INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA EMBARAZADAS

EMBARAZO, PARTO, POSPARTO Y LACTANCIA

Servicio de Ginecología y Obstetricia

Edición 2
Fecha 21 de mayo del 2025
Servicio de Ginecología y Obstetricia
Nº de Registro 59 Aprobado por el CTCIS

ÍNDICE

Atención al embarazo	*Página*
Información general para el embarazo	*3*
Resumen de pruebas a realizar en el embarazo	*11*
Control prenatal y análisis en el embarazo	*12*
Ecografías en el embarazo	*14*
Prueba para la detección de anomalías cromosómicas en el feto	*15*
Prueba para detección de riesgo de preeclampsia	*16*
Atención al parto	
Plan de Parto	*18*
La analgesia en el parto	*24*
El Parto en situaciones especiales	
El parto pretérmino	*25*
Parto tras una cesárea anterior	*27*
Versión externa en presentación de nalgas	*28*
La donación de sangre del cordón umbilical	*29*
El puerperio	*31*
La depresión puerperal	*32*
La lactancia materna	*34*

ATENCIÓN AL EMBARAZO

INFORMACIÓN GENERAL Y SALUD DURANTE EL EMBARAZO

La siguiente información tiene por objeto proporcionarle conocimientos sobre distintos aspectos del embarazo normal, que son aplicables, en general, a todos los embarazos. Si tiene alguna duda o cree que algo de lo expuesto no es apropiado para usted no dude en consultarlo a su médico o a su matrona, que le darán la respuesta adecuada a su caso.

LA CONSULTA PRENATAL

La consulta prenatal tiene por finalidad cuidar del estado de salud de la madre y su hijo. Conviene que asista a las consultas programadas de forma periódica, aunque usted se encuentre bien, pues de esta manera es posible conocer cómo evoluciona su embarazo, valorar si tiene algún riesgo, programar los análisis y exploraciones necesarias, recibir a su debido tiempo las recomendaciones oportunas y según cada caso, informar sobre la posibilidad de realizar el diagnóstico prenatal de determinadas anomalías fetales.

LOS CURSOS DE EDUCACIÓN MATERNAL

Es una actividad que se propone a las madres y padres, para que puedan vivir activamente el embarazo y colaborar en el parto y cuidados de su hijo. Su objetivo es enseñar los cambios que se producen en la mujer durante el embarazo, el parto y el postparto, así como ofrecer consejos sobre los cuidados a la madre y al recién nacido, para que la pareja se familiarice y adapte a su nueva situación de la forma más natural posible. **Contacte con su Matrona para que le informe de estos cursos a partir del 4º mes de embarazo.**

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMISIBLES AL FETO

Existen algunas infecciones que cuando afectan a la madre pueden ser peligrosas para el feto.

Citomegalovirus (CMV)

Es la infección congénita más frecuente. La principal vía de contagio de CMV para las gestantes es el contacto con la saliva y orina de niños pequeños infectados (muchos de ellos pueden seguir excretando el virus durante unos 2 años). Está demostrado que las **medidas higiénicas** adoptadas por la gestante pueden disminuir el riesgo de infección durante el embarazo. **Haber pasado la infección no confiere inmunidad permanente, por lo que puede volver a contagiarse**. Se recomiendan estas medidas higiénicas a todas las gestantes en contacto con niños pequeños (especialmente hasta los 3 años)

escolarizados en guarderías o escuelas infantiles: incluye trabajadoras sanitarias, de guarderías o escuelas infantiles y madres con hijos pequeños escolarizados:

- **Lavado de manos frecuente** con agua y jabón, sobre todo tras el contacto con **orina o saliva** del niño (cambio de pañales, manipular ropa sucia, tocar objetos del niño).
- **Evitar contacto estrecho** con el niño u objetos que puedan estar infectados: Besarle en la boca, dormir juntos, compartir pañuelos, compartir alimentos, bebidas y utensilios orales (tenedor, cuchara, cepillo de dientes, chupetes, etc.). o juguetes que pueda haber chupado.
- No es necesario usar guantes

Toxoplasmosis

Si no ha pasado una infección llamada toxoplasmosis o no lo sabe, consúltelo con su médico o matrona y hasta entonces siga estas recomendaciones:

- Consumir la carne y productos cárnicos bien cocidos y cocinados a altas temperaturas (>70-80º). La congelación parece ser efectiva para eliminar el riesgo siempre que supere las 48 horas a temperaturas inferiores a –20ºC (la mayoría de los congeladores domésticos llegan a –18ºC)
- **Lavar bien las verduras frescas o frutas** antes de consumirlas.
- **Lavar los utensilios de cocina** y las superficies donde se hayan preparado los alimentos.
- **Lavarse las manos** con agua caliente y jabón antes y después de la manipulación de los alimentos.
- Utilizar **guantes en tareas de jardinería** y manipulación de la tierra.
- Si se tiene un **gato** en casa: **que otra persona realice las tareas de higiene** (limpieza de las heces) siempre con guantes y a diario. Evite el contacto con gatos callejeros.

Listeria

La infección se adquiere principalmente por ingesta de **alimentos contaminados**, La listeria únicamente se destruye a temperaturas elevadas (>70ºC), resiste a la congelación y puede sobrevivir en alimentos conservados en sal. Si la madre se infecta durante el embarazo puede trasmitir la infección a su hijo. Aunque esto es poco frecuente, para evitarlo siga estos consejos:

En términos generales las mujeres embarazadas deben **evitar** los siguientes alimentos:

- **Quesos de pasta blanda** (feta, brie, camembert, quesos azules o quesos de estilo mejicano como el queso blanco fresco), además de cualquier queso elaborado con leche no pasteurizada.
- **Carnes precocinadas** compradas listas para comer, carnes enlatadas y salchichas tipo Frankfurt. Podrían comerse únicamente si se especifica en el envase que han sido sometidas a cocción intensa hasta el interior del producto.
- **Patés NO enlatados o esterilizados**.
- **Pescados ahumados** que requieran refrigeración.
- Pescado o marisco crudo (sushi, ceviches, conservados en vinagre, etc).

- **Ensaladas o vegetales comprados preparados** y listos para comer. Brotes crudos.
- Evitar ingerir fruta cortada y dejada a temperatura ambiente durante más de 4 horas. Mantenerla refrigerada por debajo de los 5ºC, y no más de 7 días.

Recomendaciones generales para evitar la contaminación de los alimentos por bacterias patógenas:

- Cocinar los alimentos crudos de origen animal (carne, pescado...) a temperaturas elevadas (>70ºC).
- Evitar consumir productos lácteos no pasteurizados.
- Una vez abiertos, no conservar demasiado tiempo los productos de charcutería que requieran conservación en nevera.
- Los restos alimentarios y los platos precocinados deben ser recalentados cuidadosamente (>70ºC) antes de su consumo.
- Lavar cuidadosamente los alimentos que se consumen crudos (verduras, hortalizas, frutas...).
- Lavarse las manos después de manipular alimentos crudos y lavar los utensilios de cocina después de manipular alimentos crudos y antes de utilizarlos con alimentos ya cocinados.
- No mezclar en la nevera los alimentos crudos y los alimentos cocinados o listos para consumir.
- Limpiar a menudo la nevera.

Otras infecciones

En general, debe evitar el contacto con enfermos infecciosos de cualquier tipo, y no exponerse a riesgo de enfermedad de transmisión sexual aconsejándose, en estos casos, la utilización de preservativo.

CAMBIOS ESPERADOS EN SU ORGANISMO

Aunque el embarazo es una etapa normal de su vida, usted puede apreciar diversos cambios:

- Los primeros meses puede notarse más cansada y con sueño, lo cual no suele significar que tenga anemia o alguna otra alteración. Las náuseas y vómitos, sobre todo por las mañanas, también son frecuentes.
- Observará mayor pigmentación de la piel y, a veces, la aparición de estrías, sobre todo en la tripa. El uso frecuente de una loción hidratante ayudará a mantener la piel más sana.
- Las mamas aumentan de tamaño, el pezón es más sensible y puede salir leche antes de terminar el embarazo: esto es normal. No es aconsejable la manipulación del pezón.
- Las varices son frecuentes sobre todo al final de la gestación. Para prevenirlas, evite las ropas ajustadas y no permanezca parada de pie durante períodos prolongados. Descanse con las piernas elevadas. Algunas veces es aconsejable utilizar medias elásticas.
- La hinchazón de pies y tobillos a lo largo del día no es un signo preocupante, sobre todo al final del embarazo y en épocas de calor. También puede notar cierta sensación de adormecimiento, hormigueo o pérdida de fuerza en las manos. Ante la duda, consulte con su médico.
- Los dolores de espalda aparecen principalmente al final del embarazo, cuando la embarazada adopta una postura distinta a la habitual para adaptarse al embarazo. Procure sentarse en sillas con respaldos rectos, evitar cargas pesadas y utilizar un colchón que no sea demasiado blando para su descanso.
- Es habitual que aumente la necesidad y frecuencia de orinar, obligándola a levantarse incluso por la noche, sobre todo los últimos meses. Si cree tener una infección de orina, consúltelo.
- El estreñimiento y las hemorroides son habituales. Para intentar evitarlos, tome una dieta rica en fibra y beba agua en abundancia con las comidas. **No tome laxantes sin consultar a su médico**.
- Puede perder el sueño durante el embarazo por varias razones. Cualquiera que sea la razón, es importante entender que el insomnio no es perjudicial para su bebé. Las dificultades para dormir también son más frecuentes a medida que va aumentado el embarazo. La mayoría de los casos se atribuyen a la ansiedad materna, los movimientos fetales, calambres musculares y aumento en el número de micciones por la noche. Se recomienda seguir estos consejos para dormir mejor durante el embarazo:
    - Mantenga horarios regulares, con horas fijas para acostarse, apagar la luz y para levantarse.
    - Evite hacer más de una siesta al día y que ésta no sea prolongada, que no dure más de 30 minutos.
    - Evite el uso de pantallas desde 1 hora antes de irse a dormir.
    - Haga ejercicio físico durante el día. No lo haga justo antes de acostarse.
    - Use el dormitorio exclusivamente para dormir. No permanezca en la cama preocupada, nerviosa o dando vueltas intentando dormirse. Si después de 30 minutos no consigue

conciliar el sueño, en otra habitación practique alguna actividad relajante, leer una novela sencilla o escuchar música suave. Evite el uso de pantallas.

