi bebé.
- No he tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre las diferentes opciones de alimentación para mi bebé. Lo consultaré con la comadrona o comadrón en el día del parto.

Otras preferencias con respecto a la alimentación de mi bebé:

.....

.....

Preferencias relacionadas con los cuidados del bebé

Tras el nacimiento se examina el estado general del bebé y se aconsejan cuidados específicos, como la administración de vitamina K con el fin de reducir el riesgo de hemorragia y la aplicación de pomada ocular antibiótica para prevenir las infecciones oculares.

- He tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre los cuidados del bebé tras el parto.

Profilaxis del riesgo de hemorragias

- Prefiero que se administre a mi bebé vitamina K intramuscular.
- Prefiero que se administre a mi bebé vitamina K oral.

Profilaxis de la oftalmia neonatal

- Me gustaría que se retrasase la aplicación de la pomada ocular para reducir la interferencia visual conmigo (se administrará antes del traslado a planta).
- No he tenido oportunidad de hablar con la comadrona o comadrón sobre los cuidados del bebé después del parto. Lo hablaré con el equipo de obstetricia en el día del parto.

Otras preferencias con respecto a los cuidados del bebé:

.....

.....

Preferencias relacionadas con el posparto inmediato

- Quiero que no se separe a mi bebé de mí, a no ser que sea estrictamente necesario.
- Me gustaría que mi estancia en el hospital fuese lo más breve posible.
- Quiero que se me dé un alta precoz, si mi condición y la de mi bebé lo permiten.

Otros aspectos importantes para ti sobre tu estancia y la del bebé en el hospital:

.....

.....

.....

¿Tienes alguna otra preferencia que no haya sido mencionada y quisieras comentar con el equipo de obstetricia?

.....

.....

El parto

Cada parto y cada nacimiento son una vivencia única en la vida de cada mujer y su pareja, una experiencia que está influenciada por factores físicos, psicológicos, culturales y ambientales.

El parto es el proceso fisiológico por el que la mujer finaliza su gestación. Las semanas de gestación se calculan a partir de la fecha de la última regla. Si la menstruación es muy irregular o ausente, el cálculo se podrá hacer por ecografía. Se establece como fecha probable de parto las 40 semanas de gestación (280 días, 10 meses lunares).

Se considera normal que el parto se produzca entre las 37 y las 42 semanas completas.

Según la Organización Mundial de la Salud, la mujer debería dar a luz en un lugar donde se encuentre segura y con una calidad asistencial adecuada para asegurar el desarrollo correcto del parto.

El parto se puede producir, cuando el embarazo es de bajo riesgo, en diferentes entornos de manera segura: en el domicilio, en los centros de parto y en el hospital; aunque actualmente la mayoría de los partos se atienden en un hospital. En todo caso, ha de ser un lugar donde toda la atención y tratamiento se centren en las necesidades y la seguridad de la gestante, y que esté tan cerca como sea posible de su casa y su entorno cultural. En el caso de que se vaya a dar a luz en el domicilio, es necesario que se planee previamente el traslado de la mujer a un hospital si fuese necesario y que se la informe de ello.

Según las últimas investigaciones, la comadrona o comadrón es el profesional más preparado para acompañar a la mujer en el parto, independientemente del entorno donde se produzca y del riesgo obstétrico. En los casos de riesgo bajo o medio, la comadrona o comadrón asistirá en el parto de manera autónoma. En los casos de riesgo alto o muy alto, asistirá en el parto con la ayuda de un obstetra.

Se recomienda que la mujer, junto con su pareja si la hubiese, confeccione de manera informada un plan del nacimiento del bebé. Cuando se realice el primer contacto con el equipo de profesionales del centro médico, durante la visita preparto, se comentarán, revisarán y consensuarán las opciones concretas que se han mencionado en el plan del nacimiento.

5.1. El parto

El parto

El parto es un proceso en el que, mediante las contracciones de la matriz, se produce el nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta y las membranas.

Pródromos del parto

Las contracciones suelen comenzar a presentarse en las últimas semanas de la gestación.

La gestante las nota como un endurecimiento general y, en ocasiones, doloroso del vientre, o dolor en la zona lumbar. Al principio son síntomas esporádicos, más o menos frecuentes pero sin un ritmo concreto, cortos, poco intensos y, por lo general, indoloros. Esta fase se llama *preparto* o *pródromo*. Este período puede comenzar unas horas o incluso unos días antes del momento del parto; tanto la duración como la intensidad de esta fase pueden variar de un parto a otro.

En las últimas semanas antes del parto, también se puede producir la expulsión del tapón mucoso. Se trata de una expulsión de flujo vaginal más abundante de lo habitual, de color rosado o amarronado, y espeso. No todas las mujeres experimentan la expulsión del tapón mucoso y, en cualquier caso, no es motivo para acudir al hospital. Simplemente indica que el cuello de la matriz está madurando.

Las contracciones se irán volviendo más rítmicas y frecuentes, lo que hará que el cuello uterino reduzca su grosor gradualmente, adquiera una consistencia blanda y se dilate. Esta fase latente del parto tiene una duración variable y, en ocasiones, puede ser un proceso largo, en que la mujer puede dudar si su parto ha comenzado o no.

Se considera que el parto ha comenzado cuando se producen contracciones regulares y una dilatación del cuello uterino de 4 cm. Se ha observado que ingresar a la mujer antes de que se den estas circunstancias puede ser perjudicial y se asocia a una necesidad de mayor intervención en el parto, por lo que se recomienda volver al domicilio hasta que el parto haya comenzado claramente. La comadrona o comadrón que realiza la valoración



ha de informar a la mujer y su pareja sobre las medidas de confort en el domicilio, los cambios que se pueden ir produciendo y el momento oportuno para volver a acudir al hospital.

- Fase activa del primer estadio del parto o dilatación: período del parto en el que tiene lugar la dilatación, desde los 4 cm hasta los 10 cm de diámetro (dilatación completa). El ritmo con el que se llega a dilatar completamente es variable. En esta fase hay varios ritmos, primero un período de aceleración hasta los 9 cm, durante el cual la mujer puede tener la sensación de verse superada por la intensidad de las contracciones. A este primer período le sigue otro de desaceleración hasta llegar a los 10 cm. La duración de esta fase puede variar; el progreso no es necesariamente lineal, y depende de si es el primer parto que se tiene o no.
- Segunda fase del parto o período expulsivo: estadio del parto que comienza con la dilatación completa del cuello uterino y termina con el nacimiento del bebé. Esta fase a su vez se puede dividir en dos períodos:
- Fase latente del parto: no hay pujo. En esta fase el bebé, de forma pasiva, desciende por la pelvis materna y, mediante una serie de movimientos y rotaciones, se va adaptando al canal del parto hasta llegar a la vagina. La duración de esta fase es variable para cada mujer. Si la mujer ha solicitado el uso de la anestesia epidural, la duración de esta fase puede ser mayor.
- Fase activa del parto: cuando la cabeza del bebé se acerca a la zona vulvar, aparece el pujo. El pujo es un acto reflejo, una respuesta involuntaria que origina la contracción de los músculos del abdomen de la madre para colaborar activamente en la expulsión del feto. La mujer siente una necesidad imperiosa o un deseo incontrolable de empujar.

Período de alumbramiento: nacido ya el bebé, el útero continúa contrayéndose hasta que se expulsan la placenta y las membranas. La mayoría de las guías sobre el embarazo recomiendan un manejo activo del alumbramiento mediante maniobras específicas como el pinzamiento tardío del cordón

umbilical, la tracción controlada del cordón y el uso de fármacos (oxitocina) para reducir el riesgo de hemorragia posparto.

El alumbramiento puede producirse de manera natural, con una duración de unos 30 minutos si el proceso es dirigido o de 60 minutos si el alumbramiento es espontáneo.

El pinzamiento tardío del cordón, es decir, en el momento en que el cordón ha dejado de tener pulso, antes de que la placenta se haya desprendido, provee al bebé de una cantidad de sangre con reservas de hierro que perduran más allá del primer mes de vida, y ello repercute directamente en su peso. Este procedimiento es especialmente importante en bebés prematuros. En el caso de que el pinzamiento no sea posible, la recomendación es esperar un mínimo de un minuto para asegurar parte de la transfusión placentaria. Es necesario que la mujer sea informada para que pueda decidir acerca de la donación de sangre del cordón.

- **Donación de sangre del cordón umbilical:** la donación de sangre del cordón umbilical tiene el objetivo de recoger células madre para conservarlas en un banco público. Las células madre del cordón umbilical se utilizan para tratar enfermedades como la leucemia y otros tipos de cáncer. La recogida de esta sangre se realiza después del nacimiento y la sección del cordón.

Tu profesional de maternidad y obstetricia te puede proporcionar más información sobre esta opción. Más información: <http://www.bancsang.net/donants/banc-cordo/>

5.2. ¿Cuándo hay que acudir al hospital o maternidad?

1. Cuando se produzcan contracciones regulares, cada vez más intensas, que duren un minuto o más y que no cesen con el reposo, una ducha o agua caliente. Se debe trasladar a la gestante:
 - Si tiene contracciones cada 5 minutos durante 1 o 2 horas y es su primer parto.
 - Si tiene contracciones cada 10 minutos durante 1 o 2 horas y no es su primer parto.