- Procure que el dormitorio sea confortable y que en la habitación no haga ni frío ni calor. Mantenga la habitación a oscuras. Procure que no haya ruido.
- Puede realizar alguna técnica de relajación con ejercicios de respiración profunda y relajación de los músculos.
- Levántese siempre a una hora fija, aunque haya dormido pocas horas, así conseguirá establecer un ciclo sueño-vigilia.

ALIMENTACIÓN

Durante todo el embarazo la alimentación debe ser completa y variada. Es recomendable:

- Tomar sal yodada. Consulte a su médico si tiene problemas de tiroides.
- **Aumentar de forma moderada el consumo de fibras naturales** (frutas, verduras, legumbres, pan integral) para evitar el estreñimiento. Es muy importante aumentar la ingesta de líquidos junto con la fibra, por ello se debe **tomar abundante agua con las comidas**.
- Beber alrededor de un litro de leche al día (cuatro vasos), o su equivalente en yogur o queso fresco (dos yogures equivalen a un vaso de leche).
- No consumir pescados con alto contenido en mercurio: **Pez espada/Emperador**, **Atún rojo** (Thunnus thynnus), **Tiburón** (cazón, marrajo, mielgas, pintarroja y tintorera) y **Lucio.**
- Se consideran seguras por su bajo contenido en mercurio las siguientes especies: Abadejo, Anchoa/Boqueron Arenque, Bacalao, Bacaladilla, Berberecho, Caballa, Calamar, Camarón, Cangrejo, Cañadilla, Carbonero/Fogonero, Carpa, Chipirón, Chirla/Almeja, Choco/Sepia/Jibia, Cigala, Coquina, Dorada, Espadin, Gamba, Jurel, Langosta, Langostino, Lenguado europeo, Limanda/Lenguadina, Lubina, Mejillón, Merlán, Merluza/Pescadilla, Navaja, Ostión, Palometa, Platija, Pota, Pulpo, Quisquilla, Salmón atlántico, Salmón del Pacífico, Sardina, Sardinela, Sardinopa, Solla, y Trucha. Se recomienda la ingesta de 3-4 raciones de pescado (de contenido bajo-medio de mercurio), procurando variar las especies entre pescados blancos y azules.
- Evitar el consumo de productos ultraprocesados, alimentos con excesiva cantidad de grasa de origen animal (tocino, mantequilla, embutidos, etc.) y con mucho azúcar (pasteles, dulces, caramelos, chocolate, etc.)

SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS

- Debe tomar **ácido fólico** (400mcg/día) durante los tres primeros meses, aunque lo ideal es hacerlo desde 3 meses antes de iniciar el embarazo. **Ciertas situaciones pueden requerir un suplemento mayor durante el embarazo**, consulte a su médico o matrona si tiene obesidad, toma fármacos para tratar la epilepsia o tuvo un embarazo previo con un hijo con defecto del tubo neural.
- **Yodo**: La suplementación farmacológica es necesaria en las mujeres embarazadas. Se suplementa con 200-300 microgramos/día en el embarazo y la lactancia materna **(está contraindicado en casos de hipertiroidismo mal controlado).**
- No todas las embarazadas deben tomar suplementos de **hierro**. Su médico le indicará si es necesario según el resultado de los análisis que le realice. No obstante, conviene consumir alimentos ricos en hierro (carnes, ternera, aves de corral, mejillones, almejas, bacalao seco, etc.). y mejor si se toman simultáneamente con vitamina C (cítricos, kiwi, etc.). Procure evitar mezclarlos con inhibidores de la absorción de hierro (lácteos, té y café).

ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

Debe evitar las bebidas alcohólicas y el consumo de otras drogas por ser perjudiciales para usted y especialmente para su hijo. Igualmente, el tabaco es nocivo para usted y para el feto, tiene efectos graves sobre el crecimiento del bebé y aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante, por lo que es recomendable que no fume durante todo el embarazo ni tras el parto. Solicite apoyo para dejar el hábito de fumar en su centro de salud y evite que otras personas fumen cerca de usted.

MEDICAMENTOS Y RADIACIONES

Durante el embarazo sólo debe tomar los medicamentos aconsejados por su médico. La exposición a radiaciones (rayos X) puede ser perjudicial para su hijo, por lo que solamente deberán realizarse las radiografías estrictamente necesarias y autorizadas por su especialista.

VACUNAS

Durante la gestación se recomienda la vacunación para prevención de las siguientes enfermedades:

- **Gripe** a todas las gestantes en todas las etapas del embarazo (períodos estacionales).
- **Tos ferina** a todas las gestantes entre las semanas 28 y 32, revacunando en cada embarazo.
- No existe contraindicación para la administración conjunta de las 2 vacunas. Tampoco para administrarlas junto a la profilaxis anti-D.
- Covid (vacunas ARNm): se puede administrar en cualquier momento de la gestación si está indicado por nivel de riesgo. Puede administrarse junto al resto de vacunas recomendadas.

HIGIENE, VESTIDO Y CALZADO

- Cuide su higiene personal. Haga una ducha diaria, ya que durante la gestación aumenta la sudoración y el flujo vaginal.

- Extreme la limpieza de la boca. Límpiese los dientes después de cada comida y acuda a su dentista si es necesario.
- Utilice vestidos cómodos y holgados. El zapato debe ser confortable, evitando tanto el tacón alto como el excesivamente plano.
- No es necesario el uso rutinario de una faja abdominal, salvo que su médico se lo aconseje.
- Evite las medias y calcetines que comprimen la pierna pues favorecen el desarrollo de varices.

TRABAJO

Durante el embarazo puede desarrollar su trabajo habitual. Próximo al final de la gestación es aconsejable reducir moderadamente la actividad física. Recuerde que no debe manejar productos tóxicos o exponerse a radiaciones.

Hay tres tipos de baja durante el embarazo:

1. Por Enfermedad: la tramita el médico de su Centro de Salud.
2. Por Riesgo Laboral: la tramita el médico de su mutua, ya que depende del tipo de trabajo que se realiza, pida información en su empresa.
3. Baja Maternal Voluntaria: se puede coger a partir de la semana 30 de embarazo (es un total de 16 semanas, siendo obligatorio dejar mínimo 6 de ellas para después del parto).

DEPORTES

Durante el embarazo, la mujer suele tolerar peor el esfuerzo físico, pero es conveniente realizar un ejercicio físico moderado, siendo recomendables los paseos, la natación y los ejercicios aprendidos en los cursos de educación maternal. Puede hacer otros deportes siempre que no sean violentos, de competición o con riesgo de producirse algún golpe o caída, deportes de impacto y de fuerza sobre el abdomen.

VIAJES

En general, no hay inconveniente en hacer viajes, pero no es aconsejable hacerlos a lugares con escasos servicios sanitarios. Se recomienda incluir en el equipaje una copia de la documentación relativa al embarazo. También se pueden hacer viajes en avión, pero conviene contactar con la compañía de su vuelo por si le exigen algún requisito especial, sobre todo en los últimos meses. Hacia el final de la gestación es preferible evitar viajes largos y se recomienda hacer descansos cada 2 horas para caminar y estirar las piernas.

RELACIONES SEXUALES

Si su embarazo cursa con normalidad no es necesario modificar o interrumpir sus hábitos sexuales. Cuando el vientre comienza a crecer, el coito en la postura clásica puede resultarle incómodo; puede adoptar posiciones que le sean más cómodas. **Debe evitar las relaciones sexuales si hay dolor, hemorragia o pérdida de sangre por los genitales, amenaza de parto prematuro o rotura de la bolsa de las aguas**.

¿CUÁNDO DEBE ACUDIR A URGENCIAS DEL HOSPITAL?

Deberá acudir si observa:

* Hemorragia por vagina.
* Pérdida de líquido por los genitales.
* Dolor abdominal intenso
* Contracciones uterinas frecuentes y regulares.
* Fiebre elevada.
* Dolor de cabeza muy intenso.
* Picor en palmas de las manos y plantas de los pies.
* Cualquier otro signo o síntoma nuevo que no considere normal del embarazo.

¿CUÁNDO DEBE SOSPECHAR QUE COMIENZA EL PARTO?

Deberá acudir a Urgencias de Obstetricia, por posible inicio del parto si tiene:

* Contracciones uterinas rítmicas, cada vez más intensas y con una frecuencia de al menos 2 cada 10 minutos, y durante al menos 2-3 horas. Si está de menos de 37 semanas, acuda a Urgencias si las contracciones no ceden en 1 hora.
* Pérdida de líquido por vagina (por sospecha de rotura de la bolsa de las aguas).

¿CUANDO DEBE FINALIZAR EL EMBARAZO?

En un embarazo normal decimos que el parto se puede producir cuando se llega al "termino".

- Un **embarazo a término** es entre la 37 y 42 semanas de gestación.
- Un **embarazo postérmino** es cuando se cumple la semana 42.
- La **fecha probable del parto (FPP)** es la semana 40 y se le llama así porque estadísticamente es cuando más habitualmente se inicia el parto de forma espontánea, pero no quiere decir que vaya a ser ese día ni tampoco que si se pasa esa fecha ya se está "fuera de cuentas" y que haya que terminar el embarazo.

Sabemos que entre la 41 y 42 semanas la probabilidad de que haya alguna complicación para el feto aumenta. Por ello, si llega a la 41+3 semana le ofreceremos finalizar el embarazo. Si alguna mujer desea seguir el embarazo algunos días más para intentar que el parto se inicie de forma espontánea, se le harán pruebas para asegurar que el feto está bien y que se puede esperar unos días más, pero las guías clínicas desaconsejan sobrepasar la semana 42 de embarazo porque los potenciales riesgos para el recién nacido son mayores.

RESUMEN DE ACCIONES Y PRUEBAS A REALIZAR

EN EL EMBARAZO NORMAL

(Estas fechas son aproximadas, pudiendo cambiar según circunstancias individuales de cada embarazo)

CONSULTAS	PRUEBAS	Semanas
Consulta matrona	Citologia si procede	
	Analítica 1er Trim.	(10+5-11+4)
	Eco 1er Trimestre	(12-13+3)
Consulta médico/Obstetra		(14-15)
Consulta matrona		(17-18)
	Eco 2° Trimestre	(20-21+3)
Consulta matrona		(22-23+3)
	Analítica 2° Trim.	(25-26)
Consulta médico/Obstetra		(26+3-27+3)
Consulta matrona	Tos Ferina	(28-32)
	Eco 3°Trimestre	(35-36)
	Analítica 3° Trim.	(35-36)
Consulta médico/Obstetra		(36-37)
Consulta matrona	Exudado V-R EGB	(36+3-37)
Consulta matrona	Altura uterina	(38-39)
Hospital Monitorización.	RCTG	(40-40+2)
Hospital Monitorización.	RCTG+Valoración	(41-41+2)

- Exudado V-R: Exudado vagino-rectal
- EGB: Estreptococo del grupo B
- RCTG: Registro cadiotocográfico (monitores)

Disponemos de una visita virtual a las instalaciones del Hospital. Si desea solicitarla, puede realizarlo en el correo electrónico: ematernalvg.hdoc@salud.madrid.org . Recomendamos solicitarla cuando esté de 28-30 semanas, con el objetivo de poderla citar entre las semanas 33-37 de embarazo.

CONTROL PRENATAL Y ANÁLISIS EN EL EMBARAZO

Durante su embarazo, el médico o la matrona, le van a proponer realizar una serie de visitas y análisis con el objetivo de vigilar su salud y la de su hijo/a.

Primera visita: en ella se le realizará una serie de preguntas para conocer sus antecedentes, posibles enfermedades padecidas, alergias, operaciones previas, tanto de usted como de sus familiares más próximos. Se controlará su peso y su tensión arterial, y si es necesario se realizará una exploración ginecológica y una citología. Con ello se intenta detectar situaciones de riesgo para su embarazo. Se le solicitarán unos análisis de sangre y orina, una ecografía, y se harán unas recomendaciones generales sobre su alimentación, tipo de vida, actividad física, trabajo, etc.

¿Qué se busca en esos análisis?: ver si hay anemia, su grupo sanguíneo y Rh, alteraciones de la glucosa en la sangre, la presencia o no de anticuerpos para infecciones como la rubéola, sífilis, toxoplasmosis, hepatitis, citomegalovirus y se le solicitará la realización de la prueba de detección de anticuerpos frente al virus del VIH . En la orina se buscarán posibles infecciones u otras alteraciones. No obstante, serán su médico o matrona los que determinen si para su caso particular es necesario algún otro análisis.

Siguientes visitas: su calendario se establecerá según vaya el curso del embarazo, siendo en general, más frecuentes al final. En ellas se seguirá controlando su estado general, su peso y tensión arterial. En cada visita, se escucharán los latidos del corazón de su bebé.
Como norma general, se le solicitará realizar más análisis de sangre y orina en la mitad y al final del embarazo. Se le podrá realizar una prueba (una curva de azúcar) para la detección de la diabetes gestacional, y se le recomendará la administración de una gammaglobulina para prevenir problemas para siguientes embarazos si usted es Rh negativo. Casi al final de la gestación se le hará una prueba para la detección, en vagina y ano, de una bacteria llamada Estreptococo del grupo B, cuya presencia obligará a administrar antibiótico durante el parto para evitar que su hijo/a se infecte por ella.

Al final del embarazo se decidirá si es necesario realizar una prueba para valorar el bienestar fetal (los registros cardiotocográficos, también llamado monitorización fetal). Según las directrices de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, en los embarazos de bajo riesgo no es imprescindible hacerlo, aunque en nuestra área, a partir de la 40 semana, se realiza a todas las gestantes.

Es recomendable que piense, antes de venir a la consulta, aquellas dudas o aclaraciones que desee recibir de los profesionales que le atienden.

ECOGRAFÍAS DEL EMBARAZO

La ecografía es una técnica que permite la visualización del feto y su entorno (placenta, líquido amniótico, etc.), y puede ser practicada por vía vaginal y/o abdominal, según época de la gestación u otras condiciones. Las ecografías no producen ningún daño al embrión o al feto.

En un embarazo normal, o de bajo riesgo, se suelen hacer tres ecografías:

- Ecografía del primer trimestre: Se realiza entre la 12 y 13 semana, y tiene principalmente cuatro objetivos: valorar si es un embarazo único o múltiple y comprobar latido fetal; calcular el tiempo de embarazo y la fecha probable de parto; realizar una evaluación anatómica, limitada por la precocidad de la exploración y calcular el riesgo de alteraciones cromosómicas en el feto y el riesgo de preeclampsia pretérmino materna (Ambos se explican detalladamente en los siguientes apartados)
- Ecografía del segundo trimestre: Se realiza alrededor de la semana 20-22 y su principal objetivo es detectar posibles malformaciones fetales.
- Ecografía del tercer trimestre: Se realiza habitualmente en semana 35-36 y nos informará, principalmente, de cómo es el crecimiento fetal, la presentación fetal, la posición de la placenta y la cantidad de líquido amniótico.

No obstante, para cada mujer y según las condiciones de cada embarazo, su obstetra o el ecografista, determinarán la necesidad de realizar o no más exploraciones.

¿Qué detecta la ecografía?

La ecografía permite detectar la existencia de posibles malformaciones en el feto, lo que además, puede facilitar el diagnóstico de otras anomalías congénitas (alteraciones cromosómicas, enfermedades metabólicas o genéticas). Sin embargo, para diagnosticar las alteraciones genéticas será necesario realizar pruebas invasivas (amniocentesis, biopsia corial o cordocentesis). **Un resultado normal del estudio ecográfico no garantiza que el niño nacerá sin alteraciones**.

La precisión de la ecografía depende de varios factores: el momento de la gestación (es más fiable en la segunda mitad del embarazo), el tipo de anomalías (algunas es muy difícil verlas o no se pueden ver), de las condiciones de la mujer (ejemplo: la obesidad y la escasez de líquido amniótico hacen que las imágenes obtenidas sean de peor calidad), la propia posición fetal, etc. Aproximadamente, como media, la ecografía es capaz de detectar dos de cada tres anomalías fetales.

En algunos casos la detección de anomalías puede ser tardía (infecciones fetales, algunas anomalías digestivas, obstrucciones urinarias o intestinales, displasias esqueléticas, tumores, cardiopatías) ya que tales alteraciones se originan y/o manifiestan en una etapa avanzada de la gestación.

La ecografía, aunque orienta sobre la condición del feto, no vale por si sola para asegurar el bienestar fetal.

PRUEBA PARA LA DETECCIÓN DE ANOMALIAS CROMOSÓMICAS EN EL FETO

Tiene como **objetivo** identificar aquellos fetos con una mayor probabilidad de presentar alguna de las **cromosomopatías más frecuentes: trisomía 21 o síndrome de Down, trisomía 18 o síndrome de Edwards y trisomía 13 o síndrome de Patau**. Para ello se tendrá en cuenta su edad (es importante que si el embarazo ha sido conseguido mediante fecundación in vitro con ovodonación lo comente con el ecografista), un análisis de sangre a la madre (incluido en la analítica del primer trimestre), y la medición de la translucencia nucal y longitud del embrión en la ecografía del primer trimestre de embarazo.

¿Qué mide el análisis de sangre de la madre?

Mide la concentración de dos sustancias: una proteína específica del embarazo llamada PAPP-A, y una hormona del embarazo llamada β- HCG.

¿Qué es la translucencia nucal?

Es una acumulación de líquido debajo de la piel del feto a la altura de la nuca que se puede medir con ecografía entre la 12 y 13 semana de embarazo. Si tiene un valor alto indica una mayor probabilidad de alteraciones en el feto.

¿Cuándo se realiza esta prueba?

En la ecografía del primer trimestre, entre la 12 y 13 semana de embarazo. Los resultados se los dará el médico que le haga la ecografía.

Es importante saber algunas cosas de esta prueba:

1. Su resultado final no indica con certeza si el feto tiene o no algunas de esas alteraciones, sino que nos informa de la probabilidad teórica de que las pueda tener.
2. En la mayoría de los casos, un resultado de probabilidad alta no significa que el feto tenga algún problema (tenga en cuenta que solo es un cálculo estadístico), pero nos permitirá seleccionar a aquellas gestantes que puedan beneficiarse de pruebas adicionales para descartar anomalías en el feto.

¿Qué resultados finales puedo esperar de esta prueba?

1. **Bajo riesgo** (o baja probabilidad): cuando la probabilidad teórica de que el feto tenga alguna de las alteraciones cromosómicas dichas anteriormente es menor que 1 de cada 270. En este caso, si el resto de la ecografía también es normal, no se recomendará hacer más pruebas.
2. **Alto riesgo** (o alta probabilidad): cuando la probabilidad teórica es mayor que 1 de cada 270. En este caso se ofrecerá la posibilidad de realizar una prueba no invasiva llamada **test prenatal no invasivo (TPNI).** Se trata de una analítica de sangre que se extrae a la madre, sin riesgo para la gestación y que es altamente fiable (> 99%) para la determinación de cualquiera de las alteraciones cromosómicas anteriormente descritas (trisomías 21, 13 y 18). Se trata, no obstante, de una prueba de cribado, por lo que ante un resultado de alto riesgo deberá confirmarse mediante una prueba invasiva (amniocentesis o biopsia corial). Existen ciertos casos en los que no se ofrecerá la realización de TPNI, sino que directamente se plantee la posibilidad de realizar una prueba invasiva, fundamentalmente ante los riesgos extremadamente altos (> 1/10) o si existe sospecha de que pueda haber otra anomalía genética más allá de las anteriormente descritas. Respecto a esto será asesorada en la consulta de ecografía del primer trimestre por un experto en medicina perinatal.

Las recomendaciones sobre el TPNI se basan en los criterios establecidos por la Comunidad de Madrid. Fuera de los ya contemplados esta prueba se puede realizar a nivel privado con un coste aproximado de unos 400-500 euros.