2. Cuando se produzca la rotura de la bolsa de aguas.

Debe examinarse el color del líquido amniótico y hay que fijarse en la hora de la rotura.

- Cuando el **líquido es transparente**, se debe avisar a la comadrona o comadrón y esperar el inicio de las contracciones (si el parto se producirá en el domicilio) o acudir al hospital en las horas siguientes. Las guías internacionales recomiendan ir al hospital a partir de las 24 horas después de la rotura de la bolsa de aguas para inducir el parto si este no ha comenzado. Es aconsejable que la mujer conozca el protocolo de rotura prematura de membranas del hospital en el que dará a luz, ya que puede variar considerablemente de un centro a otro.
- Si el **líquido está teñido o sucio**, se recomienda efectuar una valoración del bienestar fetal para conocer si es necesaria cualquier intervención. Hay que avisar a la comadrona o comadrón o desplazarse al hospital inmediatamente.

3. Cuando se produzcan pérdidas de sangre parecidas o superiores a las de una menstruación, con o sin contracciones.

4. Cuando no se produzcan movimientos fetales. En caso de duda, se recomienda contar el número de movimientos que hace el bebé durante las dos horas siguientes a las comidas. Asimismo, es aconsejable contar los movimientos tumbada sobre el costado izquierdo. Si se cuentan menos de 10 movimientos durante estas dos horas, es necesario consultar con profesionales.

5.3. Tipos de parto

Normal: es el proceso fisiológico que ocurre entre las 37 y las 42 semanas de gestación. Se inicia espontáneamente, se desarrolla y culmina en el nacimiento, sin complicaciones. Requiere solo una asistencia integral y respetuosa.

Medicalizado: es el proceso que se produce por vía vaginal precedido de intervenciones, como la rotura artificial de membranas, la anestesia epidural, la episiotomía, la inducción

del parto o el uso de hormonas sintéticas como la oxitocina o las prostaglandinas para acelerar el parto.

Eutócico: es el proceso que se produce por vía vaginal en el cual el bebé nace de cabeza sin necesidad de recurrir a ningún instrumento extractor o maniobras especiales.

Distócico: en algunos casos, puede ser necesario acortar el período de expulsión mediante el uso de instrumentos, como las espátulas, los fórceps y la ventosa.

Los instrumentos siempre se utilizan en beneficio de la madre o el bebé.

Cesárea: intervención quirúrgica para extraer el bebé mediante una incisión en las paredes del abdomen y el útero.

Dado que la cesárea no es la vía natural del parto y conlleva más complicaciones que el parto vaginal, solo se debe practicar en los casos en que se considere que el parto por vía vaginal es perjudicial para la madre o para el feto.

5.4. Episiotomía

Es una incisión que se practica en la vagina para ampliar el espacio y acelerar la salida del bebé. Afecta a la piel, el músculo y la mucosa vaginal. Requiere sutura y anestesia una vez que el bebé y la placenta se han expulsado. Se debe reservar para los casos de sospecha de pérdida del bienestar fetal durante la salida final del bebé o en los partos instrumentados.

5.5. Control del bienestar fetal durante el parto

El control de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) es un indicador indirecto que permite conocer el estado de oxigenación y la vitalidad del bebé durante el parto. Con una técnica Doppler se pueden monitorizar los latidos del corazón del bebé y observar las reacciones a los diferentes estímulos como las contracciones, los movimientos del bebé y la posición materna, entre otros factores.

Este tipo de control puede ser intermitente o continuo.

Intermitente: se puede realizar a diferentes intervalos, según el protocolo de cada centro, y es recomendable utilizarlo en mujeres sin ningún factor de riesgo. Se debe sustituir por monitorización continua si se detectan alteraciones de la FCF durante el desarrollo del parto.

Continuo: permite el control de la FCF y las contracciones en todo momento, sin interrupciones. Se indica en mujeres y fetos con cierto factor de riesgo, como la presencia de líquido teñido o sucio, el retraso del crecimiento intrauterino, el uso de la anestesia epidural u oxitocina, etc.

5.6. Tactos vaginales

Es una exploración que realiza la comadrona o comadrón u obstetra. Consiste en introducir dos dedos dentro de la vagina de la mujer hasta llegar al cuello uterino, con el objetivo de conocer el estado, la posición, la consistencia y el grado de dilatación de este. Se puede ofrecer a la mujer con el objetivo de conocer el progreso de la labor de parto, aunque hay otros factores que es necesario tener en cuenta como la forma, la frecuencia y la duración de las contracciones, así como el comportamiento de la mujer. No se debería realizar rutinariamente y se recomienda que lo realice siempre el propio profesional suavemente.

5.7. ¿Cómo aliviar el dolor del parto?

Para la gran mayoría de las mujeres, las contracciones y la salida del bebé por el canal de parto durante el período expulsivo pueden ser dolorosas.

Esta experiencia es totalmente subjetiva y está influenciada por múltiples factores personales, ambientales, culturales, etc.

El sentido del dolor

El dolor de las contracciones es funcional: nos indica que todo funciona correctamente y ayuda a la mujer a centrarse de manera instintiva en el proceso del nacimiento. El hecho de que la



mujer sienta dolor puede contribuir a que desconecte del ambiente exterior y contacte con su instinto primitivo, que va dictando lo que el cuerpo y ella misma necesitan.

Para aliviar el dolor del parto, la mujer puede recurrir a diferentes métodos no farmacológicos y farmacológicos.

El personal de maternidad y obstetricia y los grupos de preparación al parto pueden informar a la mujer acerca de estas técnicas. Infórmate de los métodos disponibles en el centro hospitalario donde tendrás a tu bebé.

Métodos no farmacológicos

- Preparación del ambiente: el ambiente debe ser tranquilo, seguro, íntimo y con luz tenue.
- Facilitar la libertad de movimiento de la mujer y la adopción de diferentes posiciones durante el parto.
- El acompañamiento constante, durante todo el proceso de parto.
- El uso de agua caliente.
- La aplicación de calor seco o húmedo en las zonas dolorosas.
- Masaje. El sentido del tacto también ayuda en el momento del parto: reduce la tensión y favorece la relajación.
- Técnicas de relajación o técnicas respiratorias.
- Estimulación eléctrica transcutánea (EET). Consiste en aplicar corrientes eléctricas muy suaves mediante electrodos colocados sobre la piel de la zona dolorosa para bloquear la transmisión de las señales del dolor. Se utiliza sobre todo en la primera fase de la dilatación.
- La acupuntura, la aromaterapia, la homeopatía, la hipnosis, la reflexología o la inyección de suero fisiológico o agua estéril en la zona lumbar no proporcionan ningún alivio eficaz del dolor. Aun así, la madre puede recurrir a ellas si lo desea.

La utilización de todas estas técnicas requiere la participación activa de la mujer, la pareja y el personal sanitario a cargo del parto.

Métodos farmacológicos

- **Anestesia inhalatoria con óxido nitroso:** es una mezcla a partes iguales de óxido nitroso y oxígeno. Se administra por vía inhalatoria, mediante una mascarilla ajustable a la boca y nariz, o bien con un tubo por el que la mujer aspira el gas como si se tratase de una pajita. La mujer va autoadministrándose el gas según sus necesidades. El efecto analgésico puede acompañarse de una sensación de mareo, pero no interfiere en la dinámica uterina ni afecta al bebé antes o después del parto.
- **Meperidina o petidina:** es un medicamento analgésico derivado de los opiáceos. Tiene un efecto sedativo y un tanto analgésico para la madre. Se reserva su uso para las fases de pródromo e inicio de la dilatación, pues si el parto se produce bajo sus efectos, el bebé podría padecer una depresión respiratoria al nacer.
- **Anestesia local:** se utiliza exclusivamente para insensibilizar la zona vaginal y del perineo cuando se ha practicado la episiotomía o se ha producido un rasgado.
- **Anestesia epidural:** su aplicación depende de ciertas condiciones que el equipo de profesionales debe valorar en cada caso. Se utiliza para bloquear el dolor de las contracciones.
- Es importante que, antes de utilizar esta técnica, la mujer sea informada de las ventajas, inconvenientes, posibles complicaciones y efectos secundarios, como la disminución de la tensión arterial, pesadez en las piernas, temblores y retención de orina, entre otros. De entre todos los efectos secundarios de la epidural, el más preocupante es el que tiene en el parto, ya que lo puede prolongar y hacer que aumente, por ende, el número de partos instrumentales (partos con fórceps o ventosa).
- **Anestesia intradural:** consiste en inyectar un anestésico local en el espacio subaracnoideo, también conocido como *intradural*. La técnica de punción es muy parecida a la de la anestesia epidural en lo que al lugar de la punción en la espalda y la postura de la mujer se refiere; se diferencia de la epidural solo por el lugar de administración del anestésico y el material que se utiliza. El efecto de este anestésico es más

rápido que el de la epidural, pero tiene el inconveniente de que provoca la pérdida del movimiento en las piernas y la falta de sensibilidad de cintura para abajo en la mujer. Esta técnica se suele utilizar en las cesáreas.