INFORMACIÓN SOBRE PREECLAMPSIA Y CRIBADO COMBINADO DE PREECLAMPSIA PRETÉRMINO EN EL PRIMER TRIMESTRE

¿Qué es la preeclampsia?

La preeclampsia es una enfermedad de la segunda mitad del embarazo en la que aumenta la tensión arterial y pueden aparecer alteraciones en diversos órganos del cuerpo (riñón, hígado y cerebro). Afecta al 2-3% de todas las embarazadas, si bien sus formas más precoces y graves (preeclampsia pretérmino) solo afectan al 0,5-1% de los embarazos.

La causa exacta de la enfermedad es desconocida. Sin embargo, sabemos que se relaciona con un problema en la formación de la placenta que puede dificultar el aporte de oxígeno y nutrientes al feto. En respuesta, la placenta envía unas señales a la circulación sanguínea de la madre que provocan que le suba la tensión arterial, tratando de este modo que llegue más sangre a la placenta. Sin embargo, este mecanismo puede dañar los vasos sanguíneos de la madre y provocar alteraciones en diversos órganos que se manifiestan con signos y síntomas como:

Tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o diastólica ≥ 90 mmHg

Exceso de proteínas en la orina (“proteinuria”)

Edemas (“hinchazón”) de piernas (aunque esto ocurre también en muchos embarazos normales) y específicamente en cara y manos

Ganancia brusca de peso

Dolor de cabeza (lo más habitual es que sea continuo, intenso y en la zona frontal o “en casco”)

Alteraciones visuales: visión de luces, destellos, zonas de pérdida de visión

Disminución en la cantidad de orina

Dificultad respiratoria

Si presentase alguno de estos signos o síntomas durante su embarazo, debe consultar sin demora con su obstetra o matrona

Hoy en día no se conoce una cura para esta enfermedad, y su único tratamiento es que se produzca el parto. Tras él, se produce una rápida mejoría en la mayoría de los casos. A pesar de que no haya un tratamiento que frene esta enfermedad, es importante detectarla precozmente para controlar sus síntomas (por ejemplo, bajar la tensión arterial), vigilar el bienestar fetal y decidir el mejor momento para finalizar el embarazo según su gravedad y el momento del embarazo en el que nos encontremos (en muchos casos es necesario provocar el parto con anticipación para evitar complicaciones, y en otros se optará por mantener un seguimiento estrecho con el fin de alcanzar una mayor edad gestacional).

¿Qué es el CRIBADO COMBINADO DE PREECLAMPSIA PRETÉRMINO del primer trimestre?

Es una prueba que permite identificar a aquellas pacientes que tienen mayor riesgo de desarrollar una preeclampsia que obligue a que su embarazo tenga que acabar antes de las 37 semanas. Es un test que no supone riesgos para la madre ni para el embarazo. Se basa en una combinación de las características maternas, la tensión arterial, las determinaciones hormonales de la analítica del primer trimestre y el estudio ecográfico de las arterias uterinas para dar un riesgo individualizado de la probabilidad de tener una preeclampsia pretérmino (antes la 37 semana de embarazo).

¿Cuándo se hace y cómo se interpretan los resultados?

Esta prueba se realiza el mismo día de la ecografía del primer trimestre, lo que nos permite tener el resultado en el mismo momento. Se considera que el resultado es positivo, es decir, que hay un alto riesgo de preeclampsia pretérmino cuando el riesgo resultante es mayor de 1 de cada 100 (ej: 1 de cada 75). Este cribado permite detectar alrededor del 80% de los casos de preeclampsia pretérmino, si bien tiene un 10% de "falsos positivos" (es decir, el 10% de las embarazadas a las que esta prueba da positiva, nunca llegan a desarrollar una preeclampsia).

¿Por qué es importante detectar este riesgo de preeclampsia en el primer trimestre?

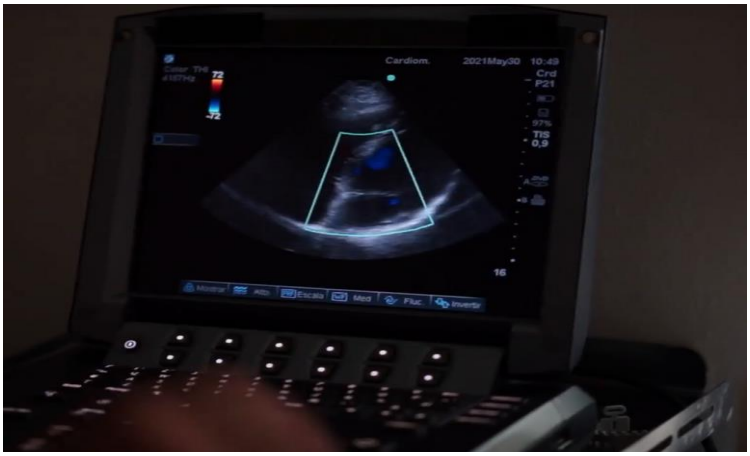
Porque si lo detectamos pronto, cuando la placenta se está formando, estamos a tiempo de actuar para intentar prevenir la preeclampsia. Así, se sabe que la administración de aspirina en baja dosis resulta ser un tratamiento preventivo eficaz. En concreto, si se toma **aspirina (100-150 mg al día, preferentemente por la noche)** desde antes de la semana 16 y hasta la semana 36, se evitan más de la mitad de los casos de preeclampsia pretérmino. **Es muy importante cumplir con el tratamiento, porque si se olvidan más del 10% de las tomas su efectividad se reduce mucho**.

Por tanto, en el caso de que el cribado resulte positivo, se recomendará el inicio del tratamiento preventivo con aspirina. Se trata de una medicación que se considera segura para la madre y el bebé. Únicamente está contraindicada si tiene alergia/intolerancia a la aspirina, antecedentes de sangrado digestivo (especialmente úlcera de estómago) o si tiene alguna enfermedad del hígado o del riñón o de otro tipo que contraindique la toma de aspirina.

¿Se hace en todas las embarazadas?

En nuestro centro lo haremos a todos los embarazos únicos, antes de la semana 14 de gestación, en los que la madre no tenga un antecedente que suponga un alto riesgo de preeclampsia. En caso de tener un antecedente de alto riesgo (preeclampsia en un embarazo previo, hipertensión arterial, diabetes mellitus pregestacional, enfermedad renal, lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípido), indicaremos directamente la toma de aspirina sin necesidad de hacer el cribado. A partir de la semana 14, la indicación de la administración de la aspirina se valorará en función de los factores de riesgo maternos basados en las características maternas, y los antecedentes médicos y obstétricos de la madre.

Tampoco realizamos el cribado en embarazos múltiples, puesto que consideramos que este cribado no está suficientemente validado en este tipo de gestaciones. La gestación múltiple ya es de por sí un factor de riesgo moderado de preeclampsia, y si se une algún otro factor de riesgo moderado (edad de 40 o más años, no hijos previos, obesidad, antecedente familiar de preeclampsia, ovodonación), se le indicará directamente la toma de aspirina



ATENCIÓN AL PARTO

PLAN DE PARTO

El Plan de Parto es un documento donde la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre su parto y el nacimiento de su hijo. Disponer de esta información en el momento del parto, puede ser de gran ayuda para el equipo profesional que atiende el parto, facilitando la comunicación, que puede ser complicada por el estado emocional y físico propios de ese momento.

Es recomendable consensuar o informar de estas preferencias al acompañante elegido para el día del parto.

Es importante destacar que, en primer lugar, este documento no sustituye a los informes proporcionados por los profesionales que realizan el seguimiento del embarazo y, en segundo lugar, que su función no es exactamente planificar el desarrollo del parto o el nacimiento, por la cantidad de variables implicadas que de forma impredecible pueden acontecer, si no expresar sus preferencias en aquellos aspectos en los que existen alternativas igual de eficaces y seguras.

Se recomienda elaborar el plan de parto entre las semanas 28 – 32 del embarazo, aunque se puede realizar en cualquier momento. Pregunte cualquier duda a la matrona o el médico. Es recomendable acudir a las clases de preparación para el nacimiento ya que pueden ayudar a mejorar la experiencia del embarazo, parto y nacimiento. Además, la información obtenida en dichas clases puede orientar en la elaboración de un plan de parto adecuado a las posibilidades.

Una vez finalizado el plan de parto, sería recomendable repasar su contenido con la matrona que está realizando el seguimiento del embarazo, para valorar posibles incompatibilidades.

Puede acceder a nuestro plan de parto a través de la página web del hospital. En el caso que nuestro plan no se adapte a sus expectativas puede remitirlo una vez cumplimentado al siguiente correo: **plandeparto.hdoc@salud.madrid.org**, desde donde el equipo asistencial valorará la solicitud y responderá a las peticiones planteadas.

Las preferencias reflejadas en este documento podrán ser modificadas por la mujer en cualquier momento, según su estado y el desarrollo de los acontecimientos.

Este documento refleja las posibilidades que ofrece el Hospital 12 de Octubre y excluye prácticas desaconsejadas por la evidencia científica.

Si surgen circunstancias imprevisibles, el personal sanitario aconsejará la intervención más oportuna y la realizará tras informar adecuadamente y pedir consentimiento.

Lectura recomendada: Guía de práctica clínica sobre atención al parto normal:

http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf

Los profesionales de este hospital consideran a la mujer de parto una persona sana y como tal se le tratará. Además, entienden el parto como un proceso natural, en el que entran en juego factores importantes como son los psicológicos, afectivos y sociales.

Se atenderá el proceso de parto teniendo en cuenta todos estos factores, optimizando los recursos disponibles e intentando minimizar los impactos de un hospital asistencial y con actividad docente (universitaria, pre y postgraduada), tratando de hacerla compatible con el parto que la mujer desea.

A SU INGRESO EN EL HOSPITAL

1. El ingreso se realizará preferiblemente cuando esté en fase activa del parto ya que los ingresos precoces en la fase previa, denominada fase prodrómica tiene mayor riesgo de requerir intervenciones adicionales. Este periodo inicial tiene una duración variable, y se puede hacer uso de recursos para el alivio del dolor como la deambulación, adopción de diferentes posturas, baños/duchas de agua caliente, pelotas suizas… de manera preferente en su domicilio, aunque puede valorarse el ingreso según las condiciones individuales.

2. Si rompe aguas antes de empezar el trabajo de parto, el proceder habitual en nuestro hospital es esperar 12 horas al inicio espontáneo del mismo. Transcurrido ese tiempo, si no ha empezado el trabajo de parto, se comenzará con el proceso de inducción. Si no existen signos de alarma y usted así lo desea, puede demorarse el comienzo de la inducción, sabiendo que aumenta ligeramente el riesgo de infección.

3. El área de Expectantes, donde ingresará en estas ocasiones, consta de habitaciones dobles, pudiendo estar acompañada, en todo momento, por una persona de su elección.

EN LA DILATACIÓN

1. En la zona de Paritorio existen 11 habitaciones denominada Unidades de trabajo de Parto y Recuperación (UTPR) que son individuales y tienen un baño con ducha. Durante todo el proceso del parto podrá estar acompañada por una sola persona de su elección. Los cambios de acompañante, las visitas durante el trabajo de parto, etc. interrumpen la intimidad necesaria para la evolución correcta del mismo.

2. El parto de curso normal es atendido por las matronas y/o los residentes de matrona y ginecología. Existe un equipo de ginecólogos disponible en todo momento por si aparece cualquier incidencia durante su parto. Aunque en nuestro hospital no disponemos de un profesional por cada gestante, intentamos que sea el mismo durante todo el proceso, ayudado por un técnico de cuidados auxiliar de enfermería.

3. Se canalizará una vía venosa a su llegada a la UTPR por si requiere medicación intravenosa durante el parto o postparto.

4. No se realiza rasurado del periné ni administración de enema de forma rutinaria. En caso de estar indicado se informará del motivo y se solicitará su consentimiento verbal. El sondaje vesical solo se realizará en caso de ser necesario (habitualmente de manera intermitente en pacientes con analgesia epidural).

5. La monitorización fetal se realizará de manera continua, pudiendo realizarse periodos intermitentes sin monitorización continua si las condiciones lo permiten. Disponemos de monitores inalámbricos que permiten la movilidad dentro de la UTPR.

6. Es recomendable que se mantenga correctamente hidratada durante el proceso de parto, preferiblemente con agua y bebidas isotónicas o líquidos claros, incluso tras la administración de analgesia epidural. Por razones médicas puede pedírsele que suspenda la ingesta oral.

7. La deambulación y adopción de la postura que le sea más cómoda durante el parto no sólo están permitidas, sino que son recomendables por favorecer la correcta evolución de éste. Puede traer de su casa música, que podrá usar a un volumen que no incomode al resto de mujeres y profesionales, lectura u otros recursos si desea utilizarlos.

8. Disponemos de pelotas suizas, bolsas de semillas, sillas de parto, cojines, bañeras, etc. de los que puede hacer uso para el alivio del dolor. Se le administrará analgesia epidural solo cuando usted lo solicite y no exista contraindicación médica. La walking o mobile epidural permiten la deambulación de la gestante (para su administración, la gestante siempre deberá estar acompañada) y es una alternativa disponible en nuestro centro cuando los métodos de alivio del dolor no farmacológicos no resulten suficientes.

9. Los tactos vaginales serán los mínimos necesarios para evaluar el progreso del parto (habitualmente cada 4 horas) y serán realizados por el profesional responsable, aunque en determinadas circunstancias puede ser necesaria la exploración por otro profesional. En caso de ser así, usted será informada previamente de los motivos que lo justifican.

10. La amniorrexis (rotura artificial de membranas) y la administración de oxitocina no se realizarán de manera rutinaria. En caso de estar indicado, se realizará tras informarle del motivo y con su consentimiento.

11. En el caso de requerir una cesárea durante el trabajo de parto, podrá estar acompañada por una persona en el quirófano (preferentemente la que ha elegido para acompañarle en el proceso de dilatación). Si se trata de una situación de emergencia vital para usted o el recién nacido o requiere anestesia general, no es posible el paso de un acompañante. El Contacto piel con piel (CPP) con su bebé se continuará en el Servicio de Reanimación siempre que no exista contraindicación para ello.

EN EL EXPULSIVO

1. En el periodo de expulsivo (desde que alcanza la dilatación completa hasta el nacimiento) iniciará los pujos, de manera preferente, cuando sienta la necesidad de hacerlo. En ocasiones la epidural puede disminuir la sensación de pujo, en cuyo caso el profesional responsable de su parto, le indicará cuando hacerlo.

2. Los pujos y el expulsivo se realizarán en la postura en la que se encuentre más cómoda. Encontrará información acerca de los beneficios de las diferentes posturas en la Unidad, pudiendo preguntar a la matrona cualquier duda en torno a ello.

3. El nacimiento del bebé tendrá lugar la misma Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR) con su acompañante presente. En el momento del nacimiento, además del profesional que atienda su parto y un auxiliar de enfermería, acudirá el personal de Neonatología para la valoración inicial del bebé.

4. Los tiempos de duración para los periodos de dilatación y expulsivo son los aconsejados por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, teniendo en cuenta siempre el bienestar de la madre y el recién nacido.

5. En el caso de que sea necesario un parto instrumental se le explicará el motivo que lo justifica y los pasos a seguir. En este tipo de parto es habitual la presencia de un mayor número de personas en la UTPR (ginecólogos, neonatólogos y/o anestesistas), que están allí para asistir tanto a la madre como al recién nacido. El acompañante puede permanecer en la UTPR durante este tipo de partos siempre que así lo desee.

6. La episiotomía no se realiza de manera rutinaria en nuestro hospital, sino bajo indicación profesional: sufrimiento fetal, riesgo de desgarro que afecte a esfínter anal o en algunos de los tipos de parto instrumental. En caso de estar indicado se informará solicitando el consentimiento verbal.

7. Tras el nacimiento del bebé, se le colocará de forma inmediata sobre la madre, realizando la evaluación del mismo y el test de Apgar mientras se realiza el Contacto Piel con Piel (CPP). Si el bebé requiere alguna maniobra de reanimación se llevará a la cuna presente en la misma UTPR y se reiniciará el CPP tan pronto como sea posible.

8. Se realizará corte tardío del cordón umbilical de manera rutinaria hasta que deje de latir o al menos 60 segundos tras el nacimiento.

EN EL ALUMBRAMIENTO

1. Por protocolo se realizará alumbramiento dirigido, consistente en la administración de oxitocina tras el nacimiento del bebé, como estrategia demostrada para disminuir el riesgo de hemorragia postparto. Puede solicitar un alumbramiento no medicalizado, que se respetará siempre que no exista complicaciones durante el alumbramiento.

2. Si lo desea, puede donar la sangre del cordón umbilical a un banco público o preservarlo para uso privado. En el caso de donación a banco público se demorará igualmente el corte del cordón umbilical hasta pasados los primeros 60 segundos.

3. Si desea llevarse la placenta consigo tras el nacimiento puede solicitarlo previo al parto, siempre que las serologías de enfermedades infecciosas sean negativas (recibirá una autorización escrita para ello).

4. Con la información científica disponible actual, el Hospital 12 de Octubre NO recomienda la placentofagia (ingesta oral de la placenta) en ninguna de sus modalidades (fresca, cocinada, descongelada o encapsulada) dado que no ha demostrado beneficios claros en la madre ni el recién nacido. Se ha reportado al menos un caso de infección neonatal grave tras ingesta materna de placenta encapsulada contaminada con estreptococo del grupo B.

5. El uso final de la placenta es responsabilidad exclusiva de la solicitante.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO (R.N.)

1. Por Protocolo, se realizará siempre el contacto piel con piel (CPP) inmediato, entre la madre y R.N., siempre que la situación de ambos lo permita.

2. Como centro acreditado como hospital IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y lactancia) de la OMS, le recomendaremos y ayudaremos a la instauración precoz de la lactancia materna exclusiva.

3. Si desea realizar lactancia artificial, tendrá toda la información y apoyo para realizarlo de una forma adecuada y segura.

4. En todos los nacimientos se posponen algunos de los cuidados del R.N. (administración de profilaxis ocular y antihemorrágica), el peso y tallaje, a que hayan transcurrido las 2 primeras horas de vida, para no interferir en el CPP e inicio del enganche al pecho, si esta ha sido su elección.

5. La evidencia científica recomienda no realizar el aseo del R.N. hasta pasadas las primeras 24 horas de vida, para evitar la pérdida de calor y la retirada de la grasa corporal que le protege. El baño por inmersión del RN no se recomienda hasta la caída del cordón umbilical.

OBSERVACIONES

Las condiciones descritas se mantendrán siempre y cuando no ocurran en el parto circunstancias patológicas que supongan un riesgo para el estado de salud de la madre o el feto.

El equipo de profesionales que atiende a la mujer en el parto será el que confirme o descarte estas circunstancias y ofrezcan así una atención de calidad, con el firme propósito de humanizar e individualizar la atención al parto en un contexto de máxima seguridad, con el máximo respeto hacia la mujer y actuando siempre con el objetivo de tener una madre y un recién nacido sanos.

POSIBLES PROCEDIMIENTOS A EMPLEAR, ASÍ COMO RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL PARTO

Las complicaciones más importantes son:

- Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- Prolapso de cordón, que pone en grave peligro la vida fetal.
- Infección materna o fetal.
- Trastornos hemorrágicos y/o de coagulación que puedan llevar a hacer necesario una transfusión, intraparto o postparto.
- Hematomas en aparato genital.
- Lesiones y desgarros del canal del parto (cervicales, vaginales, vulvares, raramente de vejiga urinaria, de uretra, esfínter anal y recto, incluso rotura uterina, complicación muy rara pero muy grave).
- Falta de progresión del parto.
- Dificultades en la extracción fetal, frecuentemente imprevisibles.
- Riesgo mínimo de histerectomía (extirpación del útero) postparto.
- Shock obstétrico. Shock hipovolémico y/o embolia de líquido amniótico.
- Existe un riesgo excepcional de mortalidad materna y fetal.