- **Anestesia combinada intradural-epidural (CIE) o *walking epidural*:** es una técnica combinada de bloqueo en la cual se administra conjuntamente anestesia intradural y epidural en una sola punción; por lo tanto, aúna las ventajas de ambas técnicas: tiene una acción rápida (gracias a la intradural) y permite mantener la movilidad durante todo el parto (gracias a la epidural). Permite a la mujer moverse y caminar, hecho que favorece el desarrollo del parto.

Y después del parto...
el puerperio

*¿Cuándo podré
comer, levantarme
y ducharme?*

84

*¿Es preciso que la
madre esté
acompañada
durante el ingreso
en el hospital y los
primeros días en
casa?*

6.1. La madre

Estos son momentos de felicidad, de dar la bienvenida y acoger al bebé y, al mismo tiempo, de relajarse y sentir cansancio después de todo el proceso del parto. Tras el nacimiento del bebé, se aconseja recostarlo sobre la madre, en contacto piel con piel, porque es la manera de hacerlo sentir seguro y protegido, de que reconozca a la madre, retenga el calor y pueda iniciar la lactancia cuando esté preparado. Se valorará su estado de salud y realizarán los cuidados correspondientes.

El personal sanitario también estará atento a la evolución de la madre, en especial a la pérdida de sangre y la contracción del útero.

Y en el hospital...

El inicio de la ingesta de alimentos depende del tipo de parto y lo indicará el personal sanitario. Cuando se trata de un parto normal y sin anestesia general o epidural, se puede comenzar a comer de inmediato, siempre y cuando la madre tenga apetito. Asimismo, es el equipo de profesionales sanitarios el que asesora sobre cuándo es recomendable levantarse de la cama, teniendo en cuenta el tipo de parto. Actualmente, se recomienda moverse lo antes posible, para favorecer la circulación y la recuperación física en general y, si es posible, hacerlo acompañada, pues puede marearse repentinamente. En caso de anestesia epidural o de cesárea, la movilización se pospone, según el caso. La madre se podrá duchar desde el primer día, una vez se pueda levantar de la cama. Los baños se posponen hasta que sean retirados o se absorban los puntos o las grapas de la herida, en aquellas mujeres que presenten suturas por cesárea o episiotomía.

El apoyo y la presencia de la pareja son importantes, así como el de las personas que sean consideradas de confianza para ayudar y acompañar a la madre y el bebé a lo largo del ingreso hospitalario y los días de recuperación en casa.

Si el parto es normal, el alta hospitalaria se produce normalmente a las 48 horas; en caso de cesárea, alrededor de las 72 horas.

En algunos centros hospitalarios, si las condiciones del parto, el posparto inmediato y el bebé lo permiten, se puede solicitar el

alta hospitalaria antes de las 24 horas. En tal caso, el seguimiento del puerperio y el bebé lo hace la comadrona o comadrón y, posteriormente, el equipo de pediatría.

Al volver a casa, se debe llevar en el coche la silla de seguridad tipo 0 o la cuna.

Y en casa...

La llegada del bebé a casa conlleva tener que reajustar la vida familiar. Aunque los primeros días pueden ser complicados, enseguida se coge experiencia en el cuidado del bebé. Si hay más hijos en la unidad familiar, se les debe hacer participar en el cuidado del recién nacido. Poco a poco, la familia se irá adaptando a la nueva situación y asumirá una serie de decisiones sobre la crianza del bebé.

Los primeros días, la madre se sentirá cansada al tener que estar pendiente del bebé las 24 horas del día. La madre debería aprovechar para dormir o descansar cuando el bebé duerma. Pasarán varios días hasta que la madre se encuentre recuperada.

¿Qué hay que saber sobre los cuidados de la madre?

- **Cuidados de la herida**

Limpiar la herida diariamente con agua fría o tibia y jabón, secarla suavemente, sin frotar, con una toalla o un secador. En caso de episiotomía o rasgado, se aconseja utilizar compresas transpirables de algodón. A medida que pasan los días, los puntos o las grapas se secan y pueden provocar una sensación de tirantez. En la visita de puerperio de tu centro de salud la comadrona o comadrón revisará la herida y valorará si conviene retirar los puntos o grapas.

En caso de hemorroides, limpiarse frecuentemente con agua fría puede aliviar las molestias. Si estas persistiesen, se debe consultar al médico o médica o la comadrona o comadrón.

- **Las pérdidas (loquios)**

Las pérdidas pueden durar entre 2 semanas y 45 días, y pueden ir disminuyendo en volumen a medida que pasan los días. Aun así, a las 2 o 3 semanas se pueden

producir pérdidas ocasionales más sangrientas, pero de corta duración, que no deben ser motivo de alarma. Estas suelen tener un olor ligeramente más fuerte que la regla. En el caso de que las pérdidas huelan mal y se presenten con fiebre o pérdidas abundantes, consulte a su profesional de medicina o de enfermería obstetricoginecológica.

- **Los pechos**

Para la higiene de los pechos, no es necesario lavar los pezones tras dar el pecho; es suficiente con la ducha diaria.

No es necesario aplicar ninguna crema especial para prevenir que los pezones se agrieten.

Durante la subida de la leche, los pechos pueden aumentar en volumen, sin que sea esto una señal de que se tiene mayor o menor cantidad de leche. Si se presenta una zona muy dolorosa en el pecho, endurecida o enrojecida, con fiebre superior a 38 °C, consulte al personal médico lo antes posible. Para más información, puede consultarse el apartado «Lactancia» en la página 93.

- **La alimentación**

Es importante que la madre coma y beba saludablemente para recuperarse (véase el apartado «Alimentación durante la lactancia» en la página 98). Se debe mantener una dieta rica en fibra y líquidos para evitar el estreñimiento, sobre todo si se tienen puntos o hemorroides. No existen datos o pruebas de que la ingesta o bebida de ciertos alimentos aumente la producción ni la calidad de la leche.

La recuperación

La zona genital puede tardar entre 3 y 6 semanas en recuperarse, dependiendo del tipo de parto. Es recomendable hidratar la piel después de la ducha para que esta recupere su elasticidad.

Una vez la madre se encuentre bien, conviene que salga a la calle a pasear para favorecer la recuperación de la musculatura

en general. La recuperación física puede tardar entre 6 meses y 1 año. No es necesario utilizar fajas si no lo ha indicado el personal médico o de maternidad.

Cuidados del suelo pélvico

Es necesario descansar en los días siguientes al parto. El cuerpo debe recuperarse del esfuerzo de dar a luz; por eso, tienes que procurar no pasar mucho tiempo de pie, no cargar peso y evitar la presión en el suelo pélvico.

Ten en cuenta que los músculos del suelo pélvico han estado sometidos a mucha tensión durante el embarazo y el parto. Aunque no tengas ningún síntoma de pérdidas de orina, inicia precozmente la práctica de ejercicios del suelo pélvico de manera suave y progresiva. En la visita del puerperio, la comadrona o comadrón del centro de salud realiza una valoración de estos músculos y te asesora sobre cómo y cuándo puedes comenzar a hacer los ejercicios (según la pauta de la página 37 «Hábitos saludables» — «¿Qué es el suelo pélvico?»).

Incorporar en las actividades diarias la contracción de los músculos del suelo pélvico antes de hacer esfuerzos: antes de coger al bebé en brazos, levantarse de la silla, coger peso, etc.

Mantener hábitos saludables, como evitar el estreñimiento, no retrasar ni forzar la micción, conseguir un peso equilibrado, no usar fajas (a no ser que lo recomiende la comadrona o comadrón). No se puede comenzar a realizar ejercicios abdominales hasta que el perineo se haya recuperado.

Aunque la madre esté feliz por el nacimiento de su bebé, esta puede experimentar sentimientos de tristeza o fragilidad emocional (ganas de llorar, tristeza, angustia, mal humor, etc.) durante los primeros días. Dicho estado se debe a factores fisiológicos (cambios hormonales, cansancio, sueño, subida de la leche) y psicológicos (papel de madre, dudas sobre el cuidado del bebé, adaptación familiar). Es importante normalizar su estado en los primeros días, pedir apoyo a personas de confianza y asesoramiento a la comadrona o comadrón. Si la situación se prolonga más allá de los 15 días o empeora con la aparición de una crisis de angustia o estado depresivo, hay que consultar al personal de salud de referencia.

Durante esta etapa, se necesita todavía más ayuda. Quien cuida necesita también ser cuidado y, por eso, la presencia de la

¿Se produce algún cambio emocional después del parto?

¿Se puede hacer todo?

¿Cuándo se pueden iniciar las relaciones sexuales?

88

pareja o de alguien de confianza que ayude en las tareas domésticas es fundamental para superar el agotamiento físico y cierto grado de inestabilidad afectiva.

Si se adaptan los horarios a los del bebé para descansar y mantener una alimentación equilibrada, y la madre recibe el apoyo emocional de los que la rodean, su recuperación será más rápida.

El inicio de las relaciones sexuales varía en cada pareja y depende de las circunstancias del parto y el puerperio. En las primeras tres semanas del posparto el coito puede resultar doloroso debido a la existencia de cicatrices. En las mujeres que dan el pecho se pueden dar molestias por falta de lubricación de la vagina. Se pueden utilizar hidratantes vaginales para mejorar la elasticidad o lubricantes durante el coito. Si las molestias persisten, consúltese al personal sanitario.