La aparición de alguna de estas complicaciones obliga a finalizar o a acortar el parto, siendo necesaria la práctica de una intervención obstétrica (cesárea o parto instrumental vaginal del feto). Estas intervenciones llevan implícitas, tanto por la técnica como por la situación materno-fetal, algunos riesgos que pueden requerir tratamientos complementarios. Los riesgos más importantes son:

- En el parto instrumental: hemorragia postparto, anemia, necesidad de transfusión, episiotomía y riesgo de lesión del canal del parto. Aunque poco frecuente, el recién nacido puede presentar alguna lesión por el instrumento usado, la gran mayoría de veces, pasajera.

- En la cesárea: hemorragia postparto, fiebre postparto, lesiones del canal vaginal y del abdomen y complicaciones de la herida quirúrgica. Aunque poco frecuente, el recién nacido puede presentar alguna lesión por el bisturí y nacer bajo el efecto de la anestesia general si fuera necesaria la misma.

Las decisiones médicas a tomar durante el transcurso del parto quedan a juicio del equipo de profesionales de este hospital, tanto en lo que respecta a su indicación como al tipo de procedimiento utilizado, y serán consensuadas con la mujer y su acompañante. En ocasiones, el nivel de urgencia u otras circunstancias excepcionales pueden impedir que la información sobre las actuaciones a realizar sea detallada y cualquier duda les será aclarada tras la resolución de dichas complicaciones

Transfusiones: no se puede descartar que en el transcurso del parto o de alguna intervención pudiera requerirse la necesidad urgente de una transfusión sanguínea.

LA ANALGESIA EN EL PARTO

La mayoría de las mujeres tienen algún grado de dolor durante el parto.

- Algunas lo consideran como una parte más del proceso natural del parto y no desean tratamiento con medicamentos para su alivio. En estos casos podrán usar técnicas de relajación, respiración y masajes con ayuda del acompañante y música suave. También pueden ayudar: el agua caliente y el calor local, caminar o adoptar la postura que le proporcione mayor confort y las pelotas de parto. No obstante, en cualquier momento la mujer puede solicitar la analgesia epidural y será el anestesista quien valore junto con ella y los profesionales que atienden el parto su conveniencia o no según los antecedentes de la madre o el estado del parto.
- Otras mujeres, quieren evitar el dolor desde el principio y desearán una **analgesia epidural**. La analgesia epidural es un método eficaz y seguro para el alivio del dolor en la gran mayoría de ocasiones. Su aplicación conlleva administrar sueros por vía intravenosa, monitorización continua fetal y sondaje vesical intermitente. La madre permanecerá tumbada o sentada.

En cualquier caso, la madre previamente informada, es la que tomará la decisión de lo que quiere.

¿En qué consiste la analgesia epidural?

Es la introducción de un catéter (un tubo muy fino) en el espacio epidural, por la espalda, a la altura de la zona lumbar. Por ese catéter se introducirán los analgésicos que adormecen la parte inferior del cuerpo y logran el alivio de las contracciones del parto, permaneciendo la madre despierta. Antes de realizarla es imprescindible coger una vía venosa para administrar los sueros necesarios.

La analgesia epidural se asocia a una prolongación del último periodo del parto (el expulsivo) y a una mayor probabilidad de parto instrumental, pero no de cesárea, prolongación de la dilatación, ni a efectos adversos para el recién nacido.

La **"walking epidural**" es una variante que permite un control aceptable del dolor conservando la capacidad de mantenerse en pie, caminar y adoptar distintas posturas, sin necesidad de sondaje vesical.

¿Cuándo se puede poner una analgesia epidural?

Cuando sea aceptada por la mujer que está de parto y no existan impedimentos para su realización, como pueden ser: una infección general o en el sitio de la punción, alteraciones de la coagulación de la sangre, parto muy avanzado y enfermedades o situaciones médicas que la desaconsejen. En cualquier caso, el anestesista, que es el médico encargado de su realización y control, recomendará el tipo de analgesia y los medicamentos a utilizar según las características particulares de cada mujer, pensando siempre en la mayor seguridad posible para la madre y su hijo.

EL PARTO EN SITUACIONES ESPECIALES

EL PARTO PRETÉRMINO

¿Qué es un parto pretérmino?

La mayoría de los partos ocurren entre la 37 y 42 semana de gestación (lo que llamamos el parto "a término"). Si se adelanta, y se produce antes de la 37 semana hablamos de parto pretérmino o prematuro: esto ocurre en el 10 % de todos los partos.

Cuanto más prematuro es el nacimiento más probabilidad hay de que pueda ocasionar problemas de salud para el recién nacido, y son el grupo de más riesgo aquellos bebés que nacen antes de la 32 semana de gestación (aproximadamente el 20 % de todos los partos prematuros, o lo que es lo mismo: 2 de cada 100 partos).

Los niños nacidos prematuramente no tienen sus órganos completamente desarrollados y pesan menos. Por lo tanto, están expuestos a más complicaciones (dificultad respiratoria, infecciones, alteraciones en la alimentación), pueden necesitar cuidados especiales ingresados en el hospital, y en los casos más graves esas complicaciones pueden llegar a ser severas y poner en peligro su vida. En algunas ocasiones puede dejar secuelas permanentes que supongan algún tipo de discapacidad a largo plazo (dificultades en la visión, al caminar o de aprendizaje).

En la actualidad, se considera que los partos pretérmino son el problema más importante relacionado con el embarazo, por sus posibles consecuencias para la madre y su hijo/a.

¿Quién puede tener un parto pretérmino?

Cualquier embarazada puede tenerlo, aunque tienen mayor riesgo las que ya lo tuvieron en un embarazo anterior, las que tienen embarazos gemelares o múltiples, y las que tienen alguna malformación uterina.

Algunos **factores del estilo de vida** también pueden suponer un mayor riesgo:

- un mal control prenatal,
- fumar, beber alcohol, el uso de drogas ilegales,
- la violencia de género (incluyendo el abuso físico, sexual y emocional),
- la falta de apoyo social,
- el estrés, y
- trabajar muchas horas y estar de pie por largos períodos de tiempo.

Asimismo, algunas condiciones médicas durante el embarazo también pueden aumentar la probabilidad de que una mujer tenga un parto pretérmino: la rotura prematura de las membranas (la rotura de la bolsa de las aguas), algunas infecciones vaginales y urinarias, diabetes, presión arterial elevada, trastornos de la coagulación, sangrado vaginal.

¿Se puede hacer algo para evitar un parto pretérmino?

Si usted ya ha tenido un parto prematuro en un anterior embarazo, precisará un seguimiento más estrecho para valorar la necesidad de medidas profilácticas para prevención de la prematuridad.
Hay algunas cosas que la embarazada puede hacer:

- Asistir a todas las consultas prenatales, no dejando de ir, aunque se encuentre bien.
- Dejar de fumar o reducir al máximo la cantidad de cigarrillos. Evitar ambientes con humo.
- No beber alcohol ni consumir drogas.
- Reducir el estrés. Descansar el tiempo que necesite.
- Si sufre maltrato o abuso comentarlo con alguien: es necesario para protegerse usted y su bebé.
- Si siente ardor o dolor al orinar, consultar a su médico pues es posible que tenga una infección.
- Aprender las señales que pueden anunciar un parto pretérmino y qué debe hacerse en ese caso.

¿Qué señales pueden anunciar un parto pretérmino?

Aunque no siempre hay señales que lo avisan, algunas de las siguientes pueden ponernos "en alerta", y hacer necesaria la evaluación por un especialista:

- Contracciones (el abdomen se pone duro) cada 10 minutos o con más frecuencia, cerca de una hora.
- Cambio en el flujo vaginal (pérdida de líquido o sangrado de la vagina).
- Alguno de los siguientes síntomas, si no desaparecen o empeoran en una hora:
    - Presión en la pelvis (siente que el bebé está empujando hacia abajo).
    - Dolor leve o sordo en la parte inferior de la espalda.
    - Cólicos o dolores como si tuviera la menstruación.
    - Retortijones abdominales con o sin diarrea.

  Si los síntomas mejoran o desaparecen, es recomendable descansar el resto del día.

¿Qué se debe hacer?

Debe ir al hospital sin perder tiempo si piensa que está ante un parto prematuro o tiene alguna de las anteriores señales. En el hospital se realizarán los exámenes oportunos y si el médico piensa que tiene riesgo de parto prematuro, la embarazada quedará ingresada para administrar el tratamiento más adecuado (reposo, y según la circunstancia, medicación para detener las contracciones o antibiótico o ambos, muchas veces por vía intravenosa "en el suero").
Si la gestación es de menos de 35 semanas es posible que se le administre una medicación (corticoides) para acelerar la madurez de los órganos del bebé.

¿Se puede detener siempre el parto pretérmino?

No, aun haciendo todo lo que se sabe que es más adecuado en el hospital.
Dependerá de cada caso particular, pero es importante acudir al hospital cuando todavía se está en una fase inicial del parto prematuro, pues así habrá más posibilidades de retrasar el parto o de tomar las medidas oportunas para disminuir las posibles consecuencias del mismo.

PARTO TRAS UNA CESÁREA ANTERIOR

Años atrás se pensaba que después de haber tenido un hijo mediante cesárea, en el siguiente embarazo el parto tenía que ser también por cesárea porque con las contracciones del parto el útero podía romperse en la cicatriz de la cesárea previa.
Pero ahora sabemos que eso ocurre en muy pocas ocasiones (sólo entre el 0,2 y el 1,5 % de las veces), y por lo tanto muchas mujeres con una cesárea previa pueden tener un parto vaginal de forma segura para ella y su hijo. En concreto, la **tasa de éxito de parto por vía vaginal después de una cesárea oscila entre el 60 - 80 %**, llegando al 87- 90% si ha tenido un parto vaginal previo.

Existen casos concretos en los que no recomendamos el parto: cuando han pasado menos de 6 meses entre la cesárea previa y el actual embarazo, si el bebé no está colocado de cabeza, cuando el útero ha sido operado previamente por otras razones, si tiene 3 ó más cesáreas previas u otras situaciones. **Si ha tenido 2 cesáreas previas sin complicaciones**, se puede permitir el parto vaginal siempre que el bebé esté de cabeza, el parto se haya iniciado espontáneamente y usted así lo desee, asumiendo que el riesgo de rotura del útero es algo mayor (hasta un 4 %).

Recomendamos el parto vaginal en vez de cesárea porque la cesárea tiene algo más de riesgo de hemorragia, fiebre, lesiones de otros órganos vecinos (intestino, vejiga), y complicaciones para siguientes embarazos. A más cesáreas el riesgo es mayor. Además, el parto vaginal beneficia al bebé, la recuperación de la madre es mejor y la estancia en el hospital es menor.

Por todo ello recomendamos intentar un parto por vía vaginal después de haber tenido una cesárea, siempre que no haya contraindicaciones.

Por favor, no dude en preguntarnos cualquier duda que tenga

VERSIÓN EXTERNA EN PRESENTACION DE NALGAS

Hablamos de **presentación de nalgas** cuando las nalgas y/o extremidades inferiores del feto se encuentran situadas “hacia abajo” (en la pelvis de la madre). El parto en presentación de nalgas conlleva riesgos derivados del hecho de que en el parto primero se produciría la expulsión de las nalgas y en último lugar la expulsión de la cabeza, que es la parte más voluminosa del cuerpo del feto, pudiendo ésta quedar atrapada en el canal del parto, Por esta razón se extreman las precauciones en los partos de nalgas y se realiza un mayor número de cesáreas.

Existe un procedimiento denominado **Versión Externa** que permite cambiar la posición del feto dentro del útero y colocarle de cabeza en la pelvis materna. Se realiza en el hospital alrededor de la 37 semana de embarazo y **tiene éxito en un 60 % de las veces**, aproximadamente.

¿Tiene riesgos la versión externa?

En el 1% de las versiones se producen alteraciones de la frecuencia cardiaca del bebé, la mayoría transitorias. En el 0,5-1% de todas las versiones puede ser necesario la realización de una cesárea urgente por desprendimiento placentario o pérdida de bienestar fetal; por esta razón, la versión externa se realiza con control ecográfico y una monitorización de la frecuencia cardiaca del bebé. Para vigilar la posible aparición de otras complicaciones (rotura de bolsa, hemorragia, contracciones) después de la versión, se quedará en observación durante una hora.

¿CÓMO SE REALIZA LA VERSIÓN EXTERNA?

El médico colocará las manos en su abdomen e iniciará las maniobras para intentar modificar la colocación del bebé.

Durante el procedimiento, se vigilará regularmente la frecuencia cardiaca del bebé. Al terminar, se quedará una hora en observación para vigilar el estado de la madre y de su hijo, y luego se dará el alta.

Si la versión ha tenido éxito, se esperará el inicio espontáneo del parto.

Si no se consigue, se programará la fecha para finalizar la gestación mediante cesárea.

LA DONACION DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL

¿Qué es la sangre del cordón umbilical y para qué sirve?

Normalmente, tras el nacimiento, el cordón umbilical y la sangre que contiene son desechados. Sin embargo, hace unos años, se descubrió que la sangre del cordón umbilical contiene "células madre" especializadas en la renovación de las células sanguíneas. Estas "células madre" no están especializadas, y se pueden multiplicar y dar lugar a otras células distintas. Pueden ser beneficiosas si se trasplantan a otros pacientes cuya médula ósea esté enferma.

¿En qué tipo de enfermos está indicado el trasplante de células de sangre de cordón umbilical?

En personas que padecen enfermedades congénitas ó adquiridas de la médula ósea, tales como las leucemias agudas ó crónicas, linfomas, mieloma múltiple etc. Aunque lo ideal, es encontrar un donante compatible entre sus familiares más directos, esto sólo ocurre en alrededor del 30% de los casos.

En casos urgentes y en niños, el trasplante de las células de cordón umbilical presenta más ventajas que el trasplante de médula ósea completa, porque se reducen las complicaciones y aumenta la supervivencia del paciente trasplantado.

¿Existen bancos de sangre de cordón umbilical en España?

En España existen varios Bancos de SCU públicos y desde la aprobación del Real Decreto 1301/ 2006 existe autorización para la creación de bancos de SCU para uso privado (Es decir para uno mismo).

En los bancos públicos, estos cordones son donados de FORMA ALTRUISTA y utilizados siempre que haya enfermos compatibles que lo necesiten. De esta forma, hoy en día cuando se indica un trasplante de médula, la búsqueda de donantes se realiza tanto entre donantes de médula ósea, como entre las unidades de cordón umbilical almacenados.

En nuestro país, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) coordina las búsquedas tanto de donantes de médula ósea como de unidades de sangre de cordón.

En la Comunidad de Madrid, el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital 12 de Octubre es una maternidad autorizada para la recogida y posterior donación de sangre de cordón umbilical.

¿Quién puede ser donante de sangre?

Puede ser donante de sangre de cordón cualquier embarazada sana con un embarazo normal.

¿Cómo se realiza la extracción de la sangre del cordón umbilical?

Tras el parto, después de cortar el cordón umbilical y mientras que la placenta está todavía en el útero, se realiza una punción del cordón, y a través de ella extrae su sangre.

¿Tiene implicaciones para el Recién Nacido?

La extracción requiere un pinzamiento más precoz del cordón umbilical, al minuto del nacimiento.

¿Cómo hacerse donante de sangre de Cordón Umbilical?

Cuando una embarazada desee ser donante de sangre de cordón umbilical, debe dirigirse a uno de los Bancos de sangre de cordón existentes en España o a una de las maternidades autorizadas. Previamente a la donación se le deberá informar sobre el proceso y firmará, en el caso de estar de acuerdo, un consentimiento informado que se entregará en las consultas de seguimiento del embarazo.

La sangre del cordón umbilical de un banco público será conservada en frío y eventualmente empleada para la realización de un trasplante a **cualquier paciente anónimo del mundo que lo precise, sin otra preferencia que la mejor compatibilidad posible.**

¿Puedo guardar la sangre del cordón de mi hijo para uso autólogo (es decir almacenarlo para el eventual uso en el propio niño)? Si. En España, hay bancos privados que le ofrecen esta opción. Si desea más información, debe ponerse en contacto personalmente con ellos.

¿Por qué se recomienda la donación a un banco público?

La mayoría de expertos en el trasplante de células madres sanguíneas, la Organización Nacional de Transplantes y las Sociedades Científicas recomiendan la donación a un banco público, *ya que la* ***probabilidad de que esa sangre sea utilizada por el niño del que proceden es extremadamente baja. El motivo es que la práctica totalidad de las indicaciones de trasplante en la infancia se deben a enfermedades que tienen de base una alteración genética ó congénita y por lo tanto, pueden estar presentes en las células del cordón. Por ello, una vez diagnosticada la enfermedad en el niño, hacen inútil esa sangre para el trasplante a ese niño o a cualquier otro paciente.***

Puede obtener **más información** de organismos independientes en:

- Centro de Transfusión de la Comunidad de Madrid: www.madrid.org/donarsangre
- Fundación Josep Carreras contra la leucemia: www.fcarreras.org

Sólo si hay una indicación médica, establecida por un especialista, para guardar la sangre del cordón para algún otro miembro de la familia con determinada enfermedad (lo que se llama **donación dirigida**), por ejemplo para un hermano con leucemia, esto se puede hacer en un banco público.

Los **bancos públicos** pretenden disponer de un número alto de donaciones para que sea más fácil encontrar sangre compatible cuando sea necesaria la realización de este tipo de trasplantes.

Si desea realizar la donación de sangre de cordón umbilical para el banco público en nuestro hospital, puede solicitar la información durante el seguimiento del embarazo y rellenar la documentación necesaria y bastará con comunicarlo en el momento del ingreso en el hospital, aunque debe saber que hay algunas circunstancias en las que no será posible recoger esa sangre (ej: fiebre materna, algunas enfermedades infecciosas, etc). En caso de cesárea se individualizará cada caso, la recogida es más complicada y, en general, no se realizará.

Si desea realizar la recogida de sangre de cordón umbilical para un banco privado: previamente al parto debe ponerse en contacto con alguna de las empresas autorizadas por la Comunidad de Madrid. La recogida de sangre la realizará la matrona o el médico que atienda el parto, que quedan eximidos de

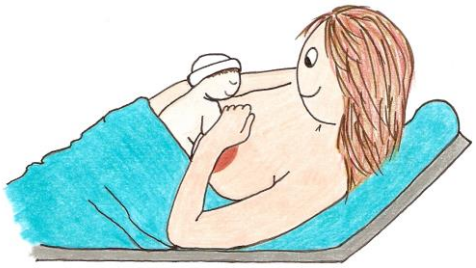
cualquier responsabilidad relacionada con ese acto. Será la empresa contratada la responsable de recoger las bolsas de sangre y trasladarlas al centro correspondiente.

EL PUERPERIO

Es el periodo de recuperación después del parto.

- **Alta del Hospital**: en general, si ha tenido un parto vaginal estará ingresada durante 24 horas. A todos los recién nacidos se les debe hacer las pruebas para detección de alteraciones congénitas (la prueba del talón) cuando cumpla 48 horas de vida, por lo que la matrona del hospital realizará una visita domiciliaria para valorar a madre y recién nacido y realizar esta prueba. Si le hicieron cesárea el alta será a los 2 días, según como vaya su recuperación. En algunos casos el ingreso será más prolongado, según circunstancias de la madre o del niño.