El momento de reinicio de las relaciones coitales dependerá exclusivamente de los deseos de la pareja. Hay parejas que a las dos o tres semanas ya están teniendo relaciones; otras dejan pasar seis u ocho; todo depende de las preferencias personales. Durante la cuarentena, si se tienen relaciones sexuales con penetración, se aconseja el uso de preservativos para evitar infecciones.

Conviene tener en cuenta que es probable que las primeras relaciones sean un poco complicadas, razón por la cual se recomienda usar cremas hidratantes y recurrir a posturas facilitadoras; por ejemplo, la mujer sobre el hombre, para que dirija la penetración. También conviene saber que, con la excitación sexual, se produce la salida de la leche materna.

A menudo la mujer que da el pecho puede tener menor libido. Es un tema que debe hablarse con la pareja para mantener una buena comunicación y compenetración sexual.

En cualquier caso, es conveniente tratar el tema de la anticoncepción lo antes posible para evitar un nuevo embarazo demasiado pronto (véase el capítulo 8 «Anticoncepción después del parto»).

Las mujeres que dan el pecho no suelen tener la menstruación durante los primeros meses. La primera menstruación posparto puede aparecer entre los 30 y 45 días en las mujeres que no dan el pecho o combinan leche materna con leche artificial

¿Cuándo aparecerá la regla?

(lactancia mixta). La primera regla suele ser más abundante y dura unos días más.

Los primeros días tras el parto se puede solicitar una visita al domicilio o una consulta con la comadrona o comadrón en el centro de atención primaria.

Después del parto, se debe contactar a la comadrona o comadrón, antes de siete días, para realizar una visita de control. En dicha visita se valorará el estado emocional y físico y el estado del suelo pélvico de la madre. También se valorará el estado físico del bebé y el establecimiento de la lactancia materna.

Adicionalmente, se facilitará el acceso a los grupos de educación sanitaria posparto y de apoyo a la lactancia materna.

<http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/b/bebe/lactancia-materna>

Entre las 4 a 6 semanas, es necesario realizar la revisión posparto con la comadrona o comadrón para dar de alta el proceso, si todo está correcto.

Con frecuencia, pueden manifestarse molestias en la espalda en los días o semanas siguientes al parto. Sin darnos cuenta, la sobrecargamos al adoptar malas posturas o hacer movimientos bruscos. Es importante vigilar los movimientos y posturas:

Para cambiar los pañales y dar baños, es necesario buscar un lugar que permita realizar la actividad con la espalda bien alineada.

Al dar el pecho o biberón, se puede utilizar un taburete para alzar un poco la pierna, poner cojines en la zona lumbar para conseguir que la espalda se mantenga recta o un cojín bajo los brazos para que estén relajados.

Hay que evitar levantar peso y hacer esfuerzos intensos.

6.2. El recién nacido

El Programa de Detección Precoz Neonatal es el conjunto de actividades dirigidas a la detección precoz, desde el nacimiento, de ciertas enfermedades graves, la mayoría de ellas minoritarias, y otras de origen genético, con el fin de aplicar, antes de la aparición de los síntomas, un tratamiento adecuado que evite secuelas y complicaciones futuras y garantice una mejor calidad de vida.

¿Qué seguimiento sanitario se practicará a la madre después?

¿Cómo podemos cuidar nuestra espalda?

89

¿Qué es el Programa de Detección Precoz Neonatal?

Consiste en tomar una muestra de sangre del talón a partir de las 48 horas de vida y hasta la primera semana de vida.

Se pueden detectar 24 enfermedades que se engloban en diferentes grupos:

Enfermedades por trastornos endocrinos y metabólicos como la fibrosis quística, el hipotiroidismo y la anemia de células falciformes; cinco enfermedades por trastornos del metabolismo de los aminoácidos, ocho enfermedades por trastornos del metabolismo de los ácidos orgánicos, siete enfermedades por trastornos de los ácidos grasos y la inmunodeficiencia combinada grave.

Asimismo, se hace una prueba para detectar la sordera neonatal congénita y la pérdida de agudeza auditiva. Esta prueba, muy sencilla e indolora, consiste en colocar unos electrodos en la cabeza que permiten registrar la respuesta auditiva. Esta prueba sirve para saber si el bebé oye bien.

Con el objetivo de que el bebé tenga un buen desarrollo global y del lenguaje, es muy importante detectar la sordera para poder intervenir tan pronto como sea posible.

Según las detecciones durante el embarazo y el parto, se podrán prescribir otras pruebas al recién nacido, como la determinación del grupo sanguíneo y la detección de displasia congénita de la cadera u otras enfermedades que se hayan podido transmitir.

A todos los bebés se les aplica una pomada antibiótica en los ojos al nacer con el fin de prevenir infecciones y se les administra vitamina K para evitar problemas de coagulación. Durante su estancia en el hospital se vigilará el peso del bebé al inicio de la alimentación.

¿Cuándo he de consultar al equipo de pediatría del CAP?

En el programa **Infància en Salut** (un programa de actividades preventivas y promoción de la salud en la edad pediàtrica) se aconseja una visita antes de los siete días de vida del bebé.

En el puerperio la comadrona o comadrón también valora el

estado salud del bebé y el establecimiento de la lactancia. Es muy importante que antes del parto se tenga información de los trámites que hay que seguir para poder recibir atención médica en el centro de atención primaria (CAP).

¿Cómo es la primera visita?

Cada CAP dispone de un profesional de pediatría y enfermería pediátrica. En la primera visita, se realiza una exploración física del bebé, en la que se valora el desarrollo y la alimentación, se asesora sobre su cuidado y se resuelven dudas.

Se tiene que traer la tarjeta sanitaria y el informe de alta para poner los datos en su conocimiento.

Los primeros días del bebé

El bebé pasa un primer período de actividad después del parto que hay que aprovechar para iniciar la lactancia materna, porque después experimentará un período de sueño más pronunciado. El bebé tiene intervalos de sueño y vigilia muy frecuentes y se le debe ofrecer alimento a petición suya o, como máximo, cada tres horas.

Todos los bebés pierden peso al nacer. Se considera normal una pérdida de hasta el 10 % de su peso al nacer, que normalmente recupera al cabo de los 10 días del nacimiento. Si optas por la lactancia materna, obtendrás asesoramiento y apoyo de todo el equipo sanitario. Si te decides por la alimentación artificial, también recibirás asesoramiento sobre cómo se prepara un biberón.

Debemos tener en cuenta que el bebé tiene sentido del tacto, pero no ve con claridad hasta que no han pasado unos meses. La única manera que tiene de expresarse es con el llanto, con el que expresa hambre, frío o malestar. Por lo tanto, hemos de acompañar al bebé en esta etapa de adaptación a la vida extrauterina manteniéndolo muy cerca de nosotros, para poder cogerlo y alimentarlo con frecuencia.

Los cuidados del bebé en estos primeros días en casa están vinculados principalmente a los siguientes puntos:

Entorno: se debe procurar mantener un ambiente tranquilo en casa para favorecer la adaptación de la familia (tanto de los progenitores como del bebé) y la recuperación de la madre. La temperatura ambiental ha de ser agradable, sin excesivo calor. Hay que prestar especial atención a la aglomeración de personas, la ventilación de la habitación y la ausencia de humo. No se debería fumar en el domicilio. La posición del bebé recomendada en la cuna es boca arriba o bien de lado, para reducir el riesgo del síndrome de muerte súbita. No hay que dejar nunca solo al bebé sobre superficies elevadas o en la bañera a fin de evitar caídas y ahogamientos.

El paseo diario es apropiado a partir de la primera semana de vida.

Higiene: es importante lavarse las manos antes de proporcionar cuidados al bebé.

Cordón: generalmente, el cordón se cae durante las primeras semanas de vida. Se debe vigilar su aspecto, limpiarlo y mantenerlo seco. Si huele mal, está muy enrojecido o drena líquido, es necesario consultar al personal médico.

Baño: aunque todavía no se le haya caído el cordón, se puede lavar al bebé con agua tibia. Una vez se haya caído el cordón y tanto el ombligo como el orificio estén secos, se puede sumergir al bebé, sin que la temperatura del agua supere los 37,5 °C.

No es necesario bañarlo cada día. Después de bañarlo, conviene hidratarle la piel con aceites o cremas emolientes; de ese modo se favorece el contacto de los progenitores con el bebé, con caricias y masajes.

Ropa: debe ser cómoda y fácil de poner y quitar. Se aconseja que sea de fibras naturales (algodón y lino) para evitar irritaciones. En cuanto a la ropa, es práctica común que el bebé lleve una capa de ropa más que el adulto, pero siempre hay que estar atentos a señales de calor o frío en el bebé.

Deposiciones y orina

Es imprescindible cambiar los pañales a menudo para evitar irritaciones en el culo del bebé y malestar. Se deben limpiar los genitales y las zonas de pliegues, asegurándonos de que están secos y, si es necesario, aplicar crema protectora.

Las deposiciones van variando a medida que pasan los días: al nacer son de color negro (meconio) y pueden persistir hasta el tercer día, cuando ya comienzan a cambiar a un color mostaza. La frecuencia de las deposiciones es muy variable; puede no defecar en días o hacerlo de forma poco regular.

Es importante comprobar que el bebé moja el pañal para asegurarnos de que la ingesta es adecuada. Como normal general, la pauta normal de micción es de una el primer día, dos el segundo, tres el tercero, cuatro el cuarto, un mínimo de cinco micciones el quinto día y, a partir del sexto día, más de cinco o seis al día.

Señales de alarma

Hasta los seis meses de vida, si el bebé tiene fiebre de 38 °C se debe visitar a su pediatra.

Si el bebé, en los primeros días de vida, vomita de manera considerable y repetitiva, se muestra muy adormecido y poco estimulado, y llora constantemente, es necesario consultar al equipo de pediatría.

En ciertas ocasiones, el bebé nace antes de las 37 semanas. Sus cuidados son diferentes a los de los bebés de gestación completa, y los equipos de pediatría y de enfermería se encargarán de su seguimiento. Se puede encontrar más información y ayuda en la *Guía de consejos para madres y padres con bebés prematuros* del Departamento de Salud.

6.3. Lactancia

La leche materna es el mejor alimento que le puedes ofrecer a tu bebé; es importante que durante el embarazo te informes y puedas prepararte mejor para esa etapa.

Dar el pecho es lo más natural que hay, ningún otro mamífero da a sus hijos leche que no sea la suya.

Toda mujer está preparada para dar el pecho, independientemente del tamaño o forma de sus pechos y es un derecho de todos los bebés el alimentarse con el mejor sustento que hay para ellos: la leche de la madre.

Ante cualquier duda o la necesidad de ayuda durante la lactancia, es importante acudir a profesionales de maternidad, de enfermería, consultoras o consultores certificados en lactancia, médicos y grupos de apoyo a la lactancia materna, dirigidos por madres que tienen formación como asesoras de lactancia.

La mujer ha de poder decidir el tipo de lactancia en función de sus circunstancias.

La decisión de amamantar o dar el biberón depende de cada mujer y, por lo tanto, se debe respetar.

Ventajas y beneficios de la lactancia materna

La leche de la madre es el alimento idóneo para el bebé porque contiene los nutrientes que necesita (ni pocos ni demasiados), que se van reajustando a medida que crece el bebé.

- Reduce el riesgo de alergia, el síndrome de muerte súbita, la diabetes, la obesidad y otras enfermedades crónicas; protege de infecciones; estimula el desarrollo de las defensas; es nutricional y bacteriológicamente segura, de digestión fácil porque se adapta a las necesidades del bebé; promueve el desarrollo apropiado de los dientes y el establecimiento del vínculo materno, entre otros.

- Facilita la recuperación de la madre después del parto; previene la hemorragia posparto; ayuda a eliminar grasas y recuperar la silueta habitual; disminuye en la madre el riesgo de anemia, osteoporosis y cáncer de mama y ovarios. En lo que a la salud física y mental respecta, aumenta la capacidad de respuesta de la madre a su bebé y conduce a una mejor adaptación a la maternidad.



- También conlleva ventajas económicas.
- Genera un vínculo muy especial, tanto físico como psicológico, entre la madre y el bebé.

Diez claves para amamantar con éxito

1. Empieza a dar el pecho lo antes posible, durante la primera hora después del parto; el instinto de succión del bebé es muy fuerte. Dar el pecho precozmente también favorece la colocación correcta del bebé en el pecho.
2. Ofrécele tu pecho en cuanto lo pida, sea de día o de noche (las 24 horas). Un bebé recién nacido toma el pecho entre 8 y 12 veces al día; olvídate del reloj y en cuanto despierte ofrécele el pecho. El hecho de que lllore puede ser una señal tardía de hambre. Así, le podrás ofrecer un buen suministro de leche.
3. Asegúrate de que el bebé succiona eficazmente y en una posición correcta.
4. Inicia la técnica de esta manera: ofrece el primer pecho al bebé y déjalo mamar hasta que se canse o deje de acercarse de forma espontánea; después ofrécele el otro pecho (ten presente que no siempre querrá mamar de los dos); así nos aseguramos de que el bebé consiga la leche que se produce al final de la toma (más rica en grasas y calorías, lo que hará que el bebé esté más satisfecho).
5. Cuanto más mame el bebé, más leche producirá la madre; es importante dejar que el bebé marque las pautas cuando se ofrece el pecho a demanda. No siempre se sienten los pechos llenos antes de amamantar; es durante la toma cuando se produce la leche gracias a la succión del bebé.
6. Evita las *ayudas* y *suplementos*, pues llenan al bebé y hacen que tenga menos interés en succionar, lo que hace que la madre produzca menos leche.
7. Evita el chupete y las tetinas hasta que la lactancia esté firmemente establecida.
8. Un bebé llora por más motivos que el hambre; darle el pecho es una manera rápida de consolarlo.

9. Cuídate y descansa lo que necesites para estar disponible para tu bebé.
10. Busca apoyo para compartir experiencias, resolver dudas con profesionales de maternidad, de pediatría, de enfermería pediátrica, consultoras o consultores certificados en lactancia y grupos de soporte a la lactancia.

Técnica de la lactancia materna

El bebé debería iniciar la lactancia materna en la primera hora tras el parto, cuando su instinto de succión es más intenso. Se debe facilitar que, en el hospital, la madre y el bebé convivan juntos las 24 horas del día.

Las tomas han de ser frecuentes y cuando el bebé lo demande. Hay que procurar que, como mínimo, tome el pecho de 8 a 10 veces diarias.

En los primeros días, el bebé se alimenta de calostro, una leche muy rica en proteínas e inmunoglobulinas que le aportan defensas. La subida de la leche puede tardar más de tres días, normalmente comienza entre las 24 y 72 horas pero en ocasiones tarda más. A veces, puede provocar febrícula (37 °C).

No hay que limitar la duración de las tomas. Es importante que el bebé mame todo lo que quiera del primer pecho, para que reciba la segunda leche, rica en grasas. A continuación, si el bebé quiere, puede tomar del otro pecho. En la siguiente toma, se deberá comenzar por este último pecho. Las tomas prolongadas no provocan dolor en los pezones ni agrietamiento. Este dolor se produce cuando el bebé se agarra al pecho incorrectamente. Por lo tanto, hay que asegurarse de que el bebé abre bien la boca y toma todo el pezón y parte de la aréola mamaria.

Para comprobarlo, tendremos que fijarnos en que el bebé mueva las mandíbulas y las orejas de forma rítmica durante la toma y en que sus labios estén abiertos hacia afuera, como si fuesen una ventosa.

La posición más idónea para amamantar es la ventral: la madre se coloca con la espalda reclinada hacia atrás y el bebé boca abajo sobre ella en posición



ventral, de manera que tenga los genitales pegados al cuerpo de la madre y la cabeza esté en hiperextensión hacia atrás. La cabeza del bebé debería mirar en la dirección en la que toma el pecho, sin desviarse.

También se le puede dar el pecho tumbada en la cama, en posición invertida o de rugby, entre otras.



Fuente: Olds SB, London ML, Ladewing PW. Enfermería Materno-infantil. 2a ed. Mèxic: Ed. Interamericana, 1989.



Fuente: Royal College of midwives. Manual per a un bon alletament matern. Associació Catalana de Llevadores. Barcelona, 1992.

• Pezones planos o invertidos

Durante el embarazo, no es necesario hacer nada. En la primera toma inmediata al posparto se debe pellizcar la aréola alrededor del pezón y guiar al bebé para que se pueda coger. Si lo hace bien durante la primera hora de vida, comenzará un aprendizaje correcto. Los bebés no maman del pezón, maman del pecho y, si el pezón es plano o invertido, enseguida, en unas pocas tomas, lo modelan hacia afuera sin necesidad de tener que hacer nada al respecto.

- **Pezones agrietados o dolorosos**

El dolor en los pezones y el agrietamiento pueden deberse a un problema mecánico; a la succión inadecuada del bebé, que ejerce toda la presión negativa sobre el pezón en lugar de la areola. Puede ser que se deba a una posición incorrecta o a que la succión sea masticatoria porque tiene el frenillo de la lengua acortado y no le permite elevar la lengua para la succión. En estos casos, la posición ventral para amamantar alivia el dolor y compensa en parte las dificultades de succión de algunos bebés. Actualmente, no existen datos algunos que avalen la práctica de mojar los pezones con leche materna para curarlos; hacer esto, en caso de que exista una infección bacteriana, solo sirve para empeorar la sintomatología. Poner aceite de oliva puede ayudar a curar el agrietamiento, ya que contiene propiedades antiinflamatorias y es bacteriostático. No se deben lavar los pechos antes de amamantar.

- **Pechos muy llenos y dolorosos (ingurgitación mamaria)**

La subida de la leche puede provocar que los pechos estén muy llenos y por ello doloridos; la causa no es la retención de leche en los pechos, sino que se debe a un aumento importante de la vascularización de las mamas, que produce un edema vascular; este hecho ocasiona que durante unos tres días las mamas estén calientes, que aumenten de tamaño y estén un poco endurecidas. Suele suceder en torno al tercer día de vida del bebé.

Si a esta inflamación le sumamos la producción de leche y que, por cualquier motivo, no haya un drenaje adecuado, se puede producir una ingurgitación patológica o plétora, los llamados *pechos de piedra*.

El dolor es severo y la areola está tan tensa que el bebé no se puede agarrar bien. La mayoría de las ingurgitaciones patológicas se pueden prevenir con un inicio precoz de la lactancia tras el parto, además de cumplir tres puntos básicos:

1. Lactancia frecuente y sin restricciones.
2. No introducir interferencias como chupetes o biberones.
3. Posición adecuada.

El seguimiento de estos puntos también asegura que, mientras se produzca una subida de la leche, nuestro bebé tendrá suficiente con el calostro que segregamos.

No es necesario aplicar calor antes de las tomas, ya que el calor vasodilata y aumenta el edema vascular, lo cual agrava la situación.

Aplicar frío después de las tomas puede ayudar, pero es importante evitar aplicarlo sobre el pezón y la aréola, ya que podemos hacer que se contraigan los conductos y la leche fluya peor o incluso provocar isquemia dolorosa en el pezón (falta de flujo sanguíneo). También se puede aplicar la técnica de drenaje linfático, que es lo mejor que se puede hacer si se detecta esta situación. Se trata de un drenaje de los vasos linfáticos con los dedos rodeando el pezón y presionando hacia la espalda durante unos tres minutos. Al hacer el drenaje probablemente empiece a salir leche, pero este no es el objetivo; el objetivo es que la aréola quede totalmente ablandada y el bebé sea capaz de mamar perfectamente y vaciar el pecho. Se debe hacer antes de cada toma y siempre que tengamos la aréola tan tensa que no podamos hundir el dedo.

Se puede extraer la leche, pero solo en el caso de que el bebé no esté mamando eficazmente y los pechos estén muy cargados de leche. Se debe sacar la leche justa para aliviar la ingurgitación, ya que sacar leche es una hiperestimulación que aumenta la producción por encima de las necesidades del bebé, lo que puede empeorar la congestión. Puede guardarse la leche extraída en la nevera y darla al bebé después de las tomas con una cuchara.

Puede ser normal tener un poco de fiebre (menos de 38°C) y también es normal que mientras dure la subida de la leche los pechos estén blandos después de las tomas, pero al cabo de pocos minutos vuelvan a estar duros.

Si hay dolor y febrícula, se puede consultar al personal médico, que te puede recetar un antiinflamatorio. La mayoría son compatibles con la lactancia materna; en todo caso, es importante recordar que el proceso dura unos tres días y después todo vuelve a la normalidad; los pechos volverán a estar blandos y solo se endurecerán si se pasan más horas de lo habitual amamantando al bebé.

Si la aréola está muy tensa y al bebé le cuesta agarrarse, se debe vaciar el pecho hasta que la aréola quede blanda, haciendo un masaje circular suave y descendente en el pecho y presionando sobre la aréola manualmente o con el sacaleches. Al acabar la toma, aplica frío. Hay que dar tomas frecuentes y sin límite de tiempo, hasta que se vacíen los pechos. Se deben dar, además, tomas nocturnas y no se debe administrar ningún suplemento de leche artificial.

Por lo tanto, no se debe aplicar calor sobre el pecho, ya que puede favorecer la proliferación de la flora normal que hay en el pecho y provocar mastitis.

Dolor en los pechos, fiebre y enrojecimiento (mastitis).

Hay que seguir dando el pecho, nunca aplicar calor, ya que dispara la proliferación bacteriana y empeora el cuadro médico. Se puede aplicar frío, pero es más importante seguir las siguientes pautas:

1. Se debe vaciar el pecho tanto como sea posible; si el bebé no puede hacerlo, hay que usar un sacaleches (con la mastitis la leche se vuelve salada y algunos bebés rechazan el pecho).
2. Descansa lo máximo posible y deja que te cuiden.
3. Puedes tomar un antiinflamatorio prescrito por tu médico o médica.
4. Consulta a tu comadrona o comadrón para que valore si es adecuado en tu caso tomar probióticos específicos para tratar la mastitis o si te conviene más tomar el antibiótico prescrito por el médico o médica si el episodio persiste más de 24 horas. También se puede cursar un cultivo de leche materna.

Sensación de pechos vacíos. El mecanismo de producción de la leche es el siguiente: la leche se fabrica mientras el bebé come, por lo que cuanto más veces y más tiempo tome el pecho y más blando esté este, se producirá más leche. El FIL es el *factor inhibidor de la leche materna*. En toda leche materna hay FIL y, cuando los pechos están llenos porque hace tiempo que el bebé no mama, se deja de producir FIL. Por el contrario, cuando los pechos se encuentran prácticamente vacíos porque el bebé lleva un buen rato mamando, al no haber FIL, la leche se produce rápidamente.

Excesiva producción de leche. Puedes congelar la leche y dársela a tu bebé. También tienes la opción de convertirla en donante de leche (véase «Donación de leche materna»).

Alimentación durante la lactancia

Durante la lactancia materna, como en cualquier otra época de la vida, es importante mantener una alimentación saludable; aun así, los datos científicos sugieren que no se fabrica menos leche o leche de menor calidad por el hecho de no comer saludablemente.

No existe ningún alimento que contribuya a la producción de la leche materna. La succión del bebé es el mejor estímulo y no existe ningún alimento que se deba evitar, a excepción del pescado azul de gran tamaño (atún, pez espada...).

Al dar el pecho, se recomienda tener siempre al lado agua para beber, ya que habitualmente se produce sequedad en la boca y sed. Hay que beber agua según la sensación de sed (beber más agua no aumentará la producción de leche).

Se debe evitar el consumo excesivo de estimulantes (café, té, bebidas de cola...). El consumo de bebidas alcohólicas no es recomendable.



Situaciones especiales

- **Mellizos:** la producción de leche se adapta a las necesidades; es decir, cuanta más succión hay, más cantidad de leche habrá para cubrir las necesidades de los bebés. Al principio, es mejor dar el pecho por separado y, en cuanto la madre se haya adaptado, se recomienda hacerlo simultáneamente.
- **Prematuros:** es importante darles leche materna porque necesitan todos los beneficios que les proporciona (protección contra infecciones, prevención de la enterocolitis necrosa, etc.) y es la más adaptada al bebé. En caso de que a este le cueste succionar, se recomienda extraer la leche para dársela de cualquier forma que el bebé necesite (sonda, cuchara, jeringuilla, etc.)
- **Cesárea:** si se ha efectuado una cesárea, a menudo cuesta más que suba la leche. Esto no está relacionado con la intervención en sí misma, sino con una separación más larga entre madre y bebé; es por eso que, en estas circunstancias, el pecho se le debe ofrecer desde el primer contacto con el bebé y, en la medida de lo posible, pedir el contacto piel con piel y establecer la lactancia materna en la sala de recuperación después de la cesárea. Hay que pedir también la analgesia necesaria que nos permita amamantar sin dolor posquirúrgico para asentar lo antes posible la lactancia materna.
- **Lactancia y medicamentos:** la página web elaborada por el Hospital Marina Alta de Denia (e-Lactancia.org) puede servir para resolver dudas sobre qué tipo de medicamentos y plantas medicinales son compatibles con dar el pecho.

6.4. Grupos de apoyo a la lactancia

Los grupos de apoyo a la lactancia son grupos de ayuda formados por madres. Las asesoras de lactancia son madres con experiencia propia en la lactancia materna y están instruidas en la materia, deciden ceder su tiempo voluntariamente para ofrecer ayuda e información a otras madres. Tienen como objetivo principal promover la lactancia, y asesorar y aconsejar a las madres que están dando el pecho o desean hacerlo en una gestación futura.

Estos grupos conforman una red de apoyo importante, que complementa la asistencia ofrecida por los servicios de salud. La admisión es libre y gratuita, y se puede acudir sencillamente para compartir con otras madres los sentimientos y sensaciones relacionadas con dar el pecho.

6.5. La donación de leche materna

Si la mujer tiene mucha leche, puede optar por donarla a otras madres con bebés en situación especial, como prematuros, con enfermedades digestivas y deficiencia inmunitaria o que se han sometido a cirugía del aparato intestinal. Siempre que la madre no pueda amamantar con su leche, bien porque no tenga suficiente o bien porque, por otro motivo, tiene contraindicada la lactancia materna, ya que esta, entre sus muchos otros beneficios, disminuye las infecciones generalizadas graves y facilita la digestión.

El banco de leche materna recoge del domicilio de las madres donantes la leche donada, la trata, la analiza y la suministra a las unidades de neonatología de los hospitales, bajo prescripción médica.



Para convertirse en donante, es necesario ponerse en contacto con el Banco de Leche de Cataluña para recibir información sobre cómo realizar la donación.

Teléfono de atención a la donante: 935 573 566

<http://www.bancsang.net/donants/banc-llet-materna/>

6.6. Grupos de recuperación posparto

Las sesiones de los grupos de recuperación posparto se realizan durante el puerperio. Se trata de una actividad educativa, un espacio donde la mujer y su pareja encontrarán asesoramiento sobre los aspectos relacionados con la madre, los cuidados y la alimentación del bebé y las relaciones familiares. Además, en ellos se contribuye a la recuperación física de la mujer a través del trabajo corporal.

Se proporciona información sobre una alimentación y hábitos de vida saludables durante la lactancia y el posparto.

Las sesiones de los grupos posparto son un espacio donde las mujeres y sus parejas pueden expresar sus dudas y miedos, donde se pueden compartir experiencias y plantear soluciones en común. Se potencia la autoestima de la madre y el papel de la pareja en todo el proceso de reajuste de las funciones familiares y el proceso de maternidad y paternidad. La comadrona o comadrón dirige el grupo y ofrece asesoramiento.

El trabajo corporal facilita la recuperación del tono muscular del perineo, la columna y el abdomen, y favorece la circulación de las extremidades inferiores. La prevención de los problemas de incontinencia urinaria es uno de los objetivos fundamentales del trabajo corporal.

Existen grupos de recuperación posparto que incorporan técnicas de masaje infantil como un elemento importante en la relación progenitor-bebé, además de proporcionar bienestar para el bebé.

El momento ideal para incorporarse a los grupos es durante el primer mes tras el parto, cuando la mujer se encuentre en mejor estado físico. El programa requiere una dedicación de la madre o la pareja y el bebé de dos horas a la semana. Las sesiones de

los grupos se llevan a cabo en los centros de salud, las unidades de ASSIR y los hospitales. Están organizadas por profesionales de maternidad y a menudo colabora el equipo de pediatría.

7. Violencia machista

Se considera *violencia machista* cualquier ‘acto de violencia física, sexual, psicológica o económica contra una mujer por el hecho de ser mujer; esto incluye amenazas, coacción y privación arbitraria de libertades, tanto si se produce en la vida pública como la privada’.

Las consecuencias de la violencia machista en la mujer incrementan el riesgo de depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, tendencias suicidas y falta de atención al propio cuerpo, entre otros. Durante el embarazo y el posparto, también pueden darse situaciones de violencia. Según la Organización Mundial de la Salud, en una de cada cuatro mujeres, la violencia se inicia o aumenta durante el embarazo.

La violencia durante el embarazo y el posparto puede ser en forma de insultos o de menosprecio frente a los cambios que se producen en estas etapas; amenazas y aislamientos, empujones o golpes en la barriga, los pechos y los genitales, o cualquier relación sexual no deseada. Esta situación de violencia puede generar desinterés en el cuidado del embarazo, hacer que empeore la salud de la mujer y afectar al desarrollo del feto, tanto por las agresiones recibidas como por la falta de atención durante el proceso de gestación.

La violencia machista no suele desaparecer sin intervención. El embarazo y el posparto no son situaciones que detengan la violencia en la mayoría de los casos, por eso es muy importante que, si padeces una situación de violencia, no dudes en pedir ayuda al equipo de profesionales que realiza el seguimiento de tu embarazo a fin de valorar tu situación e iniciar el acompañamiento y apoyo necesarios y adecuados a tu caso con el propósito de protegerte a ti y a tu bebé.

Disponemos de protocolos vigentes de prevención, detección y atención a las situaciones de violencia machista, que permiten realizar una intervención coordinada y que garantice la seguridad de las mujeres que estén en dichas circunstancias.

Más información

<http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/violencia-masclista/violencia-masclista/>

Línea de atención contra la violencia machista: 900 900 120
(teléfono gratuito)

Derechos laborales

7.1. Trabajo y maternidad

El embarazo es un estado fisiológico de la mujer que es compatible con el empleo. Ciertas situaciones laborales, durante la gestación y la lactancia, pueden influir negativamente o poner en peligro la salud de la embarazada o el bebé y comprometer el desarrollo fetal.

Entre los factores y las condiciones de trabajo que pueden influir negativamente están los factores físicos, biológicos y químicos.

Es necesario evaluar las condiciones laborales a fin de detectar los factores que comporten un riesgo para la madre, el embarazo y la lactancia materna, y adoptar las medidas correspondientes. Es necesario que te pongas en contacto con el servicio de prevención de riesgos laborales de tu empresa para realizar una valoración individualizada.

Con el objetivo de compaginar la vida laboral y la maternidad, se han desarrollado una serie de prestaciones que son otorgadas por maternidad y para la crianza de los hijos, tanto biológicos como adoptivos.

Por riesgo durante el embarazo y la lactancia. En el caso de que exista alguna circunstancia en tu lugar de trabajo que comporte un riesgo para el desarrollo normal del embarazo o la lactancia.

Los padres pueden ausentarse del puesto de trabajo, sin pérdida de remuneración, para asistir a cursos de preparación al parto, aunque se deberá justificar la necesidad de realizarlos dentro de la jornada laboral.

El permiso por maternidad permite a la mujer, por el nacimiento de un hijo, ausentarse del trabajo dieciséis semanas ininterrumpidas sin pérdida alguna de remuneración. En caso de un parto múltiple, se incrementará el plazo dos semanas por cada hijo a partir del segundo. El inicio y distribución de este permiso lo elige la mujer, aunque debe existir un descanso obligatorio de seis semanas tras el parto.

Permiso de paternidad. Cuando el padre, o bien la pareja en relaciones del mismo sexo, acredite 180 días cotizados en los últimos siete años o 360 días a lo largo de su vida laboral, tendrá derecho a cuatro semanas ininterrumpidas de permiso, ampliables en dos días más por cada hijo a partir del segundo. El uso de esta prestación es independiente del derecho a obtener el permiso compartido de descanso por maternidad.

El padre o la pareja podrá disfrutar de hasta diez semanas de permiso, si la madre no las utiliza, de manera sucesiva o simultánea a la madre, pero, en total, no deben superar las dieciséis semanas entre ambos. En el caso de que la madre no tenga derecho al permiso de maternidad porque no reúna los requisitos pertinentes, el padre los puede disfrutar íntegramente.

En el caso de **adopción o acogida** de un hijo de hasta 6 años, o de entre 6 y 18 años e incapacidad o dificultades de inserción, el permiso por maternidad es igual al de un hijo biológico, sin el período obligatorio de seis semanas de recuperación posparto. Este permiso se extenderá dos semanas más si el hijo adoptado o acogido padece cualquier tipo de discapacidad, y dos semanas adicionales por cada hijo más que se acoja o adopte al mismo tiempo. Si se reúnen los requisitos, este permiso se puede disfrutar indistintamente por el padre o la madre, de manera simultánea o sucesiva, en períodos ininterrumpidos.

Por el nacimiento o adopción de un hijo, existe la posibilidad, tanto para el padre como para la madre, de disfrutar del permiso de maternidad a tiempo parcial (excluidas las seis semanas obligatorias de la mujer en caso de parto). El período de tiempo del permiso se ampliará proporcionalmente en función de la jornada de trabajo que se ocupe (excluidas las seis semanas obligatorias de la mujer en caso de parto). El período de tiempo del permiso se ampliará proporcionalmente en función de la jornada de trabajo que se ocupe.

En los casos de **parto prematuro y hospitalización del bebé**, una vez transcurridas las primeras seis semanas de descanso obligatorio de la madre, se puede interrumpir el permiso de maternidad y reemprenderlo a partir del alta del bebé. El período de permiso por maternidad se amplía, a partir de los siete días, tantos días como el bebé permanezca en el hospital, con un máximo de trece semanas adicionales.

Más información

En el supuesto de adopción o acogida, este derecho puede ser utilizado por cualquiera de los dos progenitores.

Pueden disfrutar de la prestación de maternidad los trabajadores por cuenta ajena, indiferentemente de su sexo, que coticen a la Seguridad Social o que cobren la prestación de desempleo en el momento de la adopción o la acogida y que acrediten los períodos mínimos de cotización:

Beneficiarios

Excedencia

- Menores de 21 años: no se exige un período mínimo de cotización.
- Entre 21 y 26 años: se exigen 90 días cotizados dentro de los últimos siete años o 180 días cotizados a lo largo de la vida laboral.
- Más de 26 años: 180 días cotizados en los últimos siete años o 360 días a lo largo de la vida laboral

El trabajador o trabajadora tiene derecho a un permiso sin remuneración de hasta tres años para cuidar de un hijo natural, adoptivo o en proceso de acogida, a contar desde la fecha de nacimiento o de la sentencia o resolución judicial.

La excedencia se puede disfrutar de forma fraccionada, es un derecho individual del trabajador (hombre y mujer). Si ambos progenitores coinciden en la misma empresa, se les puede limitar el permiso.

Durante el primer año, se reserva el puesto de trabajo y, en los dos años restantes, un puesto en la misma categoría laboral. Los hijos sucesivos dan lugar a otros períodos de excedencia.

Pueden ser disfrutados indistintamente por el padre o la madre.

Es un permiso retribuido de ausencia del puesto de trabajo de una hora al día, divisible en dos fracciones de treinta minutos durante los nueve primeros meses de vida del bebé. Si se quiere, en el momento de la lactancia se puede compactar el permiso para disfrutarlo en jornadas enteras de trabajo. La duración del permiso se incrementa proporcionalmente en los partos múltiples.

Es un derecho de todo trabajador o trabajadora con hijos menores de doce años, de manera que el permiso lo puede solicitar cualquier progenitor. La jornada se puede reducir desde una octava parte hasta la mitad, con su reducción proporcional de salario. El trabajador o trabajadora tiene la posibilidad de determinar el horario.

Trámites que hay que hacer después del parto. Una vez nacido el bebé, hay que hacer distintos trámites:

Permiso por lactancia

Reducción de jornada

Para el bebé: es necesario darlo de alta en el Registro Civil, el empadronamiento municipal, afiliarlo a la Seguridad Social y tramitar su tarjeta sanitaria así como asignarle un pediatra en el ABS.

Para los progenitores: es necesario un certificado de empresa de ambos progenitores según las condiciones laborales y deducciones tributarias.

<https://web.gencat.cat/ca/tramits/que-cal-fer-si/neix-un-fill/>

Anticoncepción después del parto

¿Es necesario utilizar algún método anticonceptivo después del parto?

¿Cuándo podemos volver a tener relaciones sexuales?

114

Aunque el deseo de tener otro hijo sea inmediato o cercano, se recomienda espaciar los embarazos con un intervalo de dos años entre un nacimiento y otro; así pues, en este período es necesario incorporar algún método anticonceptivo con el fin de planificar los embarazos.

Es habitual que la mujer, tras el parto, sobre todo si amamanta, note la vagina menos lubricada, a causa del efecto hormonal. Debido a esto y al hecho de que normalmente se encuentra inmersa en el cuidado de su bebé, puede ser que note una carencia o disminución del deseo sexual. Poco a poco, cada pareja ha de determinar el momento más adecuado para hacerlo y seguramente el deseo está muy relacionado con el estado de ánimo y el bienestar físico de la mujer después del parto. Es importante no apresurarse y respetar el momento en el que la mujer se encuentre cómoda y preparada.

Se deben reiniciar las relaciones sexuales en un entorno de diálogo y respeto mutuo en la pareja. Los primeros días tras el parto es mejor evitar la penetración si se ha realizado una episiotomía; si no es así, es recomendable utilizar el preservativo para evitar el riesgo de infección.



No existe un método ideal. Todos tienen ventajas, pero también algunos inconvenientes. Es muy importante que planifiques durante el embarazo qué método querrás utilizar y escoger aquel que se adapte mejor a tus preferencias y circunstancias particulares. La comadrona o comadrón te puede ayudar a conocerlos y a escoger el más apropiado en tu caso.

Existen métodos naturales como el método sintotérmico, que se basa en la observación de la mucosa cervical y de la temperatura corporal basal durante el ciclo menstrual. No es recomendable por su baja eficacia y la dificultad de aplicarlo en el posparto y durante la lactancia. La mayoría de las mujeres, después del parto, o bien no tienen la regla o la tienen irregular durante los primeros meses, sobre todo si están amamantando.

El coito interrumpido es un método poco eficaz, ya que, a pesar de no haber eyaculación en la vagina, en los momentos previos a la eyaculación el pene segrega una sustancia que contiene algunos espermatozoides, que pueden depositarse en la vagina y ser suficientes para provocar un embarazo.

El método de lactancia y amenorrea (MELA)

Se puede utilizar la lactancia materna hasta el sexto mes del parto como método anticonceptivo, siempre que se cumplan correctamente los siguientes requisitos.

- La mujer no ha tenido ninguna regla posparto.
- El bebé se alimenta exclusivamente con leche materna y no está más de seis horas sin mamar de día o de noche.

Infórmate con tu comadrona o comadrón antes de probarlo.

Los contraceptivos hormonales

Su eficacia es alta, es decir, ofrecen una buena protección frente al embarazo. Hay dos tipos:

- Los contraceptivos hormonales combinados de estrógenos y progesterona están contraindicados si se está amamantando durante los primeros seis meses. Si no se da el pecho y no existen contraindicaciones, se puede iniciar su uso alrededor del mes tras el parto.
- Los anticonceptivos que solo contienen progesterona se pueden utilizar durante la lactancia. Es importante saber que

con estos tipos de anticonceptivos no se tiene la regla; como mucho se pueden producir pequeñas pérdidas de sangre. Si no existe ninguna contraindicación se puede iniciar esta contracepción desde el parto.

El dispositivo intrauterino

- Para utilizar el dispositivo intrauterino (DIU), es necesario que el útero esté contraído y que haya regresado a su tamaño habitual.
- Cuando se inserte el DIU, es necesario cerciorarse de que no existe un embarazo, sobre todo en las mujeres que no han tenido la regla desde el parto. Se puede utilizar en el período de lactancia.

Los métodos de barrera

- Los preservativos masculinos y los preservativos femeninos son buenos métodos contraceptivos, sobre todo durante el período de posparto inmediato y durante la lactancia; además, protegen contra las enfermedades de transmisión sexual.
- **El diafragma** se puede utilizar cuando los genitales han recuperado absolutamente la normalidad; por eso, hay que esperar al menos unas seis semanas. Siempre hay que utilizarlo junto con una crema espermicida para garantizar su eficacia. Tanto las mujeres que lo quieran utilizar por primera vez tras el parto como las que ya lo utilizaban antes del embarazo, deben comprobar qué medida de diafragma es la que mejor se adapta a sus genitales. Se puede utilizar durante la lactancia.
- **Los espermicidas, en cremas o bien en óvulos**, tienen poca eficacia, ofrecen poca protección para evitar un embarazo, pero pueden ser un complemento o alternativa en ciertas situaciones.

Algunas parejas, ya sea durante el embarazo o después del nacimiento, consideran finalizado su proyecto reproductivo, es decir, ya no quieren más hijos.

No es necesario precipitarse en la decisión, pero, en el caso de que se elija esta opción, se puede recurrir a métodos

anticonceptivos definitivos que se pueden aplicar a la mujer (esterilización tubárica o el método de obstrucción tubárica con dispositivo intratubárico) o al hombre (vasectomía), teniendo en cuenta que todos ofrecen una protección contra el embarazo muy alta y, por tanto, se deben considerar como definitivos e irreversibles.

Siempre que tenga lugar un coito no protegido o sin garantías de protección es recomendable utilizar anticoncepción hormonal de urgencia. Es un tratamiento con levonorgestrel que la mujer ha de tomar tan pronto como sea posible y hasta las 72 horas después de la relación no protegida. Se puede solicitar en el centro de atención primaria o en el servicio de atención continuada, sin cita previa, donde se dará de forma gratuita. También existe la opción de acudir a la farmacia sin receta y pagar el coste del medicamento. Este tratamiento se puede tomar durante la lactancia y prácticamente no tiene efectos secundarios.

Si han pasado más de 72 horas desde la relación no protegida y hasta 120 horas se pueden utilizar otros métodos (DIU y acetato de ulipristal) para evitar el embarazo. Aun así, es necesario que te asesore el personal de maternidad o ginecología del centro de ASSIR del CAP más cercano, pues es necesaria una valoración médica.

En caso de embarazo no deseado, debes pedir hora urgentemente, tan pronto como te sea posible, para visitarte con tu comadrona o comadrón del centro de ASSIR, quien te asesorará sobre los diferentes tratamientos disponibles: interrupción voluntaria del embarazo (IVE) farmacológica e IVE quirúrgica. Si te decides por una IVE farmacológica y estás amamantando, te informarán de las horas en las que es necesario interrumpir la lactancia materna para que puedas sacarte leche unas horas antes de tomar la medicación.

http://sexejoves.gencat.cat/ca/temes/la_contracepcio/

¿Qué hay que hacer si se ha tenido una relación sexual sin protección o ha fallado el método anticonceptivo?

Más
información

9

Embarazo, parto y posparto

<http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/e/embaras-part-i-postpart/embaras-part-i-postpart/>

Donación de sangre de cordón y leche materna

<http://www.bancsang.net>

Anticoncepción

<http://sexejoves.gencat.cat/ca/inici/>

Violencia y maltrato

<http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/violencia-masclista/violencia-masclista/>

Línea de atención contra la violencia machista: 900 900 120
(teléfono gratuito)

Derechos laborales, permiso por maternidad y paternidad

<http://web.gencat.cat/ca/tramits/que-cal-fer-si/neix-un-fill/baixa-per-maternitat-de-la-mare/>

Prevención de riesgos laborales

Llei 31/1995, de 8 de novembre, de prevenció de riscos laborals

http://eapc.gencat.cat/web/.content/home/publicacions/textos_legals/5_llei_31_1995_de_8_de_novembre_de_prevencio_de_riscos_laborals/llei31_1995_2a.pdf

Asociaciones científicas**Asociación Catalana de Comadronas**

<http://www.llevadores.cat>

Asociación Catalana de Obstetricia y Ginecología

<http://webs.academia.cat/societats/ginecol/>

Asociación Catalana de Pediatría

<http://www.scpediatria.cat>

Asociación Catalana de Enfermería Pediátrica

<http://acpediatria.org/>



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

061 **CatSalut**
Respon

Cost de la trucada: segons operadora.

canalsalut.gencat.cat