Tras el alta es recomendable que siga las siguientes medidas:



- Continúe con **lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses** de vida del recién nacido. Esto supone grandes beneficios tanto para el niño como para la madre (lea el siguiente apartado).
- Debe hacer una **revisión con la matrona** de su Centro de Salud a los 5-10 días del alta.
- Recuerde tomar la medicación o los **suplementos vitamínicos o minerales** que le hayan recomendado:
    - Se debe asegurar un adecuado aporte de yodo mientras dure la lactancia materna: se recomienda un suplemento farmacológico de yodo ya que no es suficiente el aporte de la dieta.
    - Puede ser recomendable tomar suplementos de hierro durante 1-2 meses tras el parto. Si tiene anemia o si ha sangrado mucho en el parto puede necesitarlo más tiempo. El médico del hospital o del Centro de Salud le indicarán cuándo debe tomarlo.
- Debe poner un cuidado especial en la **higiene**, lavándose las manos con frecuencia y cuidando la herida del parto o la cesárea como le hayan indicado. Para ello suele ser suficiente la ducha diaria con su gel de ducha habitual, manteniendo siempre la herida limpia y seca.
- **Si le han realizado una cesárea** debe citarse con la enfermería del Centro de Salud a los 7-9 días de la cesárea para retirar los puntos.
- Evite tener relaciones sexuales con coito mientras dure el sangrado vaginal y recuerde que, aunque no tenga regla mientras dé el pecho a su hijo/a, puede quedarse embarazada si no toma las medidas adecuadas. Para este u otros asuntos, pida consejo a su médico o matrona.
- Debe seguir las indicaciones que le hagan sobre los cuidados del niño/a.
- **Debe acudir al hospital si** en este periodo tiene fiebre mayor de 38 grados, sangra mucho por vagina o tiene dolor importante en las mamas o en su herida.

LA DEPRESIÓN PUERPERAL

Algunas mujeres, a los pocos días del parto pueden tener una sensación de tristeza, desánimo e inseguridad que suele durar algunas horas o pocos días y luego desaparece. Esto es normal, pero si no es así y la situación empeora se puede tener una "depresión puerperal", que debe ser tratada adecuadamente por un especialista.

POR FAVOR, LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN, y si tiene cualquier duda no deje de consultar con su médico o matrona:

La depresión puerperal es el desarrollo de una tristeza muy grande en la madre tras el nacimiento de su hijo. A veces, esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o por la presencia de alguna enfermedad. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la depresión parece no tener sentido y puede desarrollarse aun cuando el amor por el recién nacido sea intenso.

Afecta alrededor del 13% de las mujeres y suele aparecer en el primer mes tras el parto. Si no se trata adecuadamente, puede durar meses e incluso años. Las manifestaciones son las de una depresión clásica: tristeza la mayor parte del día, irritabilidad, fatiga, insomnio o sueño excesivo, disminución de la actividad, ausencia de intereses o hobbies, indiferencia, ataques de llanto, preocupación, dificultades sociales, trastornos del apetito, dificultades para concentrarse y recordar, descenso del interés sexual, susceptibilidad a la enfermedad, sentimientos de desesperanza, abandono del cuidado personal, pensamiento de suicidio.

En el tercer o cuarto día tras el parto algunas mujeres se sienten un poco llorosas, desanimadas e inseguras y esta situación dura de unas horas a un par de días y pronto desaparece. También se sienten cansadas y un poco desorganizadas cuando regresan a casa del hospital, pero generalmente controlan perfectamente la situación cuando pasa más o menos una semana: esto es normal. Sin embargo, para las madres con una depresión posparto las cosas empeoran día tras día.

Sabemos que entre los factores de riesgo para tener depresión puerperal están:

- Haber tenido depresión anteriormente (especialmente si fue en el posparto).
- Falta de apoyo por parte de la pareja.
- Tener un bebé prematuro o con cualquier tipo de enfermedad.
- El que la nueva madre hubiera perdido a su madre cuando era niña.
- Algunos sucesos adversos como el fallecimiento de un ser querido, la pérdida de empleo de la mujer o su pareja, problemas económicos, de vivienda etc.

Sin embargo, una mujer puede sufrir una depresión posparto sin que se vea ninguna razón clara para la misma. Muchas madres deprimidas no son conscientes de que tienen una enfermedad y avergüenzan de admitir como les ha afectado su maternidad.

Una vez que se sospecha este trastorno, hay que animar a la mujer a que exprese a sus familiares y a su médico como se siente tras el parto de su hijo. Si se siente triste, desgraciada, incompetente, asustada y desinteresada por el bebé, debe aceptarse esto con una actitud comprensiva, no de alarma y reproches; hay que convencerla de que no es una madre caprichosa, extravagante o una mala madre y que muchas personas han padecido y padecen la misma enfermedad.

Consejos para intentar prevenir esta enfermedad

En el embarazo:

- No intente ser una supermujer. Tener un hijo puede exigir dedicación exclusiva, así que durante el embarazo intente reducir sus compromisos y descansar bien.
- Evite mudarse de casa en el embarazo o hasta que su hijo no tenga seis meses.
- Relaciónese con otras parejas con hijos. Esto le posibilitará conocer como otras familias afrontan la crianza.
- Busque algún amigo o familiar en quien pueda confiar, en caso de necesidad.
- Vaya a las clases de educación maternal pre y postparto y se recomienda que le acompañe su pareja.
- Aliméntese bien: ensaladas, vegetales frescos, fruta, leche y proteínas. La alimentación saludable es beneficiosa para su salud física y mental.

Una vez que el bebé haya nacido:

- No tema pedir ayuda cuando la necesite. Aunque son los profesionales sanitarios quienes debe realizar el diagnóstico, lo que usted haya aprendido en las clases de educación maternal y en folletos informativos como éste, puede orientarle sobre cuando pedir ayuda.
- Aproveche cualquier oportunidad para descansar y que su pareja también cuide y alimente al bebé, pudiendo utilizar su propia leche extraída con anterioridad si ha optado por la lactancia materna y puede extraerla sin dificultad.
- Encuentre tiempo para compartir con su pareja. Busque ayuda para cuidar al bebé y salgan juntos a pasear, al cine o a ver unos amigos.
- Intente intimar con su pareja, aunque todavía no desee tener relaciones sexuales completas: un beso, un abrazo, o un mimo puede ser bastante reconfortante.
- No sea crítica consigo misma. La vida se hace dura en estos momentos y el cansancio y la irritabilidad puede dificultar las relaciones con los más allegados.

LA LACTANCIA MATERNA

Comité de Lactancia Materna del Área 11 de Salud

La lactancia es el mejor camino para ayudar a tu hijo/a

Conocemos los beneficios para tu salud y la de tu hijo/a.
Por eso queremos apoyarte en tu decisión de amamantar

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

- La leche materna es el **mejor alimento** que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido y contiene todo lo que el niño necesita durante los primeros meses de la vida. **Protege al niño** frente a muchas enfermedades tales como catarros, bronquiolitis, neumonía, diarreas, otitis, meningitis, infecciones de orina, enterocolitis necrotizante o síndrome de muerte súbita del lactante, **mientras el bebé está siendo amamantado;** pero también **le protege de enfermedades futuras** como asma, alergia, obesidad, enfermedades inmunitarias como la diabetes, la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa y arterioesclerosis o infarto de miocardio **en la edad adulta** y favorece el desarrollo intelectual.

- Los **beneficios** de la lactancia materna también se extienden a la **madre**. Las mujeres que amamantan pierden el peso ganado durante el embarazo más rápidamente y es más difícil que padezcan anemia tras el parto, también tienen menos riesgo de hipertensión y depresión postparto. La osteoporosis y los cánceres de mama y de ovario son menos frecuentes en aquellas mujeres que amamantaron a sus hijos.

- Además, la leche materna es un alimento **ecológico** puesto que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse con lo que se ahorra energía y se evita contaminación del medio ambiente. Y también es **económica** para la familia, pues puede ahorrar cerca de 600 € en alimentación en un año.

- **Por todo ello, la OMS, la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA y los profesionales sanitarios recomendamos alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses** de la vida del niño y continuar el amamantamiento junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los 2 años de edad o más.

RECOMENDACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA

- Durante el embarazo, podrás comentar tus ideas sobre el amamantamiento y el cuidado de tu hijo. Durante el tercer trimestre te informaremos más ampliamente de este tema. **Aquí te adelantamos algunos aspectos de cómo te proponemos que sea**:

- Tras el parto **te facilitaremos tener a tu hijo/a piel con piel** lo antes posible y durante todo el tiempo que desees.

    - **Casi todos los bebés maman durante la primera hora de vida si se les deja tranquilos y se favorece el contacto directo con su madre**. El profesional sanitario que te atienda te ayudará en esta primera toma, si lo precisas.

- Si hay problemas que obliguen a separarte de tu hijo/a, se puede extraer la leche de forma manual o con sacaleches en las primeras 6 horas tras el parto, para alimentarle.

- **La mayoría de los bebés no precisan otro alimento que la leche de su madre en los primeros 6 meses de vida**. Si por alguna razón tu bebé necesita otro alimento en estos meses, el médico te explicará las razones para hacerlo.

- **Os recomendamos que estéis lo más cerca posibles de vuestro hijo/a** para facilitar su alimentación y crianza. Te proporcionaremos información sobre el "colecho" y la seguridad de tu hijo/a. **Durante el ingreso hospitalario, se intentará que permanezcáis siempre juntos**.

    - **Limitar las visitas en el hospital te permitirá** estar más tranquila y que puedas **dedicar más tiempo a amamantar a tu hijo**. Esto es clave para el éxito de la lactancia.

- Para ayudar al desarrollo del cerebro del recién nacido, **la madre debe asegurar un adecuado aporte de yodo mientras dure la lactancia materna:** Se recomienda un suplemento farmacológico de yodo ya que no es suficiente el aporte de la dieta.

- **Te animamos a que le ofrezcas el pecho tantas veces y tanto tiempo como tu bebe desee**, así te aseguras que está recibiendo suficiente alimento. Aliméntale en cualquier sitio que lo pida o cuando percibas movimientos de lengua, muecas o chupeteo de la mano pues indican que está preparado para ser amamantado; no esperes a que llore para ofrecerle el pecho. Te informaremos sobre cómo amamantar de noche y cómo almacenar la leche al regresar al trabajo o cuando sea imprescindible separase del niño/a.

- **Recomendamos no usar chupetes, pezoneras o biberón durante las primeras semanas de vida**. Espera hasta que el niño mame fácilmente del pecho y tengas establecida la producción de leche.

- Te indicaremos como introducir otros alimentos complementarios tras la toma de pecho, a partir de los 6 meses de vida.

- Te facilitaremos una lista de contactos de Grupos de Ayuda a la Lactancia Madre a Madre por si necesitas ayuda extra. Puedes contactar también durante el embarazo si lo deseas.

- Si quieres más información puedes consultar en la página web de la Asociación Española de Pediatría: http://www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm.