



GUIA ELABORADA POR LA ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE MATRONAS

Los consejos de tu matrona

APRÉNDELO TODO

sobre tu embarazo y primeros meses de tu hija/o



¡Pon una matrona en tu vida!



Según todas las Organizaciones Internacionales relacionadas con la salud reproductiva de la mujer, las matronas, por sus **conocimientos** (a través de una larga formación universitaria), **competencias** (reguladas ampliamente en el ordenamiento español y europeo) y **habilidades** demostradas a lo largo de toda la historia de la humanidad, son el profesional más idóneo para el cuidado y atención de las adolescentes (en educación), orientación familiar, embarazo, educación para la paternidad, parto, recién nacido, puerperio, lactancia, menopausia y diagnóstico precoz de cáncer ginecológico.

Si quieres, tu matrona te acompaña en cada momento de la vida.

PRESENTACIÓN

NUEVA GUÍA // 1995-2020

La intención de los autores en estos más de 20 años de existencia de la guía, "Los Consejos de tu Matrona", ha sido ofrecer una "herramienta" de consulta útil y actualizada y por ello, cada edición se ha revisado en consonancia con una medicina en evolución y una sociedad cambiante. Mujeres, matronas, obstetras dicen que esta guía ha sido útil y por eso hoy, en pleno siglo XXI, año 2020, no necesitamos destruirla para construir algo nuevo, sino sobre la base de las anteriores, y atendiendo a las sugerencias y peticiones de mujeres, familias y profesionales, ofrecer una nueva versión que mantenga el adecuado nivel de información con los últimos contenidos en materia de salud avalados por la evidencia científica disponible, con una nueva presentación manifiesta en la portada, que refuerce el contenido de la guía, junto a un diseño e impresión que la conviertan en una propuesta más atractiva y dinámica.

La matronas, como profesionales de la salud y ciudadanas-os de la sociedad del siglo XXI, estamos informadas de que actualmente esta guía ya no es la única destinada al soporte de la maternidad-paternidad, pero de la misma manera sabemos que, en este mar de informaciones accesibles para casi todos y que parecen proceder de medios de confianza muchas de ellas, no son siempre buenas informaciones, lo que en muchas ocasiones produce desinformación y confusión e incluso y puesto que se trata de cuidados para la salud, pueden resultar perjudiciales.

Actualmente que Internet y por extensión las propias redes sociales, se han consolidado ya como una forma de comunicación social hay que ser conscientes de que, si bien este tipo de comunicación permite libertad de expresión, facilita la rapidez de difusión y se expande de forma masiva a todo el mundo, estas características "a priori" buenas, también pueden convertirse en un problema. Por eso sería necesario que todos y cada uno de los usuarios que consultamos cuestiones en los medios de comunicación, nos preguntáramos ¿quién (profesional) dice esto? para estar

seguros de que la información que obtenemos es fiable, y así evitar el riesgo de tomar decisiones erróneas basadas en informaciones equivocadas, inadecuadas e incluso falsas.

Quienes redactamos esta guía somos matronas, profesionales sanitarios acreditados mediante una formación universitaria aprobada por el Ministerio de Educación, con un desempeño profesional regulado por el Ministerio de Sanidad y un estricto cumplimiento de la práctica profesional colegiada. **Miles de años al lado de la mujer** en la asistencia al embarazo, parto, nacimiento y crianza han marcado una trayectoria inequívoca de la profesión de **matrona**. Hoy, como entonces, **la esencia de nuestra profesión, cuidar a la mujer**, no ha cambiado, aunque sí lo haya hecho nuestra formación y preparación que ha ido acrecentándose a medida que el conocimiento científico y la demanda social de cuidados de salud, han evolucionado.

Las matronas somos los profesionales que cuidamos de la salud sexual y reproductiva de la mujer siendo la asistencia al embarazo, parto, posparto y cuidados del recién nacido, una parcela concreta de nuestra actividad profesional, acaso por la que más nos identifican las mujeres y la población en general, aunque no es la única.

Las matronas sabemos, podemos, queremos y estamos autorizadas para ser el soporte profesional de vosotros, futuros padres en esta etapa especial e irrepitable desde la concepción hasta el nacimiento y primeros días de vuestro hijo.

En este momento y pensando en todas vosotras os queremos acompañar con esta guía que esperamos os sirva de referente en esta etapa y cada día, de forma directa y personalizada, os queremos acompañar con nuestra asistencia en las consultas, en el domicilio, en la sala de partos... por eso estamos en disposición de deciros una vez más:

¡Cuidar de vuestra salud y de la de vuestro hijo es lo nuestro!

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén,

Fundadora de la Asociación Española de Matronas // Directora de Los Consejos de tu Matrona

ÍNDICE

PARTE I: CONOCIMIENTOS BÁSICOS QUE DEBES TENER SOBRE EL EMBARAZO

1. La consulta preconcepcional	4
2. Embarazos mediante T.R.A. (Técnicas de reproducción asistida)	4
3. El desarrollo de tu hijo antes de nacer	6
4. ¿Qué pasa con tu cuerpo durante estos meses?	10
5. Aspectos psicológicos y emocionales	13
6. Las relaciones sexuales en la gestación	17
7. Hábitos saludables durante la gestación	19
8. Los controles prenatales	46
9. El papel del padre en el embarazo, parto y crianza	49
10. La preparación para el nacimiento y la crianza	50

PARTE II: EL PARTO Y EL PUERPERIO

1. El parto	59
2. El puerperio	73

PARTE III: LA CRIANZA

1. El recién nacido lactante	87
2. Cuidados e higiene	117
3. Vacunación infantil	128

PARTE IV: RESPUESTAS A TUS PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

1. Sobre el embarazo	131
2. Sobre el puerperio y la lactancia	134

PARTE V: MISCELANEA

1. Profesionales especialistas que te van a atender	139
2. Donación de sangre de cordón umbilical	140
3. La seguridad infantil en el coche	144
4. Seguridad vial: madres o mujeres embarazadas conductoras	146
5. Prevención de accidentes domésticos infantiles	148
6. Violencia y maltrato: podemos ayudarte	149
7. Información sobre cuestiones legales	150

3. EL DESARROLLO DE TU HIJO ANTES DE NACER
4. ¿QUÉ PASA CON TU CUERPO DURANTE ESTOS MESES?
5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES
6. LAS RELACIONES SEXUALES EN LA GESTACIÓN
7. HÁBITOS SALUDABLES DURANTE LA GESTACIÓN
8. LOS CONTROLES PRENATALES
9. EL PAPEL DEL PADRE EN EL EMBARAZO, PARTO Y CRIANZA
10. LA PREPARACIÓN PARA EL NACIMIENTO Y LA CRIANZA



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
www.aesmatronas.com



» 1. LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL

Ya estás embarazada, pero es importante que sepas que existen las consultas previas a la concepción. Es decir, antes de buscar el nacimiento de un hijo. Las consultas preconcepcionales puedes realizarlas con tu matrona, tu médico o tu ginecólogo para prevenir, por un lado, la transmisión de enfermedades genéticas o hereditarias, la transmisión a otro hijo, si es que ya tienes alguno con algún problema y desconoces su origen y por supuesto, para que puedas ajustar los tratamientos y puedas encontrarte lo más saludable posible antes de quedarte embarazada, en el caso de que sufras alguna enfermedad (diabetes, epilepsia, etc.)

Identificar cuanto antes problemas o hábitos no saludables que puedan perjudicarte es un asunto decisivo para poder vivir una gestación con los menores riesgos posibles tanto para ti como para el buen desarrollo de tu bebé.

En muchas ocasiones, abordar estos temas a tiempo y preparar tu cuerpo, puede cambiar todo el desarrollo de la experiencia vital que supone tener un hijo, porque si algo deseáis los padres, por encima de todo, es que nazca sano.

Recuerda:

Una consulta antes de un nuevo embarazo puede cambiar muchas cosas.

» 2. EMBARAZOS MEDIANTE T.R.A. (Técnicas de reproducción asistida)

En los últimos años asistimos en España a un aumento del número de parejas que acuden a las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) para resolver problemas de esterilidad (incapacidad de concebir) o infertilidad (imposibilidad para finalizar la gestación con el nacimiento de un hijo sano).

Según datos de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) hay un 15 % de parejas afectadas, bien debido a problemas de la mujer (por afectación de ovarios o trompas), del hombre, de ambos, o bien de origen desconocido. Las TRA varían según la afectación de la pareja y la edad de la mujer. Las más utilizadas son:

Inducción a la ovulación; Inseminación artificial (con semen de la pareja o de donante); y Fecundación in vitro (FIV), con ovocitos y semen propios o de

donante, realizándose, por último, la Transferencia de gametos a la mujer, bien a la cavidad uterina o a las trompas. Sin olvidar las técnicas, cada vez más en uso, de criopreservación (congelación) de ovocitos, espermatozoides o embriones.

Después de que la mujer que recurre a las TRA pasa por algunos o por todos estos procesos, a veces durante años repitiendo ciclos, técnicas o pasando de una técnica a otra más compleja, con su dosis de esperanza e incertidumbre, puede ocurrir el “milagro” de la implantación del embrión... o de los embriones... El resultado en no pocas ocasiones son gestaciones múltiples que unas veces acaban con mejores resultados neonatales que otras, pero que, entrañan siempre una dosis de riesgo, tanto materno, como fetal y obstétrico.

Según datos de la SEF, en los últimos 10 años ha habido un asombroso ascenso de las transferencias de 2 embriones que, si bien responde a las pretensiones y preferencias de las usuarias, da lugar a gestaciones múltiples, con riesgo añadido al que ya de por sí supone la utilización de las TRA. Estos factores de riesgo provienen:

A

De los problemas derivados del ovocito/embrión (errores en el proceso de meiosis, aumento de cromosopatías, de riesgo de embarazos ectópicos y heterotópicos (un embrión dentro del útero y otro fuera).

B

De los problemas derivados del embarazo múltiple, con consecuencias para la mujer, como incremento de diabetes gestacional, de hipertensión inducida por el embarazo, de metrorragia por anomalías de la placenta, aumento del líquido amniótico, de amenaza de parto pre término, del malestar general (náuseas, vómitos, anemia, astenia, pirosis), excesivo peso y riesgo de finalización por cesárea.

Y consecuencias para el feto y el nacido, como: incremento de abortos y muertes fetales dentro del útero, crecimiento retardado o bajo peso, prematuridad por parto pre término y secuelas de esta prematuridad, incremento de la mortalidad neonatal, así como una mayor mortalidad infantil.

La edad de la mujer agrava los problemas anteriormente citados. La mejor opción para disminuir la tasa de embarazos múltiples en la FIV es, sin duda, reducir en número de embriones que se transfieran.

Como consecuencia del incremento de patologías asociadas, los ingresos hospitalarios de las mujeres son frecuentes. En Atención Primaria y Hospitalaria, el control materno y fetal debe ser más exhaustivo y, en su mayoría, vigilado sobre todo, o en exclusiva, por el ginecólogo. Además de colaborar en este control, la matrona siempre estará junto a los padres, cuidando la esfera de los sentimientos y las emociones, que tanto os condicionan desde el comienzo, e incluso desde antes

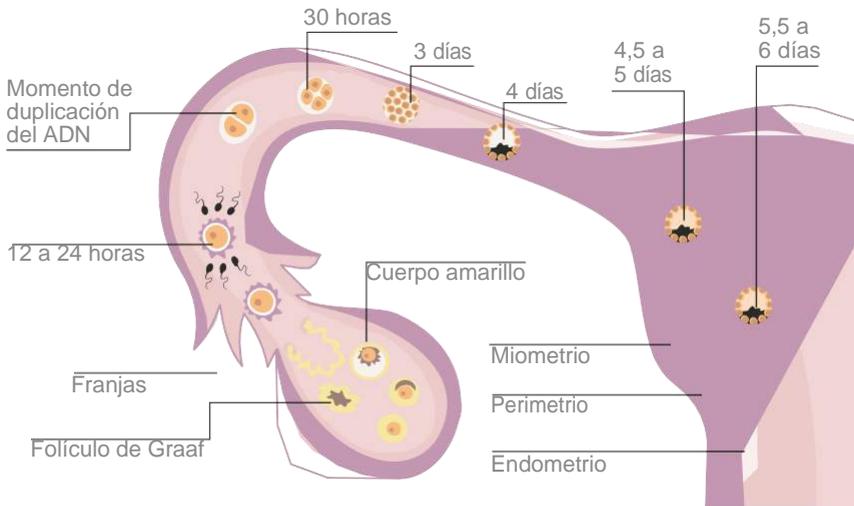
de la gestación y teniendo presente la situación obstétrica y psicológica vividas antes y durante el embarazo, a fin de ofrecerles a vosotros y a vuestros hijos el apoyo y la asistencia adecuados.

Recuerda:

Todos los cambios en tu cuerpo pueden ser adaptativos, pero debes saber cuándo acudir a tu matrona, tu obstetra-ginecólogo o el hospital. Lo que te afecta a ti, afecta a tu hijo.

» 3. EL DESARROLLO DE TU HIJO ANTES DE NACER

Estás embarazada, se ha producido la fecundación. Las cargas genéticas, la femenina del óvulo y la masculina del espermatozoide se han unido y quedarán plasmados todos los caracteres del futuro ser, desde el color de los ojos, hasta los pormenores de su personalidad.



La regla llamada de Haese es la que se utiliza para calcular de manera sencilla cuál es la talla en los cinco primeros meses lunares -de cuatro semanas cada uno-. La talla resulta de multiplicar por sí mismo el número del mes.

Para el peso se aplica la regla de *Dexeus*: el feto duplica su peso cada mes lunar, desde el tercero al sexto. Desde ahí gana 700 gramos cada mes.

3º Mes	125 g		
4º Mes $125 \times 2 =$	250 g	7º Mes $1000 + 700 =$	1700 g
5º Mes $250 \times 2 =$	500 g	8º Mes $1700 + 700 =$	2400 g
6º Mes $500 \times 2 =$	1000 g	9º Mes $2400 + 700 =$	3100 g

Recuerda que estos pesos y medidas obtenidos aplicando estas reglas, son valores medios que dependen de las características individuales, familiares y sociales de cada individuo.

Técnicamente, en el desarrollo de tu hijo se distinguen dos períodos: embrionario y fetal.

Edad gestacional y fecha probable de parto

El diagnóstico de la fecha probable de parto se hace en un 90% de los casos sin ningún problema por la fecha de amenorrea (ausencia de menstruación), pero aproximadamente en un 10% de las gestantes no es posible, bien debido a trastornos menstruales, bien a un embarazo durante la lactancia o después de baches amenorreicos; en este caso se tiene en cuenta sólo la ecografía realizada en el primer trimestre. Si se mide correctamente al embrión (longitud cráneo-caudal) en la ecografía de las 12 semanas, podemos conocer muy exactamente el tiempo de gestación. La variabilidad de tamaño entre los embriones de tres meses de vida es extremadamente pequeña, aunque al final puedan tener importantes diferencias de su peso al nacer.

Período embrionario

Este periodo dura hasta el final de la semana 8ª y en ella se forman y se desarrollan todos los órganos.

Es posible que cuando esto ocurre aún no sepas que estás embarazada o no hayas visitado a tu matrona, pero es una etapa delicada en la cual pueden ocurrir alteraciones en su formación o desarrollo, por eso en este momento más que en ningún otro es aconsejable no tomar medicaciones o sustancias nocivas que puedan afectar al embrión. Tened en cuenta esto si estáis intentando que te quedes embarazada o si tienes la sospecha de que puedes estar ya en período de gestación. Como te decimos, las primeras semanas son las más delicadas.

Al final de esta semana se completa el desarrollo del embrión, tiene características humanas incuestionables y su tamaño es de 40 mm.

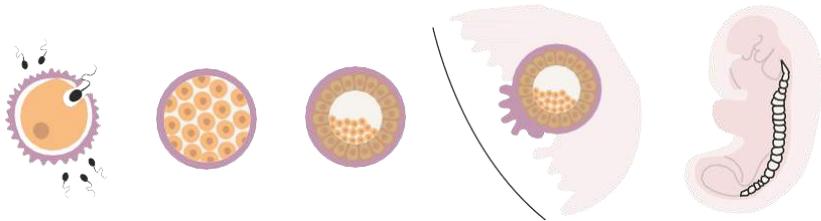
Recuerda:

Si sospechas de un posible embarazo, cuida tus hábitos y visita lo más pronto posible a tu matrona o al obstetra.

Periodo fetal

Se llama así al período de desarrollo desde la 9ª semana hasta el nacimiento. Es la etapa más larga y se caracteriza por el desarrollo del cuerpo y la diferenciación de los tejidos y órganos que se formaron durante el período embrionario.

El esqueleto comienza a osificarse y el feto empieza a moverse, aunque la madre no lo percibe. Al final de la semana 12 se diferencian los genitales externos. El crecimiento



FECUNDACIÓN

MORULA

BLASTOCITO

IMPLANTACIÓN

4ª SEMANA

(El corazón empieza a latir)

del cuerpo es más rápido que en la etapa anterior y alrededor de la semana 17-20, incluso antes, es posible que notes ya claramente los movimientos fetales (antes si no es tu primer hijo). Se puede escuchar el latido fetal, la piel del feto se recubre con una sustancia grasa, que le sirve de protección, llamada vérmix caseoso (puede cubrirle hasta el mismo momento del nacimiento y que no se debe retirar, ya que le sirve como capa protectora) y también de un vello muy fino y suave llamado lanugo, que al igual que el anterior, puede permanecer incluso después del nacimiento, dándoles ese aspecto velludo en los primeros días. No te asustes, ni te preocupes; con el tiempo desaparecerá.

A partir de este momento y hasta el final, el feto irá ganando peso y tamaño de manera más proporcional. Al mismo tiempo, sus órganos irán madurando y preparándose para la vida exterior.

Puede ocurrir que tu hijo nazca antes de la semana 35 de gestación. Dependiendo de cuál sea el momento exacto, el pronóstico de supervivencia será diferente: cuanto más precoz sea, los riesgos aumentan y las complicaciones y secuelas pueden ser más graves, ya que aunque está formado, sus órganos vitales aún no están lo suficientemente maduros para afrontar la vida fuera del útero.

Desde esta semana hasta llegar a término, tu hijo seguirá creciendo, engordando y los movimientos serán más vigorosos pudiendo llegar a molestarte o impedirte realizar alguna actividad. No te preocupes, piensa que en el fondo es un signo de vitalidad o una señal de tu hijo, que te indica de este modo que debes descansar y relajarte.



Recuerda:

Tú y tu hijo sois un equipo, cuidarte tú es cuidar de él.



5ª SEMANA

6ª SEMANA

7ª SEMANA

8ª SEMANA

FIN DEL PERIODO
EMBRIONARIO

» 4. ¿QUÉ PASA CON TU CUERPO DURANTE ESTOS MESES?

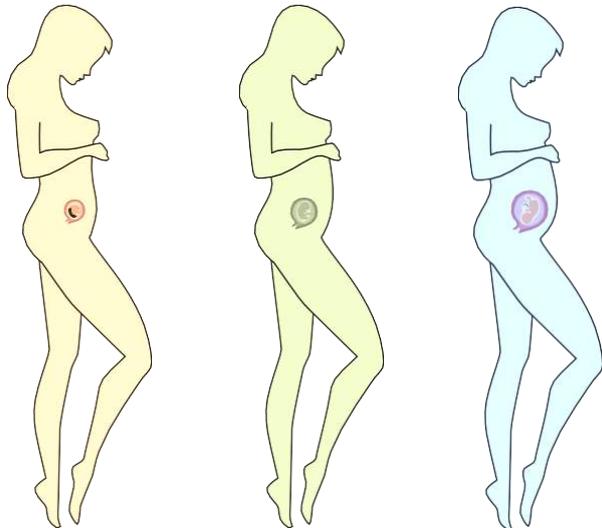
El embarazo no es una enfermedad, todo lo contrario. Es un hecho o estado fisiológico, para el cual, todos los mamíferos hembras, estamos perfectamente preparadas.

La gestación conlleva determinados cambios físicos, funcionales y psicológicos compatibles con la salud. Excepcionalmente pueden aparecer complicaciones propias del embarazo, pero para ello cuentas con todo un equipo de profesionales que cuidaremos de ti.

Durante el primer trimestre (hasta semana 12) tu cuerpo va a experimentar cambios para ir adaptándose al crecimiento y desarrollo de tu hijo.

El útero crece de forma considerable, pasa de pesar 60 g a 1.000 g aproximadamente al final del embarazo. En esta etapa en concreto, puede que apenas notes el cambio porque sigue estando dentro de tu pelvis. El cuello del útero también se cerrará con una sustancia llamada *moco cervical* para impedir que ninguna bacteria o sustancia pueda entrar y perjudicar a tu hijo, al mismo tiempo tu vagina también experimentará

Evolución
del **feto**
a lo largo del
Embarazo



8 semanas

12 semanas

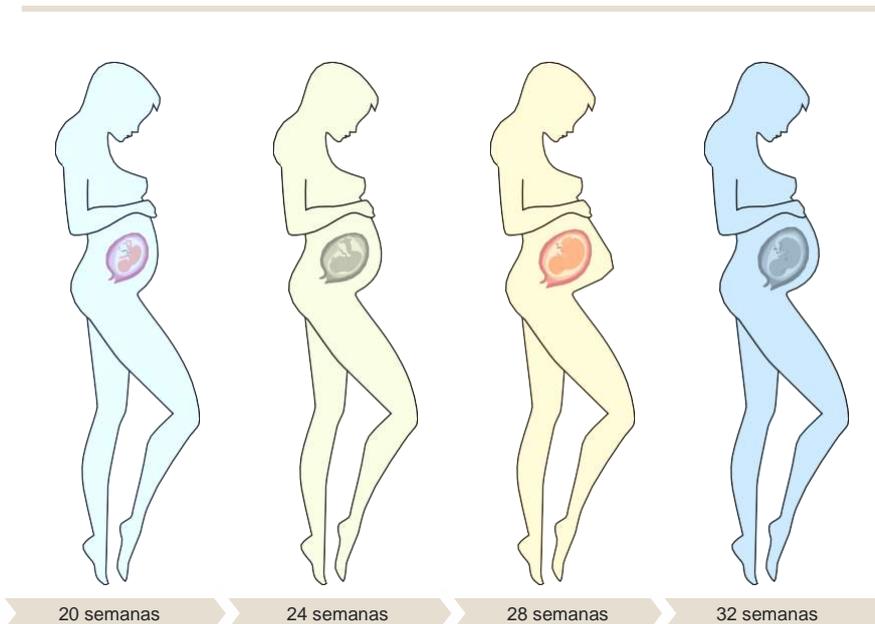
16 semanas

cambios y puedes notar más flujo de lo normal. Debes vigilar que no cambie de color y no se acompañe de picores u otros síntomas, pues en ese caso, podría tratarse de una infección que debes tratar lo antes posible.

Puede que las mamas sea lo primero que denote tu embarazo pues se vuelven más voluminosas, turgentes y sensibles de lo habitual, pudiendo llegar a molestar al tacto o el roce con la ropa. Poco a poco irán creciendo y preparándose para su futura misión: la lactancia de tu recién nacido.

En este periodo son frecuentes los vómitos y las náuseas. La causante es una hormona que se produce en el embarazo (HCG). Es importante tener en cuenta la duración de esas molestias y si imposibilitan la ingesta de alimentos o líquidos, ya que en algunos casos es signo de una complicación (*hiperémesis gravídica*) y deberías acudir al hospital para tratarla lo antes posible. Así que sobre este asunto habla con tu matrona y tu ginecólogo para que sean ellos los que indiquen cómo debes actuar.

Durante el segundo trimestre (hasta la semana 24), los cambios son más notorios. Tu útero sale ya fuera de la pelvis, la vulva puede comenzar a inflamarse si tienes problemas vasculares o permaneces mucho tiempo de pie. Tu médico deberá tratarlos antes de que llegue el siguiente trimestre, pues cuanto más próximo esté el parto, mayores van a ser los riesgos de tener varices bulbares que compliquen el expulsivo.



La piel también experimenta cambios, por lo que no está de más que la hidrates para que permanezca lo más elástica posible y se retrase la aparición de estrías, que si bien van en función de cada piel, una vez salen no desaparecen, aunque puedan mejorarse. Existen cremas específicas para las estrías que pueden aportar a tu piel la ayuda necesaria para estar bien hidratada durante estos meses. En este sentido, evitar cambios bruscos de peso es la recomendación más importante, ya que es precisamente eso lo que provoca su aparición en mayor medida. Además un exceso en el aumento del peso total de tu cuerpo no es sano y además acarrea complicaciones.

Puede aumentar la pigmentación o color de determinadas zonas como las areolas mamarias, la línea alba (del ombligo al pubis), las mejillas o cara (cloasma gravídico) pero al finalizar el embarazo casi siempre desaparecen. No obstante, si vas a tomar el sol procura proteger tu piel con un factor alto (FPS30 como mínimo).

Los órganos internos, como el corazón, el estómago, los intestinos, etc. tienen que ir recolocándose para dejar espacio al útero. Todo ello conlleva que puedas tener algún problema digestivo, urinario, circulatorio, intestinal, etc.

En general, es una etapa bastante tranquila y satisfactoria. Sentir al bebé en tu interior, además de transmiterte seguridad, te hace ser más consciente del estado en el que te encuentras.

Llega el último trimestre y a partir de aquí “todo” va a ir creciendo rápidamente. El útero puede llegar a rozar tus costillas y dificultarte la respiración o hacerla más jadeante porque disminuye la capacidad del pulmón para expandirse y tomar el oxígeno necesario. No debes preocuparte. Para, descansa un momento y procura tomar el aire por la nariz. Es el momento de aprender a respirar correctamente para oxigenar mejor a tu hijo.

El estómago ha quedado “arrinconado” en la parte superior y puede dificultar tus digestiones, así que debes comer menos cantidad, pero más frecuentemente, evitar acostarte enseguida y procurar no tomar alimentos pesados, picantes o gaseosos que hagan tu digestión muy pesada e incómoda.

El corazón, no sólo ha sido desplazado para dejar sitio, sino que ha tenido que aumentar su tamaño para poder bombear más líquido y llevarlo a la placenta y de ahí a tu hijo. Puede que esto te pueda ocasionar la sensación de cansancio o palpitaciones, no pasa nada, es tu corazón que tiene que trabajar más. Es posible que al tener más líquido con el mismo número de hematíes (células rojas de la sangre) tengas una “anemia” propia del embarazo, lo importante es que tus niveles de hierro y otros elementos estén normales.

Las mamas están ya preparadísimas para lactar hasta el punto que puede que comiencen a secretar un líquido blanquecino, o amarillento y espeso llamado *calostro* y que tan insustituible es para alimentar a tu hijo durante los primeros días, pues aunque sea poca la cantidad, todos los nutrientes y factores inmunológicos,

entre otros elementos necesarios, están concentrados antes de dar paso a la leche de transición.

En este periodo, tu hijo crece aceleradamente; tú debes intentar no aumentar más de 12 kg pues como ya se ha dicho antes, los excesos en el aumento de peso conllevan más riesgos que beneficios para ti y tu hijo.

Puede que por la presión que ejerce el útero, por delante, sobre la vejiga y por detrás sobre el recto, tengas sensación de orinar más frecuentemente. No debe acompañar ningún otro síntoma (escozor, dolor, etc.) pues entonces podría ser una infección que debería tratarse enseguida. Puede que sufras de estreñimiento, con el riesgo que supone de padecer hemorroides o justo lo contrario, por irritación de esta zona tengas que acudir más de una vez al día.

También, y debido al aumento de líquidos y a la dificultad de tu sistema circulatorio para eliminarlos de tu organismo, se te pueden hinchar los pies, por ello es importante que controles la tensión sanguínea, la ingesta de sal y hagas ejercicio apropiado y regularmente, así como procurar cambios posturales si permaneces sentada o de pie durante mucho tiempo. Debes descansar poniéndote de lado, a ser posible, sobre tu lado izquierdo, esto favorece que el peso que ejerce el útero sobre una vena llamada cava, no dificulte la circulación que va al útero, a la placenta y finalmente a tu hijo, a través de la que le llegan los nutrientes y respira (toma el oxígeno de la sangre materna).

En general, todo tu cuerpo se está preparando para el momento tan esperado, el nacimiento de vuestro hijo. Es fascinante cómo la naturaleza de tu cuerpo es capaz de cambiar tanto y de una manera tan progresiva para que el acontecimiento transcurra de una manera natural.

» 5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES

En todas las personas podemos distinguir tres esferas, la física, la emocional (afectiva) y la psicológica, que son como piezas de un mismo engranaje que suelen tener ritmos armónicos para garantizar un perfecto equilibrio, que es al fin y al cabo, lo que caracteriza a un buen estado de salud integral.

El estado psicológico previo a la gestación influirá positiva o negativamente, según sea, en la vivencia de esta experiencia tan vital para ti.

De hecho, el que sea un embarazo deseado, buscado o casual (accidental) puede ser lo que diferencie la manera de vivir el resto del proceso. La motivación (deseo o necesidad) con la que se va a buscar un hijo puede encaminarte a tener una actitud favorecedora o generadora de salud para ti y para tu hijo.

Estar receptiva a la inmensa tarea que supone gestar un hijo hará que parte de los cambios hormonales que afectan habitualmente al carácter, sean más llevaderos, no solo para ti, sino también para tu pareja. Dicho esto, por supuesto que el hecho de afrontar esta etapa sola o con pareja o familia, también determinará unas vivencias más o menos satisfactorias.

Ya hemos apuntado, que como todas las partes forman un todo, el estado físico puede influir en los estados psicológicos y emocionales, pero también puede ocurrir a la inversa, que el estado psicológico y emocional interfiera en tu estado físico, es decir, hay que procurar un estado de salud óptimo en todas las esferas que te conforman como persona.

Hay situaciones en las que la pareja tiene dificultades para concebir un hijo (esterilidad, infertilidad) y recurre a otras alternativas (FIV, ICSI, IA,...) que ya de por sí, van a generarle un estado de ansiedad y estrés añadido, junto con la angustia o miedo una vez conseguido, a la pérdida del embrión y que a veces, marca el estado psicológico en lo que quede de embarazo. El coste emocional y psicológico es muy alto y pone a prueba la relación de muchas parejas. No sólo es que tengan que vivir el duelo, sino que lo viven como un fracaso personal, con decepción, desilusión y a veces, rechazo a iniciar de nuevo los tratamientos para un siguiente proceso.

Veamos qué ocurre en los diferentes trimestres.

El primer trimestre de embarazo

Este período se caracteriza por la presencia de estrés, ansiedad e inestabilidad emocional.

Puede que la incertidumbre te invada al principio, sobre todo si no se ha confirmado por ecografía la gestación, pero pronto queda resuelto.

Y la emoción predominante que puede que tengas o hayas tenido sea la de miedo (no se tiene respuesta para lo que sucede). El miedo no siempre es "malo", tiene una parte positiva porque nos hace ser cautos ante determinados peligros o situaciones de riesgo y nos conduce a comportamientos prudentes o cuidadosos, pero no es de este miedo del que hablamos. El miedo al que nos referimos es un miedo paralizante, que no os deja ser vosotros mismos (puede que lo sintáis los dos, aunque en diferente grado y experiencia). Y miedo ¿a qué? o ¿por qué?

Al principio no estás segura de estar embarazada realmente, de si es cierto que dentro de ti haya un nuevo ser, y te preocupas por su bienestar. Pero puede surgir el miedo a abortar, sobre todo si ha habido experiencias previas, a que esté bien formado, a las relaciones sexuales (por si lo daña); en resumen, el estado de alerta a cualquier

señal es enorme y el nivel de estrés que conducen a una necesidad permanente y casi obsesiva de confirmar el estado de "normalidad" de la gestación acudiendo a repetidas pruebas (ecografías) innecesarias o a acudir al hospital injustificadamente.

Otra emoción característica de este periodo puede ser la confusión, sobre todo cuando se dan sentimientos encontrados, es decir, por un lado, el deseo de tener un hijo y por otro el de mantener el tipo de vida que se tenía. La pareja es de gran ayuda para poder superar este estado.

La alegría, puede vivirse sobre todo si tener un hijo es un proyecto de vida común en la pareja, un deseo intenso surgido de una necesidad de afecto y sobre todo, si ha llegado al final de este trimestre sin ningún problema en los controles realizados, etc.



Y por último, aunque afortunadamente menos frecuente, puede aparecer la tristeza, cuando la mujer no desea el embarazo aunque lo asume y con el tiempo lo acepta, cuando no tiene pareja estable o esta le ha dejado sola o abandonada a causa del embarazo. Esto suele ocurrir, frecuentemente, en embarazos de adolescentes, convirtiéndolo en un embarazo de riesgo. En esta situación es la familia la que debe prestar la ayuda necesaria y la que proporcione todo el afecto que necesite y del que pueda carecer, para que el proceso sea vivido con la mayor normalidad posible.

El segundo trimestre de embarazo

En general, esta etapa se caracteriza por la estabilidad y la satisfacción, sobre todo si han desaparecido las náuseas y vómitos que te mantenían en un estado de malestar físico.

Ya estás segura de que hay un ser en tu interior, empiezas a notar los movimientos fetales. Recordemos que no se trata de patadas, el feto no arremete contra la madre, en principio son evoluciones tenues, como burbujas o aleteo.

Sobre todo hacia mitad de este periodo puede volver la intranquilidad si te has hecho la amniocentesis, pues hasta saber el resultado permanecéis en un estado normal de alerta o ansiedad que cesa cuando se confirma la normalidad de las pruebas, incluidas los análisis y la ecografía de la semana 20. Durante la espera es normal que te preocupe que tu hijo esté bien, que no tenga ninguna enfermedad, ni malformación.

Pero no debemos olvidar aquellos casos en los que la gestación sufre alguna complicación, obstétrica o personal, en cuyo caso toda la vivencia positiva puede verse sustituida por la negativa y aparecer estados como la depresión. Comunícate con tu pareja, es un buen momento para transmitirle tus inquietudes.

El tercer trimestre de embarazo

Al principio del tercer trimestre, la alegría se mantiene: la ilusión por las compras y los preparativos están en auge, al mismo tiempo que surge el deseo de ver a su hijo y de tenerlo en los brazos.

Hacia el final de este periodo te sentirás más pesada, físicamente más incómoda. Ello te impedirá realizar algunas tareas y descansar bien por las noches.

Nuevamente, hacia el final de este trimestre surge el miedo a determinadas situaciones. Es frecuente y razonable sentirlo, pero debes intentar que no te paralice o impida tomar determinadas decisiones. Veamos:

- La aparición de las primeras contracciones, conocidas como de *Braxton Hicks* (el vientre se pone duro intermitentemente), que pueden hacerte creer que se adelanta el parto o que existe riesgo de parto prematuro y que si se mantienen en tiempo y frecuencia debes acudir al hospital.
- Posibles complicaciones de la placenta que puedan hacer que haya hemorragia y por la que si aparece también debes acudir al hospital.
- Disminución de los movimientos fetales, por otro lado, frecuente por falta de espacio pero que debes observar, porque en caso de que disminuyan mucho

(menos de 3-4 veces/día) o que no los notes en un periodo de tiempo habitual, debes acudir al hospital.

- El riesgo de la pérdida del bienestar fetal y claro está, el miedo al momento del parto, que está próximo.

Debes recurrir a lo que has aprendido en los cursos de Educación o preparación para la maternidad y tus capacidades para afrontar el dolor, por otro lado, subjetivo (personal e intransferible) y que no se asemeja a ninguno vivido por nadie que no seas tú. La vivencia del dolor está directamente relacionada con los recursos personales y la madurez con la que se afrontan situaciones "nuevas". Por ello es tan importante acudir a estos cursos, en los que tanto tú como tu pareja, podréis aprender nuevas técnicas para afrontar el dolor y enfrentaros a determinadas situaciones del propio parto. No todas las mujeres desean una analgesia epidural; no siempre es posible administrarla y no siempre funciona.



Recuerda:

Procura compartir con tu pareja, comunicarte más y si lo consideras necesario, busca ayuda, tu matrona también sabe escuchar.

»» 6. LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE LA GESTACIÓN

La sexualidad no es algo que se adquiere a una determinada edad o estado social; el ser humano es un ser sexuado desde el nacimiento.

En esta etapa, más aún si cabe, no se debe identificar sexualidad con genitalidad. Todo el cuerpo es susceptible y sensible al tacto y a sentir placer, por lo tanto, no hay ninguna contraindicación que impida que tú y tu pareja podáis disfrutar de unas relaciones sexuales satisfactorias durante este periodo de la vida.

Es importante tener en cuenta cuál era el estado de las relaciones sexuales previas porque cualquier dificultad ahora se ve agravada o alterada, y no sólo por el hecho del embarazo. Es importante que tengas complicidad con tu pareja y libertad o confianza para hablar del tema.

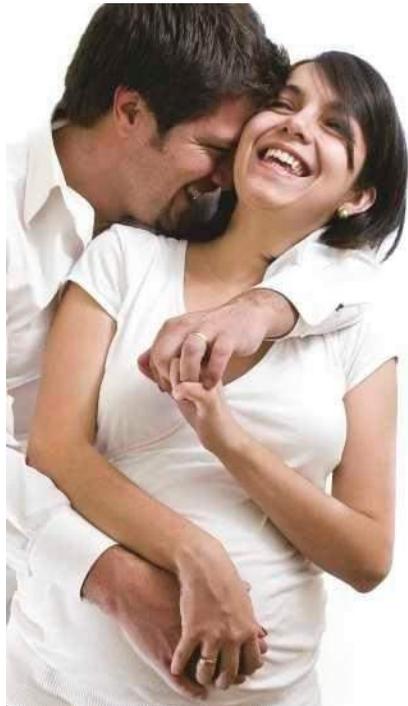
Aun así, y si se desea tener relaciones coitales, solo habrá que atender a unas pocas contraindicaciones: hemorragias (de cualquier trimestre), contracciones (sobre todo prematuramente), rotura de la membrana (más riesgo de infección) o que explícitamente no desees tenerlas por dolor, molestias o incomodidad, en cuyo caso, podéis compartir otras maneras de disfrutar, eso sí, siempre de mutuo acuerdo.

Pero demos un repaso por trimestres para ver cuáles son las características generales:

En el primer trimestre, sobre todo si no sabes que estás gestando, las relaciones sexuales, coitales o no, pueden ser de total normalidad. Solo se ven alteradas cuando surge alguna complicación en la gestación o riesgo y el miedo pasa a ser factor inhibidor de las relaciones. Miedo que ya hemos visto en el apartado anterior.

Si todo está dentro de la normalidad, es posible que tu deseo aumente pues si lo que te impedía disfrutar era un posible embarazo no deseado, esto ya no tiene sentido y, por tanto, podéis gozar ambos con más plenitud.

El segundo trimestre, es de pleno, el mejor trimestre, si no hay otro factor físico o psicológico que lo altere. En este momento los órganos sexuales femeninos reciben más sangre, están más sensibles al contacto, más receptivos a las caricias y más lubricados, lo que facilita la penetración. Si tu cuerpo no está ágil o tienes algún problema con determinadas posturas, siempre puedes optar a probar otras, eso además, enriquecerá la relación con tu pareja.



En el tercer trimestre será tu estado físico el que posiblemente marque la pauta de las relaciones, es decir, si te encuentras ágil, si no tienes ningún problema es posible que sean como en la etapa anterior. Será cuando se acerque el momento del parto cuando posiblemente os plantéis hacer cambios en las prácticas habituales. También en este momento la comunicación entre vosotros será la clave para ganar en complicidad y aprovechar así la nueva situación para crecer como pareja.

A priori y salvo que exista alguna de las contraindicaciones anteriormente descritas, las relaciones sexuales no deben verse interrumpidas, sólo modificadas. La salud sexual no solo es beneficiosa para ti y para tu pareja, sino también es gratificante para tu hijo. La penetración no supone ningún riesgo para él, y todo lo que tú disfrutes, lo disfruta él, recuerda que aún sois un equipo en todos los sentidos.

Recuerda:

Las relaciones sexuales forman parte de un buen estado de salud, confía y comparte con tu pareja, el resultado os beneficia a los tres.

» 7. HÁBITOS SALUDABLES DURANTE LA GESTACIÓN

Prevención de defectos congénitos

Se conoce como defecto congénito una anomalía en la estructura, el funcionamiento o el metabolismo que presenta el bebé desde su nacimiento, lo que dará lugar a una discapacidad física y/o mental, o incluso la muerte en determinados casos.

El 50% de las malformaciones congénitas pueden prevenirse, de ahí que como profesionales sanitarios nos sintamos responsables y demos una importancia extrema a la prevención, e informemos a la pareja de las medidas preventivas que deben realizar, para disminuir sus factores de riesgo reproductivo o corregir enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un embarazo y aumentar así las posibilidades de que tengan un bebé saludable.

Nuestro objetivo principal desde estas páginas, es formar en Prevención primaria, para lo cual haremos un repaso de aquellos factores de riesgo sobre los que se pueda influir favorablemente.

Factores derivados de la nutrición

Existe acuerdo en que las gestantes que sigan una dieta mediterránea de calidad no requieren suplementos vitamínicos, pero sí son imprescindibles los suplementos de ácido fólico y yodo, dada la importancia de ambos nutrientes en el embarazo.

Suplementación con yodo durante el embarazo

Se recomienda un suplemento extra de al menos 200 microgramos al día en forma de yoduro potásico. Es fundamental para que el tiroides sintetice las hormonas tiroideas.

Recuerda:

Debes tomar alimentos ricos en yodo y si necesitas suplemento consulta con tu matrona o tu médico.

Suplementación con ácido fólico en la gestación

Los estudios científicos aseguran que la ingesta de folatos antes del embarazo y en los primeros meses del mismo, pueden disminuir el riesgo de niños nacidos con defectos del tubo neural, DTN, (los defectos del tubo neural son defectos congénitos del cerebro y la médula espinal, que se producen generalmente en las primeras 6 semanas de embarazo). Por tanto, sería idóneo comenzar a tomar ácido fólico (Vit B9) 2 meses antes del embarazo y hasta la semana doce. La dosis que te prescribirá tu médico variará en función de los factores de riesgo que existan de tener un hijo afectado por DTN (hijos anteriores con DTN, mujeres con problemas de alcoholismo, drogodependencias o mujeres con tratamiento de ácido valproico para la Epilepsia).

Para contribuir a establecer un nivel de folatos adecuado, la embarazada puede obtener ayuda con la alimentación (verduras de hojas verdes, lentejas, aguacates, frutas, frutos secos...). La vitamina B12 está ligada estrechamente con el ácido fólico en su función de prevenir defectos del tubo neural.

Factores derivados del trabajo

En España el embarazo de las mujeres trabajadoras está protegido por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de 1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

Las situaciones laborales poco ventajosas de alguna manera influyen en la gestación, en el estado de ánimo después del parto y en la lactancia.

Agentes químicos

Es obligatorio que todos los productos químicos peligrosos detallen en su etiqueta el nombre del producto, información sobre el peligro que pueda suponer su manipulación, así como indicaciones relacionadas con el embarazo y la lactancia.



Postura de trabajo

Debido a los cambios estructurales propios del embarazo, actividades que se realizan habitualmente, en el trabajo (y fuera de él), tales como manejar pesos, subir escaleras, coger objetos de sitios elevados o del suelo, trabajar sentado frente a una mesa, permanecer de pie... ocasionan mayores dificultades y algunas incrementan los riesgos del embarazo, por lo que de manera preventiva, debes mantener posiciones

correctas (ergonómicas), evitar posturas forzadas en el trabajo, realizar pausas periódicas durante la jornada laboral y si es necesario, tumbarte para descansar, esto último está contemplado en el RD 486/1997.

Manipulación de cargas

La manipulación manual y habitual de cargas pesadas puede dar lugar a lesiones fetales, crecimiento intrauterino retardado y desprendimiento de placenta, por lo que está contraindicado durante el embarazo y hasta tres meses después del parto. (Directiva 92/85/CE).

Jornada laboral: turnos de trabajo y horario

Está demostrado que los cambios de turnos y el trabajo nocturno producen alteraciones de los ritmos circadianos. Lo recomendable es que reduzcas estas situaciones en el trabajo y si es posible, que las evites por completo.

Agentes biológicos

Las mujeres trabajadoras embarazadas o en período de lactancia, son especialmente vulnerables a la acción de los agentes biológicos, que pueden actuar directamente sobre el feto y/o sobre ellas. Deberás tener especial cuidado si formas parte de algunos de los siguientes colectivos:

- Trabajadoras de centros escolares.
- Trabajadoras de centros de producción de alimentos. Trabajadoras agropecuarias.
- Trabajadoras sanitarias.
- Trabajadoras de laboratorios clínicos, veterinarios, de diagnóstico y de investigación.
- Trabajadoras de instalaciones de eliminación de residuos.
- Trabajadoras de instalaciones depuradoras de aguas residuales. (Real Decreto 664/1997)

Agentes físicos

- Radiaciones no ionizantes: (teléfono móvil, microondas, radio, líneas eléctricas, ultrasonidos, luz ultravioleta, U.V.A....) son de ondas de baja frecuencia y no existen evidencias concluyentes de que produzcan efectos adversos sobre la gestación en condiciones normales de uso.
- Radiaciones ionizantes: (rayos X) la exposición de la gestante a este tipo de radiaciones puede aumentar el riesgo de defectos congénitos del feto e incluso

umentar la posibilidad de que el recién nacido padezca cáncer a largo plazo. Para evitar esto, si estás embarazada debes evitar la exposición a estas radiaciones. Si por cuestiones médicas necesitaras someterte a un estudio radiológico clínico imprescindible, la dosis y tiempo de exposición deberán ser mínimos y por tanto no lesivos para el feto.

Regulado en el RD783/2001, de 6 de julio.

Factores derivados de la edad de los padres

La edad óptima para procrear está en entre los 18 y los 34 años, de lo que se deduce que fuera de estas edades pueden presentarse problemas:

- **Madres adolescentes:** Debido a que éstas se hallan en pleno crecimiento, sin concluir su desarrollo, y un embarazo implica que sus aportes de nutrientes se han de repartir entre las necesidades para el desarrollo del feto y las propias de la adolescente en crecimiento, se producen un gran número de recién nacidos de bajo peso y prematuridad, anemia, defectos del tubo neural y preeclampsia. La inmadurez emocional es otro factor importante que puede incidir poderosamente en el desarrollo del embarazo, ya que, como consecuencia de esta inmadurez, las jóvenes son más proclives a llevar hábitos de vida menos saludables y comportamientos de riesgo, el más frecuente el ocultamiento del embarazo, de forma que gran número de las gestaciones de las adolescentes, no tienen la vigilancia prenatal hasta una etapa muy avanzada o no tienen supervisión médica alguna.
- **Padres adolescentes:** Se afirma que éstos tienen mayor riesgo de tener hijos con malformaciones, aunque las causas no son bien conocidas.
- **Madres de edad avanzada:** El riesgo del recién nacido de presentar determinados defectos congénitos por alteración cromosómica, como el Síndrome de Down, y algunas enfermedades multifactoriales, tiene relación directa con la edad materna superior a los 35 años.
- **Padres de edad avanzada:** En este caso se estima que son responsables del 10% de las alteraciones cromosómicas. En cuanto a enfermedades multifactoriales como paladar hendido y defectos del tubo neural también tiene influencia la edad paterna avanzada.

Factores relacionados con enfermedades genéticas

Durante años se ha creído que estas enfermedades tenían un origen en la herencia genética. Actualmente se admite que muchos de los defectos congénitos no se deben exclusivamente a la carga genética de los progenitores, sino a la intervención de factores ambientales sobre éstos.

En aquellos casos en los que la pareja tenga un hijo con algún defecto congénito, la madre tenga historia obstétrica de abortos de repetición o fetos muertos intraútero, existan antecedentes familiares de defectos congénitos o malformaciones, o existan lazos consanguíneos entre la pareja, se debe buscar un asesoramiento o consejo genético (Consulta Preconcepcional); así, los futuros padres, desde el conocimiento, tendrán la oportunidad de tomar decisiones inteligentes e informadas con respecto a un posible embarazo y sus consecuencias.

Enfermedades crónicas e infecciones

Cuando hablamos de enfermedad crónica nos referimos a enfermedades que están presentes antes del embarazo, persisten durante el embarazo y requieren tratamiento, en la mayoría de los casos, de forma ininterrumpida.

Debido a las complicaciones gestacionales asociadas en las mujeres que padecen enfermedades crónicas, sería ideal planificar el embarazo en este grupo de pacientes para poder optimizar los resultados y disminuir los riesgos asociados para la mujer y para el recién nacido. Pero cuando esta planificación no ha sido posible, debes actuar con inmediatez y someterte a un control y seguimiento precoz de tu patología para minimizar los riesgos derivados.

Las enfermedades crónicas responsables de la mayor incidencia de defectos congénitos en el embarazo son: diabetes mellitus, alteraciones tiroideas, hipertensión arterial, asma, epilepsia, portadores VIH, obesidad principalmente. También presentan riesgo las mujeres con cardiopatías, enfermedad de Cronh, colitis ulcerosa, lupus eritematoso sistémico, etc.

Infecciones durante el embarazo

En el embarazo, las infecciones son una complicación común. Pueden provocar problemas para el feto en desarrollo y poner en riesgo la salud de la madre.

Las infecciones que se transmiten de la madre al niño durante el embarazo (son las que se conocen como de transmisión vertical) constituyen una fuente importante de problemas de salud en los recién nacidos. En el embarazo se unen dos factores que hacen que la madre sea más susceptible de contraer una infección. En primer lugar, el cambio hormonal en la embarazada afecta a su sistema inmune por lo que la mujer embarazada se encuentra inmunodeprimida (es decir, tiene unas defensas más bajas que cuando no lo está). Por otro lado, como el bebé tiene componentes del padre, el cuerpo de la madre los podría identificar como algo desconocido y potencialmente peligroso. En este caso, un sistema inmune normal atacaría a estos “componentes extraños”, pudiendo dañar al bebé.

Las enfermedades infecciosas abarcan desde enfermedades comunes como un resfriado, hasta infecciones crónicas como la infección por VIH.

Las vías de transmisión varían según el tipo de infección y van desde la transmisión por aire (toses, estornudos) o por la ingesta de alimentos o agua contaminada hasta la penetración en nuestro cuerpo de sangre o fluidos sexuales de una persona con algún tipo de infección.

En relación con la prevención de las infecciones de tracto urinario recurrentes, puede ser útil seguir algunas recomendaciones como por ejemplo que bebas un mínimo de 1,5 litros de líquido al día, que orines con frecuencia y también después de mantener relaciones sexuales. Numerosos estudios científicos sugieren que los zumos o extractos que contienen arándano rojo americano son un agente terapéutico para la prevención de infecciones.

La prevención de otras infecciones depende del método de transmisión. Las mujeres pueden reducir el riesgo de contraer algunas enfermedades infecciosas evitando el contacto con el organismo que las origina.

Por ejemplo, la toxoplasmosis, que se encuentra en las heces de los gatos. Puedes prevenirla evitando el contacto con los gatos y las heces de los gatos; alimentando a tu mascota con piensos en lugar de carne cruda, utilizando guantes si te gustan las tareas de jardinería y lavando bien la fruta y verdura que consumas. Respecto a la carne, es preferible que la tomes bastante hecha. En el caso de los patés de origen animal casero y la sobrasada, evita comerlos durante el embarazo, ya que la carne podría no estar suficientemente cocida.

La mejor prevención en el caso de infecciones de transmisión sexual (gonococia, condilomas, VIH...) es tener relaciones estables en las que haya un conocimiento mutuo y sepamos, por tanto, que la persona con la que mantenemos relaciones sexuales está sana. Cuando esto no es posible y no tengamos la certeza de que la otra persona no haya podido ser infectada, te recomendamos que utilices el preservativo.

La presencia de infecciones vaginales u hongos aumenta el riesgo de transmisión del VIH si no se usa preservativo.

La alimentación

Es muy difícil definir una dieta óptima; probablemente, la dieta ideal no exista, tampoco para ti, que estás embarazada, aunque la alimentación en esta fase sea de vital importancia para el correcto desarrollo del bebé. Lo que sí sabemos es que para comer de forma saludable hay que basar la dieta en alimentos de origen vegetal, reducir el consumo de alimentos de origen animal y limitar los productos procesados y precocinados.

Por lo tanto, los protagonistas de nuestros platos tienen que ser las verduras, las frutas, las hortalizas, las legumbres y los frutos secos. Los cereales también deben consumirse diariamente, pero con moderación y priorizar los que son integrales. Hay que controlar la cantidad de carne y de pescado, para reducir globalmente su consumo y dar mayor protagonismo a la proteína vegetal. Además, hay que limitar a un consumo muy esporádico los embutidos, fiambres, carnes picadas, alimentos precocinados y productos superfluos como los refrescos, la bollería y los postres lácteos azucarados.

En el caso de las embarazadas, también hay que tener en cuenta que actualmente es aconsejable la suplementación de la dieta con un complemento de ácido fólico y de yodo. El déficit de estos nutrientes influye en el desarrollo del sistema nervioso del bebé.

A lo largo del embarazo, irás cogiendo peso como resultado del crecimiento del bebé, la placenta, el líquido amniótico y las reservas grasas que vayas acumulando. En general, la ganancia de peso considerada “saludable” está entre los 10 y 12 Kg al final de la gestación. Pero ello depende mucho de la constitución de cada mujer. Durante el embarazo no debes iniciar ninguna dieta de adelgazamiento; puede ser peligroso para el desarrollo de tu bebé. Por lo tanto, no te preocupes tanto del peso ganado; ocúpate más de seguir una alimentación saludable desde hoy mismo.

Ahora que estás embarazada o estás pensando en quedarte en estado, es buen momento para empezar a cuidarse de verdad y seguir una alimentación y estilo de vida saludables. Recuerda, no hay que comer por dos, sino comer dos veces mejor.

Platos saludables

Para elaborar platos saludables, puedes basarte en la propuesta de la Universidad de Harvard, que ha diseñado “El Plato Saludable”, en el que no se habla de cantidades de alimentos, sino de cómo y con qué alimentos llenar los platos.

Un plato saludable está formado por tres grandes grupos de alimentos:

- Las verduras y frutas, que deberían ocupar la mitad de nuestros platos (el 50%)
- Los farináceos (pasta, arroz y pan integrales, legumbres y patatas), que deben ocupar aproximadamente un cuarto del plato (el 25%)

- Y los alimentos proteicos (carne, pescado y huevo, pero también –otra vez- las legumbres), que no deben sobrepasar el restante cuarto del plato (el 25%)

Si estás acostumbrada a preparar un primer y segundo plato (en vez de plato único), tan sólo tienes que imaginar que pones todos los alimentos en un único plato más grande. Sea cual sea el tamaño del plato y la cantidad de comida, las proporciones entre verduras y frutas, farináceos y proteína tienen que mantenerse en un 50%, 25% y 25% respectivamente.

A partir de esta estructura, se pueden hacer todas las combinaciones que quieras con los distintos alimentos o ingredientes que pertenecen a cada grupo. Sólo tienes que preocuparte de que las proporciones sean las adecuadas. Así, por ejemplo, podemos elaborar platos tan completos y sanos como estos:

- Ensalada variada, con merluza y boniato al horno.
- Brócoli salteado al ajillo, con lomo a la plancha y alubias salteadas con pasas.
- Plato único de pisto con arroz integral y huevo frito.
- Plato único de lentejas guisadas con puerro y piñones.
- Plato único de champiñones con tallarines integrales y sardina desmenuzada.
- Crema de verduras y rebanada de pan integral con tortilla francesa.
- Pizza fina casera de harina integral de verduras y tofu al ajillo.
- Hummus con bastoncitos de verduras crudas (pepino, zanahoria, pimiento, calabacín)
- Gazpacho y bocadillo de pimientos asados con pechuga de pollo a la plancha.

Frutas

Es aconsejable que consumas fruta diariamente. Prioriza la que es de temporada y local, y siempre que sea posible, consúmela con la piel (bien lavada previamente). La fruta puede consumirse a cualquier hora del día; cómela cuando mejor te siente. Resulta la mejor alternativa como postre o como tentempié entre horas.

Los zumos de fruta no son la mejor opción para consumir fruta, ni siquiera los naturales, aunque es preferible tomarlos a prescindir de la fruta. Si te gustan los zumos, puedes sustituirlos por batidos a base de fruta triturada.



De acuerdo a su valor nutritivo y su papel protector para la salud, las recomendaciones de consumo están alrededor de las 3 piezas de frutas diarias. Además, conviene que una de ellas sea un cítrico, rica en vitamina C (naranja, mandarina, fresas, kiwi, etc.).

A continuación, te ofrecemos algunas ideas para aumentar el consumo de fruta:

- Prepara a primera hora de la mañana un bol con frutas cortadas a trozos, para favorecer su consumo a lo largo del día (ya sea como parte de las comidas, como tentempié o para picar entre horas)
- Añade fruta a las rebanadas de pan o a los bocadillos. Por ejemplo: rebanada de pan integral con queso y pera, higos o mango; o con rodajas de naranja, aceite de oliva virgen extra y canela; o con triturado de moras (como si fuera una mermelada, pero hecha al momento y sin azúcar añadido).
- Aprovecha las ensaladas para añadir cualquier fruta.
- Elabora salsas o aliños a base de fruta, para acompañar los platos; por ejemplo, salsa de manzana al horno triturada (mejor, con la piel), o salsa de dátiles triturados con un poco de agua, o aliño de limón.
- Elabora helados a partir de fruta congelada. El mango y el plátano, por ejemplo, dan resultados excelentes, con tan sólo congelarlos a trozos y batirlos posteriormente.

Verduras y hortalizas

Junto a las frutas, las verduras y las hortalizas son alimentos imprescindibles que conviene tomar todos los días. Son una buena fuente de vitaminas, minerales, fibra y antioxidantes. Para aprovechar al máximo todos sus nutrientes, es aconsejable tomar cuanta más variedad posible de las mismas, y consumir al menos una vez al día una verdura cruda (en forma de ensalada, por ejemplo, o una zanahoria o un tomate aliñado).

Se recomienda consumir como mínimo 300g de verduras al día (o lo que es lo mismo: al menos 2 raciones de verduras diariamente) y priorizar aquéllas que sean de temporada y locales.

Una ración de verduras puede ser un tomate grande laminado y aliñado, o un calabacín salteado, o una berenjena al horno; también un plato de ensalada o dos zanahorias, un plato de verdura cocida...

Legumbres

Hablamos de las lentejas, los garbanzos, las alubias, los guisantes, las habas y la soja y sus derivados, que ofrecen un buen perfil nutricional, son muy versátiles en la cocina y son económicas. Además, por sí mismas, las legumbres apenas aportan

sal ni grasas saturadas ni azúcares (si no las acompañamos de embutidos y carnes procesadas).

Se recomienda comerlas al menos 3 veces por semana, aprovechando cualquiera de sus formatos (secas, frescas, cocidas, en conservas, congeladas, etc.). Por su composición nutricional rica en hidratos de carbono, proteínas y fibra, pueden consumirse como plato único completo sin necesidad de acompañarlas con farináceos (pasta, arroz o patata) ni carne, pescado o huevos.

Huevos

El consumo de al menos 3 raciones de huevos por semana (esto es: al menos 3 huevos grandes o incluso 6 huevos pequeños a la semana) puede ser perfectamente compatible con una dieta saludable.

Sus proteínas, vitaminas y minerales permiten a los huevos ser un buen sustituto de la carne o el pescado. Además, ofrecen nutrientes esenciales para las etapas fisiológicas especiales como el embarazo y la lactancia.

La yema de huevo es muy rica en colesterol, pero éste no es malo para la salud; de hecho, consumir huevos puede convertirse en una buena estrategia para prevenir las enfermedades cardiovasculares.

Pan, arroz, pastas, patatas y boniatos

Este grupo de alimentos aporta gran cantidad de carbohidratos a la dieta; constituye así la base energética de nuestra alimentación. Las recomendaciones de consumo están alrededor de las 4-6 raciones diarias, y hay que incorporar también sus versiones integrales, por el aporte más rico en fibra, vitaminas y minerales.

“Una ración” puede ser un plato pequeño de arroz, pasta o legumbres; una patata mediana, dos o tres cucharadas de copos de avena, o un trozo de pan de 4-5 dedos de ancho.

Carnes

La carne constituye una fuente importante de proteínas de gran calidad (como el huevo, el pescado, los lácteos y algunas legumbres) y de micronutrientes como el hierro y la vitamina B12, entre otros.

Sin embargo, su consumo está limitado: debemos consumir como máximo 3 ó 4 raciones de carne a la semana (sin que haya un mínimo), y además, hacerlo en cantidades adecuadas. “Una ración” es alrededor de 100g (esto es, un par de filetes de lomo, medio filete de ternera, una o dos pechugas de pollo, etc.).

Si consumes carne, debes priorizar la carne blanca y magra; no exceder los 300 g a la

semana de carne roja, y limitar el consumo de cualquier tipo de embutidos, fiambres y otras carnes procesadas. Además, por el riesgo que comporta para tu bebé, debes evitar el consumo de carne cruda o poco hecha, así como embutidos que no hayan sido pasteurizados.

Pescados

El pescado, al igual que la carne, los lácteos y los huevos, y también algunas legumbres, son una buena fuente de proteínas de alta calidad, vitaminas del grupo B y yodo. El pescado azul, además, destaca por su contenido en vitamina D y grasas “saludables” (poliinsaturadas omega-3).

Es adecuado consumir 3 raciones a la semana, siendo “una ración” la medida equivalente a unos 150g de pescado.

Debes evitar consumir pescado de gran tamaño, como el pez espada, el emperador, el lucio, el tiburón y el atún, debido a la gran cantidad de mercurio que han acumulado en su cuerpo.

Actualmente, la mayor parte de los peces están parasitados por anisakis. Para que el consumo de pescado no suponga ningún riesgo, debes tomar las siguientes precauciones:

- Compra el pescado limpio y sin vísceras, o quitárselas lo antes posible.
- Cocina muy bien el pescado, sin dejar partes poco hechas, o bien congélalo previamente a -18°C al menos durante 48 horas.

Azúcar

El azúcar como tal no es imprescindible para el correcto funcionamiento del cuerpo. De hecho, reducir su consumo a niveles casi nulos reporta beneficios para la salud.

Nos referimos a los azúcares simples y libres: aquéllos que añadimos nosotros a los alimentos o los que añade la industria alimentaria. Es decir, el azúcar que añadimos al café o a los yogures, o el que encontramos en la bollería, productos procesados y precocinados, refrescos, golosinas y demás dulces, mermeladas, algunas bebidas vegetales, snacks, barritas energéticas, zumos de fruta...

Ten en cuenta que el efecto en el cuerpo del azúcar integral o panela o el de la miel es el mismo que el del azúcar blanco. Hay que limitar igualmente su consumo. El uso de edulcorantes acalóricos tampoco tiene por qué ser la mejor opción. Nuestro paladar se acostumbra enseguida a los sabores menos dulces; sólo hay que probar a no endulzar tanto los alimentos e insistir unos días hasta habituarse.

Recuerda que hay otras formas de endulzar los platos o ciertos momentos: la fruta

entera es muy buena opción, pero también la fruta deshidratada consumida con moderación, como las uvas y ciruelas pasas, los dátiles o los orejones de albaricoque.

Aceites y grasas

Las grasas son imprescindibles para nuestra salud; pero debemos consumir preferentemente aquéllas que son “saludables”, es decir: las del aceite de oliva, las de los frutos secos y las semillas, las del pescado azul y las del aguacate. Sus efectos en el organismo son beneficiosos y pueden reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas.

Por lo tanto, tanto para cocinar como para aliñar, hay que priorizar el aceite de oliva virgen extra; y a la vez, hay que limitar el consumo de las grasas saturadas de origen animal presentes en las carnes, embutidos, productos de pastelería y bollería, alimentos procesados y precocinados, salsas y margarinas.

Cocina los alimentos mejor al vapor, a la plancha, al horno o hervidos, y no utilices salsas como la mayonesa o la crema de leche de forma abusiva

Frutos secos

Estos alimentos aportan proteínas y grasas insaturadas de origen vegetal; son una muy buena alternativa, junto con las legumbres, para reducir el consumo de carne. Además, aportan fibra, hierro y calcio en cantidades nada despreciables, y vitamina E, con efectos antioxidantes.



Los efectos positivos sobre la salud derivados del consumo de frutos secos son, hoy en día, indiscutibles. Por ello, salvo que no gusten o que te provoquen alguna alergia, es interesante que consumas al menos un puñado de frutos secos tres veces por semana.

Estamos hablando de las nueces, las almendras o las avellanas; pero puede tratarse de cualquier otro fruto seco, siempre y cuando lo consumas en su versión natural o tostada. Los fritos, salados, ahumados, garrapiñados... no deben ser de consumo habitual.

Líquidos

Es recomendable que aumentes el consumo de agua a lo largo de tu embarazo; intenta beber al menos 6 vasos grandes de agua al día. El agua ayuda a mantener la piel suave, evita el estreñimiento, libera el cuerpo de toxinas y reduce el riesgo de infecciones urinarias y de parto prematuro.

Recuerda que los refrescos (aunque sean sin azúcares añadidos) y los zumos de fruta (aunque sean naturales) no sustituyen el agua y no son la mejor opción dentro de una dieta saludable. Por supuesto, no hay que consumir nunca bebidas alcohólicas.

Tampoco es aconsejable abusar de las infusiones, pues algunas de ellas tienen el mismo efecto que algunos medicamentos y por lo tanto, podrían afectar a nuestra salud y la del bebé.

Lácteos (Leche y derivados)

Las recomendaciones instan a un consumo de lácteos alrededor de las 3 raciones diarias, y algo mayores en situaciones especiales como el embarazo o la lactancia. Cuando hablamos de “ración” nos referimos a un vaso de leche, a dos yogures, a un tarrina de queso fresco o a un par de lonchas de queso semicurado. Estas cantidades están calculadas para asegurar el aporte de calcio a la dieta.

Sin embargo, para conseguir unos buenos niveles de calcio en el cuerpo pueden consumirse otros alimentos, como algunas verduras (el brócoli, por ejemplo), los frutos secos y las semillas, las legumbres y el pescado con espinas (como las sardinas enlatadas).

A lo largo del embarazo, es imprescindible que los lácteos que consumas sean pasteurizados (no crudos), para prevenir la listeriosis (una infección con graves consecuencias para el desarrollo fetal). Conviene, además, moderar el consumo del queso semi y curado, debido a la gran cantidad de sal que contienen.

Cafeína

La cafeína la encontramos no sólo en el café; también en el té, bebidas energéticas, chocolate e incluso en algunos medicamentos. Los últimos estudios apuntan que un consumo moderado de cafeína no parece ser nocivo. Estamos hablando de consumir entre 1 y 2 tazas de café largo (más, si es el tamaño estándar) o de té.

Pero no hay que perder de vista que se trata de una sustancia estimulante, cuyo consumo puede asociarse con insomnio, nerviosismo, temblores, taquicardias, náuseas, etc. Por lo tanto, en caso de que consumas café, debes hacerlo con moderación.

Dieta vegetariana y embarazo

La dieta vegetariana puede ser totalmente sana y segura, también a lo largo del embarazo, tanto para la mamá como para el bebé; pero tiene que estar bien diseñada y suplementada con vitamina B12. Los nutrientes que aportan los alimentos de origen animal tienen que ser sustituidos por otros de origen vegetal.

Lo mejor en estos casos es contar con el apoyo y seguimiento de un buen profesional de la nutrición y la dietética.

Manipulación de los alimentos

Es muy importante seguir unas normas para manipular de los alimentos con seguridad. Recuerda:

- Lávate las manos antes y después de manipular los alimentos
- Cocina bien los alimentos; evita que se queden partes crudas, especialmente en la carne, el pescado y los huevos
- Lava bien las verduras y las frutas antes de consumirlas
- Consume los alimentos cuanto antes, una vez preparados; evita dejarlos más de dos horas a temperatura ambiente
- Respeta las fechas de caducidad de los alimentos

Prevención de las molestias más habituales

Mareos, náuseas y vómitos

- Si son por las mañanas, no bebas agua en ayunas y come algo tumbada o sentada en la cama antes de levantarte (por ejemplo, fruta o unos biscotes)
- Evita el consumo de café y té
- Haz un buen reparto de los alimentos a lo largo del día; realiza entre 4 y 6 ingestas pequeñas y ligeras, en vez de 3 muy copiosas y pesadas
- Intenta que en cada comida haya algo de carbohidratos (farináceos)
- Evita el zumo de naranja y la leche, así como los productos de bollería, carnes grasas y los embutidos
- Prioriza las verduras fáciles de digerir, como el calabacín, la calabaza, la zanahoria y las judías verdes, y prepáralas al vapor, hervidas o al horno

Acidez de estómago y reflujo

- Evita los alimentos ácidos y picantes, como el limón, pimentón, vinagre, etc.
- Evita las bebidas con gas, el café y el té
- Evita los platos copiosos y los fritos
- No pases más de tres horas sin comer; come poca cantidad pero más veces al día

- Cena al menos dos horas antes de acostarte

Estreñimiento

- Bebe suficiente agua a lo largo del día.
- Camina y haz ejercicio físico cada día.
- Añade verduras y frutas enteras en todas las comidas.
- Prioriza los cereales integrales.
- Incorpora frutas como el kiwi y cereales como la avena integral a tu dieta habitual.

Calambres musculares

- Asegura la ingesta frecuente de vitaminas del grupo B, que se encuentran en los cereales, las legumbres, los huevos, y también en la carne, pescado y lácteos
- Come con frecuencia alimentos ricos en magnesio, como los frutos secos, las legumbres, los plátanos y las verduras de hoja verde.

Diabetes gestacional

- No elimines los hidratos de carbono de tu dieta; sólo es necesario que controles muy bien la cantidad de los mismos en cada comida. Recuerda que en una dieta saludable, los farináceos deben ocupar apenas el 25% del plato de comida; si aún así te cuesta controlar la glucemia, reduce ligeramente la ración.
- Intenta que en cada toma haya tanto carbohidratos como proteínas; es importante hacer pequeñas ingestas pero equilibradas (en vez de copiosas y poco proporcionadas)
- Consume cada día verduras, frutas y legumbres.

Preeclampsia

- Bebe suficiente cantidad de agua a lo largo del día.
- Disminuye el consumo de sal. Recuerda que no sólo consumimos la sal que adicionamos a nuestras comidas; la mayor parte de la misma viene ya incorporada en muchos de los alimentos que adquirimos. Por lo tanto, hay que limitar el consumo de alimentos procesados y precocinados.
- Asegura el consumo diario de dos raciones de verduras y tres piezas de fruta.

Ejemplo de menú semanal para la embarazada

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Desayuno	250 ml leche semi 10 g azúcar 50 g cereal integral 250 ml zumo naranja	250 ml leche semi 10 g azúcar 50 g cereal integral 2 reb. pan centeno 1 kiwi	250 ml leche semi 10 g azúcar 50 g cereal integral 250 ml zumo naranja	250 ml leche semi 10 g azúcar 50 g cereal integral 2 reb. pan centeno 1 kiwi	250 ml leche semi 10 g azúcar 50 g cereal integral 250 ml zumo naranja	250 ml leche semi 10 g azúcar 50 g cereal integral 2 reb. pan centeno 1 kiwi	250 ml leche semi 10 g azúcar 50 g cereal integral 250 ml zumo naranja
Almuerzo	Yogurt natural 10 g azúcar 250 g fruta	Yogurt natural 10 g azúcar 250 g fruta	Yogurt natural 10 g azúcar 250 g fruta	Yogurt natural 10 g azúcar 250 g fruta	Yogurt natural 10 g azúcar 250 g fruta	Yogurt natural 10 g azúcar 250 g fruta	Yogurt natural 10 g azúcar 250 g fruta
Comida	200 g coliflor 10 g aceite 120 g bistecternera 10 g aceite 40 g pan 60 g queso Burgos	40 g lentejas 100 g zanahoria 50 g patata 10 g aceite 150 g lenguado 10 g aceite 40 g pan Yogur natural	200 g puré verdura 10 g aceite 120 g lomo cerdo 10 g aceite 40 g pan Yogur natural	300 g judías verdes 10 g aceite 50 g patata 120 g bistecternera 10 g aceite 40 g pan 60 g queso Burgos	60 g arroz 75 g champiñones 70 g zanahoria 40 g pimiento 10 g aceite 150 g gallo 100 g guisantes 10 g aceite 40 g pan Yogur natural	Ensalada de: 40 g judía blanca, 15 g cebolla, 20 g pimiento, 150 g tomate, 10 g aceite 150 g pollo plancha 5 g aceite Yogur natural	60 g pasta 5 g aceite 120 g carne magra picada Tomate triturado 40 g pan 60 g queso Burgos
Merienda	250 ml leche semi 10 g azúcar 250 g fruta	250 ml leche semi 10 g azúcar 250 g fruta	60 g queso Burgos 250 g fruta	250 ml leche semi 10 g azúcar 250 g fruta	60 g queso Burgos 250 g fruta	250 ml leche semi 10 g azúcar 250 g fruta	250 ml leche semi 10 g azúcar 250 g fruta
Cena	Ensalada de lechuga, tomate, zanahoria 125 g pescadilla 10 g aceite 30 g pan Yogurt	6 alcachofas 5 g aceite 120 g pechuga pollo 10 g aceite 30 g pan 60 g queso Burgos	Ensalada de: lechuga, 75 g champiñón, 25 g maíz, 5 g aceite Trucha al horno 10 g aceite 30 g pan 250 ml leche	Ensalada de: 70 g queso Burgos, 1 tomate, orégano 125 g salmón plancha 10 g aceite 30 g pan Yogurt natural	200 g espárragos 5 g aceite Tortilla jamón york 5 g aceite 20 g pan Yogurt natural	Crema calabacín: 200 g calabacín, 100 g patata 4 calamares con tomate 30 g pan 60 g queso Burgos	200 g menestra verdura 125 g lenguado plancha 10 g aceite 30 g pan Yogurt natural

Información cedida por M^a Pilar Puentes Zarzuela, matrona.

Consecuencias de las dietas inadecuadas por exceso/defecto

Exceso de hidratos de carbono

Todos los sobrantes se transforman en grasas y se depositan donde menos te gusta.

Exceso de proteínas

Los sobrantes se transforman en amoníaco y éste en urea que puede afectar al riñón.

Exceso de grasa

Todo el sobrante se almacena como tejido adiposo. Unos 50 g diarios de exceso se transforman en más de 17 kg de peso corporal en un año.

Pocos hidratos de carbono

Cuando el organismo consume los que has ingerido y le faltan, los obtiene de las proteínas de estructuras de tu cuerpo. A medio plazo se pueden resentir tus músculos.

Pocas proteínas

Los tejidos del cuerpo no tendrán repuesto para el desgaste de sus proteínas y tendrás mucha sensación de cansancio.

Pocas grasas

Si se mantiene el déficit durante mucho tiempo, la primera consecuencia es el agotamiento de reservas. Después, aparecerán los efectos derivados de la ausencia total de grasas que tienen funciones mediadoras concretas: protección de órganos, reserva de energía, formar membranas celulares, etc.

Recuerda:

Durante el embarazo no debes iniciar ninguna dieta de adelgazamiento.

Hábitos tóxicos

Tabaco

Numerosas investigaciones sobre los efectos del tabaco han demostrado sobradamente que son muy negativos. Afecta a todo el organismo y al parecer influye en el desarrollo de enfermedades degenerativas, además del deterioro del aparato respiratorio y del tejido de arterias y venas. En el corazón: El tabaco produce una reducción de los vasos sanguíneos del organismo (sobre todo venas y arterias), por lo que a la sangre le cuesta más circular.

En el aparato respiratorio el tabaco actúa sobre la garganta, los bronquios y los pulmones.

En el aparato digestivo actúa sobre los labios, las encías, los dientes, el esófago, el estómago y el intestino.

En la piel y todos los tejidos del organismo actúa por restricción del aporte de oxígeno, ya que tiene un efecto oxidante.

El tabaco contiene monóxido de carbono, nicotina y más de cuarenta sustancias tóxicas que lo hacen muy peligroso para la salud. Adquiere mayor relevancia en la embarazada por las posibles implicaciones o repercusiones fetales, ya que todas las sustancias del tabaco atraviesan la barrera placentaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte de que uno de cada cinco niños que mueren se habría salvado si su madre no hubiera sido fumadora.



Recuerda:

Durante el embarazo no debes fumar.

En diferentes estudios realizados sobre hijos de madres fumadoras, se ha comprobado la incidencia en niños que nacen con un peso menor que el de las madres no fumadoras. En cuanto a otros efectos no deseables, se han observado complicaciones que se relacionan con el tabaco, sin que se pueda afirmar que es la única y exclusiva causa, como abortos, desprendimiento prematuro de placenta, prematuridad y complicaciones respiratorias del niño en sus primeros meses.

Si estás embarazada y eres fumadora es posible que leer esto te produzca malestar. De hecho, probablemente ya estés viviendo cierto conflicto interior por este asunto. La situación especial que vas a vivir para ser mamá es posible que resulte el mejor incentivo para dejar el hábito. Tú decides seguir fumando o dejar de fumar. Sin embargo, a veces se deben buscar soluciones intermedias o de aplicación paulatina para lograr lo que te propones.

Puedes intentar conciliar tu deseo de hacer lo mejor para tu hijo, con tu dependencia del cigarrillo, rebajando poco a poco el número de cigarrillos al día. Muchas personas piensan que la decisión debe ser drástica y dejarlo por completo, pero, en general, ese sistema acarrea estados de ansiedad en la madre fumadora. Si decides dar el paso, te aconsejamos acudir a un experto que pueda orientarte.

La cuestión está en tomar la decisión con firmeza y por propia convicción. Si, finalmente, no consigues dejarlo del todo, no seas demasiado dura contigo misma. ¿Has hecho todo lo que podías? Es suficiente. Tendrás toda la vida para nuevas demostraciones de amor a tu hijo.

Para neutralizar y disminuir los efectos nocivos del tabaco, incorpora a tus hábitos o estilos de vida algunas novedades:

- Evita los ambientes de fumadores.
- Cambia tu marca habitual de tabaco por otra que no te guste mucho y que sea baja en nicotina y alquitrán.
- Tu tiempo de ocio ocúpalo en actividades que se puedan realizar al aire libre. Incrementa en tu dieta el consumo de verduras, hortalizas y frutas frescas. Además de las nuevas necesidades de vitaminas y minerales que conlleva el embarazo, hay que contar con la degradación de vitamina C que tienen todos los fumadores. Bebe agua abundante, si es posible, más de dos litros al día.
- Toma zumos de frutas frescas.
- Sustituye el café por infusiones no excitantes, (evita el té) y evita las bebidas con cola.
- Asóciate moralmente con alguien que te refuerce en la decisión. La capacidad de adicción de la nicotina es muy alta y tendrás muchas tentaciones. En estas

Sustancias quemagrasa y alimentos que la contienen

Vitamina E

En los aceites vegetales: oliva, germen de trigo, soja, en las zanahorias y en los huevos.

Previene la acumulación de líquidos y la aparición de celulitis.

Vitamina B

Está presente en los productos integrales, frutas, verduras, miel y levadura de cerveza.

Evita que los hidratos de carbono se conviertan directamente en grasas y queden como reservas.

Vitamina C

En los cítricos, frutas tropicales, pimientos morrones, brécol, patatas asadas con piel, bayas y berros.

Activa el metabolismo, regula el apetito y disminuye la absorción de grasas.

Arginina

En las carnes de pavo, cordero, ternera y pollo, también en el pescado.

Es un aminoácido que activa la secreción de una hormona del crecimiento que ayuda a quemar grasas.

Yodo

En la sal de mesa yodada, algas, marisco, pescado, brécol, puerros, zanahorias y perejil.

Este mineral estimula la actividad metabólica y ayuda a generar hormonas que regulan y aumentan la velocidad del quemado de grasas.

Cromo

Presente en el marisco, pescado, berros, levadura de cerveza, productos integrales y nueces.

Actúa sobre la secreción e insulina, que controla el nivel de azúcar en sangre y acaba con la sensación de hambre.

situaciones te conviene distraerte con cosas que te ocupen las dos manos y toda la atención. Por ejemplo, si tienes habilidad para los trabajos manuales, puedes centrarte en confeccionar algo para el bebé.

Alcohol

Independientemente del daño que pueda causar a la madre, el primer afectado en el embarazo es el feto que puede sufrir lo que se llama Síndrome alcohólico fetal. Los estudios realizados revelan que el 10% de los hijos de madres consumidoras habituales de alcohol, tenían problemas entre los que destacan: crecimiento intrauterino retardado, malformaciones congénitas, alteraciones en el desarrollo y síndrome de abstinencia, entre otros.

Conclusión: durante el embarazo evita el alcohol.

Drogas

Las drogas atraviesan la barrera placentaria. Cuando una mujer embarazada consume drogas, también las consume su hijo que es el que más riesgos asume.

Efectos conocidos de algunas drogas:

- La cocaína y la heroína tienen efectos parecidos. Producen abortos, muertes fetales ante parto, muerte súbita del recién nacido y síndrome de abstinencia antes del parto como en el adulto.
- La marihuana incrementa las alteraciones de la visión y del comportamiento.
- Las drogas de diseño y anfetaminas pueden producir malformaciones cardíacas, labio leporino y trastornos del desarrollo psicomotor.

Medicamentos

El consumo de medicamentos en el embarazo debe ajustarse estrictamente a los indicados por el médico ya que algunos pueden acarrear graves problemas al feto dependiendo del momento en que se consuman (analgésicos, relajantes, antibióticos, vacunas, etc.).

Viajes y embarazo:

Realizar un viaje y estar embarazada no es incompatible, pero es importante que tomes precauciones y te informes sobre las condiciones y circunstancias que pueden afectar al viaje.

¿Cuál es el momento ideal?

Es aconsejable que los viajes se realicen en el segundo trimestre de gestación, entre las 18 y 24 semanas, ya que en este periodo ya han disminuido las molestias y los riesgos del primer trimestre.

Transportes que se pueden utilizar:

- **Coche:** utiliza siempre el cinturón de seguridad, en el último capítulo de esta guía encontrarás un apartado específico sobre este tema.
- **Tren:** Es más cómodo para viajes largos que el autobús. Tendrás mayor libertad de movimientos y aseos disponibles.
- **Barco:** Es un método seguro. No se recomienda al principio del embarazo porque puede aumentar las náuseas y los vómitos. Tienes que considerar la distancia que pueda haber hasta un lugar con asistencia sanitaria cuando estés en mar abierto. Pregunta si hay médicos a bordo.
- **Avión:** antes de comprar los billetes es conveniente informarse sobre la normativa de cada compañía. La mayoría permiten viajar hasta las 36 semanas de gestación y algunas requieren de un certificado médico. Son mejores los asientos de la parte delantera porque tienen menos movimientos, y los cercanos a los servicios, también puedes elegir un asiento en la parte del pasillo para levantarte más fácilmente a estirar las piernas cada 30 minutos. Recuerda beber mucho agua. Los arcos detectores de metales de los aeropuertos no son dañinos para el bebé.

Consejos para viajar:

- Usa la ropa más cómoda posible y sin bandas elásticas.
- Consulta con tu médico sobre qué medicación puedes tomar para los mareos, nunca tomes nada sin consultar.
- Lleva una copia de tus informes médicos, que se te olvide tu cartilla de embarazo
- Usa protector solar y antimosquitos
- Toma algunas galletas antes de empezar el viaje, puede disminuir los mareos, no olvides beber mucha agua (preferentemente embotellada)
- Es importante evitar viajar a países que posean escasos recursos sanitarios
- En el caso de que contrates un seguro de viaje, comprueba que cubre el proceso de embarazo y parto.

La higiene

Higiene corporal

Presta atención a tu piel, en especial la piel del abdomen. La aparición de estrías no solo responde a la deshidratación de la piel o al estiramiento de las fibras musculares, sino también a factores genéticos y al tipo de colágeno. Para evitarlas te aconsejamos un jabón no agresivo y que utilices tras la ducha una crema antiestrías, o aceite en la zona del abdomen, caderas, glúteos y mamas. Realiza también ejercicio físico diariamente.

Durante el embarazo tu higiene debe ser la misma que antes, aunque notarás un aumento de sudor y flujo vaginal. En todo caso, puedes evitar los baños de asiento en el bidé por el riesgo de infección que conllevan. Conforme avance la gestación es posible que te resulten más cómodas las duchas que los baños. En cualquier caso, te recomendamos jabones con ph neutros.

Lo mejor es la ducha diaria, secar bien todas las zonas y los pliegues pues hacia el final de tu gestación si algunas zonas permanecen húmedas pueden provocarte rozaduras o lesiones (bajo del pecho, ingles, etc.). Están desaconsejados los desodorantes vaginales y los que contienen alcohol.

Si tienes flujo anómalo o excesivo que te produce picor o escozor vaginal, debes consultarlo con el tocólogo, ya que puede tratarse de una infección. En este caso, además del tratamiento que te ponga, deberás usar un jabón con ph neutro.

Los baños de asiento templados están recomendados para aliviar las molestias producidas por las hemorroides. Son frecuentes en el embarazo debido a la presión del peso uterino, además de a las condiciones vasculares previas de cada mujer. El estreñimiento agrava el problema.

En caso de que necesites utilizar una faja, usa una específica para embarazadas, pero no antes de la semana 20 de embarazo.

Cuídate el cabello y el cuero cabelludo para que lleguen en buenas condiciones al postparto.

Ojo con la depilación con cera caliente, porque está contraindicada durante la gestación. En las piernas es perjudicial en mujeres con varices.

Higiene Buco dental

El aumento de la secreción hormonal típica del embarazo favorece la inflamación de las encías que rodean los dientes, provocando la gingivitis. La gingivitis

del embarazo se puede dar entre el 60 y 75% de gestantes, y suele aparecer generalmente entre el tercer y el octavo mes de embarazo. Ésta se ve agravada si ya existía una gingivitis previa y si hay acúmulo de placa dental y sarro. Así mismo alrededor de un 25% de las mujeres en estado fértil pueden tener periodontitis, lo que podría implicar la futura pérdida del diente o desencadenar un parto prematuro y/o niños con bajo peso al nacer.

Otras enfermedades y trastornos bucales asociados al embarazo serían el aumento en el número de caries, por un aumento del consumo de azúcar y una acidificación de la saliva; la erosión dental provocada por las náuseas y vómitos, también la sequedad bucal o xerostomía, la hipersensibilidad dental y, por último, el mal aliento o halitosis.

Para prevenir y tratar estos trastornos se recomienda cepillar los dientes al menos 2 veces al día o después de cada comida con un cepillo específico de cabezal pequeño y filamentos muy suaves para no dañar las encías y con una pasta dentífrica específica que contenga algún antiséptico bucal seguro durante el embarazo. Así mismo se debe prestar atención a la limpieza de los espacios interdetales mediante cepillos interproximales, sedas y cintas dentales y/o irrigadores bucales. Por último, se pueden realizar enjuagues con colutorios específicos que también contengan algún antiséptico bucal seguro durante el embarazo.

Además, es recomendable visitar al dentista antes y durante el embarazo sobre todo para prevenir estas enfermedades y trastornos. Si hay que realizar algún tratamiento, el segundo trimestre es el periodo ideal empleando una anestesia local segura la salud del bebé.

Ropa

La ropa que utilices no tiene por qué hacerte parecer “diferente”, hay vestuario adecuado y muy cómodo que te puede favorecer, eso sí, la ropa íntima debe ser de algodón, para que transpire mejor y no demasiado ajustada para evitar rozaduras, lesiones o incluso infecciones.

Te recomendamos prendas amplias y cómodas, que no te opriman. Cuando el pecho aumente de tamaño, utiliza sujetador maternal que también te servirá para la lactancia. Los pantis que sean de tejidos muy elásticos, ajustables y que favorezcan la circulación. En caso de varices, consulta con la matrona, te dirá lo que tienes que hacer.

El uso de protectores o salva eslip no está recomendado si no son de un material como la celulosa. Es mejor que te cambies con más frecuencia de braguitas o que te laves más a menudo, en función de tu comodidad.

Calzado

Debes evitar el uso de tacones altos pues, además de ocasionarte posibles caídas o accidentes, pueden acrecentar los dolores de espalda por aumentar la curvatura lumbar. Un tacón cómodo y ancho puede hacerte sentir igual de cómoda y femenina.

Recuerda:

Mantener un buen nivel de higiene puede disminuir el riesgo de infecciones para ti y para tu hijo.

El ejercicio físico

Estar embarazada no te impide hacer ejercicio, salvo contraindicación médica por alguna complicación específica y personal, eso sí, debes realizarlo con moderación, en la medida de tus posibilidades y adecuándolo a cada etapa en la que te encuentres.

Un ejercicio que no debe faltar y es fácil de realizar es caminar diariamente entre 30 y 60 minutos. Con paso normal e intentando compaginar la coordinación con la respiración, que siempre será, tomando el aire por la nariz y soltando por la boca. Esto ya te puede servir de entrenamiento previo para cuando llegue el momento de aprender las respiraciones del parto.

Hacer ejercicio es beneficioso para la circulación, equilibrará los niveles de tensión arterial y sobre todo, te ayudará a sentirte bien.



Otra ventaja es que te ayudará a estar en condiciones óptimas para afrontar no solo los cambios músculo-esqueléticos que experimentarás durante la gestación, sino también para el día del parto. No olvides que parte de ese momento es un trabajo de mucho esfuerzo corporal.

Hay muchos centros en los que encontrarás ofertas especializadas para mujeres embarazadas (yoga, pilates, natación, etc.).

No olvides asistir al curso de Educación para el nacimiento y la crianza, donde se incluyen algunos ejercicios de preparación física y al que debes acudir en tu centro de salud, pues forma parte de los programas que la matrona desarrolla (ver apartado 10).

Tanto si tienes varices, como si sufres calambres o eres obesa cuídate las piernas. Descansa poniéndolas en alto y camina con ritmo regular durante una hora al día. También puedes hacer ejercicios con los pies: puntas hacia arriba y hacia abajo y círculos hacia la derecha y hacia la izquierda.

En el caso de los calambres puedes darte masajes en la pantorrilla cuando estés descansando y en el momento en el que se produzcan, para tratar de eliminarlos apoya una mano debajo de los dedos del pie y empuja hacia arriba.

Los dolores en la zona lumbar se incrementan a lo largo del embarazo. Los cuidados para prevenirlos consisten en evitar malas posturas y no levantar peso. Para agacharte, flexiona primero las piernas y no dobles el tronco. Se alivian con calor seco aplicado en la zona, reposo, masajes y maniobras osteopáticas.

Si aparece alguno de los signos o síntomas que se exponen a continuación, comunícaselo a la matrona o a tu médico, os aconsejarán que hacer.

Contraindicaciones absolutas

(excluyen la posibilidad de hacer ejercicio)

- Enfermedad de miocardio activa.
- Insuficiencia cardíaca.
- Enfermedad cardíaca reumática (clase II o superior).
- Tromboflebitis
- Embolismo pulmonar reciente.
- Enfermedad infecciosa aguda.
- Incompetencia cervical.
- Embarazo múltiple.
- Hemorragia genital.
- Rotura prematura de las membranas ovulares.
- Crecimiento intrauterino retardado (CIR).
- Macrosomía fetal.
- Isoinmunización grave.
- Enfermedad hipertensiva grave.
- Ausencia de control prenatal.

Contraindicaciones relativas

(consultar con la matrona y/o médico)

- Hipertensión arterial esencial.
- Arritmias cardíacas o palpitaciones.
- Historia de crecimiento intrauterino retardado.
- Historia de parto prematuro.
- Historia de abortos previos.
- Anemia u otros trastornos hematológicos.
- Enfermedad tiroidea.
- Diabetes mellitus.
- Bronquitis crónica.
- Presentación podálica en el último trimestre de gestación.
- Obesidad excesiva.
- Delgadez extrema.
- Limitaciones ortopédicas.
- Problemas de apoplejía.

Recuerda:

Tu cuerpo, tu mente y tus emociones forman parte de ti, cuídalas por igual, os beneficiará a los dos, madre-hijo y consecuentemente a tu pareja.

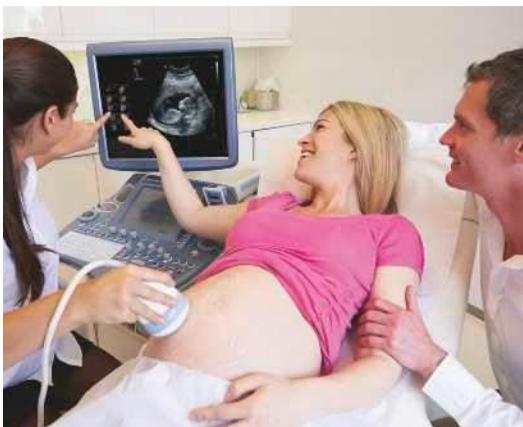
» 8. LOS CONTROLES PRENATALES

En el sistema Nacional de Salud el control del embarazo normal lo suelen realizar las matronas (con intervención o no del médico de Atención Primaria según CC.AA. o Centros de Salud) e intercalando visitas especializadas por parte del ginecólogo.

En cada visita se incluirá además toma de tensión arterial, peso, análisis rápido de orina, auscultación fetal, revisión de edemas, estática fetal y medición altura uterina.

Adjuntamos tabla orientativa que en cada CC.AA. Puede sufrir ligeras variaciones, no solo respecto al momento de la realización sino también a las pruebas y controles prenatales.

Si experimentas algún signo de alarma como dolor de cabeza intenso, anomalías en la visión, aumento excesivo de peso, o hinchazón de las piernas, cara o manos, consulta rápidamente con el tocólogo o con la matrona. Debes saber que cualquier tipo de hemorragia o pérdida de sangre debe ser consultada. También cualquier pérdida de líquido por la vagina o ausencia de movimientos fetales. Si notas contracciones frecuentes y regulares, acude a la maternidad.



Visitas a tu matrona y al ginecólogo

Pruebas solicitadas en el control de embarazo

Visita	Semana de gestación	Lugar de control	Pruebas solicitadas
1ª	< 12	At. Primaria	Urocultivo, hemograma, bioquímica (glucosa, hierro, ferritina, creatinina, ácido úrico), grupo sanguíneo y Rh, anticuerpos irregulares, serología (lúes, VIH, IgG rubeola, IgG toxoplasma), TSH. O´Sullivan, AgHBs, Hepatitis C si factores riesgo.
2ª	8-12	Hospital	ECO + screening bioquímico.
3ª	16 (12-18)	At. Primaria	Amniocentesis según resultados y/o factores de riesgo. Urocultivo.
4ª	20 (18-22)	Hospital	ECO.
5ª	24 (24-28)	At. Primaria	Hemograma, bioquímica (ácido úrico, hierro, creatinina, glucemia), Test de O´Sullivan (aunque se hubiera realizado en el primer trimestre y si el resultado fuese normal), AgHBs, sedimento de orina y urocultivo. Test de Coombs indirecto si Rh negativo. Toxoplasmosis si IgG negativo. VIH y sífilis si hay factores de riesgo y la serología es negativa.
6ª	28 (28-32)	At. Primaria	Analítica: a evaluar y registrar. Asegurar inmunidad antitetánica. (Administrar primera dosis). Profilaxis con gammaglobulina anti D en gestantes Rh negativas, si Test de Coombs negativo.
7ª	32 (32-34)	Hospital	ECO.
8ª	36 (35-37)	At. Primaria	Hemograma, coagulación (TP, APTT, FIBR), sedimento de orina. Test de Commbs indirecto en madres Rh negativas. IgG de toxoplasma si es negativo en controles anteriores. VIH y sífilis si hay factores de riesgo serologías negativas en el primer trimestre y test de exudado vaginal y rectal, y para detección de SGB.
9ª	38 (37-38)	At. Primaria	Analítica a evaluar y registrar. Segunda dosis de antitetánica.
10ª	39	Hospital	ECO + TNS. Toma de SGB si no se hubiera tomado y AgHBs.

Vacunación

Hay vacunas que son compatibles con el embarazo y que no suponen riesgos ni para la madre ni para el feto, pero no olvides que siempre debes consultar a tu matrona o ginecólogo sobre qué hacer en cada caso.



- **Vacuna antitetánica:** Su aplicación durante el embarazo prevendrá al recién nacido del tétanos neonatal, ya que los anticuerpos generados protegen al bebé hasta los seis meses de edad.
- **Vacuna antidiftérica:** La difteria es una enfermedad bacteriana que afecta a la garganta y que, en casos extremos, puede tener graves consecuencias.
- **Vacuna antitosferina:** La tosferina es una infección bacteriana aguda, cuya transmisión es por contacto directo con las personas infectadas y su contagiosidad es muy alta. Los lactantes menores de 4 meses son el grupo más vulnerable, con altas tasas de complicaciones y mortalidad.
- **Vacuna de la gripe:** Según la Organización Mundial de la Salud, las mujeres embarazadas son especialmente vulnerables al virus de la gripe. Por este motivo, la vacuna antigripal se recomienda durante los meses de septiembre y octubre, y sobre todo, a aquellas embarazadas cuya fecha prevista de parto es durante los meses de invierno.

Vacunas contraindicadas en el embarazo

Existen varios tipos de vacunas de las cuales algunas están contraindicadas en el embarazo pues contienen virus activos en su composición, que pueden causar daños al embrión. Éstas son:

- Triple viral (sarampión, rubéola y paperas)
- Vacuna contra la varicela
- Vacuna antipoliomielítica
- Vacuna contra las fiebres amarilla y tifoidea
- Vacuna contra la viruela

Si te han administrado alguna de estas vacunas es conveniente que esperes al menos un mes antes de quedarte embarazada. Por cierto, tras el parto no hay inconveniente en ponértelas, ya que no contraindican la lactancia.

Otras vacunas durante el embarazo

En función del riesgo de contraer otro tipo de enfermedades, se puede recomendar la aplicación de otras vacunas:

- Vacuna contra la rabia: No se trata de una vacuna de uso frecuente. De hecho, sólo suele aplicarse a personas con un alto riesgo de contagio de esta enfermedad.
- Vacuna contra la hepatitis B: Lo habitual es que durante el primer trimestre del embarazo se realicen una serie de análisis hematológicos para detectar posibles enfermedades como la rubéola, la toxoplasmosis o la hepatitis. Si existe un elevado riesgo de contraer hepatitis B, es posible que te recomienden que te vacunes para evitar que el feto pueda contagiarse. Además, una vez que nazca tu hijo, también recibirá dicha vacuna durante sus primeras horas de vida.
- Vacuna contra la neumonía y la meningitis (Neumococo y Meningococo): Al igual que en el caso anterior, sólo se recomienda su aplicación cuando se ha estado en contacto directo con personas que padecen estas enfermedades.

» 9. EL PAPEL DEL PADRE EN EL EMBARAZO, PARTO Y CRIANZA

El hombre tiene presentes los sentimientos de responsabilidad, ansiedad y preocupación por su pareja y por su hijo, durante todo el proceso. Posiblemente la dificultad la tenga en poder expresarlo o hacérselo saber.

Trasmítele todo lo que sientes para que él a su vez se sienta partícipe de tu embarazo, porque sufre un proceso psicológico paralelo al tuyo, también con miedos e incertidumbres. En los cursos de preparación a la maternidad/paternidad se da la posibilidad a los futuros padres de expresar libremente sus inquietudes, se consideran sus necesidades, diferentes a las de la mujer, se escuchan sus dificultades a la hora de responder a la expectativas de la mujer, se les instruye en la ayuda que han de prestar tanto en el embarazo, como en el momento del parto y en la crianza del bebé; en resumen, los cursos para hombres son un espacio donde ellos tienen la oportunidad de que sus inquietudes sean resueltas desde el conocimiento y la ayuda mutua con otros padres.

Durante el parto, tu pareja puede ayudarte animándote a realizar los ejercicios de relajación-respiración, a adoptar las posturas que te hagan sentirse mejor, masajeándote las zonas doloridas, acompañándote en la deambulación, y debe tomar contacto con el recién nacido lo antes posible.

En este período denominado “sensible” se establecen los lazos de la futura relación con el hijo. Ambos debéis participar en el cuidado del hijo para que se fortalezca el vínculo afectivo de ambos con el bebé.

¿Hay algún proceso vital donde hombres y mujeres seamos más diferentes que ante el nacimiento de un hijo? Aceptar la diferencia exige una atención individualizada, por eso hay que ofrecerle al hombre una preparación igual pero a la vez diferente a la que necesita la mujer. De su preparación dependerá la eficacia de su ayuda para con la madre y el recién nacido y su fortaleza para asumir con comprensión los cambios y dificultades del nuevo estado familiar.

» 10. LA PREPARACIÓN PARA EL NACIMIENTO Y LA CRIANZA

Desde hace décadas, el concepto y la forma de la preparación de la embarazada ha variado totalmente, puesto que no se ve en ella únicamente a una mujer que va a dar a luz, sino además, “una mujer que va a ser madre”; por ello hablamos de “Educación maternal” o de “Preparación a la maternidad/ paternidad” y más recientemente, “Educación para el nacimiento y la crianza”, con diferentes métodos y en todos ellos con información sobre el proceso, preparación psicológica y entrenamiento físico.

Para una buena preparación a la maternidad/paternidad no basta con que la mujer llegue a su maternidad somáticamente (físicamente) sana. Es necesario que ambos lleguéis psicológicamente maduros, ya que vuestra labor, resulta decisiva en el futuro desarrollo psico-emocional de vuestro hijo como persona. Interesa que el parto sea lo más llevadero posible, pero interesa mucho más, que lo aprendido os ayude a vivir conscientemente el proceso.

Es indudable, que un porcentaje muy alto de embarazadas, acude a seguir un Curso de preparación a la Maternidad, bajo una motivación fundamental: “no sufrir” o “sufrir lo menos posible”, con el único temor al “posible dolor”.

Sin embargo, una vez iniciado el curso, sus motivaciones pueden cambiar por completo. La adquisición de conocimientos y recursos para afrontar diferentes situaciones, puede hacerlos cambiar de actitud.

El aprendizaje es una característica de la especie humana, de tal manera que sin él, la humanidad no podría sobrevivir. Para que el recién nacido pueda subsistir, es necesario que lo vaya aprendiendo todo: desde agarrarse al pezón de su madre, hasta llegar a razonar en el futuro.

Pero la motivación que adquiere mayor relevancia en el curso es pensar que pasáis de ser sujetos pasivos a sujetos activos e implicados en la toma de decisiones conjuntamente con los profesionales. Este cambio de actitud, supondrá una gran ayuda, no sólo para vosotros, sino para todo el equipo que os atiende.

El papel de la pareja

El estado psíquico de la futura madre, así como su condicionamiento positivo, es claramente superior en aquellas gestantes en las que su pareja colaboró activamente.

Actualmente, el padre mayoritariamente asume activamente su protagonismo y recupera su puesto desde el primer momento. Esto supone ya una situación psicológica distinta.

En el momento del parto, la mujer necesita un apoyo moral y no encontrarse sola; qué mejor que contar con la colaboración de su pareja. Éste será su punto de apoyo emocional constante.

Pero para que la pareja sea realmente útil es preciso enseñarle cuál es su misión.

De ahí la necesidad de compartir el aprendizaje del curso, donde aprenderá a:

- 1 Decidir con ella el momento de acudir a la maternidad u hospital.
- 2 Afrontar juntos el proceso de dilatación porque puede desarrollarse lentamente y requiere el mayor acompañamiento emocional posible.
- 3 Crear a su alrededor un ambiente de tranquilidad y confianza, evitando visitas innecesarias o inoportunas. Es preferible que la familia materna o paterna pase a un segundo plano.



4

Colaborar con ella durante las contracciones para poder utilizar correctamente la relajación y el ritmo de la respiración.

5

Colaborar con el equipo que atiende a la madre durante todo el proceso.

6

Apojarla, sobre todo si las cosas se ponen difíciles y demostrarle que se siente orgulloso de ella. Eso sirve como refuerzo positivo.

Recuerda:

El padre debe implicarse verdadera e intensamente en el proceso, pues forma parte del binomio madre-hijo.

Programas de preparación

En los programas de preparación a la maternidad/paternidad intentamos dar una respuesta satisfactoria con el fin de que sea una vivencia positiva para vosotras, vuestra pareja y vuestro hijo. Una adecuada preparación, debe y puede incidir de manera directa en el aumento de la salud y bienestar de la familia.

Es posible que cada comunidad autónoma o que cada profesional tenga unos programas adecuados a las necesidades de su población o del grupo de gestantes que atiende, pero a continuación os exponemos unas líneas generales de lo que debe ser un programa de educación al nacimiento y la crianza.

El contenido de estos programas se imparte en tres grandes períodos, de forma general. El primero debe ser realizado preferentemente antes de la semana 12 de gestación y si no es posible, antes de la semana 28. El segundo se realiza a partir de la semana 28, y el tercer período, en el postparto, a partir de los 20 ó 30 días del parto.

Primer periodo

El objetivo general es que la pareja conozca precozmente los cambios y molestias que se producen durante el embarazo, para que sepan cómo cuidarse.

Los objetivos específicos son:

- Mostrarte los hábitos y costumbres sanas que debes seguir durante el embarazo
- Eliminar las ideas erróneas y distorsionadas que puedas tener referentes al embarazo y que pueden repercutir directamente en el proceso.

- Fomentar actividades positivas con tu pareja durante el embarazo, parto, puerperio y el nacimiento.
- Promocionar en la pareja relaciones positivas y satisfactorias durante el embarazo.
- Compartir la mayoría de actividades relacionadas con el proceso (visitas, paseos, etc.)

El contenido: en este primer nivel se hace de una a tres sesiones.

- Cambios físicos y psicológicos en el embarazo.
- Normas para confeccionar la dieta de la embarazada.
- Molestias que pueden aparecer a lo largo de la gestación.
- Cuidados y consejos durante el embarazo.
- Signos de alarma.
- Iniciación a la relajación y respiración.

Segundo periodo

Se intenta conseguir un estado de salud óptimo durante el embarazo, nacimiento y etapa postnatal fomentando el autocuidado.

Los objetivos específicos son:

- Reducir el estado de ansiedad y temor mediante una exacta y adecuada información y formación.
- Colaborar y participar activamente en las etapas del parto, tanto de vosotras como de vuestra pareja.
- Reconocer a vuestro hijo como ser humano activo y sensible ya desde la etapa antenatal.
- Facilitar los recursos necesarios para aumentar el bienestar durante el trabajo de parto.

El contenido: en este nivel se hace de 7 a 10 sesiones.

- Anatomía y fisiología del aparato genital masculino y femenino.
- Fecundación y desarrollo embrionario y fetal.
- Psicología durante el embarazo y puerperio, el papel del padre.
- La respiración, su mecanismo y función.

- Tipos de respiraciones en el período de dilatación y parto.
- Fases del parto.
- Diferencia entre el trabajo de parto verdadero y falso.
- ¿Cuándo acudir al hospital?
- Visita a la maternidad de referencia.
- Cuidados de la matrona en el hospital.
- Alteraciones que pueden producirse en el parto.
- Cambios y cuidados durante los primeros días del postparto.
- Cuidados del recién nacido. Nociones de puericultura.

En estas mismas sesiones te enseñarán los ejercicios de respiración, relajación y entrenamiento físico.

Respiración

Saber respirar contribuye a liberar tensión y crear un estado de relajación agradable. La oxigenación mejora el estado materno-fetal durante el embarazo y el trabajo del parto.

Los objetivos son:

- Conseguir una buena oxigenación durante el embarazo y futuro parto.
- Mantener al feto en las mejores condiciones durante el trabajo de parto.
- Crear el reflejo condicionado, contracción-relajación.



Los ejercicios de respiración deben realizarse diariamente para conseguir un buen entrenamiento, es decir, para que sean efectivos, de la misma manera que nos prepararíamos para un trabajo físico que requiriera de un gran esfuerzo físico.

Relajación

Un curso esencial para disminuir la ansiedad que probablemente te genere el trabajo del parto. Son distintas las técnicas de relajación que pueden ser utilizadas, aunque los objetivos son los mismos:

- Reducir la ansiedad y el estado de estrés en la gestante y su pareja.
- Conseguir un estado de conciencia positiva.
- Acortar la duración y las sensaciones de malestar que pueda ocasionar el proceso de parto.
- Conseguir la comunicación (vinculación) madre-hijo.

Estos ejercicios deben entrenarse diariamente para conseguir un buen aprendizaje de la técnica.

Entrenamiento físico

La preparación para la maternidad, también necesita de un buen estado físico (corporal). No se trata de una “simple gimnasia”, sino de una auténtica relajación dinámica.

Los objetivos son:

- Mejorar el bienestar corporal preparando las partes musculares osteoarticulares que intervienen no sólo en el embarazo, sino posteriormente en el momento del parto.
- Aumentar la elasticidad muscular.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Flexibilizar las articulaciones que intervienen en el parto.

Estos ejercicios se deben practicar diariamente para conseguir buenos resultados.

Natación prenatal:

Recomendada a todas las gestantes hasta la 37 semana de gestación.

Los objetivos son:

- Obtener una buena relajación.
- Control del ritmo de la respiración.
- Reforzar los músculos que intervendrán en el parto.
- Incrementar el estado anímico al mejorar las condiciones generales del organismo.
- Conseguir aliviar las molestias dorso-lumbares y disminuir la incidencia de varices.

Tercer periodo

Es el período de seis a ocho semanas en el que se producen una serie de cambios físicos y psicológicos desde que termina el parto hasta la total recuperación de la mujer, también llamado “puerperio”.

Su objetivo general es aumentar el nivel de la salud de las mujeres y del recién nacido durante el postparto.

Los objetivos específicos son:

- Lograr que adquieras las habilidades necesarias para poder cuidar de ti y del recién nacido.
- Aumentar la participación del padre en la crianza de los hijos.
- Prevenir la depresión postparto.
- Reforzar el mantenimiento de la lactancia materna, en el caso de que hayas optado por ella.
- Asesorar sobre métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados en esta etapa.
- Recuperar el tono muscular de la zona perineal y abdominal.
- Detectar cualquier problema que el bebé o tú tengáis y derivarlo al especialista correspondiente.

El contenido: en este nivel se realizan de 3 a 7 sesiones.

- Dinámica de grupo sobre su vivencia de parto.
- Conocimientos respecto al restablecimiento de la ovulación y menstruación, la reanudación de las relaciones sexuales y las ventajas, inconvenientes y contraindicaciones de los métodos anticonceptivos.
- Informar sobre los autocuidados en el puerperio tardío.

En cuanto al recién nacido:

- Reforzar la lactancia elegida.
- Desarrollo psicomotor y comportamiento.
- Patologías más frecuentes en los primeros meses de vida.
- Calendario de vacunaciones.
- La figura del padre.
- La visita al pediatra.

En cada una de las sesiones se enseñan ejercicios físicos para reforzar la musculatura y evitar las molestias en este período.

1. EL PARTO
2. EL PUERPERIO



» 1. EL PARTO

Planes de parto

La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, de noviembre de 2002 garantiza el ejercicio del derecho del paciente a consentir o no intervenciones médicas que se le propongan en el transcurso de un proceso de enfermedad o como en el caso del parto, en un proceso fisiológico que requiere atención sanitaria. Desde el 2007 tras la publicación e implementación paulatina de la Estrategia de Atención al Parto en el Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad hace hincapié “en la necesidad de respetar *las decisiones que tome la mujer informada acerca de las actuaciones de su parto dentro del marco de seguridad y calidad en su atención*”.

Estas decisiones, deben quedar recogidas en el documento denominado “Plan de Parto” para que los profesionales que te atiendan tengan acceso a esa información.

Te recomendamos que durante el embarazo recabes toda la información que puedas respecto el modelo asistencial del hospital donde vayas a dar a luz. Para ello cuenta con la matrona. Habla también con ella de tus expectativas y preferencias. La información veraz y fundada no siempre se consigue a través de consultas aisladas en internet. Pregunta todo lo que necesites saber a los que cuidamos de ti y de tu hijo. Estamos seguros de que si tus peticiones son bien fundadas, recibirás el máximo apoyo de los profesionales.

En cualquier caso, no se trata de que tú dirijas la atención especializada de tu parto porque en ese caso, no necesitarías a ningún profesional. Se trata de que participes activamente en algunas cuestiones que sí son “negociables”. Lo verdaderamente importante es que confíes en los que solo queremos ayudarte.

La Asociación Española de Matronas fue pionera en reclamar ante el Ministerio de Sanidad para que se implantara un modelo asistencial en la atención obstétrica tendente a desmedicalizar el parto cuando las circunstancias de normalidad lo permiten y que respondiera a las recomendaciones de la OMS, participando desde los inicios de todos los documentos emitidos desde el Observatorio de la Mujer del Ministerio (Estrategia de Atención al parto normal, Salud reproductiva, y Estándares de los Hospitales Maternales).

Prolegómenos del parto: Cuándo acudir al hospital

Después de aproximadamente nueve meses de larga espera, se acerca el tan ansiado momento del parto. Pero no podemos olvidar que cada parto es distinto: no tiene por qué parecerse a los anteriores ni a los del resto de la familia (madre, hermanas, etc.) que te hayan contado. Los partos son tan únicos como lo son las personas.

Unas dos semanas antes de la fecha probable de parto, aparecen una serie de signos y síntomas premonitorios: son los llamados pródromos de parto, que no van a ser los mismos en todas las gestantes, ni van a tener igual duración e intensidad:

- El abdomen desciende al descender el feto, lo que hace que puedas notar menos la pesadez de las digestiones y disminuya el ardor de estómago. Sin embargo, la vejiga está más presionada y te produce la necesidad de orinar con mayor frecuencia en escasa cantidad.
- Cuando la cabeza del bebé se insinúa en la pelvis, pueden disminuir los movimientos fetales.
- Van a aparecer, sobre todo por la tarde y por la noche, unas contracciones que la mujer puede identificar como contracciones musculares, o pinchazos en la parte baja del abdomen, pero que no son rítmicas y suelen desaparecer o disminuir con el reposo. No las vamos a considerar como contracciones de parto porque no producen dilatación, aunque sí van madurando el cuello del útero ablandándolo y preparándolo para dilatar.
- Al reblandecerse el cuello del útero se expulsa el tapón mucoso, que es generalmente espeso, y más o menos oscuro o incluso sanguinolento.
- Puede que notes más dolor de espalda y que aparezcan otros síntomas generales como flatulencias, inquietud y desasosiego, cefaleas, vómitos, etc.
- Puede romperse intempestivamente la bolsa de las aguas, aunque no tengas contracciones o falte todavía algún tiempo para el final del embarazo. En tal caso, debes acudir al hospital, donde se decidirá el tratamiento adecuado. Cuando llegues al hospital, debes explicar si has expulsado mucha o poca cantidad de líquido, y el color que tenía. La rotura de la bolsa no supone, en principio, ningún riesgo para el recién nacido, siempre que el embarazo esté a término; pero sí puede ser un riesgo de infección para la madre y un condicionante para finalizar el parto en menos de 48 horas.

Durante los días anteriores a la fecha probable del parto, pueden surgirtte algunas dudas de qué cosas necesita llevar a la Clínica, tanto para ti como para tu hijo. En los centros públicos suelen dar todo lo necesario para ambos mientras dura la estancia en el hospital; pero, como varía de unos centros a otros, no está de más que lleves un neceser con tus útiles de aseo, braguitas desechables, zapatillas, bata y un par de camisones (uno de ellos para el parto, ya usado y preferiblemente sin mangas). En los centros privados, debes llevar tus cosas y las de tu hijo, tanto de ropa como de aseo. Es importante, en cualquier caso, que no llevéis ningún tipo de joyas, piercings, ni esmalte en las uñas.

La duración de un embarazo normal suele ser de 38 a 42 semanas. Por tanto, el parto que se presente en este tiempo va a ser considerado un parto “a término” o “maduro”. Pero puede ocurrir que se presente antes (“parto prematuro”) o después (“parto postmaduro”).

Hay amenaza de parto prematuro cuando se producen contracciones regulares antes de que el embarazo llegue a término. Entonces, debéis acudir inmediatamente a un centro sanitario para que valoren vuestra situación ya que cuanto más cercano a las 40 semanas esté el parto -y siempre que no haya otros problemas añadidos, como escaso crecimiento fetal intrauterino, etc.- menos dificultades de salud tendrá tu hijo al nacer.

Estamos ante un embarazo prolongado, cuando el parto no se ha iniciado en la semana 40. Pasadas 41 semanas, el ginecólogo decidirá el momento adecuado de ingresar en el hospital para inducirte (provocar) el parto. El método será el más idóneo en cada caso.

Parto a término

A veces supone un problema decidir el momento en que se debe acudir al centro hospitalario. Lo que recomendamos es calma y no actuar precipitadamente.

Si ya has tenido más hijos, y sobre todo, si los partos anteriores han sido rápidos, deberás acudir cuando sientas las primeras molestias, que reconocerás, cuando aparezcan, por experiencias anteriores: el vientre se endurecerá por igual, durante un tiempo aproximado de un minuto, y de forma intermitente. Pero, si se trata del primer hijo, el parto, por lo general, se presentará más lentamente, la fase inicial de pródomos suele ser larga y se puede hacer aún más tediosa en el hospital; en tu casa puedes distraerte más, alternar posturas cómodas (es muy útil balancearte en una mecedora), relajarte en agua caliente etc. y salvo que haya que recorrer grandes distancias, siempre llegarás a tiempo al hospital.

Se acepta normalmente que el parto comienza de manera espontánea cuando aparecen contracciones rítmicas (que no ceden con el reposo, y que, progresivamente van aumentando en intensidad, duración y frecuencia) cada 5 minutos, y durante una hora de reloj.

Otras razones importantes para acudir al hospital, aunque no se hayan iniciado las contracciones rítmicas

1

Sangrado en cantidad superior a una regla. (No se deberá confundir con un ligero manchado, normal después de una exploración vaginal, ni tampoco con la expulsión del tapón mucoso, que ya comentamos anteriormente, podía ser moco sanguinolento).

2

Que se rompa la bolsa de las aguas, aunque no haya contracciones; hay que tener en cuenta que la rotura de la membrana a veces presenta dudas porque no fluye una gran cantidad de líquido, en ocasiones se puede producir lo que llamamos una rotura alta o un poro de bolsa que hace fluir el líquido muy lentamente y en pequeñas cantidades.

Para comprobar que se trate de esta posibilidad y no de flujo abundante o pérdidas de orina (el líquido amniótico no tiene olor), colócate una compresa y comprueba que se va mojando poquito y que la pérdida se incrementa con los movimientos o la tos, no obstante, si el color no es transparente acude lo antes posible, aunque sin urgencia, para descartar alguna complicación.

3

Descenso brusco o ausencia de movimientos fetales. Es sabido que la movilidad del feto va descendiendo progresivamente a partir de la semana 32 aprox. hasta el final del embarazo; esta disminución de movimientos del feto se explica porque el líquido amniótico en el que se mueve también se hace menor y el espacio en el que "vive" el feto se va reduciendo a medida que éste aumenta de tamaño, pero teniendo presente esto, es un signo de alarma percibir de forma repentina movimientos muy escasos y débiles o ausencia de ellos.

**Recuerda:**

Tener una información adecuada, puede ayudarte a tomar decisiones importantes que te beneficien a ti y a tu hijo por eso, en todas estas situaciones debes acudir al hospital.

¿Qué pasa cuando llegáis al hospital?

Una vez en el hospital, seréis recibidos por la matrona o el obstetra-ginecólogo que valorarán si estás o no de parto. Esta situación, junto con otros factores (estado del feto, condiciones, distancias, etc.) ayudarán a decidir si te ingresan o te mandan de vuelta al domicilio.

Para ver si estás de parto, la matrona o el obstetra-ginecólogo realizarán una exploración vaginal en la que se comprobará si el cuello del útero está en las condiciones necesarias que marcan el inicio de parto (periodo activo). Se escuchará el ritmo cardíaco fetal y con toda probabilidad se hará un registro (CTGB ó PT) del latido cardíaco fetal y la frecuencia e intensidad de las contracciones.

Si te ingresan, se hará una Historia Clínica (en el caso de que el seguimiento del embarazo se hubiera realizado fuera del hospital) en la que se reflejarán los datos sobre antecedentes personales y familiares, partos anteriores, si los hubiera, embarazo actual, y sobre la evolución del parto en curso: hora de inicio de las contracciones regulares, duración, frecuencia, expulsión del tapón mucoso, rotura (si la hubiera) de la bolsa, hora, color del líquido, cantidad, etc.

La matrona os proporcionará toda la información que necesitéis, por ejemplo, en qué etapa del parto te encuentras y cuál va a ser el proceso que se siga. Por vuestra parte, debéis plantearle a la matrona todas las dudas que tengáis. Solo así será posible crear un ambiente cordial y de colaboración, que durará todo el proceso del parto.



Recuerda:

Es de máxima importancia que lleves contigo toda la documentación que tengas del embarazo: cartilla maternal, ecografías, análisis, etc.

Si el parto ya se ha iniciado...

En el momento que te pongas de parto te monitorizarán la dinámica uterina y la frecuencia cardíaca fetal colocando sobre el vientre dos electrodos (cardiotocógrafo fetal y tocógrafo materno) para valorar las condiciones en las que estáis tu hijo y tú.

Esta es una prueba que se realiza durante el tiempo que el médico o la matrona estimen necesario, de forma intermitente o continuada, durante el trabajo de parto, incluyendo el periodo expulsivo. También es posible el control del latido cardíaco fetal (FCF) mediante auscultación intermitente con el estetoscopio de Pinard (instrumento parecido a una trompetilla) pero su uso no es ni habitual ni frecuente en la actualidad.

Según la política asistencial, protocolos y recursos humanos del centro sanitario, esta monitorización puede ser externa o interna. La externa consiste en aplicar a la pared del abdomen de la madre dos captosres, que se sujetarán con sendas cintas, y que recogerán el latido cardíaco y características de las contracciones.

Para la monitorización interna se introducen dos tipos de catéteres, uno que se fijará a la cabeza fetal y captará su frecuencia cardíaca, y otro que, colocado dentro del útero, marcará directamente la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas (muchas veces el registro de contracciones se hace mediante registro externo sin necesidad por ello de introducir captor interno).

La duración de la dilatación varía mucho de una mujer a otra, e incluso, de un parto a otro, dependiendo de cómo esté colocado el feto, de si el comienzo del parto es espontáneo o inducido. En cualquier caso, en cuanto a la duración de la dilatación, podemos establecer dos grandes grupos, en función de si la madre es primípara (si es su primer parto) o múltipara (si ha parido más veces). La fase de dilatación de la primípara es más lenta porque requiere previamente que el cuello del útero vaya haciéndose más fino hasta desaparecer, es decir “borrarse” por completo, y que luego empiece a dilatar. La fase de dilatación de la múltipara es, en cambio, más rápida porque el cuello “se borra”, (desaparece) y dilata al mismo tiempo.

Las fases del parto:

El parto consta de tres fases o períodos:

1

Período de dilatación

Abarca hasta que el cuello dilata completamente. Es el más largo y el que le resulta más pesado a la mujer. Puede durar desde 4 ó 5 horas, hasta 12, en las primíparas, y desde 2 o 3 horas, hasta 8 en las múltiparas. Las contracciones suelen ser rítmicas, cada 2-3 minutos. Cuando las contracciones espontáneas no son rítmicas, se suele poner un suero con oxitócica, ya que es fundamental que la mujer tenga contracciones regulares, para facilitar la progresión del parto.

Otra cosa es que las contracciones sean más o menos dolorosas. El dolor es un factor que suele acompañar a las contracciones: al principio es una molestia en el abdomen, que se puede irradiar a la zona lumbar baja y a medida que progresa la dilatación, se hace más intensa y severa, irradiándose a toda la zona lumbar y al sacro. Cada mujer va a sentir de manera diferente la contracción. Ahora bien, es fundamental que tengas una actitud tranquila, relajada y colaboradora, que

te ayudará a mantener el útero también más relajado y favorable a la dilatación. Además, te cansarás menos y respirarás mejor, con lo que tu hijo también va a conseguir una mejor oxigenación, algo que también es muy importante para él en estos momentos.

Es el momento de poner en práctica las técnicas de relajación y respiración aprendidas durante la preparación maternal, con la seguridad de que contará con el refuerzo de la matrona que te dará las indicaciones oportunas sobre las posiciones más adecuadas y favorecedoras para la marcha del parto.

La prohibición de ingerir sólidos y líquidos por si fuera necesaria una intervención con anestesia general ha quedado obsoleta si se aplica sin excepciones, pero está en función de los protocolos establecidos en el servicio de anestesia y reanimación de cada hospital.

En general los partos e intervenciones ginecológicas son atendidos con anestesia local que reduce el riesgo de accidentes respiratorios por aspiración de contenido gástrico en la anestesia. Si solamente quieres refrescar la boca y labios reseca, puedes pedir una gasa mojada en agua, enjuagarte y lavarte los dientes. Es posible tomar líquidos, incluso comer algo ligero dependiendo del punto en que te encuentres del parto (normalmente al inicio) y siempre hablado con la matrona que cuida de ti, y si está contemplado en los protocolos de actuación. Para los labios que suelen estar agrietados, puedes utilizar vaselina.

Deberás vaciar la vejiga durante ese período, a poder ser, de forma espontánea. También habrás de estar siempre seca, y lo más cómoda posible, para lo que te cambiarán la ropa de la cama y los empapadores las veces que sea necesario. Si las circunstancias lo permiten (sin restricción de movilidad) puedes ir al baño por tus propios medios y ayudada por tu pareja o la matrona que te acompaña en ese momento.

En este período y si lo deseas y la epidural no reduce la movilidad de tus extremidades inferiores, puedes solicitar permanecer sentada, sobre la pelota, de pie o paseando, eso sí, será la matrona la que valore las circunstancias concretas de cada momento y de cada mujer. Se trata de estar lo más cómoda y confortable posible, al mismo tiempo que evolucione favorablemente la dilatación y nada afecte a la seguridad del feto.



Recuerda:

Comunica a la matrona que te acompaña tus necesidades, estamos para atenderte y ayudarte en todo momento.

2 Periodo expulsivo

Desde que se alcanza la dilatación completa hasta la expulsión fetal.

Requiere que la cabeza flexione y rote adecuadamente, es decir, se coloque en la posición necesaria y adecuada para poder descender. Puede durar de 5 a 15 minutos en la múltipara y más de una hora en la primípara. El dolor puede aumentar por la distensión del periné. Tendrás grandes deseos de empujar ocasionados por la compresión de los nervios de la pelvis, seguramente sentirás alivio con cada pujo. Si tienes analgesia epidural, este periodo se suele alargar, no tendrás dolor pero percibirás una sensación de peso o presión en la zona perianal. Es muy importante que sigas todas las instrucciones que se te den (inspiraciones, pujos, respiraciones, relajación, posición correcta, etc.), siempre encaminadas a un final más beneficioso tanto para ti como para tu hijo.



Cuando la cabeza empieza ya a ser visible desde fuera (se dice que la cabeza “abomba” en el periné) se valora la necesidad de efectuar una incisión en el mismo, que se conoce como “episiotomía”; suele ser necesario con más frecuencia en primíparas que en múltiparas; desde hace un par de décadas, convencidos los profesionales de la obstetricia de que no reporta tantos beneficios como durante años se creyó, se practica de una forma selectiva. No obstante, para conseguir evitarla, se requiere una buena preparación materna durante el parto.

Si el parto es normal y no necesita de instrumentación (fórceps, ventosa, etc.), en la mayoría de hospitales, se permite la presencia de la pareja, para que colabore con la madre en su esfuerzo final y comparta la alegría del nacimiento de su hijo.

3 Período de alumbramiento

Comprende desde la salida del feto hasta el desprendimiento de la placenta. Se necesita también en esta fase de vuestra colaboración en los pujos o relajación, según convenga a fin de que la placenta se expulse.



Recuerda:

La vivencia de este momento marcará el recuerdo del nacimiento de tu hijo. Pon todo lo que puedas de tu parte para que sea lo más satisfactorio posible, nosotros también lo haremos.

Anestesia/ Analgesia epidural

Es un tratamiento para el dolor utilizado en diferentes especialidades. En los últimos años es muy frecuente ofrecer a la mujer esta técnica para aliviar el dolor en el parto.

No se aplicará hasta que la mujer haya sido examinada por la matrona, el obstetra y el anestesiólogo y constaten que a priori no existe ninguna contraindicación para su aplicación. Después tendrás que firmar un consentimiento. (Art. 8, 9 y 10 de la Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación clínica).

Es comprensible que se quiera eliminar el dolor, pero no se debe pensar en la analgesia epidural como en un fin, simplemente es un medio que, en determinados casos, puede ser conveniente, pero nunca imprescindible para el parto. Creemos que el control del dolor de los pródromos de parto es perfectamente soportable con una buena preparación. Cuando el inicio del parto esté bien instaurado y después de comprobar que el feto está bien, será el momento adecuado para aplicar la anestesia epidural sin interferir en el progreso normal del parto.

Existen contraindicaciones para la aplicación de la anestesia epidural como:

- Infección local (lugar de la punción) o general.
- Trastornos de la coagulación y tratamiento con anticoagulantes.
- Hemorragia severa o shock.
- Eclampsia.

- Parto muy avanzado o aparición de complicaciones que exijan su finalización rápida. Es importante señalar que cuando la dilatación está muy avanzada (8-9 cm.) tampoco está indicada su aplicación ya que la posibilidad de complicaciones supera a los posibles beneficios, añadiendo además que, en esta circunstancia, su efectividad es muy baja.
- Tatuajes que cubran la zona de punción.

Pero ésta, como todas las técnicas médicas, no es absolutamente eficaz ni absolutamente inocua, ya que se pueden producir los siguientes problemas:

- Dolores de cabeza persistentes tras el parto.
- Hipotensión (descenso de la tensión arterial) que a su vez puede ocasionar la bajada del ritmo cardiaco fetal.
- Dificultad para orinar espontáneamente.
- Fallos anestésicos, que suelen ser parciales, es decir, la mujer continúa notando dolor, aunque sólo en alguna zona concreta.
- Convulsiones.
- Dolores lumbares en la zona de punción.
- Complicaciones a nivel de sistema nervioso central: hematoma epidural o subdural, meningitis, etc. (son muy infrecuentes).
- Tiempo de expulsivo más largo.
- Mayor frecuencia del uso de fórceps o ventosa para terminar el parto, sobre todo cuando la madre no colabora.
- Punción accidental de un vaso sanguíneo, lo que obliga a volver a realizar una nueva punción.
- Temblores, náuseas, vómitos, picores.
- Salvo en el caso de poderse aplicar una "Walking-epidural" (epidural que permite deambular) la madre se ve forzada a permanecer encamada.

A todos estos problemas que no son frecuentes, habría que añadir los riesgos personalizados de la gestante (aquellos relacionados con el estado de la salud de la embarazada), pero como contrapartida, las ventajas de la anestesia epidural son notables:

- Es la única que ofrece una buena analgesia en todas las fases del parto.
- Al hacer que desaparezcan el dolor y la ansiedad de la madre, ésta vive su parto con más naturalidad.
- Permite a la mujer estar consciente, en todo momento, de lo que pasa en su parto.

En general, si la madre está bien preparada para el parto colaborará eficazmente.

No siempre un embarazo puede finalizar por vía vaginal. Hay circunstancias (posición transversa, placenta previa, enfermedad, cirugías etc.) que, a priori, imposibilitan el parto y se programa una cesárea. En el transcurso del parto, ocasionalmente y de forma urgente, pueden presentarse situaciones fetales o maternas que indiquen una finalización rápida mediante una cesárea, en otras ocasiones, tras horas de dilatación y ante la no progresión de la misma, se ha de recurrir a una cesárea para que el niño nazca.

La cesárea que se efectúa tras un fracaso o incidente en la dilatación de parto, se hace, generalmente, utilizando la vía epidural en aquellas madres a las que se les ha aplicado anteriormente. En el supuesto de que la intervención sea urgente, se utiliza anestesia general; en todo caso, dependerá de la decisión del equipo médico, que aconsejará lo más conveniente.

Analgesia por inhalación

La analgesia por inhalación es una alternativa farmacológica eficaz en el control del dolor durante el trabajo de parto que simplifica todo el procedimiento y los efectos secundarios de forma sencilla mediante la inhalación de una mezcla de gases, óxido nitroso y oxígeno al 50%.

Esta mezcla de gases proporciona una analgesia considerable y no invasiva. Tras su administración, aporta un alivio rápido del dolor (unos 20/30 segundos), induciendo a la mujer a un estado de sedación consciente, que le permite controlar el dolor y le ayuda a reducir la ansiedad asociada al mismo, para conseguir una adecuada relajación y una mayor satisfacción y participación de la experiencia del parto. Este tipo de analgesia se elimina rápidamente del organismo una vez finalizada su inhalación desapareciendo su efecto a los pocos minutos.

Es muy fácil de usar. La inhalación debe sincronizarse con el inicio de la contracción para hacer coincidir el momento más intenso de la contracción con el máximo efecto analgésico. La administración es realizada por la propia embarazada, mediante una mascarilla o una boquilla, bajo la supervisión de la matrona, lo que permite que ella gestione de forma eficiente el alivio de su dolor y, al mismo tiempo, mantenga el control de su cuerpo.

No impide la movilidad durante todo el periodo previo al nacimiento y aumenta la intimidad de la mujer puesto que no precisa la actuación de otros profesionales sanitarios distintos a la matrona durante el proceso de dilatación.

Los efectos secundarios son leves (mareos, náuseas, sequedad de boca) y desaparecen rápidamente al finalizar la inhalación. Su uso no interfiere con el desarrollo del parto.

El uso de la analgesia inhalada es compatible con otros métodos analgésicos, incluida la anestesia epidural.

**Recuerda:**

Además de la analgesia epidural y por inhalación existen otras alternativas no farmacológicas para ayudar a mitigar y controlar mejor el dolor en este proceso:

Éstas son algunas:

- **Inyección de agua destilada:** La inyección intra/subdérmica de 0'05 ml-1ml de suero estéril en cuatro puntos predeterminados de la región sacra, tras 30 segundos de dolor o picor, produce un alivio de los dolores bajos de la espalda durante 60-90 segundos.
- **Inmersión en agua:** Se recomienda la inmersión en agua de 37º hasta cubrir el abdomen una vez alcanzados los 4-5 cm de dilatación y mantenerla 1 ó 2 horas.
- **Masaje:** El masaje y el tacto tranquilizador durante el parto pretenden ayudar a las mujeres a relajarse y a aliviar el dolor de las contracciones, transmitir interés, comprensión y procurar consuelo. Realizado por el acompañante, permite, además, integrar a éste en el proceso del parto.
- **Pelota de partos:** Las grandes pelotas de goma se han utilizado en las áreas de parto, buscando el bienestar de las mujeres proporcionándoles un tipo de asiento cómodo que permite la movilización de la pelvis, relajación de los músculos perineales y el alivio consiguiente.

El contacto precoz piel con piel

Los beneficios del contacto precoz madre-hijo para ambos son incuestionables (incluso en caso de no poder efectuarse con la madre, sería deseable sustituirla por el padre), por tanto, tras el nacimiento, lo pondrán sobre tu abdomen de forma que perciba vuestro calor, olor, el tacto y el sonido de tu voz. Antes lo secarán y cubrirán con un paño, en muchas maternidades se les coloca un gorrito. Todo ello para no incrementar la pérdida de calor; mientras, se espera el cese del latido para cortar el cordón umbilical (si no va a efectuarse donación de sangre de cordón umbilical).

Se os animará y apoyará desde ese momento a iniciar la lactancia precoz en caso de que ésta sea vuestra elección para la alimentación de tu hijo.

Creemos oportuno posponer cualquier procedimiento sobre el recién nacido salvo la identificación y la valoración de Apgar y que además estas pruebas, preferentemente se realicen sin perder el contacto, al menos visual, contigo y con tu pareja, ahora ya, padre.

La identificación del recién nacido (huellas dactilares del dedo índice y medio) quedará registrada conjuntamente con la tuya en un impreso que no admite falsificaciones y que consta de dos partes: una para archivo de historia clínica y otra para los padres e igualmente se procederá a la identificación en la hoja destinada a la inscripción en el del Registro Civil. Tanto tu hijo como tú también quedaréis identificados mediante pulseras.



» 2. EL PUERPERIO

Una vez que el parto ha tenido lugar, comienza una nueva etapa a la que tu pareja y tú tendréis que adaptaros.

El ritmo de la vida diaria se modificará por la llegada del "nuevo inquilino": el bebé, que requiere toda vuestra atención y responsabilidad. Todo ello puede suponer para los dos un gran esfuerzo que debéis tomar con calma, y si es posible, buscando la ayuda de alguien que colabore en las tareas de la casa. Sobre todo no debéis angustiarnos.

Aspectos físicos:

A nivel físico, también suceden cambios hasta recuperar el estado normal del organismo. El útero, la vagina, los ovarios, los músculos abdominales, etc., deben volver a sus dimensiones habituales.

Esta recuperación física sucede en un período de tiempo muy corto, entre las seis y ocho semanas siguientes al parto.

Los principales cambios durante el puerperio son:

- Involución (volver al estado anterior) de órganos y sistema hormonal.
- Adaptación de la mama para la lactación.

Los cambios físicos durante el puerperio tienen como fin:

- La prevención de infecciones en la vejiga, mamas y útero.
- El retorno al estado normal de las estructuras pélvicas, y especialmente el útero, que recobra sus características previas a la gestación.
- Recuperar el tono muscular del abdomen, perdido por la distensión producida por el embarazo.
- La lactancia comienza a partir del nacimiento del niño y puede prolongarse tanto como la madre y el bebé quieran, aunque pasados los seis primeros meses haya que introducir otros alimentos para complementar la dieta.

Después del parto cuida tus cabellos ya que estos sufren una caída natural. Para fortalecerlos y detener la caída es útil la aplicación de compresas de levadura de cerveza, éstas contienen las vitaminas necesarias. Toma una dieta correcta que contenga todos los elementos necesarios para la nutrición del cuero cabelludo. Escoge un tipo de champú que sea apropiado para tu cabello, si éste es seco, aplícate una crema suavizante, no utilices el secador ni muy cerca, ni demasiado caliente, y no recojas el pelo con gomas elásticas.

Aspectos psicológicos

Los primeros dos o tres días tras el parto, están caracterizados por la pasividad y la dependencia. Estás ansiosa por tomar decisiones, influida por todo tipo de sugerencias, estás preocupada por tus necesidades y principalmente, por las de tu hijo.

Se trata de una fase de adaptación que, a partir del tercer o cuarto día, consistirá en asumir la nueva situación familiar y por supuesto, en unos tremendos cambios que tu organismo sufrirá para volver a su estado previo al embarazo.

La depresión postparto es padecida por un elevadísimo porcentaje de mujeres. La causa física que la produce es la disminución del nivel de estrógenos y progesterona. Psicológicamente se explica como el desajuste producido entre las fantasías que habías mantenido durante la gestación y la realidad; tu hijo ya tiene forma y necesidades muy concretas.

La intensidad y duración de la depresión varía según sea leve o mayor. El primer caso es el más frecuente, se inicia en los primeros días del postparto y remite de forma espontánea a las dos semanas. La mujer se siente cansada, apenada, llora, está muy sensible a cualquier comentario, ansiosa, abatida, con dificultades para dormirse y con el sentimiento de no ser capaz de atender a su hijo. Suele ser suficiente el apoyo de su entorno. Sólo el 10/20% de las púerperas sufren la depresión mayor que se manifiesta en cambios en el sueño, la energía, el peso y la lívido. Normalmente se inicia en las cuatro primeras semanas tras el parto y se recomiendan medidas de orden general, como la psicoeducación.

Puede durar dos o tres días, e incluso semanas o meses.



Para superar las ansiedades posteriores al parto es necesaria la acción preventiva, es decir, la preparación a la maternidad y la crianza, que te ayudarán a asumir tu nuevo papel de madre.

Consejos prácticos para la prevención de la depresión posparto

En cuanto a la nutrición y alimentación:

Después del parto es normal sentirse cansada, tu cuerpo ha perdido sangre y nutrientes y debes recuperarlos. La ayuda es importante y comer bien puede depender de esta ayuda. Aunque no tengas mucho apetito es fundamental tanto para ti como par tu hijo, llevar una dieta rica en proteínas, vitaminas, etc. lo mejor, una dieta mediterránea y equilibrada, con todos los líquidos necesarios, de 1 a 2 litros. La ingesta de levadura de cerveza enriquece la leche materna por su contenido en vitaminas del grupo B, ácido fólico, ácidos grasos y minerales.

Si eres mala comedora, puedes tomar suplementos polivitamínicos, habla con tu matrona o tu médico.

En cuanto al sueño y al descanso:

Es importante aprovechar los periodos de descanso de tu hijo, independientemente de la fase del día que sea. Los primeros 15 días son cruciales y llegado el caso que no durmieses o descansases lo suficiente, se podría agravar la recuperación. Utiliza técnicas de relajación, duchas o baños relajantes. Ojo si tomas algún fármaco siendo madre lactante, porque puede pasarle a tu hijo a través de la leche.

En cuanto a las visitas:

Es importante organizarse las visitas de los familiares y amigos, las llamadas de teléfono, etc. Muchas veces, con buena intención, acuden a verte a horas en las que estás descansando o atendiendo a tu hijo (baño, lactancia,...).

Puede que te resulte algo violento, al principio programar las visitas pero a la larga, lo agradecerás. Tener que estar pendiente todo el día de visitas a deshora, además de todos los cambios físicos y psicológicos que estás experimentando, puede desbordarte y convertirse en un riesgo añadido innecesario.



En cuanto al ejercicio:

Levántate de la cama el mismo día del parto. Alterna descanso y movimiento; te beneficiará psicológicamente y evitará complicaciones propias del puerperio. Es posible que los primeros días no te apetezca salir a la calle, dependerá de cómo te encuentres pero tampoco debes quedarte mucho tiempo sin salir. Puedes aprovechar y dar un paseo de 30 min con tu hijo, a una hora adecuada. Os beneficiará a los dos, tú por el ejercicio y los dos por el sol. Progresivamente, puedes ir incorporando otros ejercicios a tu vida diaria, consulta con tu matrona para que te indique los ejercicios más adecuados. Tener un buen tono corporal te ayudará a sentirte más despejada y centrada.

Por último, en esta etapa de posparto, los importantes sois vosotros, la familia; debes cuidarte y sobre todo dejarte cuidar, el 90% de las mujeres lo superan sin problemas.



Ante todo, Recuerda:

La matrona es la profesional tuya de referencia, cualquier duda o situación puedes consultarla con ella, seguro que te orienta a la mejor de las soluciones.

Preocupaciones más frecuentes

Algunas cuestiones que suelen preocupar después del parto son:

¿Cómo realizar la cura de los puntos, si los tienes?

Si se ha efectuado una episiotomía o has tenido un desgarro, es necesario que mantengas siempre la herida limpia y seca para su total cicatrización. De ahí que:

- Debas mantener los hábitos de higiene habituales (ducha) pero evitando el baño por lo menos durante los primeros días (no es necesario utilizar ningún antiséptico específico) y siempre que lo necesites tras defecar u orinar pero sin realizar baños de asiento, es mejor que el agua corra y limpie por arrastre.

- Realiza siempre el lavado a chorro y en dirección de la vagina al ano, nunca en sentido contrario y sécala bien, presiona (empapando) con una compresa sobre la herida (no la arrastres por encima de ella) y quedará seca.
- Cámbiate de compresa con mucha frecuencia (mejor que éstas sean de algodón).
- No utilices braguitas sintéticas ni pantalones ajustados.

La episiotomía cicatriza entre los 7 y 10 días después del parto y los puntos aplicados externamente caen solos.

Si has tenido una cesárea, la herida cicatrizará en 5-6 días (la cicatrización total tardará unos cuantos días más) y los puntos (o grapas) te serán retirados entre el 6º y el 7º día por tu matrona en el centro de salud.

No hay inconveniente para ducharse teniendo una cesárea, únicamente, tras ella, hay que secar bien los puntos (con una gasa presionando sobre cada uno de ellos) y cambiar el apósito.

Evita estar mucho tiempo de pie para eliminar la tensión en la región perineal, es aconsejable que periódicamente relajés y contraigas los músculos perineo-pélvicos que estimulan la circulación y el tono muscular.

En caso de que tengas varices no permanezcas de pie mucho tiempo, sube a pie las escaleras, camina a buen paso, descansa con las piernas levantadas, y emplea medias elásticas.



Recuerda:

Es fundamental mantener una buena higiene general, la ducha diaria es lo más recomendable.

¿Cuándo acudir a la primera revisión tras el parto?

Al igual que el embarazo, el postparto es un período que precisa de control profesional, por tanto es conveniente realizar estas visitas en torno al décimo día después del parto, antes, ponte en contacto con tu matrona que, ante cualquier incidencia puede visitarte en tu domicilio o si prefieres, pásate por la consulta.



Signos de alerta en el puerperio

- Fiebre de 38°C o más (aunque en el puerperio puede ser normal una elevación de la temperatura por la “subida de la leche”). Si la fiebre persiste 24 horas, consúltalo.
- Coágulos grandes e incremento del sangrado.
- Dolor en la zona baja del vientre.
- Loquios fétidos (mal olor de los loquios).
- Dolor, tensión y enrojecimiento en la zona de los puntos.
- Molestias al orinar, con ardor, quemazón...
- Enrojecimiento, dolor y calor en los pechos.
- Dolor en el pecho, con sensación de falta de aire.
- Dolor en las pantorrillas o en los muslos (con enrojecimiento, dolor y calor).
- Depresión profunda pasadas dos semanas.

Tienes que acudir a revisión médica a las seis semanas del parto, para que tu matrona o el médico, verifiquen la involución de los órganos genitales. Examinará los senos, la pared abdominal y el periné. Deberás indicarle cualquier anomalía, molestia o dudas que tengas.

Hemorroides y estreñimiento

Para aliviar las hemorroides que a veces aparecen con el esfuerzo del parto, y se agudizan más si persiste el estreñimiento, es conveniente que añadas más fibra a la dieta: frutas verduras, pan integral y abundante agua; debes extremar la higiene anal, tras cada micción y sobre todo, defecación, lavando bien la zona (agua tibia, nunca caliente) y secando bien, evitando rascar o frotar para prevenir infecciones. Cuando producen mucho dolor se puede aplicar a ratos una bolsa de hielo o compresas de agua helada (fría) en la zona. A parte de utilizar estos remedios, consulta a tu médico que, probablemente te recete una pomada antiinflamatoria.

¿Cuándo se reanuda el ciclo menstrual?

Varía en cada mujer. Aquellas que no han dado la leche materna vuelven a tener la menstruación alrededor de los 40 días tras el parto. Las que sí han dado lactancia materna, en un porcentaje muy elevado, no reanudan su ciclo menstrual hasta el destete. Para saber cuándo retorna la fertilidad basta con observar la secreción cervical, aquello que habitualmente conocemos por “flujo vaginal”. Los días en que

éste aparece elástico y transparente son compatibles con días potencialmente fértiles. Esto es bueno tenerlo en cuenta como el elemento básico de la planificación familiar. Consulta a tu ginecólogo o en la unidad de planificación familiar sobre cuál es el anticonceptivo más adecuado.

Método anticonceptivo natural durante la lactancia: MELA

Las mujeres que están en amenorrea, es decir, no tienen la regla, durante la lactancia materna y no utilizan métodos anticonceptivos, pero amamantan por completo o casi por completo, tienen menos de un 2% de probabilidad de quedar embarazadas, en los primeros 6 meses tras el parto.

Desde 1989 la utilización de aquellas normas como método individual de planificación familiar se llamó método de la amenorrea de la lactancia o M.E.L.A.

Los requisitos que deben cumplirse para poder utilizar este método son:

- No haber tenido aún la regla.
- El niño tiene que tener menos de 6 meses.
- El niño solo debe estar tomando pecho (lactancia materna exclusiva sin interrupción).
- No deben transcurrir más de 4 horas entre las tomas.



Fin de aplicabilidad del MELA

Al igual que para iniciarlo, se deben dar algunos de los siguientes requisitos:

- A partir del día 56 después del parto: Si a partir de este momento se da sangrado de más de 1 día o manchas (spotting) de más de 2 días consecutivos.
- Toma regular de suplementos.
- El bebé tiene ya 6 meses.

Por tanto, el MELA debería considerarse como la primera opción de planificación familiar tras el parto en mujeres lactantes, sobre todo porque garantiza 6 meses con una alta eficiencia de forma natural y muy sencilla.

Por otro lado, si este método no te resulta cómodo o fiable, existen otros alternativos a base de anticonceptivos orales. Estos son algunos de ellos:

Métodos anticonceptivos:

Anticonceptivos orales (minipíldora): hay que tomarla diariamente, siempre a la misma hora y sin descanso. A algunas mujeres les provoca un pequeño, pero continuo sangrado, conocido como “spotting”.

Implante subdérmico: se coloca en la consulta de la matrona o ginecólogo, en la zona superior e interna del brazo. Tras aplicar anestesia local, se coloca inmediatamente por debajo de la piel con una aguja especial. Tiene el tamaño de una horquilla, y debe cambiarse cada 3-5 años, dependiendo del fabricante.

Inyección trimestral: se suministra cada 12 semanas

D.I.U. (dispositivo intrauterino) de liberación hormonal: se debes esperar a las 6 semanas postparto para su colocación en el útero, siempre en la consulta de la matrona o ginecólogo, mediante la introducción de un espéculo en la vagina, y con ayuda de un aplicador especial. El procedimiento no dura más de 5 minutos.

Las menstruaciones son más ligeras o incluso ausente. Es efectivo por 5 años.

Los cuatro anticonceptivos nombrados anteriormente funcionan únicamente con gestágenos, con lo cual no se reduce la producción de leche, que si ocurriría con el uso de estrógenos.

Es importante acudir a la consulta de la matrona o del ginecólogo, para solicitar información y aclarar posibles dudas antes de iniciar cualquiera de estos métodos anticonceptivos.



Recuerda:

Sea para uno u otro método el que utilices, se recomienda que tras el parto consultes con tu matrona para que te de las indicaciones oportunas al respecto.

Prevención de la incontinencia urinaria y disfunción del suelo pélvico

El suelo pélvico es el conjunto de músculos que sirven de apoyo y sostén del útero, vejiga e intestino grueso. Para que estos órganos realicen correctamente sus funciones, es necesario que los músculos del suelo pélvico mantengan el tono y la fuerza adecuadas.

¿Por qué se debilita la musculatura pélvica?

El embarazo y el parto son los mayores causantes de que esta musculatura se debilite, aumentando el riesgo si el bebé es grande, o si se ha producido un desgarro perineal en el parto. También tiene que ver la herencia, ciertos deportes que requieren saltos o impactos (tenis, baloncesto, atletismo...), tos crónica, tocar instrumentos de viento, obesidad, estreñimiento crónico, retención prolongada de la orina, ropa muy ajustada... A estas causas se suman, a largo plazo, los típicos desajustes de la menopausia, agravándose entonces el problema.

La falta de tono muscular puede provocar:

- Pérdida de orina involuntaria: que puede ser de esfuerzo (al toser, estornudar, reír, saltar, etc.). Es frecuente en los últimos meses de embarazo y puerperio, sobre todo en mujeres que hayan tenido más de un hijo.
- Prolapso genital: descenso del útero, de la vejiga y del recto.
- Disfunciones sexuales: por el debilitamiento de la musculatura vaginal, produciendo una disminución de la sensibilidad sexual de la pareja durante el coito, ya que la vagina no ejerce la suficiente presión sobre el pene.

¿Qué podemos hacer?

Sobre todo prevenir, fortaleciendo y cuidando la musculatura del suelo pélvico desde la adolescencia y, por supuesto, durante el embarazo y postparto.

Es importante aplicar unas medidas higiénicas generales como no llevar prendas ajustadas a la zona, evitar determinados deportes (correr por ejemplo, está desaconsejado) y no retener durante mucho tiempo la orina.

Estar alerta a cualquier síntoma de los que se han enumerado anteriormente.

Es fundamental realizar los Ejercicios de “Kegel” para recuperar el suelo pélvico, que consisten en contraer la musculatura del suelo pélvico y relajarla en diferentes tiempos y posturas. También los Ejercicios Hipopresivos o la utilización de conos vaginales.



Ejercicios de “Kegel”

¿Cómo se realizan?

- Supón que estás haciendo pipí y contraes fuertemente la zona, como si quisieras parar la salida de la orina, después relaja la zona.
- Supón que tienes una pérdida de sangre menstrual y aprietas la vagina para retener el flujo, después relaja de nuevo.
- Imagina que te pones un supositorio y contraes el esfínter anal para evitar su salida.

Cuando hayas aprendido estos ejercicios de forma individual, debes realizar los tres al mismo tiempo. Es muy importante evitar contraer otros músculos como los abdominales, nalgas y muslos. No debes contener la respiración durante los ejercicios.

Estos ejercicios puedes realizarlos en cualquier postura, aunque para aprender, lo más fácil es hacerlo sentada en una silla, con las piernas un poco separadas, inclinada hacia delante y apoyando los antebrazos sobre los muslos, así evitarás tensar otros músculos que no sean los del suelo pélvico. Una vez que domines la técnica, puedes realizarlos en cualquier postura, siendo recomendable hacerlos al menos 10 veces al día.

Respecto a los tiempos a la hora de realizar los ejercicios de “Kegel”, existen varios modos:

- 1 El lento: Contrae como cuando intentas detener la orina, durante 5 segundos, relajar otros 5 segundos. Aumenta las repeticiones hasta llegar a 50 veces. Poco a poco aumenta también el tiempo de contracción hasta llegar a los 20 segundos.
- 2 El rápido: Aprieta y relaja los músculos tan rápidamente como puedas hasta cansarte. Empezar con 10 repeticiones e ir aumentándolas hasta llegar a 50.
- 3 El ascensor: Este ejercicio requiere cierta concentración, pero sus resultados son buenos. La vagina es un tubo muscular con secciones en forma de anillo dispuestas una sobre otra.

Imagina que cada sección es una planta diferente de un edificio, y que sube y baja un ascensor tensionando cada sección. Empezar subiendo el ascensor suavemente hasta la primera planta, aguanta durante un segundo y sube hasta la segunda planta. Sigue subiendo tantas plantas como puedas (normalmente no más de cinco). Para bajar, aguanta también un segundo en cada planta. Cuando llegues abajo, intenta ir al sótano, empujando los músculos pélvicos hacia abajo durante unos segundos (tal y como si estuvieras de parto). Finalmente, intenta relajar por completo la musculatura durante unos segundos. Sobre todo, no olvides respirar pausadamente y no realices el ejercicio con ayuda de los músculos abdominales.

- 4 La onda: Contrae la uretra, seguido de la vagina y, por último, se suma a la contracción el ano. Relajar en sentido inverso (ano, vagina, uretra).

Los conos vaginales

Puedes utilizarlos una vez finalizado el sangrado, y cicatrizadas las heridas de la vagina (si las hubiera). En el caso de cesárea en cuanto el dolor no te limite. Se utiliza el cono de mayor peso que se es capaz de retener sin realizar ningún esfuerzo mientras se camina o se está de pie. Mantenerlo 15 minutos 2 veces al día.

Los Ejercicios Hipopresivos

Precisan de una iniciación dada por un profesional, después se pueden realizar en casa.

Si asocias estos ejercicios a alguna tarea cotidiana, acabarás realizándolos sin darte cuenta; por ejemplo, cada vez que te cepilles los dientes, cada vez que te mojes las manos, cuando hagas el trayecto de casa al trabajo en un vehículo, mientras esperas a que el semáforo se ponga verde, mientras ves la tele... si actúas de esta manera, se convertirán en una costumbre y no te olvidarás de hacerlos.

Por último, ten en cuenta que no sólo debes realizarlos durante el embarazo y el puerperio, sino durante toda la vida. Es una garantía para mantener en buenas condiciones tu musculatura pélvica, algo que tanto tú como tu pareja agradeceréis.



Recuerda:

Si tienes alguna duda coméntalo con tu matrona, ella te asesorará.

Recuperación de las relaciones sexuales

En principio las relaciones íntimas con tu pareja no tienen por qué haberse interrumpido, salvo la coital por las razones que ya explicamos en su apartado durante el embarazo.

No obstante, retomarlas no siempre es fácil ni se tiene la información necesaria para vivirlas plenamente y sin que afecte a la salud sexual de la pareja. Veamos a continuación.

Hay un periodo de recuperación física (6-8 semanas) en las que toda la zona genital vuelve al tamaño, forma y sensibilidad previa y en la que por lo general se ha dejado de sangrar. Por lo tanto, teóricamente se podrían iniciar las relaciones coitales, siempre y cuando los dos lo deseéis y sea de mutuo acuerdo (la llamada “Cuarentena”) pero esto no siempre tiene por qué ser así. Muchas parejas las inician antes o después, depende de muchos factores, sobre todo por la parte que corresponde a la madre.

Esto es, dependerá de la vivencia del parto, del tipo de parto, de las cicatrices no sólo físicas sino emocionales que haya dejado. Se desencadenan miedos a “que duela”, a “que se abra la herida”, a “quedarse embarazada de nuevo” pero todas superables con una buena información previa respecto a los métodos anticonceptivos más adecuados a tu situación y una muy buena disponibilidad por parte de la pareja.

Favorecer el descanso de la madre y tener en cuenta la evolución en el proceso de recuperación son otros dos aspectos que deben tenerse en cuenta.

Si todo va bien y hay deseo por parte de ambos, las relaciones deben iniciarse, si se desea, de una manera progresiva, cuidando el ambiente, la intimidad, con juegos preliminares que favorezcan la excitación (lubricación) y en el que el coito debe ser una culminación y no un fin a conseguir a cualquier precio. Las consecuencias de una mala vivencia de esta primera relación coital puede retrasar la siguiente o iniciar “miedos” (fobias) que deterioren la vida sexual de la pareja.



Recuerda:

Ambos debéis de ser cómplices en el cuándo y el cómo del inicio de las relaciones sexuales completas. Ante la duda o dificultad, consulta con el profesional adecuado.

1. EL RECIÉN NACIDO LACTANTE
2. CUIDADOS E HIGIENE
3. VACUNACIÓN INFANTIL



» 1. EL RECIÉN NACIDO LACTANTE

Alimentación del lactante

De acuerdo con el comité de nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGAN) los lactantes son “los niños menores de 12 meses de edad”. En ese periodo de la vida, la leche es el constituyente fundamental de la dieta.

La lactancia puede ser:

- 1 Materna o biológica, cuando se basa en la leche humana, normalmente la de su madre.
- 2 Mixta, cuando el bebé recibe leche de la madre y simultáneamente recibe leche artificial.
- 3 Artificial, que a su vez puede ser animal (principalmente de vaca) o vegetal (almendras y soja). Cuando los niños son intolerantes o alérgicos a las proteínas de la leche de vaca se utilizan hidrolizados.

Lactancia materna

La leche materna es el mejor alimento que puedes ofrecer a tu bebé. Proporciona una óptima y sana nutrición, se digiere fácilmente y protege frente a numerosas enfermedades. Además, el vínculo afectivo que se establece entre la madre y su bebé constituye una experiencia especial, singular e intensa.

La decisión de cómo alimentar al recién nacido corresponde única y exclusivamente a la madre. En base a ello, deberá recibir información durante el embarazo por parte de su matrona, información de calidad que, teniendo en cuenta las últimas evidencias científicas, permitirá a la madre tomar la decisión que considere mejor para ella y su futuro hijo.

Si los futuros padres han decidido alimentar a su hijo mediante lactancia materna deben saber que ésta aporta una serie de beneficios:

Excepcionalmente, enfermedades como el VIH pueden impedir la lactancia materna; también el consumo de drogas como la heroína, la cocaína o la marihuana.

Beneficios para el recién nacido

Los bebés alimentados con leche materna padecen menos:

- Infección urinaria.
- Diabetes tipo 1.
- Gastroenteritis.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Otitis media.
- Linfoma Hodgkin.
- Infección respiratoria baja.
- Sepsis.
- Muerte súbita del lactante.
- Hospitalización.
- Mejora el desarrollo cognitivo.

Beneficios para la madre

Amamantar acelera la recuperación del útero y protege de la anemia post parto.

- Favorece la recuperación de la silueta, al reducir la circunferencia de cadera, debido a la movilización de las grasas acumuladas como reserva durante el embarazo.
- Facilita la relajación de la madre gracias a las hormonas que se segregan al amamantar
- Disminuye el riesgo de artritis reumatoide.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama y de ovario antes de la menopausia.
- Disminuye el riesgo de osteoporosis.
- Disminuye los gastos familiares.

Consulta a tu médico o matrona ante la posibilidad de padecer cualquiera de las enfermedades mencionadas.

La lactancia materna es parte del sistema reproductivo y tiene el mismo significado biológico que la gestación y el alumbramiento. Constituye desde el punto de vista de la alimentación del niño, una prolongación de la vida dentro del útero.

Considerando los grandes beneficios de la alimentación con leche materna diversas organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, la Academia Americana de Pediatría, el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría y La Asociación Española de Matronas recomiendan: la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de la vida del lactante, y continuar dando el pecho junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los 2 años de edad o más.

Secreción de leche: En la producción y mantenimiento de la secreción láctea hay dos fenómenos de especial importancia: el reflejo de succión del bebé que determina la salida de leche y el vaciamiento de las glándulas mamarias. El conocimiento de esto es fundamental, ya que proporciona la clave de múltiples actuaciones que pueden propiciar y mantener la lactancia materna.

El vaciamiento frecuente y completo de la mama es otro requisito indispensable para una buena lactancia, si no es así, acumularás leche, aumentando la tensión en el lecho vascular disminuyendo la producción láctea y dificultando la extracción, ya que la succión del bebé será insuficiente ante la resistencia que presenta la mama para ser vaciada.

Durante el embarazo: Debes saber que no tiene importancia la forma y el tamaño de los pechos; tanto los pechos pequeños como los grandes, producen leche suficiente para amamantar a un niño e incluso a varios al mismo tiempo.

Subida de la leche: La subida de la leche se demora de 48 a 96 horas, tiempo que se reduce si se inicia una lactancia precoz. Puede que sientas los pechos vacíos, sin que esto signifique que no tengas leche, el calostro es todo lo que necesita el bebé durante los primeros días y eso sí que lo tienes. No caigas en el error de ayudarlo con leches artificiales, y torturarte pensando o aceptando en boca de otros que esos chupeteos de manos son consecuencia del hambre, estos son reflejos usuales de un niño normal y sano.

En los cuatro primeros días después del parto, y antes de que la leche “madura” se produzca, fluye del pezón un líquido amarillento de consistencia variable (los dos primeros días puede ser espeso y amarillento, después es más fluido blanco transparente) que se denomina calostro. Este líquido es rico en calorías, proteínas, anticuerpos y beta-carotenos, mientras que es más bajo su contenido en grasa y



lactosa. La succión frecuente ayuda a estimular que la leche se segregue y es la mejor manera de aumentar gradualmente la producción láctea. La producción abundante de leche madura, suele establecerse transcurrida una semana después del parto.

Es importante mantener unos cuidados básicos de higiene en las manos al coger a tu bebé cuando les des el pecho para evitar infecciones y problemas en la mama.

La posición correcta del niño es con la boca abierta antes de agarrar el pezón y areola mamarios, con su cuerpo pegado al tuyo y con la boca la mandíbula pegadas al pecho, de modo que el niño no tenga que girar la cabeza, que debe descansar en la curva de tu brazo, y tu antebrazo debe sostener la espalda. La debe quedarte libre para sostener las nalgas.



Puedes emplear la otra mano para ofrecer el pecho. La forma clásica es coger la mama en forma de tijera, permitiendo succionar el pezón y areola, al mismo tiempo que deja libre la nariz del niño, para que éste respire adecuadamente.

Puedes adoptar la postura sentada o tumbada con posiciones cómodas. Esto te evitará dolores posturales.

La introducción en la boca de la mayor parte de la areola mamaria evita la masticación directa del pezón y la producción de grietas.

En cada toma hay que darle al niño ambos pechos, siendo necesario que vacíe completamente un pecho antes de ofrecerle el segundo para que obtenga así la

leche del final de la mamada, que al tener mayor contenido en grasa, hace que el niño crezca y engorde. Es mucho más importante dejar que el niño termine de tomar el primer lado antes de ofrecerle el segundo, aunque esto signifique que rechace el segundo lado durante esa toma. No debes limitarle el tiempo en las tomas. Es mejor permitir que el niño mame hasta que muestre señales de satisfacción, tales como soltarse él solo o tener los brazos y las manos relajados. Si tarda mucho se debe meter el dedo meñique presionando el paladar para así evitar que se dañe el pezón. No es necesario lavar el pecho antes ni después de cada mamada ni se debe usar jabón sobre los pezones ya que los reseca.

En cuanto a la succión nocturna ayuda a mantener elevada la producción de la leche. Es aconsejable que no enciendas la luz. Los cambios de pañal se harán con la misma frecuencia que durante el día para evitar que la piel del recién nacido, pudiera irritarse por la humedad del pañal. Por la noche, deberás cambiarle el pañal en penumbra, para que el recién nacido no se despeje y retome el sueño enseguida. No es aconsejable dar chupetes ni tetinas al recién nacido antes de que la lactancia materna esté instaurada.

En cuanto al número de tomas al día conviene no utilizar pautas estrictas de alimentación, se aconseja la lactancia a demanda. Las pautas rígidas inhiben las interacciones naturales madre-hijo, interfieren los ciclos naturales del hambre y producen ansiedad en la madre.

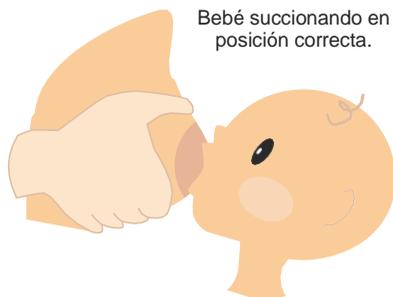
Cuando una madre amamanta frecuentemente desde que nace el niño los primeros 15 días, su producción de leche es mayor, el niño aumenta mejor de peso y la madre amamantará durante un período de tiempo más largo. La cantidad de leche empieza a disminuir cuando las tomas son poco frecuentes o restringidas.

Cada niño es diferente y necesita su tiempo para alimentarse, lo mismo nos sucede a nosotros (no todos comemos a la misma velocidad). Los primeros días necesitan mamar entre 8 y 14 veces al día, por dos motivos fundamentales: el pronto establecimiento de la lactancia y la disminución del riesgo de que se produzca una hipoglucemia del lactante.

Durante los primeros meses de vida los lactantes pueden experimentar diversos episodios de aumento de apetito (crisis transitoria de la lactancia). Es conveniente poner al lactante al pecho muy a menudo, para que así aumente la producción de leche, y no ofrecer durante este tiempo biberones, que casi siempre, provocan un abandono precoz de la lactancia.

Posturas adecuadas de amamantamiento:

Posición correcta



Posición incorrecta



Si una madre espera sistemáticamente a que se le “llenen” los pechos antes de amamantar, su cuerpo puede recibir el mensaje de que está produciendo demasiada leche y se reducirá su producción. Al finalizar las tetadas, es aconsejable mantener al niño en posición erecta durante unos minutos para que expulse el aire.



Debes recordar que:

El calostro es fundamental y suficiente para alimentar a tu hijo mientras no “suba” la leche.

Por mucho líquido que bebas no aumentará la producción de leche: aumenta la estimulación de la mama y tendrás más leche.

Afirmaciones tales como: mi leche no es buena, es aguada y el niño no engorda son falsas. Todas las leches de todas las madres son buenas.

El tamaño de los pechos no influye en la producción de leche.

Dar de mamar no estropea los pechos; el embarazo puede cambiarlos de forma y de tamaño.

Las grietas del pezón suelen producirse por un mal acople de la boca del niño al pezón: vigila la postura de tu hijo y la tuya con frecuencia.

Tu producción de leche va a depender de la intensidad y la frecuencia con que tu hijo mame: cuanto más mame, más leche tendrás.

Son excepcionales las mujeres que no pueden dar de mamar.

Si tienes dudas, consulta a tu médico o matrona. Normalmente, dar de mamar no duele. Si tienes dolor, posiblemente no estés haciendo algo bien: consulta a tu matrona o pediatra.

Si estás cansada o estresada, la cantidad de leche que produzcas puede ser insuficiente: tu estado de ánimo influye en la lactancia.

Elige un ambiente tranquilo para amamantar: evita el distraerte, céntrate en tu hijo y en ti, en compartir ese momento único, ya que os ofrece a ambos múltiples beneficios.

Amamantar puede conllevar alguna dificultad al principio: ¡¡¡nadie nace aprendido, veras como te compensa!!!

Durante el periodo de lactancia materna el aporte de agua necesario para el bebé, se suministra por la leche materna y generalmente al principio no es necesario dar agua entre tomas. En verano y cuando se observan pérdidas excesivas de líquidos por sudoración, se le ofrecerá agua embotellada poco mineralizada. También es necesario ofrecer agua a partir del segundo trimestre y sobre todo, cuando se comienza la alimentación complementaria.

A la madre que está lactando, se le aconseja eliminar el consumo de tabaco y alcohol. En cuanto a tu alimentación te recomendamos tomar litro y medio de agua o zumos al día (líquidos en general) y que comas regularmente, evitando los alimentos de sabor fuerte (cebolla, coles, ajos, especias.). No abuses de las grasas ni de los dulces. Tomando de todo no le faltará de nada (verduras, carne, pescado, huevos y cereales). También debes continuar con la suplementación de yodo.

Si necesitas tomar medicación durante la lactancia, consúltalo con el pediatra, la matrona o ginecólogo, porque muchos de los fármacos que toma la madre pueden pasar al niño a través de la leche.

Posiciones para amamantar

Posición de cuna

- Pon un cojín específico de lactancia (como alternativa puedes colocar una o dos almohadas en tu falda) para apoyar a tu bebé y también proteger tu espalda.
- Pon la cabeza de tu bebé en el recodo de tu brazo.
- Asegúrate de que tu bebé está contra tu -pecho a pecho- a la altura adecuada.

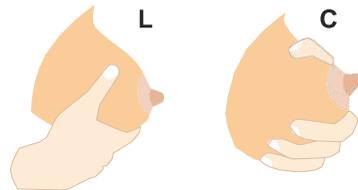


A. Sostén tu seno con tu mano en la posición de la figura "L" o "C", el pulgar encima del seno, los demás dedos debajo, lejos de la areola.

B. Haz cosquillas en el labio inferior de tu bebé hasta que abra mucho la boca, y entonces rápidamente empujalo hacia tu pecho. Sé paciente. Esto puede llevar un rato.

C. Asegúrate de que el pezón esté totalmente introducido en la boca del bebé y que sus labios rodeen la areola.

D. La punta de la nariz de tu bebé debe estar tocando tu pecho, pero sin presionarla, de forma que respire libremente.



Posición de fútbol / de estrechar contra tu pecho

- Pon un cojín específico de lactancia (o una o dos almohadas) para ayudar a sostener tu brazo y el bebé.
- Sostén el cuello y parte de la cabeza de tu bebé en tu mano, con un antebrazo sosteniendo el torso del bebé contra tu lado.
- Sigue los pasos a, b, c y d de la posición de cuna.



Posición recostada

Recuéstate de costado con almohadas sosteniendo tu espalda. Flexiona tu pierna superior hacia adelante.

Posición hacia atrás.

En posición semisentada (Fowler) se coloca al bebé tumbado sobre un almohadón paralelo al cuerpo de la madre como la postura de fútbol. Es una buena postura para las madres que han dado a luz mediante cesárea, pero ten en cuenta que podría salir mucha leche y provocar que el niño se atragante.



Pon a tu bebé de costado frente a ti. Sigue los pasos a, b, c y d de la posición de cuna. Varía las posiciones de dar el pecho durante la primera semana.

Da el pecho a demanda (8-12 tomas cada 24 horas). Si aplicas un horario rígido y espaciado, puede que tu bebé, al tener mucha hambre, succione con demasiada fuerza, afectando a tus pezones.

Interrompe la succión antes de retirar el bebé de tu pecho. Hazlo poniendo un dedo limpio en el lado de la boca de tu bebé, entre sus mandíbulas. No lo retires hasta que notes que ha terminado.

Si no tienes grietas no es necesario usar ningún tipo de jabón, alcohol o cremas para limpiar tus pezones, pues puedes provocar la desaparición de la secreción de las glándulas llamadas de Montgomery (esos bultitos alrededor del pezón y la areola) que secretan una especie de aceite de efecto antibacteriano y lubricante de la piel. Agua es todo lo que se necesita para limpiarlos.

Problemas al inicio de la lactancia

Ocasionalmente, pueden aparecer algunos problemas al inicio de la lactancia, los más comunes son:

► Ingurgitación mamaria que produce senos congestionados

Decimos que existe ingurgitación mamaria cuando la glándula mamaria está distendida. En el postparto inmediato, es decir, en los 2-4 primeros días después del parto, existe de forma fisiológica un aumento de flujo sanguíneo y linfático en las mamas que dan lugar a sensación de tensión y dolor que acompaña a la ingurgitación mamaria. Es un signo de producción de leche, pero no de volumen de leche.

La ingurgitación puede dar lugar a molestias leves o intensas, dificulta el agarre del niño al pecho y también dificulta la salida de la leche: al no vaciarse el pecho se produce tensión y dolor, y también una menor producción de leche. Si este problema no se soluciona, éste irá en aumento y podría producirse una obstrucción de los conductos y como consecuencia, una mastitis.

Prevención:

- El mejor método para evitarla es favorecer el amamantamiento precoz y frecuente en una posición correcta.
- Coloca calor local (compresas, ducha) sobre el pecho antes de que el niño mame, acompañado de un masaje suave y circular. Esto facilitará la salida de la leche.
- Si la areola está en tensión, extraeremos un poco de leche para aflojar un poco la zona del pezón e, inmediatamente, pondremos al recién nacido al pecho.
- Después de mamar aplica frío local para producir una vasoconstricción (paños fríos, una bolsa de guisantes envuelta en un paño que tendremos en el congelador para este fin, etc...).
- Puede tomarse un antiinflamatorio o analgésico para aliviar el dolor a la madre. En algunas mastitis subagudas y subclínicas pueden recomendarse probióticos mamarios.

No está recomendado tomar antibióticos ni suspender la lactancia.

Masaje suave para aliviar la congestión

1

Haz masajes sobre los conductos productores de leche (imagina los radios de una bicicleta, así están dispuestos los conductos en la mama) presionando el seno firmemente con las yemas de los dedos contra la pared del pecho, empezando por arriba. Mueve los dedos circularmente, concentrándolos por unos cuantos segundos en una zona, antes de moverte a otra zona. Efectúa los movimientos en espiral alrededor del seno hacia la areola a medida que realices los masajes. El movimiento es similar al utilizado en exámenes de senos.

2

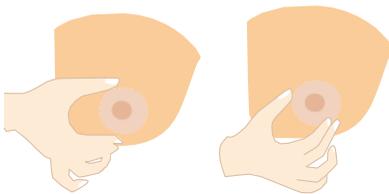
Acaricia el área del seno desde arriba hacia el pezón, usando un contacto ligero de cosquileo. Continúa con este movimiento acariciador para ayudar a relajarte, lo cual a su vez, estimula el reflejo de expulsión de la leche.



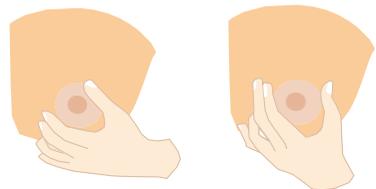
3

Repite rítmicamente para drenar completamente las reservas. Coloca, empuja, aprieta. Coloca, empuja, aprieta.

Mano derecha



Mano izquierda



4

Rota el pulgar y los dedos para vaciar otras reservas, usando las dos manos en cada pecho.

Evita estos movimientos:

- No aprietes los senos, pueden causarte hematomas.

- No deslices las manos por los senos, pueden causarte dolorosas irritaciones de piel.
- Evita estirar el pezón, pueden resultar dañados los tejidos.

➤ Grietas en el pezón

Suelen aparecer cuando el bebé al mamar, solo coge el pezón con las encías. La técnica correcta para tomar pecho, precisa que el pezón y la areola mamaria de la madre estén dentro de la boca del bebé, llegando el pezón hasta el fondo de la misma.

Pueden aparecer solo en un pecho. Cuando esto sucede suele deberse a que los pezones son de distinto tamaño o que la madre coloca mejor al niño cuando utiliza su brazo dominante.

También pueden producirse por un lavado frecuente o aplicación de pomadas en el pezón, lo que puede provocar la desaparición de la secreción de las glándulas de Montgomery (bultitos blancos alrededor del pezón) y esta secreción tiene una función protectora sobre la piel.

Las grietas pueden sangrar y el lactante tragar esa sangre y vomitarla después, lo que no debe alarmarnos, ya que es lo esperado.

En raras ocasiones se deben a alguna anomalía anatómica del lactante: frenillo lingual o labial muy corto, que estaría indicado seccionar.

Las grietas también pueden aparecer en mujeres que han seguido las recomendaciones adecuadas y utilizan una buena técnica de lactancia.

Suelen aparecer en los primeros días de lactancia, siendo causa frecuente del abandono de la misma al no soportar la mujer el dolor que producen.

Si las grietas no mejoran en 4-5 días, consulta a tu matrona, ella te ayudará favoreciendo la posición del lactante al pecho, recomendándote una crema con vitamina A y D, calor seco, la limpieza de la saliva tras la toma con un paño seco y suave para posteriormente aplicar un poco de tu propia leche y, si lo necesitas, te recomendará una visita a tu médico, ya que una grieta puede convertirse en una entrada de gérmenes susceptible de producir una mastitis.

El éxito de la lactancia dependerá en gran parte de la sensación de confort que te proporcione esta nueva experiencia. Por consiguiente hay que intentar garantizar una lactancia placentera para ambos, favoreciendo la adaptación postural más conveniente asegurando una correcta colocación del bebé y de la madre.

> Dolor del pezón

Si te duelen los pezones, intenta lo siguiente:

- 1 Respira profundamente, escucha música suave o utiliza otra técnica de relajación antes y mientras des el pecho.
- 2 Usa sujetadores forrados o acolchados no plásticos, firmes, pero no prietos. Si usas discos absorbentes cámbialos con frecuencia, cada vez que estén húmedos para que no se macere la piel con la humedad. Evita aquellos discos absorbentes que tienen en su interior una capa de plástico. Este componente no permite una buena transpiración del pecho.
- 3 Limita el tiempo de dar el pecho en el pezón afectado.
- 4 Da el pecho primero del lado menos afectado.
- 5 Exprime primero un poco de leche para estimular el flujo.
- 6 Hazte masajes en tus senos mientras das el pecho. Esto ayuda a estimular que la leche fluya.
- 7 Usa protectores de senos con orificios de ventilación entre tomas. Esto permite que el aire circule, evitando el ablandamiento de la piel y las rozaduras con el tejido del sujetador.
- 8 Si tus pezones están reseco o agrietados, puedes usar un poco de lanolina pura en ellos. Esto favorecerá su hidratación y evitará la sequedad de los mismos.
- 9 Si tus senos están congestionados, intenta primero extraer un poco de leche. Los senos congestionados hacen muy difícil que el bebé se agarre al seno. De esta manera tendrás una areola asequible, el pezón más erguido, y tu bebé podrá succionar con más facilidad.

➤ **Pezón plano o invertido**

Puede suceder que el pezón no esté sobre elevado o incluso que esté retraído generando problemas para que el niño se adapte a tomar el pecho.

En muchas ocasiones cuando el niño comienza a succionar, el pezón que estaba retraído, se hace visible y la alimentación se puede llevar a cabo sin problemas. También se aconseja que la madre estire con suavidad el pezón o que use un sacaleches para pronunciarlo. De cualquier forma, si el pezón continúa inaccesible como es el caso del pezón invertido, se pueden utilizar pezoneras muy finas de silicona (o materiales naturales) para alimentar al niño al pecho.

➤ **Agalactia o Hipogalactia**

Falta real de leche materna por un problema glandular.

Es un problema muy poco frecuente, hay que tener presente que generalmente es la falta de vaciado del pecho lo que suele conducir a la falta de leche y es muy raro que la madre tenga una incapacidad para producirla. Por este motivo, no hay que iniciar la administración de leche artificial ante la primera dificultad. Lo primero que debes hacer es buscar asesoramiento con tu matrona o en un grupo de apoyo para madres lactantes, ellas te aconsejarán qué hacer.

➤ **Embarazo**

Dentro de los problemas que pueden surgir en el periodo de lactancia, hay que contemplar el de la posibilidad de nuevo embarazo.



Durante la lactancia, es posible que la menstruación no aparezca. Cuando se da el pecho, no se suele tener la regla durante los primeros meses, y si se dan todas juntas las siguientes condiciones, la lactancia materna es un buen anticonceptivo (MELA). Esas condiciones son: 1ª) que la madre no tenga la regla, 2ª) que el bebé sólo tome pecho y 3ª) que el bebé tome pecho por la noche y por el día.

Hay niños que toman irregularmente saltándose tomas de la noche y, mujeres en las que la menstruación reaparece muy pronto (al mes o a las seis semanas del parto). Entonces aumentan las probabilidades de quedarse embarazada. Incluso la mamá puede ovular y quedar embarazada antes de que aparezca la primera menstruación. Por estos motivos, se debe añadir algún otro método anticonceptivo para evitar un embarazo no deseado durante la lactancia.

Los métodos anticonceptivos recomendados durante la lactancia materna, son: preservativos, diafragmas femeninos (sólo se pueden colocar cuando el útero recupere su tamaño normal, es decir a partir de la sexta semana después del parto) o píldoras anticonceptivas que contengan sólo progestágenos.

Ante cualquier duda debes consultar con tu ginecólogo o con tu matrona.

El mejor control de los resultados de la lactancia materna, es observar al niño. Si éste está tranquilo, duerme bien, el estado nutritivo es bueno, orina regularmente, y gana peso semanalmente, el niño se está alimentando correctamente y no pasa hambre. La ganancia de peso de un bebé no es regular por lo que no es conveniente pesarle con mucha frecuencia. Se aconseja una vez por semana.

Lactancia mixta

Se entiende por lactancia mixta, cuando el niño recibe leche de la madre y leche artificial.

Los casos más frecuentes se presentan cuando la producción de leche es insuficiente, cuando la madre no puede ofrecer el pecho al niño en alguna de las tomas, o para servir de tránsito a la alimentación artificial exclusiva.



Recuerda:

La lactancia materna es la mejor para tu bebé.

Más información en www.ihan.es/cd/documentos.html

En el caso en el que no sea suficiente lo mejor es realizar una lactancia “coincidente” en la que en cada una de las tomas, el niño recibe primero el pecho y a continuación la leche artificial en la cuantía que desee.

Cuando la madre no puede ofrecer el pecho al niño en alguna de las tomas, se utiliza la técnica “alternante”, en la que el niño recibe sólo pecho en una toma y en otra tomará exclusivamente leche artificial.

Se debe procurar que el biberón no anule al pecho. Dado que las leches artificiales son más dulces y el biberón exige menos esfuerzo, el niño tiende a rechazar el pecho. Es aconsejable ofrecer ambos pechos, y si no queda satisfecho, se complementará con biberón.

Destete

Al cabo de seis meses de lactancia exclusiva al pecho, que es lo que recomienda la Sociedad Española de Pediatría, se comienza la alimentación complementaria. Durante el periodo de alimentación complementaria (de seis meses a dos años), es recomendable que el niño continúe tomando pecho materno como complemento de la alimentación, advirtiendo que aunque la madre le dé el pecho, el niño debe recibir comidas sólidas y debe beber en taza o vaso.

El destete gradual se hace ofreciendo primero biberón y luego pecho o bien, reemplazando tetadas completas de pecho por biberón en tomas alternas. El destete gradual, durante semanas, es más fisiológico que el destete repentino.

Antes de iniciar la reincorporación al trabajo, calcula las tomas de pecho que, por estar fuera de casa (cada madre, según su horario de trabajo tendrá un número de tomas diferente) no podrás darle al bebé, para hacer un plan de sustitución del pecho por el biberón, contando con que inmediatamente antes de irte a trabajar le darás el pecho, le ofrecerán biberón al recién nacido mientras no estás, y al regresar, continuarás con las tomas normales de lactancia materna. Pongamos un ejemplo para aclarar cómo hacer el plan:

Imaginemos que el trabajo imposibilita a la madre amamantar al bebé en tres tomas, entonces, tres semanas antes de reincorporarse al trabajo, se inicia el plan de destete, sustituyendo la primera toma en que la madre no puede estar para amamantarle, por un biberón, (ej. 10 h.) así toda la semana a la misma hora, dándole lactancia materna en el resto de las tomas.

Todos los días de la primera semana	toma 10:00 h	biberón
	resto tomas	lactancia materna

La segunda semana, se sustituye también la segunda toma que coincida con las horas en que la madre no puede amamantar al bebe (ej. 13h).

Todos los días de la segunda semana	toma 10:00 h	biberón
	toma 13:00 h	biberón
	resto tomas	lactancia materna

A la tercera semana, la siguiente hora que la madre estará fuera, le dará al bebe una toma con biberón.

Todos los días de la tercera semana	toma 10:00 h biberón	biberón
	toma 13:00 h biberón	lactancia materna
	toma 16:00 h biberón	biberón
	resto tomas lactancia materna	lactancia materna

Así, a lo largo de tres semanas habrás ido acostumbrado poco a poco al bebé a los cambios en la alimentación. Tú podrás observar si se produce alguna alteración en el niño y que tu producción de leche se vaya acomodando a la nueva situación sin que perjudique la continuidad de la lactancia materna.

Lactancia artificial

La lactancia materna es sin duda la más adecuada, pero si a pesar de sus reconocidas ventajas, optas por alimentar a tu hijo con leches artificiales, dispones de un amplio abanico de posibilidades.

Los útiles necesarios para la lactancia artificial son:

- Biberones de cristal o plástico. Puedes utilizar los pequeños para el agua y los grandes para la leche. Piensa también en un método para esterilizarlos (frío o caliente).
- La tetina puede ser de caucho o silicona. Pueden ser redondas o anatómicas, y el orificio debe ser de tamaño intermedio, ni grande ni pequeño.

- La medida o “cubeta” sirve para controlar la cantidad de leche en polvo adecuada para la cantidad de agua, (siempre de forma rasa, que no sobresalga, ni esté apretada). No es aconsejable medir con cucharilla ni “a ojo”. La medición incorrecta o en proporción inadecuada de la leche puede producir en los niños problemas graves.

Para preparar el biberón tienes que lavarte las manos. Se utiliza agua específica para biberones, agua mineral o agua hervida 10 minutos. Llena el biberón con el agua y deja que se enfríe para agregar entonces la leche en polvo. A cada 30 cc de agua le corresponde un cacito de leche (sin presionar), elimina lo que sobra pasando un cuchillo sobre la superficie. Enrosca la tetina y sacude el biberón para que la leche se mezcle. Si preparas varios biberones guárdalos en la nevera. Cuando hayas templado un biberón empléalo, si tu hijo no consume todo, tira el resto.

Una vez preparado el biberón, se vigila la temperatura de la leche, (debe estar alrededor de 37°C), dejando caer unas gotas sobre el dorso de la mano. Si la percibes como tibia, puedes dársela al niño. El bebé debe estar despierto e incorporado, nunca acostado y, la tetina tiene que estar llena de leche, no de aire. La toma no debe prolongarse más de 15 minutos, no te empeñes en que consuma la totalidad del volumen.

Terminada la toma, incorpora al niño y golpéale suavemente la espalda para que eructe, luego puedes acostarle con la cabeza lateralizada.

Como norma general, la cantidad de leche que tiene que tomar el lactante dependerá de la demanda sin someterle a otros condicionantes que no sean su propia fisiología. Pero siempre viene bien tener una guía o esquema de alimentación recomendable desde el nacimiento hasta los seis meses de vida.

En la primera semana: se añaden 10 ml por toma por cada día que tiene el niño.
Primer día de vida: 10-20 ml por toma / 8 tomas.
Segundo día de vida: 20-30 ml por toma / 8 tomas.
Tercer día de vida: 30-40 ml por toma / 8 tomas.
Cuarto día debe tomar 40-50 ml/toma.
El quinto día 50-60 ml.
El sexto 60-70 ml.
En la segunda semana: el niño debe tomar 80-90 ml/toma.
La tercera semana: 90-100 ml/toma.
La cuarta semana 100-120 ml/toma. Debe realizar 7-8 tomas/día.
El segundo mes: 120-150 ml/toma / 7 tomas.
El tercer mes: 150-180 ml/toma / 6 tomas.
El cuarto mes: 80-210 ml/toma / 5 tomas.
El quinto mes: 210-250 ml/toma / 4 tomas.

El apetito del niño no es uniforme y, por tanto, el volumen que ingiere el niño en cada toma no será siempre el mismo. Por este motivo, no se puede forzar al lactante a tomar una cantidad determinada.

La leche comercializada que se utiliza para los recién nacidos procede originalmente de la desecación completa (en polvo) de la leche de vaca, pero, además, está modificada y diseñada para ajustarse lo más posible a la leche de la madre y que sus componentes no produzcan alergias al bebé. Se les denominan “fórmulas adaptadas” (se adaptan a las características de la leche materna).

Por otra parte, la leche de la madre cambia en sus características y composición durante todo el tiempo de la lactancia, incluso a lo largo del día en cada tetada. Por eso, la nutrición infantil es una ciencia compleja sometida a continua revisión y los laboratorios que se dedican a fabricar leches para recién nacidos y lactantes, se basan en las normas que publica el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGAN). Sus informes, establecen los límites mínimos y máximos en que deben encontrarse los componentes de las leches artificiales.

Alimentación Complementaria

La edad de introducción de la alimentación complementaria, ha ido variando históricamente entre situaciones extremas, desde hacerlo a partir del año de edad o por el contrario, comenzar en los primeros días de vida.

Hoy se admite que la introducción de la alimentación complementaria debe realizarse en el 6º mes de vida.

Algunos lactantes a partir de los 4-5 meses de edad, presentan escasa ganancia ponderal, o cambios en la conducta como aumento del llanto o alteraciones del sueño. La causa puede ser el hambre y la necesidad de saciarse con alimentos sólidos. Por este motivo, hay niños en los que se comienza la alimentación complementaria un poco antes, aunque no se debe realizar de manera precoz (antes de los 3 meses de edad) porque tiene múltiples inconvenientes como sobrecarga renal de solutos, alergias alimentarias, mayor riesgo de enfermedades autoinmunes, mayor riesgo de infecciones, etc. Tampoco debe posponerse mucho tiempo, (más de seis meses de edad) porque la leche no es suficiente por sí misma para alimentar correctamente al lactante.

La introducción de la alimentación complementaria debes hacerla de manera flexible, pero siguiendo las siguientes recomendaciones:

- La leche materna o la fórmula adaptada sigue siendo la base de la alimentación del lactante. Si el lactante estaba tomando fórmula de inicio (tipo 1) a los 5-6 meses es el momento de cambiarla a fórmula de continuación (tipo 2).
- Hasta la edad de un año, debe tomar un mínimo de 500 ml de leche al día.
- Comenzar con pequeñas cantidades del alimento que vamos a introducir, aumentando después la cantidad.
- Introducir los alimentos secuencialmente, de uno en uno, con intervalos de 7 días, con la finalidad de poder apreciar posibles intolerancias o qué alimento no le sienta bien al bebé.

- Tener presente la historia familiar (si algún hermano es alérgico a ciertos alimentos). También si el niño ha presentado previamente lesiones atópicas hay que evitar los alimentos alergénicos hasta después del año de vida.
- Todos los alimentos deben estar triturados. Al principio el bebé, por el reflejo de extrusión, saca la comida fuera de la boca con la lengua. Por ello es preciso tener mucha paciencia para que aprenda a comer con cuchara. Es recomendable que a medida que pasan los meses, su textura sea cada vez más gruesa para que el niño se adapte a comer cada vez alimentos más sólidos.
- No se debe añadir sal, azúcar, miel o cualquier aditivo a los alimentos.
- En esta etapa, no es aconsejable dar biberones de alimento por la noche. Los lactantes que se acuestan con un biberón que contiene un líquido fermentable (leche o zumos que contienen sacarosa) están más expuestos a desarrollar caries dental ya que el líquido se acumula más tiempo entre los dientes y como durante el sueño disminuye la salivación y la deglución, no se neutralizan los ácidos orgánicos que dañan el diente.
- Todas estas pautas son orientativas, tu pediatra en cada momento te indicará lo más oportuno para tu bebé.

Los alimentos frescos de elaboración casera son más baratos que los comercializados y proporcionan mejor nutrición.

En los alimentos comercializados hay que fijarse en las etiquetas y ver su contenido. Por ejemplo, comprobar que no contienen mucha sal (más de 200 mgr por frasco) o que no contienen demasiado almidón (que los bebés no digieren bien).

Esquema de alimentación desde el 5º mes hasta el año de vida:

Al cumplir los cinco meses, el niño está tomando 4 tomas de leche (fórmula adaptada de inicio o tipo 1) en las tomas del desayuno, comida, merienda y cena. Con un volumen de alimento de 210-250 ml por toma.



5°-6° mes. Se introducen los cereales sin gluten (arroz, maíz, soja, tapioca, mijo), en las tomas del desayuno y cena.

Se prepara la leche de fórmula de continuación (tipo 2) con la concentración de siempre (1 cazo por cada 30 ml de agua) y una vez constituida la leche se añaden al biberón 2-3 cacitos de cereales sin gluten.

Con el transcurso de algunos días se va espesando esta papilla de cereales, añadiendo más cacitos de cereales sin gluten, hasta que adquiriera una consistencia más espesa. (Si se quiere ser más exactos: inicialmente la concentración de cereales en la leche será del 3%, subiendo en las semanas posteriores al 10%).

Las papillas de cereales sin gluten están tratadas con calor y con enzimas (harinas malteadas) y no hay que cocerlas (harinas instantáneas).

No deben darle al niño pan, galletas, magdalenas, bollería en general, hasta que el niño no tome cereales con gluten.

6°-7° mes. En la toma de la merienda se introduce la papilla de frutas. Se prepara aplastando un plátano maduro, al cabo de unos días se le añade manzana y posteriormente se trituran y mezclan: plátano, manzana y pera.

Es preferible ofrecer esta papilla con cuchara y no con biberón.

No le debes dar: fresas, kiwi, melocotón ni albaricoque hasta los 15 meses pues son frutas más alergénicas.

No es recomendable añadir en las papillas de frutas, azúcar, miel o galletas (tienen gluten).

En la toma de la comida se comienza con el puré de verduras, que puedes preparar cocinando varias hortalizas: patata, zanahoria, puerro, con una cucharadita de aceite de oliva crudo. A los pocos días se puede añadir, además: judías verdes, calabacín, acelgas, calabaza.

Hasta el año, no se deben utilizar la col, coliflor, remolacha, nabo, repollo o espinacas.

Proporciona calorías, fibra, minerales (hierro) y vitaminas.

El yogur con leche adaptada se puede incluir desde el 6º mes.

7º mes. Se administra junto a las verduras y, por tanto en la toma del mediodía, unos 50-80 g de carne. Puedes empezar por pechuga de pollo y seguir con carne roja de vacuno, posteriormente se puede emplear cordero o cerdo.

No debes ofrecer sesos, criadillas, hígado o ninguna otra víscera al bebé.

8º mes. Se sustituyen los cereales sin gluten por los cereales con gluten (trigo, cebada, centeno, avena). Se preparan igual que los cereales sin gluten. También se deben comprar en el comercio.

A partir de este momento se pueden tomar galletas, pan, magdalenas.

9º-10º mes. Se puede ofrecer yogur de postre. Si se trata de un yogur con leche adaptada puede ofrecerse desde el 6º mes, siendo recomendable su consumo hasta los 18 meses.

10º-11º mes. Tres días a la semana se le darán 30-50 g de pescado blanco triturado (merluza, gallo) que se prepara cocido, también le puedes ofrecer el congelado. Se dará dos veces por semana. (El pescado azul, a partir de los 18 meses de edad).

11º-12º yema de huevo cocida que suele añadirse al puré de verduras.

A partir de los 12 meses puede comenzarse a comer muchos de los alimentos que toman los adultos en las comidas, (por ejemplo: croquetas, tortilla, flan, quesos.), pero estos alimentos no deben estar muy condimentados.

12º-15º meses. legumbres (se comienza con las lentejas para continuar con los garbanzos y judías). Aportan hierro y combaten el estreñimiento. Se deben dar en pequeña cantidad para evitar meteorismo (gases) y favorecer su digestión.

Todas estas recomendaciones dietéticas, pueden cambiar según la evidencia científica vigente, en cada momento. En el momento actual, solamente dos recomendaciones son más estrictas: no dar cereales con gluten (pan, galletas) hasta que el niño tenga 6-8 meses de edad y no dar leche de vaca entera hasta que el niño tenga 12 meses de edad.

Prevención de la gastroenteritis del lactante

En la actualidad, y a pesar de la notable mejoría en higiene, alimentación y asistencia sanitaria, la diarrea de los lactantes sigue siendo un frecuente motivo de consulta y hospitalización en Europa.

Infección. La gastroenteritis del lactante es un proceso ocasionado por la invasión de gérmenes en la mucosa digestiva. Por ello, la higiene de los alimentos y la esterilización de todo aquello que el lactante se lleva a la boca es fundamental para disminuir al máximo el riesgo de infección.

Prevención. Aunque la infección por gérmenes es lo que origina el cuadro diarreico, en realidad, la verdadera causa del elevado índice de gastroenteritis a estas edades, reside en el propio lactante. Hasta los 2 años de edad, los lactantes no han desarrollado plenamente su sistema inmunológico, es decir, no poseen las mismas defensas ante la infección que un adulto.

En concreto el rotavirus es la mayor causa de hospitalización por gastroenteritis en niños. Se puede prevenir mediante vacuna, que se administra por vía oral.

Tras el nacimiento, primeras visitas al pediatra serán una magnífica oportunidad para preguntarle sobre rotavirus y la forma de prevenir la enfermedad. La vacunación frente a rotavirus debe iniciarse necesariamente cuando al bebé tiene entre 6 y 12 semanas de edad.

Masajes para aliviar el Cólico del Lactante

- 1 Preparamos una habitación templada: 20°-22°C.
- 2 Música suave y luz tenue.
- 3 Prepara aceite vegetal (sésamo, almendras) y comprueba previamente en una zona pequeña de la piel del bebé que no produce ninguna reacción alérgica (zona enrojecida).
- 4 La persona que dé el masaje debe tener las manos limpias, sin anillos, reloj, pulseras, y relajarse, eliminando tensiones, preocupaciones, prisas, con buen estado de ánimo y sintiéndose cómodo.

Para empezar el masaje el bebé debe estar tranquilo, despierto con ojos brillantes que expresan atención y ganas de juego. Asegúrate que tenga la respiración normal. Puedes acariciarle y decirle cosas agradables mientras le vas quitando la ropa para darle el masaje.

Ponte el aceite entre las manos, frotándolas, y dile al bebé: “¿quieres que te dé un masaje en tu tripita?”.

Posiciones durante el masaje

A

Posición del adulto (posición de cuna). Sentado en el suelo en una alfombra, colchoneta, piernas flexionadas, una planta del pie enfrente de la otra, de tal forma que las piernas hagan una cuna (0 a 3 meses).

B

Posición del bebé. La cabeza del bebé en el hueco que queda al juntar los pies de la madre, los pies del bebé enfrente del abdomen de la madre con las piernas ligeramente levantadas.

C

Otra postura. Bebé boca arriba (“decúbito supino”) con las piernas ligeramente levantadas, encima de la mesa, cambiador, sentado encima de la cama o de una superficie cómoda (a partir de los 3 meses), la espalda del que da el masaje recto.

Al dar el masaje específico del cólico paramos ahí y en ese momento no añadimos el masaje en ninguna otra parte del cuerpo. El bebé debe reposar. Si deseamos hacer el masaje integral en todo el cuerpo, buscaremos otro momento.

No dar este masaje durante el momento de crisis de los cólicos, ni cuando el bebé acaba de comer.

Masaje especial para cólicos

Masajeamos el abdomen del bebé (debajo de las costillas hasta el pubis) con presión suave.

Pasos:

1

Manos que reposan

Colocamos las manos sobre el vientre del bebé. Intenta relajarte del todo aunque el bebé se mueva o llore.

2

Rueda hidráulica

Realizamos movimientos de paleteo en el vientre del bebé, una mano tras la otra, como si estuvieras haciendo un hueco en la arena. Las manos deben amoldarse al vientre del pequeño.

Repetir 6 veces.



3

Rodillas arriba-abajo

Dobla las piernas del bebé y luego presiona suavemente hacia el vientre, mantén esta posición durante cinco segundos aproximadamente, 1 vez (no debemos juntar las rodillas antes del gateo).



4

Toque de relajación

Pasamos las manos por sus piernas hasta el tobillo para liberar la tensión y ayudamos a que se relaje.

5

Sol-luna

Imaginamos un reloj en el abdomen del bebé.

El adulto con la mano izquierda comienza en el lado derecho del abdomen del niño (7 horas) dibujando un círculo completo en el sentido de las agujas del reloj, sin levantar la mano. Cuando la mano izquierda del adulto pasa sobre las doce horas, la mano derecha se incorpora sobre las once horas hasta las 17 horas, como si fuera una media luna.

Repetir 6 veces.

6

Rodillas arriba-abajo

Igual al 3.

7

Toque de relajación

Pasa una vez las manos desde las nalgas a los pies, reduciendo la presión, para facilitarle la liberación de la tensión y ayudar a que se relaje.



Repetimos el ciclo entero (pasos 1 al 7) 3 veces. 2 veces/día durante 2 semanas (podemos valorar continuar si es necesario). Pueden pasar varios días antes de que el niño responda de forma favorable; a veces, el bebé ya comienza a expulsar los gases en el primer intento. Cada niño es diferente.

Postura en el momento del cólico

Posición del bebé boca abajo, con la palma de nuestra mano en el abdomen del bebé, su cabeza apoyada en la parte interna de nuestro codo con los pies colgando, y la otra mano sobre la espalda del niño apoyando la palma.

**Recuerda:**

Dar masaje a los bebés estimula el sistema intestinal del bebé, favorece la expulsión de gases, evita el estreñimiento y mejora la comunicación entre adulto y bebé.

» 2. CUIDADOS E HIGIENE

Signos para acudir al pediatra

Durante las primeras semanas de vida de tu hijo, te resultará muy práctico saber cuáles son los signos por los que deberías acudir al pediatra. Los principales son:

- **Ictericia:** Es la coloración amarillenta de la piel, cuando se prolonga más de 3 días con la lactancia artificial o 10 días con la lactancia materna o si aumenta la intensidad del color, deberás consultarlo con tu pediatra.
- **Alteración de la temperatura:**
 - a. **Frialdad (hipotermia):** cuando la temperatura axilar es inferior a 36°C o la temperatura rectal es inferior a 36,5°C.
 - b. **Fiebre (hipertermia):** cuando la temperatura axilar es superior a 38°C o la temperatura rectal es superior a 38,5°C.

Otros hechos, aunque te llamen la atención son normales, y no precisan tratamiento médico:

- **Bocanadas:** Es normal que el bebé presente bocanadas después de eructar o simplemente después de las tomas, esto se debe a que el sistema digestivo es muy inmaduro.
- **Pérdida de peso:** Es totalmente normal que el recién nacido pierda hasta el 10% de su peso en los primeros días, esto le ocurre a los niños alimentados tanto con leche materna como artificial. El bebé empezará a recuperar peso a partir del 3^{er}-4^o día, recuperando el que tuvo al nacer en torno al 7^o-12^o día.
- **Estornudos e hipo:** son normales en los bebés y no precisan tratamiento.
- **El llanto es el medio más poderoso de expresión de tu hijo.** Gracias a él se comunicará contigo. Durante los primeros meses puede que llore dos o tres horas diarias, después menos. Si no llora es porque está a gusto y todo marcha bien. Normalmente llorará antes de cada toma para decirte que tiene hambre. Otros motivos del llanto son la soledad, los ruidos. Si les molesta la tripa por acumulación de gases suelen además encoger las piernas sobre el abdomen.

Cuidados Generales

El primer paseo dependerá de las condiciones atmosféricas. Solo tienes que utilizar la lógica para saber cuál es el momento adecuado. Ten cuidado con la exposición al sol.

No te alarmes si el niño duerme mucho. Es lo normal: entre 12 y 14 horas durante las primeras semanas. La postura más recomendable es que duerma boca arriba.

Debes llevar a tu hijo a que le realicen la prueba del talón. Es una prueba que se realiza entre las 48 y 72 horas de vida tras el parto, una vez que el bebé haya tomado alimento y que detecta determinadas anomalías como el hipotiroidismo congénito, entre otras. La prueba es gratuita y voluntaria y consiste en la toma de una única muestra de sangre. Se realiza normalmente en el Servicio de Maternidad del hospital. En caso de que el bebé tenga el alta hospitalaria, se puede acudir a la consulta de la matrona o enfermera del Centro de Salud en días laborables o en los servicios de urgencias en los días festivos. El formulario se envía al laboratorio y el resultado es remitido al domicilio de la madre a las tres o cuatro semanas aproximadamente.

La primera visita al pediatra debes realizarla antes de los diez días de nacimiento. Durante el primer mes le controlará la ganancia de peso su desarrollo semanalmente; en el segundo mes se hacen controles quincenales; a partir del tercer mes mensuales y a partir del año cada seis meses. Es importante que sigas el calendario de vacunas infantil.

Baño

Debes bañar a tu hijo todos los días si te apetece pero no es necesario, el baño relaja, es mejor bañarlo por la tarde para que le resulte más fácil conciliar el sueño, a ser posible siempre a la misma hora. Aconsejamos una hora en que el padre también esté en casa, será un momento agradable para los tres.

Verifica la temperatura del agua, empieza con el lavado de la cabeza. Sujeta a tu hijo boca arriba, con la nuca y la espalda apoyadas sobre tu antebrazo y el cuerpo fuera. Utiliza algodón o tu propia mano, la esponja debe ser muy suave y ten cuidado de que esté siempre limpia, deja correr el agua sobre su cabello.



Procura que no le entre agua en los ojos ni en los oídos. Frótale con suavidad.

Utiliza un champú para niños que no afecte a los ojos. Si le lavas todos los días y utilizas un cepillo de cerdas suaves, evitarás que se forme la costra láctea. Si ya la tiene aplica un poco de aceite para bebés y déjalo toda la noche. A la mañana siguiente un cuidadoso lavado de cabeza le hará desaparecer.

A continuación sumerge el cuerpo de tu hijo, sin dejar de sujetarlo por debajo de los hombros y a la altura del culito. Lávale con suavidad sin jabón durante las primeras semanas o un espumante sin jabón. Un poco de aceite para bebés te ayudará a limpiar la zona de los pliegues. Mécele unos instantes en el agua, es una sensación placentera que agradecerá.

Por último arroparás a tu hijo con una toalla suave. Para aplicarle la crema o aceite, échate un poco en la mano y úntale el cuerpo insistiendo en los pliegues. Es un buen momento para provechar y hacerle un masaje, él os lo agradecerá y vosotros lo disfrutaréis.



Cordón umbilical

El cordón umbilical se desprende, habitualmente, entre el 8º y el 10º día y algo más tarde en los niños nacidos por cesárea (12º-15º días). La cicatrización de la herida que queda suele producirse entre 3 y 5 días después de la caída. Es posible que se produzca una pequeña pérdida de sangre cuando el bebé pierde el cordón, pero ésta debe detenerse de inmediato.

Hay que mantener el cordón fuera del pañal del bebé para que se vaya secando en contacto con el aire, puede doblarse el borde del pañal hacia abajo. No es necesario ningún antiséptico si no hay indicación para ello, en cuyo caso puede ser la clorhexidina en spray, lo ideal es mantenerlo seco. Una vez desprendido el cordón, y si es necesario, continuar la cura con el antiséptico utilizado, durante dos o tres días más, hasta que cicatrice.

Procedimiento

- 1 Lavar las manos.
- 2 Coger una gasa estéril por las 4 puntas, de forma que nuestros dedos no toquen la parte central de la gasa (que es la que se pondrá en contacto con el ombligo).
- 3 Impregnar la zona central de la gasa con clorhexidina.
- 4 Limpiar la base del ombligo con un movimiento de rotación alrededor del mismo.
- 5 Con otra gasa estéril limpiar la parte distal del ombligo, que lleva la pinza.
- 6 No cubrir con gasa el ombligo para favorecer su desprendimiento. El cordón umbilical sufre un proceso de secado.

La utilización de ombligueros, vendas, etc. no está indicada. No aceleran la curación y cicatrización del ombligo y sí pueden provocar lesiones en la piel, y facilitar el vómito debido a la presión abdominal o asfixia.

La Asociación Española de Pediatría asevera que aunque puede ser suficiente lavar con agua y jabón el cordón umbilical, es más seguro aplicar un antiséptico después, en concreto la solución de clorhexidina.

La humedad excesiva, puede provocar un retraso en todo el proceso. Si este es muy prolongado (varias semanas) debe pensarse en la posibilidad de patología asociada (infecciones, problemas inmunológicos, etc.) o cuidados inadecuados.

Cuidados cotidianos

- Para limpiar la parte externa de la nariz, no utilices bastoncillos. Es recomendable el lavado nasal con agua de mar natural en spray y eliminar las secreciones con un aspirador nasal ergonómico. Esto ayuda a prevenir infecciones respiratorias. Los mejores momentos para limpiar la nariz de tu bebe son: antes de comer, para facilitarle la ingesta, y antes de dormir, para que descanse mejor.
- Limpia los ojos con gasas húmedas desde el ángulo interno hacia la parte externa, con una gasa para cada ojo.
- Limpia el pabellón de la oreja, sin emplear bolitas de algodón ni bastoncillos.

- Para terminar, le limpiarás los pliegues de los muslos y el culito, si es niña con movimientos desde los genitales hacia el ano, y si es varón, límitate a limpiar la zona del prepucio.

Signo de alarma del cordón

Si aparece enrojecimiento, secreción sero-sanguinolenta, inflamación y mal olor, calor en la base y la piel alrededor del cordón umbilical, puede tratarse de una infección (onfalitis) que debes acudir al pediatra para tratar cuanto antes.

Pañales

El culito de tu bebé debe mantenerse seco y limpio durante todo el tiempo. La humedad, el incremento del pH y la acción irritante de la orina y las enzimas fecales, provocan unas incómodas rojeces en la zona cubierta por los pañales que se conocen como dermatitis. Para prevenirla, hay que prestar mucha atención a dos aspectos:



A

El tipo de pañal

Al estar en contacto permanente con el bebé, debes asegurarte que ofrezca las máximas garantías en absorción, sequedad y protección de la piel. Y no sólo en el momento del cambio, sino durante todo el tiempo que lo lleve puesto.

B

Los métodos de limpieza

En cada cambio de pañal, es necesario prestar atención a los restos de suciedad que quedan sobre su piel. Limpiar sólo con agua y esponja no es suficiente, por lo que es recomendable utilizar un tipo de toallita húmeda y una crema protectora.

Si después de seguir estos pasos detectas el menor síntoma anormal, consulta al pediatra. De esta manera, te aseguras por completo que su delicada piel se mantenga sana y suave.

Sueño

Tu hijo dormirá durante las primeras semanas entre 14 y 20 horas diarias, haciéndolo normalmente entre toma y toma. Comenzará con una fase de sueño ligero, por eso se despierta con mucha facilidad, tardando unos veinte minutos en pasar a la fase profunda.

Antes de acostarle asegúrate de que está limpio y bien alimentado. Durante la noche, si se despierta, intenta calmarlo sin cogerlo en brazos.

La postura más aconsejable para que duerma tu hijo es boca arriba.

Durante los primeros meses el colchón de la cuna debe ser firme para asegurar que el bebé respire adecuadamente aunque se dé la vuelta y transpirable para evitar el sobrecalentamiento del bebé. Ambos factores están relacionados con la probabilidad de la Muerte Súbita del bebé (SIDS).

A partir de los seis meses disminuye el riesgo de SIDS y aumenta la probabilidad de sufrir plagiocefalias posturales (Cabeza Plana). Para prevenirlo el colchón debe ser más adaptable y así reducir la presión sobre la cabeza del bebé. Además, es conveniente que la funda sea lavable para garantizar la higiene.

Cuidados de la boca del bebe

Desde los primeros meses de vida se debe iniciar el cuidado de la boca del bebé, aunque no le hayan salido los dientes de leche. No hay ninguna duda de que la boca es la puerta de entrada de muchas enfermedades infecciosas y el asiento de una de las enfermedades infecciosas crónicas más prevalentes como es la caries, por ello debemos evitar la presencia de estas bacterias cariogénicas.

Los cuidados de la boca del bebé incluyen medidas higiénico-dietéticas y de comportamiento.

En las medidas higiénicas, destacamos la limpieza de la boca del lactante después de cada toma con una gasa humedecida o utilizando un dedal de silicona, ello permitirá la eliminación, no sólo de los restos sino también de las bacterias cariogénicas.

A partir de los seis meses, con los primeros dientes, si mantienes las tomas nocturnas, cepilla los dientes y limpia las encías también después de estas tomas.

El cepillado debe ser realizado por los padres, empezando por la misma arcada y el mismo lado y no olvidar ninguna de las caras de los dientes. La forma más cómoda para obtener un buen acceso es colocar al niño tumbado y con la cabeza sobre el regazo de un adulto.

Es recomendable cepillar los dientes dos veces al día. Y si solo se puede una vez, lo ideal es antes de acostarse y después del baño. Se pueden utilizar cepillos con filamentos ultrasuaves, cortos y cabezales anchos y redondeados adaptados a la boca del bebé. El cepillado puede realizarse solo con agua o utilizarse el gel bálsamo para encías hasta los dos años.

La Sociedad Española de Odontopediatría insiste en los beneficios que la lactancia materna tiene sobre el desarrollo de los maxilares. La lactancia materna no sólo tiene importantes beneficios inmunológicos, nutritivos, también favorece el desarrollo de una correcta oclusión a través del desarrollo muscular. Además facilita la respiración nasal y ayuda al correcto posicionamiento de la lengua.

Con respecto a la aparición de caries de la primera infancia, su origen no puede relacionarse exclusivamente con la lactancia materna, pero sí con el consumo de azúcares, su frecuencia y momento y con la presencia de las bacterias cariogénicas como el estreptococo mutans y lactobacilos. Las recomendaciones son disminuir la exposición al azúcar, limitando la frecuencia de las tomas nocturnas a partir de la erupción dentaria y sobre todo cepillar los dientes después de cada comida para evitar el paso de bacterias.

¡Pon una matrona en tu vida!



Respecto a los hábitos como el chupete, no cabe duda que tiene sus ventajas e inconvenientes, pero siempre es mejor el chupete que el dedo. Los efectos que el chupete puede provocar en la boca del niño, pueden desaparecer si se elimina antes de los dos años de edad.

Desde la Sociedad Española de Odontopediatria recomiendan que la primera visita al Odontopediatra antes de que el niño cumpla un año.

Cuidados de la piel

Al nacer, la piel de tu hijo es especialmente delicada. Tienes que procurar vestirle con ropa de algodón o batista para evitar cualquier respuesta alérgica. También es conveniente que la laves con un jabón neutro y la laves antes de que la estrene.

Elige prendas de cuello y mangas anchas, camisetas largas que tapen la barriguita y faldones que faciliten el acceso al pañal. Cuando esté más acostumbrado a llevar ropa, podrás vestirle con más coquetería. De momento lo que prima es la comodidad.

Elimina de su vestuario las lanas de angora, podría inhalar los pelos de la lana suelta, los lazos y los cierres con imperdibles.

A continuación mencionamos las principales alteraciones de la piel en el recién nacido:

- Eritema neonatal fisiológico: La piel del recién nacido presenta un color rojizo intenso, sobre todo en el prematuro, con visión clara de los vasos cutáneos por la ausencia de panículo adiposo. A las 24 horas del parto se normaliza el color.
- Ictericia fisiológica: El aumento de la bilirrubina es la causa de la coloración amarilla de la piel del recién nacido. Ha de ser tratada con fototerapia.
- Síndrome del niño bronceado: Es la consecuencia de la exposición a la fototerapia.
- Acrocianosis: Es la coloración azulada de las manos, pies y labios que se puede intensificar con el llanto, o por enfriamiento. Se resuelve con un suave masaje.
- Discromía en arlequín: Se caracteriza por la presencia de una coloración roja en la mitad del cuerpo, en la parte sobre la que apoya el niño, en contraste con la palidez de la otra mitad. Es más frecuente en recién nacidos pretérmino o

bajos peso, entre el 2º y 5º día de vida. No es un problema grave y puede durar entre 30 segundos y 20 minutos.

- Vérmix caseosa o unto sebáceo: es el manto graso que cubre la piel del recién nacido a término predominando en los pliegues. Suele secarse y desprenderse a las pocas horas del nacimiento.
- Lanugo: También se denomina vello primitivo. Es suave, poco pigmentado y crece sobre los hombros, orejas y dorso, desapareciendo en las primeras semanas de vida.
- Descamación fisiológica: Se presenta en pequeñas láminas y se llega a convertir al descamarse en láminas más grandes.
- Eritema tóxico neonatal: Se conoce también con el nombre de Exantema toxoalérgico y urticaria neonatal. Se desconoce el origen, aunque se atribuye a una reacción de hipersensibilidad, quizás por fricción de la piel del niño con la ropa. Es frecuente entre las 24-72 horas de vida en cualquier zona del cuerpo.
- Acné neonatal: Aparece antes de los 3 meses de edad, entre las 2 y las 4 semanas de vida y desaparecen entre los 6 y los 8 meses de vida. Se debe a la estimulación hormonal de las glándulas sebáceas. Se asocia a un aumento de tamaño de las glándulas mamarias, a una vulvo-vaginitis descamativa con secreción mucóide, y a veces hemorrágica por deprivación estrogénica.
- Miliium: Es un tipo de lesión en la piel que adquiere un color blanco perlado. Aparece en las mejillas, frente, nariz, mentón y pliegues de la nariz y los labios. Hay otras lesiones que aparecen en la cavidad oral por acumulo de células, de aspecto blanquecino y redondeadas.
- Miliaria: Son erupciones que aparecen debido al sudor, en recién nacidos sometidos a un excesivo calor y humedad.
- Milk Rash: Es una erupción que aparece en los primeros meses de vida y se localiza preferentemente en las mejillas. Se suele atribuir, a nivel coloquial, a una alergia a la leche (engordaderas).
- Mongólica: Su nombre no está relacionado con el S. Down. Es una mancha



azul, localizada en la zona lumbo-sacra, que puede extenderse a los glúteos, e incluso hombros. Aparece desde el nacimiento, y va desapareciendo en los primeros años de vida, aunque puede persistir toda la infancia.

- Nevos telangiectásicos: son hemangiomas por dilataciones telangiectásicas. Son frecuentes, y se localizan en párpados el 20-25% y nuca el 75-80%. Desaparecen al año de vida.

» 3. VACUNACIÓN INFANTIL

Es posible que si tú te has vacunado durante el embarazo correctamente, también habrás protegido a tu hijo. Sin embargo, has de saber que es muy importante tener a tu hijo vacunado, no sólo por él, sino por las personas que le rodean. Ser responsable de la salud de tu hijo implica serlo también con los demás.

Gracias a este tipo de prevención muchas enfermedades han sido erradicadas, no sólo en España sino en el mundo en general.



**CALENDARIO DE VACUNACIONES SISTEMÁTICAS
de la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2019**

Comité asesor de vacunas

Vacuna	Edad en meses							Edad en años				
	2	3	4	5	11	12	15	3-4	6	12	14	15-18
Hepatitis B ¹	HB		HB		HB							
Difteria, tétanos y tosferina ²	DTPa		DTPa		DTPa				DTPa / Tdpa	Tdpa		
Poliomielitis ³	VPI		VPI		VPI				VPI			
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁴	Hib		Hib		Hib							
Neumococo ⁵	VNC		VNC		VNC							
Meningococo C y ACWY ⁶			MenC			Men ACWY / MenC				MenACWY / MenC		
Sarampión, rubeola y parotiditis ⁷						SRP			SRP Var / SRPV			
Varicela ⁸							Var					
Virus del papiloma humano ⁹										VPH 2 dosis		
Meningococo B ¹⁰		MenB		MenB			MenB					
Rotavirus ¹¹	RV	RV	(RV)									

 Vacunas financiadas

 Vacunas no financiadas

PARTE 4

RESPUESTAS A TUS PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

GUÍA LOS CONSEJOS
DE TU MATRONA

1. SOBRE EL EMBARAZO
2. SOBRE EL PUERPERIO Y LA LACTANCIA

» 1. SOBRE EL EMBARAZO

¿Me puedo teñir el pelo?

No hay ningún problema siempre que el tinte no contenga acetato de plomo, amoniaco y algunos derivados del petróleo.

¿Puedo depilarme con láser?

No existe evidencia científica sobre los efectos adversos que pudieran aparecer para el feto o la mujer embarazada pero por precaución y ante la duda, la comunidad científica internacional desaconseja la depilación láser durante el embarazo, de cualquier parte del cuerpo y particularmente sobre el abdomen, tanto en las primeras semanas (periodo embrionario) como estando después, porque existe la posibilidad de que el efecto térmico de las ondas alcance al feto o porque la previsión de penetrabilidad supere los 4 mm. Por tanto, no debes depilarte con láser.

¿Durante el embarazo puedo depilarme con cera? ¿Me puedo quitar los pelitos que me salen en el abdomen y alrededor de la areola?

Puedes depilarte con cera evitando la cera caliente, fundamentalmente si tienes mala circulación en los miembros inferiores o eres propensa a tener varices. Intenta no depilarte los pelitos que te salen en el abdomen y alrededor de la areola, cuando se acabe el embarazo desaparecerán, pero si te los depilas, te volverán a salir.

¿Sería grave pasar la toxoplasmosis o la varicela durante el embarazo?

Sí. La toxoplasmosis es una enfermedad infecciosa producida por un parásito llamado protozoo *Gondii* que se puede contraer por consumo de carnes crudas o contaminación a través de las manos por manipulación de excrementos de gato y puede provocar malformaciones, abortos o partos prematuros. En cuanto a la varicela depende del mes de gestación en el que se produzca. Si es en las primeras semanas, puede causar abortos y malformaciones graves. Si se produce al final del embarazo, las complicaciones se producen en la madre y en la posible varicela congénita para el recién nacido.

Si yo no aumento peso, ¿tampoco lo hace el bebé?

Existe relación entre la nutrición materna y fetal pero en estudios realizados después de la segunda guerra mundial, comparando mujeres embarazadas bien nutridas con otro grupo escasamente alimentadas, los resultados de las diferencias del peso de sus hijos al nacer fue poco significativa (entre 100 y 200 gramos). Lo realmente importante es comer de manera saludable y en la cantidad adecuada.

Ácido fólico todo el embarazo ¿sí o no?

Lo más efectivo sería tomarlo antes del embarazo, pero puede tomarse al principio del embarazo.

¿Es cierto que una mujer que esté embarazada debe comer por dos?

Bajo ningún caso está indicado que se coma por dos. Se debe mantener una alimentación sana y equilibrada, una gestante bien alimentada tiene cubiertos todos sus requerimientos nutricionales al igual que los requerimientos que necesita su bebé en formación. El comer por dos podría acarrear la obesidad de la gestante.

¿Es cierto que si una embarazada tiene la tripa en pico lo que trae es un varón y si es de forma ovalada es una mujer?



No tiene nada que ver la forma que adopte el vientre con el sexo del bebé que se ha concebido. La forma que adopta el vientre está en función del tono muscular y uterino, de la posición que adopte el feto en el vientre materno y de la forma que tengan los huesos de la pelvis de la gestante. La única manera de determinar el sexo de tu hijo antes de nacer es a través de una ecografía.

¿Es cierto que no se deben mantener relaciones sexuales porque se puede dañar al bebé?

No hay ningún inconveniente en mantener relaciones sexuales con coito, a excepción de indicación expresa del médico o de la matrona por amenaza de aborto, de parto prematuro o sospecha de rotura de bolsa, en las que las relaciones coitales están contraindicadas, pero nada impide otras actividades como los besos, las caricias, etc.

Cuando se tienen ardores, ¿significa que el bebé tendrá mucho pelo?

La causa de que muchas gestantes tengan acidez se debe al desplazamiento del estómago, ocasionado por el crecimiento del útero que empuja al aparato digestivo. Esto, unido a que tras la comida se acueste, provoca que padezca acidez. El pelo no tiene nada que ver.

¿Es verdad que si no se satisface un antojo el recién nacido puede tener una mancha con la forma de lo que se ha deseado y no se ha satisfecho?

No existe nada de cierto en dicha afirmación. Los antojos corresponden más a una necesidad del organismo por algún ingrediente o alimento, generalmente azúcares.

¿Es necesario preparar los pezones para la lactancia antes del parto?

No, no es necesario. Muchos estudios científicos evidencian que ni cremas hidratantes, ni fricciones, ni alcohol, ni otros métodos usados para endurecer los pezones sirven para nada. Ninguna de estas maniobras evita que puedan salir grietas en los pezones durante la lactancia. Una buena postura del niño al mamar y un buen asesoramiento son imprescindibles para mantener los pechos sanos.

¿Debo comer ensaladas en la gestación? ¿No es peligroso si no tienes anticuerpos anti toxoplasma?

No sólo no es peligroso sino recomendable que tengas una dieta variada que contenga entre otras cosas ensaladas, la única precaución es que laves bien la verdura que tengas que comer cruda. Puedes utilizar alguno de los preparados específicos que venden en los comercios para mayor limpieza.



Me han dicho que es perjudicial ir al dentista en el embarazo, ¿es cierto? ¿Me puede anestesiar y arreglar caries?

No sólo no es perjudicial, sino aconsejable ir al dentista por lo menos una vez en el embarazo, para que te haga una revisión, limpieza de boca, etc. Si en el reconocimiento detecta que tienes caries puede perfectamente empastarte. Acuérdate de que el embarazo es un período en el que hay que tener más precauciones y mayor higiene bucal que en otros momentos ya que la saliva cambia y te protege menos.

¿Durante el embarazo puedo tomar antibiótico?

Durante el embarazo puedes tomar todos los medicamentos que te prescriba tu médico, incluso antibióticos. Lo que no debes hacer nunca es automedicarte.

¿Qué puedo hacer para evitar las náuseas durante el embarazo?

Las náuseas son un síntoma habitual durante la primera mitad del embarazo, suelen aparecer a las 4-6 semanas y acostumbran a desaparecer antes de las 20 semanas.

Para prevenir las náuseas lo primero que debes hacer es evitar el ayuno prolongado, realizando unas 5-6 comidas diarias, suaves y poco abundantes, sin alimentos grasos, condimentados o de difícil digestión. Los alimentos muy calientes acostumbran a sentar mal, es mejor tomar alimentos fríos o tibios. Antes de levantarte, te recomendamos que comas hidratos de carbono sólidos (tostadas, galletas saladas...) que puedes dejar la noche anterior en la mesita de noche. Hay otros hábitos que deberías evitar

como levantarte bruscamente de la cama, beber agua en ayunas, los olores fuertes de comida, el tabaco, el estrés y el cansancio.

Por otro lado debes asegurarte que tomas suficiente agua (unos 2 litros al día) porque la deshidratación también puede producir náuseas. No obstante, en caso de producirse hay algunos consejos que pueden aliviarte, como partir un limón y olerlo, tomar aire fresco o una fruta.



Si a pesar de todas estas recomendaciones las náuseas no ceden deberás consultar a tu matrona o ginecólogo de referencia.

» 2. SOBRE EL PUERPERIO Y LA LACTANCIA

¿El bebé ya ve cuando nace?

El recién nacido no puede ver porque no puede enfocar, pero sí puede percibir sombras, esto es, diferencia luz y oscuridad. Tardará más de un mes en seguir con la mirada luces y colores situados a poca distancia. A los dos meses identifica caras familiares y los colores rojo y blanco, pero el progreso visual se produce entre los tres y seis meses.

¿Es necesario esterilizar las pezoneras después de cada uso?

No es imprescindible aunque sí recomendable.

Si el bebé eructa después de cada toma, ¿por qué a veces tiene cólicos?

Los eructos proceden del aire deglutido durante la toma. Los cólicos se producen en el resto del intestino por su actividad peristáltica (movimientos intestinales).

¿Es cierto que la ingesta de cerveza aumenta la secreción láctea?

Se trata de una recomendación frecuente en todo el mundo. Existen trabajos que demuestran que la cerveza estimula la liberación de la prolactina. El efecto estimulador no depende del alcohol, sino de un polisacárido de la cebada, ya que también lo produce la cerveza sin alcohol. Sin embargo, no se ha podido demostrar científicamente que la influencia de la cerveza tenga un poder significativo sobre la producción de leche.

En resumen, si una madre tomaba cerveza sin alcohol antes del embarazo, puede mantener un consumo muy moderado durante la lactancia, pero si no le gusta, es un error proponerle que la tome con el objeto de tener más leche.

La mejor forma de mantener una lactancia duradera será conseguir una madre lactante bien nutrida, mediante una dieta rica y variada de los alimentos más oportunos y necesarios para ello.

¿Es habitual que las hijas de madres que no pudieron amamantar por no tener suficiente leche, tengan el mismo problema cuando ellas sean madres?

Hasta el momento, en las mujeres sanas sin trastornos hormonales, ni enfermedades conocidas, no se ha identificado ninguna causa orgánica de falta de leche y mucho menos que sea transmisible. Bastantes madres que no consiguen amamantar al primero de sus hijos, aparentemente por falta de leche, han podido amamantar sin problemas en partos posteriores.



¿Las mujeres con poco pecho no suelen ser capaces de producir toda la leche que sus hijos necesitan?

Las diferencias en el tamaño de las mamas dependen sobre todo de la cantidad de grasa, y no tanto de la cantidad de tejido glandular. Por eso tener mucho pecho no es sinónimo de producir mucha leche.

La cantidad de leche depende mucho de la eficacia de la succión y del número de tomas.

¿No se debe dar el pecho después de hacer ejercicio?

No hay inconveniente en amamantar, pero es posible que el ácido láctico que se acumula con el ejercicio, cambie el sabor de la leche.

Las madres también se encontrarán más cómodas si dan de mamar antes de hacer deporte.

¿Se puede admitir buena o mala leche, o tengo la leche aguada?

Es uno de los comentarios que más a menudo hacen las madres, porque comparan su leche con la de la vaca, que es más rica en grasa y proteínas. Además, hay que saber que la composición de la leche de madre va cambiando a lo largo de la extracción, así la primera que sale será con una concentración mayor de agua para calmar las necesidades del bebé, pasando a ser más tarde más concentrada y rica en grasa y proteínas, viéndose entonces como cambia su aspecto y color progresivamente.

Ahora bien, no se podrá decir nunca buena o mala leche, ya que toda madre produce y fabrica la mejor leche para las necesidades de su bebé, tendrá más o menos cantidad, pero siempre será la mejor.

¿Las madres muy estresadas y nerviosas pueden transmitir ese estado al bebé cuando amamantan? ¿La leche de las madres muy nerviosas alimenta menos?



Algunos rasgos del carácter o temperamento de los padres son heredados o aprendidos por sus hijos, pero esta transmisión no se produce a través de la leche. Es posible que las madres más nerviosas reaccionen de forma diferente a como lo hacen las madres más tranquilas ante las demandas de atención de hambre de sus hijos.

La forma de actuar puede tener repercusión en el comportamiento posterior del niño, pero es independiente de que el niño reciba pecho o biberón. Se ha sugerido que las hormonas de la lactancia pueden tener un efecto relajante sobre las madres. El temperamento de las madres no influye en la composición de la leche que producen.

¿Las madres alérgicas pueden transmitir la alergia a través de la leche?

Los hijos de madres alérgicas tienen más riesgo de ser alérgicos y en ellos hay que retrasar la introducción de determinados alimentos. Los alergólogos defienden que la lactancia prolongada protege a estos niños de las alergias, pero en casos de elevado riesgo de sensibilización recomiendan que la madre evite los alimentos más susceptibles de provocar alergia, sobre todo leche de vaca. Para la mayoría, la leche materna es la mejor.

¿La lactancia prolongada es culpable de la deformación de los pechos maternos?

En el aspecto del pecho influye sobre todo la edad, factores genéticos y la cantidad de grasa corporal. Se van deformando poco a poco con cada periodo de menstruación, por los cambios hormonales del ciclo. La mayor deformación es responsabilidad del embarazo y de los primeros días posparto. La duración de la lactancia influye menos en el aspecto de las mamas. El ejercicio muscular de la zona, ayuda a mantener el grado de firmeza.

¿Una madre que amamanta debe de comer más para producir suficiente leche?

El organismo acumula reservas en el cuerpo de la madre durante el embarazo, para tener previstas las necesidades de la lactancia. Es más importante tomar una dieta sana y variada a comer en exceso. El comer de más sólo sirve para acumular lo que sobra en forma de grasa.

Cuando una mujer tiene escasez de leche, ¿se debe al estrés, fatiga o el bajo consumo alimenticio y líquidos?

Las causas más comunes de leche escasa son: tomas poco frecuentes o problemas con el afianzamiento y postura del bebé al mamar. Ambos problemas se deben en general a información incorrecta que recibe la madre lactante. Los problemas de succión del niño también pueden afectar de forma negativa la cantidad de leche que produce la madre. El estrés, la fatiga o la mala nutrición rara vez son causas de baja producción de leche, ya que el cuerpo humano ha desarrollado mecanismos de supervivencia para proteger al lactante en tiempos de hambruna.

¿Una madre debe tomar leche para producir leche?

Una dieta saludable y equilibrada que contenga verduras, frutas, cereales y proteínas es todo lo que una madre necesita para nutrirse adecuadamente y producir leche. El calcio se puede obtener de una gran variedad de fuentes no relacionadas con los lácteos, como las verduras verdes, semillas, frutos secos y pescados como la sardina y el salmón con espina. Ningún otro mamífero toma leche para producir leche.

¿Dar el pecho mientras el niño está recostado causa infecciones en el oído?

Dado que la leche materna es un fluido vivo y lleno de anticuerpos e inmunoglobulinas, el bebé lactante tiene menos probabilidad de desarrollar infecciones de oído, independientemente de la postura que utilice. De hecho, cuando la madre amamanta sentada, el bebé está horizontal en sus brazos. Además, la disposición de los músculos al momento de succionar cierra la comunicación con el oído.

¿Se podrán tramitar desde los Centros Sanitarios la solicitud de inscripción de todos los supuestos de nacimientos?

Si, a excepción de los siguientes casos en los que es necesario personarse en el Registro Civil:

- 1 Que se requiera la destrucción de presunción de paternidad matrimonial.
- 2 Cuando alguno de los progenitores sea menor de edad o tenga la capacidad modificada judicialmente.
- 3 Cuando se trate de nacimientos de hijos no matrimoniales en el caso de ausencia, fallecimiento o incapacidad del padre, la madre o ambos; cuando los dos progenitores sean extranjeros de distinta nacionalidad; o cuando la madre haya renunciado al hijo.

Asimismo, no se podrá tramitar en aquellos casos en los que el Registro Civil o el Centro Sanitario no disponga de los medios técnicos necesarios para la comunicación por vía electrónica.

2. DONACIÓN DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL
3. SEGURIDAD INFANTIL PARA EL COCHE
4. SEGURIDAD VIAL:
MADRES O MUJERES EMBARAZADAS CONDUCTORAS
5. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS INFANTILES
6. VIOLENCIA Y MALTRATO: PODEMOS AYUDARTE
7. INFORMACIÓN SOBRE CUESTIONES LEGALES



» 1. PROFESIONALES ESPECIALISTAS QUE TE VAN A ATENDER

A lo largo de tu vida siempre tendrás a disposición a dos profesionales especialistas en todas las cuestiones relacionadas con tu salud sexual y reproductiva: los médicos ginecólogos/obstetras y las matronas.

Tangencialmente también contarás con otros médicos especialistas en la salud de tus hijos: neonatólogos, pediatras, médicos de familia, las enfermeras y el personal auxiliar.

Las matronas son los profesionales formados y entrenados, expresamente, para cuidar de tu salud a lo largo de tu vida, desde la adolescencia hasta la menopausia.

La matrona ha existido como oficio, al principio de los tiempos y como profesión titulada desde hace siglos porque ha sabido adaptarse, actualizarse y reinventarse según las necesidades de las mujeres en cada época.

En España, bajo la Directiva 36/2005 del Consejo Europeo las matronas tenemos reguladas las competencias profesionales ampliamente. La formación es una carrera universitaria con una duración de 6 años que capacita para acceder a ejercer la profesión en hospitales, centros de salud, clínicas privadas y a domicilio.

Las matronas podemos ofrecerte a ti y a la sociedad los siguientes servicios:

Educar a los jóvenes para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Aconsejarte en anticoncepción.

Controlar tu embarazo.

Preparación a la maternidad/paternidad.

Atender tu parto de forma integral según tus necesidades.

Cuidar de tu puerperio.

Detectar todos los signos de complicación de tu embarazo, parto y puerperio.

Aconsejarte sobre los cuidados de tu hijo sano hasta el día 28 de vida.

Acciones de prevención de cáncer ginecológico.

Asesorarte y aconsejarte durante la menopausia.

Gestionar todos los establecimientos sanitarios dedicados a la salud de la mujer.

Educar a sociedad, a las futuras matronas y otros profesionales.

Investigar sobre la salud de la mujer.

Publicar en revistas científicas para divulgar y compartir los hallazgos.

Asesorar a las Administraciones en materia de salud sexual y reproductiva.

» 2. DONACIÓN DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL

(Información procedente de la Organización Nacional de Trasplantes)

Antes de finales del siglo pasado se desconocía la inmensa riqueza en células madre presentes en el cordón umbilical y tras el parto, el cordón junto con la placenta era desechados. A finales del siglo XX se descubrió que, tanto en el cordón umbilical como en la placenta, permanece una cantidad de fluido sanguíneo llamado sangre de cordón umbilical (SCU).

El primer trasplante terapéutico de sangre de cordón umbilical se realizó en 1988.

La sangre de cordón umbilical (SCU) tiene una naturaleza singular y entre otras propiedades se caracteriza por contener células madre de gran inmadurez biológica (no diferenciadas) y plasticidad (capacidad de diferenciación, proliferación).

A raíz del descubrimiento científico de la presencia de células madre en dicho fluido sanguíneo, se comprobó su capacidad para replicarse y desarrollarse, pudiendo llegar a convertirse en otros tipos celulares, aumentando así las posibilidades del trasplante como tratamiento de enfermedades graves.



La conservación de las células madre de la sangre de cordón umbilical es el procedimiento médico sanitario y biotecnológico

que permite la extracción de dicha sangre, su procesamiento para aislar y evaluar la viabilidad de las células, su congelación y su posterior conservación en condiciones técnicas que posibilitan su plena recuperación biológica y funcional, para ser aplicadas en procedimientos médicos de trasplante en caso de ser necesario.

La sangre de cordón umbilical (SCU) es rica en células con capacidad para convertirse en otro tipo de estructuras del cuerpo. Por este motivo se han utilizado en trasplantes de enfermedades hematológicas malignas y no malignas y algunas enfermedades genéticas (inmunodeficiencias y enfermedades metabólicas). Además, la utilización de la SCU parece tener determinadas ventajas sobre la médula ósea o la sangre periférica por lo que sus indicaciones son cada vez mayores.

Estas “células madre” de la sangre de cordón umbilical pueden ser beneficiosas si se trasplantan a otros pacientes cuya médula ósea esté enferma. El trasplante a

terceros permite producir nuevas células sanguíneas sanas, imprescindibles para la vida.

El trasplante de células madre de sangre de cordón umbilical es la opción preferente y más eficaz para el tratamiento de enfermedades hematológicas graves como la leucemia, linfomas, anemias, trastornos hereditarios de glóbulos rojos, trastornos hereditarios del sistema inmunológico.

En la actualidad existen líneas de investigación que podrían curar otras enfermedades en un futuro.

El trasplante de células madre puede ser:

Autólogo o autotrasplante: Cuando se utilizan las células madre del cordón de la propia persona, si ésta ha tenido la oportunidad de preservar dicho tejido y no existe ninguna limitación genética en la efectividad regeneradora de sus propias células madre.

Alogénico: Cuando se utilizan células de sangre de cordón umbilical de una persona distinta y "compatible".

Preguntas más frecuentes

¿Por qué donar sangre de cordón?

Es una técnica que no implica riesgo o sufrimiento para la madre o el niño y las células de esa sangre pueden ser trasplantadas con éxito a personas cuya médula ósea se encuentra enferma. La donación es gratuita.

¿Quién puede ser donante?

Cualquier embarazada sana con embarazo normal. En los centros de Atención Primaria y los hospitales de referencia disponen de una información completa sobre el procedimiento, las condiciones de obtención, el consentimiento, el procesado y conservación de las muestras y el funcionamiento del banco de sangre. Más información en la web de la ONT (www.ont.es).

¿Quién no puede ser donante?

- Mujeres que tengan VIH o estén infectadas
- Que tengan Hepatitis B o C o hayan sido infectadas por estos virus
- Que hayan sido drogodependientes (IV)

- Que hayan padecido sífilis
- Que hayan mantenido relaciones sexuales en los 4 meses anteriores al parto con personas que se encuentren en las situaciones anteriormente descritas o que cambie frecuentemente de pareja.
- Que hayan recibido tratamientos hormonales del crecimiento o pituitario antes de 1987.
- Que hayan residido más de un año en el Reino Unido entre 1980 y 1996.
- Que hayan recibido transfusiones en los últimos 4 meses.
- Que se haya hecho un tatuaje en los últimos 4 meses.
- Que haya sido sometida a una endoscopia en los últimos 4 meses.
- Que haya recibido algún tratamiento con hormonas, factores de coagulación o inmunoglobulinas de origen humano en los últimos 4 meses.
- Que haya tenido algún tipo de cáncer.
- Que hay tenido un periodo de gestación inferior a 34 semanas.
- Que sea portadora del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o virus del SIDA o cree que podría serlo.
- Que sea portadora de alguno de los virus de la hepatitis (B o C) o cree que podría serlo.
- Que se ha inyectado drogas (heroína, hormonas para aumentar la musculatura) alguna vez en su vida, aunque haya sido sólo una vez y hace mucho tiempo.
- Que haya mantenido, en los últimos 4 meses relaciones sexuales con: diversas parejas, alguna persona portadora del virus del SIDA (VIH), alguna persona que cambia frecuentemente de pareja, alguna persona que haya podido inyectarse drogas intravenosas, alguna persona que ejerciera o haya ejercido la prostitución.

¿Cuándo se realiza la donación?

Tras el nacimiento del niño y la sección del cordón umbilical.

¿Dónde va la sangre donada?

En España existen varios bancos de SCU públicos y desde la aprobación del RD 1301/2006 también existen bancos de SCU (Privados), para eventual uso autólogo, es decir para uno

mismo, aunque también en este caso, si hubiera necesidad de esa sangre dentro del sistema nacional sería utilizada. La sangre se recoge en los hospitales autorizados y se controla y custodia en los diferentes bancos públicos o privados autorizados en España, siendo registradas las muestras en el REDMO (Registro Español de donantes de Medula Ósea) quien coordina y dirige las búsquedas en España y en bancos de la Red Mundial en caso de necesidad de efectuar un trasplante, el procedimiento es el mismo desde otros países.

¿Puedo sacar la sangre del cordón de mi hijo fuera de España?

De acuerdo con el RD 1301/2006 usted puede sacar la sangre del cordón umbilical (SCU) de su hijo fuera de nuestro país siempre que lo desee, sin embargo, deben cumplirse las siguientes circunstancias:

- El centro donde nazca su hijo debe tener una autorización específica para extraer sangre de cordón umbilical (SCU).
- El banco de SCU al que usted envíe la unidad de SCU de su hijo debe estar autorizado para la actividad de almacenamiento.
- Debe existir un convenio o acuerdo entre la maternidad donde nazca su hijo y el banco donde se almacene la SCU de su hijo.
- Además, y en el caso de que el banco a donde envíe la SCU de su hijo se encuentre fuera de la Unión Europea, usted debe cursar una solicitud de salida de nuestro país de la unidad de SCU de su hijo a la Organización Nacional de Trasplantes.



Es muy improbable que la sangre recogida de un niño para sí mismo en un futuro pueda servir en caso de necesidad (sólo se conocen tres casos en el mundo de niños trasplantados con las células de su cordón), por otra parte, la extensión del REDMO en el mundo, oferta grandes posibilidades de encontrar la sangre requerida para un trasplante en cualquier lugar del planeta.

Donación dirigida

Nuestro sistema sanitario nos ofrece la posibilidad de realizar una donación de sangre de cordón umbilical dirigida, esto es, para realizar un trasplante inmediato o futuro de manera específica para un familiar afecto de determinada enfermedad.

Se podrá realizar cuando dicho familiar tenga una relación de primer grado con la donante, es decir, padre, madre, hijo o hermano de la gestante y padezca una enfermedad que pueda beneficiarse de este tipo de trasplante (existe un listado de enfermedades, tanto adquiridas como congénitas, que indican la donación dirigida y que podemos consultar).



Es necesario que el médico especialista que trata a este familiar enfermo deje constancia de la necesidad de este trasplante, haciendo un informe y razonando los motivos. Este informe se enviará al banco de cordón como mínimo un mes antes de la fecha probable de parto, si es posible, tres meses antes.

Si la enfermedad no se encuentra en el listado, se podrá realizar una solicitud, explicando mediante un informe la necesidad y evidencia disponible que avalaría dicha donación; un comité específico de la comunidad autónoma donde nos encontremos evaluará dicha solicitud y dará una respuesta.

La gestante firmará un consentimiento informado específico, y en él quedará reflejado el nombre del receptor.

Si existe algún criterio de exclusión para recoger esta sangre de cordón, será valorado más específicamente, debido al interés concreto de esta donación.

Bancos privados

Actualmente, cualquier Banco de Cordón privado con sede en España debe ceder la información sobre los cordones umbilicales que tiene almacenados y, en caso de que un paciente español o extranjero necesite una unidad, deberá cederla de manera completamente gratuita.

»» 3. LA SEGURIDAD INFANTIL EN EL COCHE

La seguridad de nuestros pequeños en el coche es primordial. Todos los niños con una estatura inferior al 1,35m deben viajar en sillas de coche, pero además se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Una silla homologada no es necesariamente segura. Una silla debe ser de calidad para que en caso de impacto proteja de verdad al niño. Los Test Europeos sobre seguridad infantil en el coche se realizan anualmente, son totalmente independientes a los fabricantes de sillas de automóvil y son mucho más estrictos que la normativa de homologación.
- En la actualidad las sillitas infantiles de seguridad pueden homologarse según dos normas europeas diferentes: la norma ECE R44/04 y la nueva norma ECE R129 (también conocida como “i-Size”), que normaliza el sistema de sujeción ISOFIX lo que simplifica la instalación y mejora la seguridad. Se prevé que a lo largo del 2018 sólo puedan utilizarse las sillas homologadas por la nueva normativa, es decir aquellas que utilicen el sistema de sujeción ISOFIX y no los cinturones de seguridad.

- Sillas homologadas por la normativa R44 (sistema antiguo)

Grupo	Peso	Edad aproximada
Grupo 0	Hasta 10 kg	Hasta aprox. 9 meses
Grupo 0+	Hasta 13 kg	Hasta aprox. 15 meses
Grupo I	De 9 a 18 kg	Desde los 12 meses hasta 3 o 4 años
Grupo II	De 15 a 25 kg	Aprox. desde los 3 hasta los 7 años
Grupo III	De 22 a 36 kg	Aprox. desde los 6 hasta los 12 años

- Sillas homologadas por la normativa R129 (sistema nuevo)

Estatura del bebé/niño	Edad aproximada
Hasta 60 cm	Recién nacidos
Hasta 75 cm	Hasta aproximadamente los 15 meses
Hasta 105 cm	Desde los 12 meses hasta los 3 o 4 años aprox.
Más de 105 cm	Más de 4 años de edad aprox.

- La silla debe ser fácil de instalar para evitar cualquier error de montaje. Si el niño viaja en una silla de seguridad que no está instalada correctamente, estará totalmente desprotegido en caso de impacto.
- Los niños/as deben siempre viajar en los asientos traseros siempre que estos existan, excepto en el caso de que ya estuviesen ocupados por otros niños, o que por cuestiones de espacio, no sea posible instalar tres sillitas infantiles en la parte trasera.
- La ubicación más segura dentro del coche es la posición central trasera y, a continuación, detrás del copiloto. El asiento del copiloto es el más inseguro porque el niño está expuesto a más elementos con los que puede impactar (cristal, guantera...) y, además, puede distraer al conductor.
- La silla debe estar firmemente sujeta, sin holguras, con el cojín protector o los arneses bien ajustados para que el niño no pueda sacar los brazos.

- Una silla instalada en sentido inverso a la marcha reduce hasta un 80% el riesgo de lesiones graves. Nunca se debe instalar con el airbag frontal del pasajero conectado.
- Una silla con respaldo y doble protección lateral reducirá seis veces el riesgo de daño en cabeza frente a un simple alzador sin respaldo en caso de impacto lateral.
- El niño debe viajar cómodo. Se debe ajustar la posición de la silla y disponer de algún sistema de ajuste del reposacabezas para que la cabeza no caiga hacia delante y permanezca en la zona de seguridad.
- Las sillas prestadas podrían esconder defectos estructurales debido a impactos o a fatiga de los materiales a causa del paso del tiempo. Además, puede que ya no esté homologada con la norma vigente.
- Los manuales de instrucciones muestran la utilización correcta del producto y de las condiciones de uso.
- Antes de instalar una sillita infantil orientada hacia atrás en el asiento del copiloto, es necesario desactivar el *airbag*.

»» 4. SEGURIDAD VIAL: MADRES O MUJERES EMBARAZADAS CONDUCTORAS

En caso de accidente de tráfico, o incluso en un frenazo inesperado, un adulto puede ser despedido hacia delante por una fuerza de 3 a 5 toneladas. El impacto sería comparable con tirarse de cabeza desde lo alto de un edificio de 3 plantas. En caso de accidente o frenazo brusco, la parte inferior del cinturón de seguridad estándar puede ejercer una gran presión sobre el vientre, lo que puede causar daños internos a la madre y serias lesiones al feto.

Consejos para las embarazadas que viajan en coche:

- Asegúrate de colocar el cinturón de seguridad correctamente durante el embarazo. La posición recomendada por la DGT y los especialistas es:

- La banda pélvica a la altura de las ingles y por debajo del abdomen, nunca sobre el vientre.
- La banda superior debe de colocarse entre los senos sobre el hombro y alejada del cuello.
- Se recomienda la utilización del cinturón de seguridad para embarazadas que mantiene las dos bandas del cinturón en la posición recomendada, sin alterar todas las propiedades del cinturón estándar, según certificación del Centro para la Investigación y Desarrollo en Transporte y Energía (Fundación CIDAUT).
- Aumenta la distancia entre tu asiento y el volante o el salpicadero.
- Asegúrate de que el reposacabezas del asiento está situado a la altura correcta para ti, dando protección al cuello y la cabeza.
- Si el volante es ajustable en altura o posición, dirígelo hacia el pecho cuando conduzcas, nunca hacia la cabeza ni el abdomen.
- No desactivar el Airbag, pero sí debes regular la distancia del asiento respecto al volante o salpicadero del vehículo para así reducir el riesgo de colisión.
- Descansa por lo menos cada 2 horas en viajes largos y pasea durante unos 10 minutos durante el descanso.
- Lleva siempre agua en tus viajes para hidratarte y galletas o algo ligero que puedas tomar para evitar náuseas.
- No es aconsejable conducir en las últimas semanas del embarazo.
- Ante cualquier accidente de circulación acude a tu médico o servicio de urgencias obstétricas.
- No olvides que tu cuerpo está pasando por muchos cambios y todos pueden influir en tu capacidad de conducción y bienestar, por ejemplo:
 - Cambios en los niveles de azúcar de la sangre.



- Modificaciones de la tensión arterial.
- Alteraciones de la visión.
- Manifestaciones circulatorias que suelen aparecer en las piernas, etc.



Recuerda:

Por todo esto y considerando que, el uso del cinturón de seguridad es fundamental, los expertos en medicina y tráfico, aconsejamos llevar la banda superior del cinturón entre los senos, y la parte inferior del cinturón de seguridad por debajo del abdomen, a la altura de las ingles. Nunca sobre el vientre.

»» 5. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS INFANTILES

La mayoría de accidentes sufridos por niños menores de 4 años se producen en el hogar. Por ello es muy importante cuidar estos aspectos:

- No dejar al bebé solo sobre superficies altas o cerca de objetos que se le puedan caer encima.
- No dejar solos a los niños con animales de compañía.
- Comprobar la temperatura del agua del baño.
- No dejar objetos pequeños cerca del bebé, ya que pueden cogerlos y llevárselos a la boca y ocasionar asfixia.
- Cuidado con los juguetes de sus hermanos si tienen piezas pequeñas.
- No cocinar nunca con el bebé en brazos.
- En el supuesto de que tome biberón comprobar antes la temperatura.



- Evitar la exposición directa al sol y usar filtros solares adecuados.
- No acumular productos tóxicos ni productos de limpieza al alcance de los niños.
- Los enchufes deben tener tapa de seguridad que evite que pueda tocar con los dedos.

» 6. VIOLENCIA Y MALTRATO: PODEMOS AYUDARTE

La violencia de género se produce en casi todas las culturas y en todas las escalas sociales y se origina con mayor incidencia dentro del hogar. Desde la perspectiva de atención a la salud, la consideramos como un auténtico problema de salud cuya gravedad aumenta en el embarazo porque las consecuencias no solo afectan a la madre sino también al hijo.

La OMS pone de manifiesto que la violencia ejercida por la pareja es la forma de violencia más común, más incluso que la perpetrada por extraños y puede ser tanto violencia física como psicológica como sexual.

(Ver documento completo en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>)

Las consecuencias físicas de la violencia en el embarazo pueden ser:

- Retraso de crecimiento / bajo peso al nacer.
- Infecciones uterinas, vaginales, cervicales o renales.
- Hemorragia / sangrado vaginal / desprendimiento de placenta.
- Trauma abdominal.
- Exacerbación de enfermedades crónicas.
- Complicaciones durante el parto. Ruptura de membranas.
- Desprendimiento de placenta.

- Magulladuras del feto, fracturas y hematomas.
- Muerte (de uno o ambos).

Consecuencias psicológicas derivadas que pueden añadirse a las físicas:

- Desinterés en el cuidado propio y el del bebé.
- Estrés/ Depresión/ Suicidio/ Homicidio.
- Adicciones (Tabaco, alcohol y drogas).

Ninguna mujer debe sufrir maltrato. Desde estas páginas animamos a las mujeres a que ejerzan su derecho de ser respetadas y vivan el embarazo sin riesgo sobreañadido. Si te encuentras en esta situación, es vital que busques una solución de forma inmediata. Los profesionales sanitarios podemos ser el punto de enlace con los servicios públicos de apoyo. También puedes dirigir la denuncia y solicitar ayuda directamente a través del teléfono nacional 016 para denuncia directa o el 900 116 016 para aquellas personas con discapacidad auditiva. Ninguno de estos teléfonos queda registrado en la factura telefónica.

Nuestro país cuenta con la Ley de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género (Ley 1/2004) que condena duramente estos actos. Así mismo el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad tiene publicada en su web la “Guía de los derechos de las mujeres víctimas de la violencia de género” (2009) en las lenguas oficiales españolas y en varios idiomas extranjeros.

»» 7. INFORMACIÓN SOBRE CUESTIONES LEGALES

Trámites administrativos

Antes de salir de la maternidad recuerde formalizar los siguientes trámites administrativos:

1

Para solicitar la baja maternal en la mayoría de los casos debes dirigirte a tu Centro de Salud y Médico de Cabecera y presentarle el Informe de alta de la Maternidad y la tarjeta sanitaria. En algunos hospitales, la Baja la dan en el hospital siendo posteriormente el médico de cabecera de su Centro de Salud quien continúa emitiendo los partes de confirmación.

2

Inscripción en el Registro Civil:

La solicitud de inscripción de los recién nacidos podéis realizarla directamente desde los centros sanitarios en el plazo de 72 horas desde el nacimiento. Los padres, asistidos por los administrativos de los centros sanitarios, firmarán el “Formulario” oficial de declaración al que se incorporará el parte facultativo acreditativo del nacimiento, que se remitirá telemáticamente desde el Centro Sanitario al Registro Civil. Los ciudadanos, declarantes o progenitores, que quieran comunicar un nacimiento desde un centro sanitario deberán identificarse en dicho centro con un documento válido, presentar el libro de familia, certificado de matrimonio o firmar la “Declaración” de matrimonio en el Formulario oficial, si la filiación es matrimonial; o firmar la “Declaración” de paternidad contenida en el Formulario oficial si la filiación es no matrimonial.

El Centro Sanitario enviará al Registro Civil todos los documentos necesarios para practicar la inscripción de nacimiento por lo que no será necesario que los progenitores se desplacen al Registro Civil salvo que la documentación enviada contenga algún error, omisión o inexactitud que precise posterior subsanación. Una vez practicada la inscripción, el Registro Civil enviará a los progenitores (preferentemente por vía electrónica) una certificación literal de nacimiento con la que podrán efectuar los trámites administrativos que precisen ante otras administraciones.



No será, por tanto, necesario en la mayoría de los casos acudir personalmente a la Oficina del Registro Civil para realizar la inscripción del nacido. No obstante, si preferís hacerlo, ésta es la documentación que se os requerirá:

- Certificado de nacimiento firmado por la matrona o médico que asistió el parto (impreso amarillo).
- Tenéis que cumplimentar el impreso anterior y junto con el Libro de familia y los carnés de identidad de los padres, presentarlo en el Registro Civil del municipio en el que se produjo el nacimiento. El plazo para inscribir el nacimiento va desde las 24 horas desde el momento en que éste se produce hasta 8 días después. Transcurridos los cuales y hasta 30 días naturales, se deberá acreditar justa causa que constará en la inscripción.

Es posible inscribir al RN en el municipio de residencia de los padres. En el caso de que optéis por inscribirlo en un lugar distinto a donde se produjo el nacimiento, será necesario que vayáis los dos y que aportéis la siguiente documentación:

- Certificado de empadronamiento de ambos padres.
- Certificado de la Clínica u Hospital de que no se ha promovido ninguna otra inscripción del recién nacido.
- Se debe acreditar el domicilio común de los padres en el lugar en que se pretende inscribir. La acreditación se hará por DNI o, en su defecto, por certificado de empadronamiento.
- Los solicitantes deben manifestar, bajo su responsabilidad, que no han promovido la inscripción en el Registro Civil correspondiente al lugar de nacimiento, acompañando además una certificación acreditativa de que tampoco lo ha hecho la dirección del centro hospitalario en el que tuvo lugar el nacimiento.
- Además, será preciso hacer que conste expresamente en la Casilla destinada a observaciones, que se considera a todos los efectos legales que el lugar de nacimiento del inscrito es el municipio en el que ha sido practicado el asiento. Las certificaciones en el extracto sólo harán mención a este término municipal.



Ver información completa en www.ministeriodejusticia.gob.es (trámites y gestiones personales-inscripción de nacimiento).

▸ www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/es/1200666550200/DetalleInicioTramites.html

3

Para inscribir a la persona recién nacida en el Padrón Municipal de Habitantes, debéis acudir a las oficinas del SAC (Servicio de Atención Ciudadana). Para la inscripción en el Padrón de Habitantes se habrá de aportar el Libro de Familia que incluya ya al recién nacido (una vez actualizado en el Registro Civil).

4

Tramitar la inclusión del recién nacido en la cartilla de la Seguridad Social (en la del padre o madre, en el caso de que ambos trabajen) para lo que deberán dirigirse al INSS y cumplimentar el impreso al efecto. Además, os otorgarán la prestación económica designada por hijo nacido.

Ampliación de póliza: en el caso de que tengáis un seguro privado de asistencia sanitaria pueden optar por incluir en la póliza al recién nacido. Los trámites en este caso dependen de cada compañía.

5

Tarjeta Sanitaria del bebé. Es importante que se gestione de manera inmediata la tarjeta sanitaria individual (TSI) ya que le identificará y acreditará como asegurado del Servicio de Salud de su autonomía y le facilitará el acceso a los centros y servicios del sistema sanitario público si lo necesitara. Dirígete a tu centro de salud para solicitarla.

6

Solicitud de ayudas.

- Deducción por maternidad.

El artículo 83 del RD Legislativo 3/2004 establece una deducción para las mujeres que trabajen fuera del hogar con hijos menores de 3 años, de hasta 1.200 euros anuales por cada uno de ellos.

Más información en cualquier delegación de Hacienda o en la pág. www.aeat.es (Ciudadanos- Mínimos, reducciones y deducciones en IRPF -Deducción por maternidad).

▸ www.agenciatributaria.es/AEAT.internet/Inicio_es_ES/_Segmentos_/Ciudadanos/Minimos_reducciones_y_deducciones_en_el_IRPF/Deducción_por_maternidad/Deducción_por_maternidad.shtml

- Plan de ayudas a las madres de las Comunidades Autónomas.

No todas las Comunidades Autónomas tienen previstas ayudas directas y de éstas, algunas las ofrecen sin tener en cuenta el nivel de renta de la familia.

También por parte de estas comunidades hay ayudas diferenciadas por hijos y ayudas adicionales para los partos múltiples. (Más información en la Consejería de Economía y Hacienda del Gobierno Regional)

Ayudas y permisos por maternidad - paternidad

Prestaciones económicas por nacimiento o adopción de hijos

“Prestación económica de pago único a tanto alzado por nacimiento o adopción de hijo en los supuestos de familias numerosas, monoparentales y en los casos de madre discapacitada (> 65%)”.

Hay que considerar que tienen la condición de familias numerosas, entre otros supuestos, la formada por 1 ó 2 ascendientes con dos hijos cuando uno de ellos sea persona con discapacidad, así como la formada por dos ascendientes con dos hijos cuando los progenitores fueran personas con discapacidad o al menos uno de ellos tenga un grado de discapacidad superior al 65 por ciento. Esta prestación sigue estando sujeta a los límites de ingresos que se contemplan en el apartado C) del artículo 182 de la LGSS, también modificado en la Ley, y que pasan a ser de 11.264,01 euros anuales, incrementados en un 15% por hijo a partir del segundo o de 16.953,05 euros anuales en el caso de familias numerosas, incrementados en 2.745,93 euros por hijo a partir del cuarto.

Parto o adopción múltiples.

Se hace un único pago por parto o adopción múltiple, teniendo cuenta, por un lado, el número de hijos que se han tenido en el parto, y, por otro, el salario Mínimo Interprofesional (SMI) de cada año.

Familias numerosas

La última reforma fiscal del Gobierno, contempla a las familias numerosas como una nueva figura de protección social, con medidas específicas para ellas y que pueden ser acumulables a otro tipo de medidas. En el caso de las familias numerosas la ayuda se concreta en 1.200 euros para las familias numerosas; las familias que tengan un hijo con una discapacidad superior al 33 % y las familias que tengan a su cargo un ascendiente con ese mismo grado de discapacidad. Estas ayudas fiscales pueden deducirse en el I RPF o percibirse de forma anticipada, 100 euros mensuales.

Prestaciones familiares por hijo menor o acogido a cargo.

La cuantía de la asignación por hijo a cargo menor de 18 años pasa a tener, con carácter general, un importe de 291,00 euros anuales, cuando los ingresos del beneficiario no

rebasen el límite establecido de 11.264,01 euros anuales más un 15% por cada hijo o menor acogido a cargo a partir del segundo.

Si se trata de familias numerosas, el límite será de 16.953,05 euros, en los supuestos en que concurren 3 hijos a cargo, incrementándose en 2.745,93 euros por cada hijo a cargo a partir del cuarto, éste incluido.

La cuantía será inferior y variable, cuando los ingresos del beneficiario rebasen el límite establecido en su caso, pero sean inferiores a la cuantía que resulte de sumar a dicha cifra el producto de multiplicar el importe anual de la asignación por hijo o menor acogido por el número de hijos o menores acogidos a cargo del beneficiario.



La cuantía anual de la asignación será igual a la diferencia entre los ingresos percibidos y la cifra resultante de aplicar lo dispuesto en el apartado anterior.

Dicha diferencia se distribuye entre los hijos o menores acogidos a cargo y las mensualidades a que se tenga derecho a la prestación dentro de cada ejercicio económico.

No se reconocerá asignación económica, cuando la diferencia sea inferior a 24,25 euros anuales por cada hijo o menor acogido.

Hijos discapacitados.

El hijo o acogido ha de tener una discapacidad en grado igual o superior al 33% si es menor de 18 años (en cada una de las Comunidades Autónomas se establece dónde se ha de acudir para determinar la minusvalía.) La asignación es 1000 euros al año por hijo o acogido (Ley 35/2007, de 15 de noviembre).

Puedes solicitar estas ayudas en las oficinas del Instituto Nacional de la Seguridad Social de la localidad donde reside la unidad familiar.

Permisos

Maternidad.

Es el período de descanso laboral que tiene todo trabajador, hombre o mujer, en los casos de parto, adopción o acogimiento, sin perder sus derechos salariales

ni laborales. Se contempla la maternidad biológica, la adopción y el acogimiento, tanto el preadoptivo, como el permanente y como el simple de más de un año, y en todos los casos, aunque el acogimiento sea provisional de menores de 6 años o de mayores de 6 años y menores de 18 con alguna dificultad especial para incorporarse con normalidad a la familia.



El descanso es de 16 semanas seguidas, 6 de ellas deben ser obligatoriamente posteriores al parto, a las que pueden sumarse otras 2 semanas más por cada hijo, a partir del segundo, cuando es un parto múltiple. Dicho período podrá disfrutarse en régimen de jornada completa o a tiempo parcial, si hay acuerdo con el empleador.

El subsidio empieza a percibirse desde el mismo día del parto o desde el día en que empezó el descanso (si se inició antes del parto).

El otro progenitor también puede disfrutar de este permiso. En este caso la duración máxima es de diez semanas a lo que habrá que añadir 2 semanas más por cada hijo, a partir del segundo, en caso de parto múltiple, o en su caso un período adicional de 2 semanas en el supuesto de discapacidad del hijo o menor adoptado o acogido. Ten en cuenta que 6 semanas le corresponden en exclusiva a la madre que, además, deberá disfrutarlas inmediatamente después del parto; el padre puede disfrutar de este permiso de forma sucesiva o simultánea con el descanso de la madre, incluyendo el período de las seis primeras semanas después del parto, en el que pueden coincidir los dos de permiso; el otro progenitor podrá disfrutar del permiso por maternidad aunque la madre, cuando vaya a incorporarse al trabajo, se encuentre en situación de incapacidad temporal.

En los casos de partos prematuros con falta de peso y aquellos otros en los que el neonato precise, por alguna condición clínica hospitalización a continuación del parto, por un período superior a siete días, el permiso se ampliará en tantos días como el bebé se encuentre hospitalizado, con un máximo de trece semanas adicionales.

Paternidad

Es el período de descanso que tienen los trabajadores en los casos de nacimiento de hijo, adopción o acogimiento (*), sin perder sus derechos salariales ni laborales,

() La adopción y el acogimiento, tanto preadoptivo como permanente o simple, de conformidad con el Código Civil o las leyes civiles de las Comunidades Autónomas que lo regulen siempre que en este último caso, su duración no sea inferior a un año y aunque dichos acogimientos sean provisionales de menores de 6 años o de mayores de 6 años y menores de 18 con alguna dificultad especial para incorporarse con normalidad a la familia.*

con independencia del disfrute compartido de los períodos de descanso por maternidad descritos.

En los casos de nacimiento de hijo, adopción o acogimiento, desde abril de 2019, los padres contarán con un periodo de baja retribuida de 8 semanas, de las cuales las 2 primeras, deberá disfrutarlas de forma ininterrumpida inmediatamente tras el parto. A partir de 1 de enero de 2020, el periodo de baja retribuida se amplía a 12 semanas, de las cuales las 4 primeras deberá disfrutarlas de forma ininterrumpida inmediatamente tras el parto.



Finalmente, desde el 1 de enero de 2021, cada progenitor disfrutará de igual período de baja retribuida en el trabajo de 16 semanas, de las cuales 6 semanas de permiso serán obligatorias para cada uno de ellos. Podrá disfrutarse en régimen de jornada completa o parcial de un mínimo del 50%, previo acuerdo con el empresario y es compatible e independiente del disfrute compartido de los periodos de descanso por maternidad”.

Tienen derecho al subsidio (100% de la base reguladora correspondiente) quienes trabajen por cuenta ajena, o por cuenta propia, también las personas contratadas para la formación o las que trabajen a tiempo parcial. Se exige afiliación a la Seguridad Social y en alta en algún régimen del sistema o en situación asimilada a la de alta. En el caso de los autónomos y las empleadas del hogar, deben tener al corriente el pago de sus cotizaciones a la Seguridad Social, así como haber cotizado 180 días en los 7 últimos años o bien 360 días a lo largo de su vida laboral.

Riesgo durante el embarazo y la lactancia natural

El empresario debe adaptar las condiciones o el tiempo de trabajo de la trabajadora embarazada o pasar a desempeñar un puesto de trabajo diferente que suponga un riesgo para el embarazo. Si no es posible, se procederá a la suspensión del contrato de trabajo y la mujer tendrá derecho a un subsidio del 100% de su base reguladora durante todo el tiempo que dure la suspensión.

La suspensión finalizará, en el caso de riesgo durante el embarazo, después del parto cuando comience la baja por maternidad o se produzca la reincorporación de la mujer a su puesto de trabajo anterior o a otro compatible con su estado. En caso de riesgo durante la lactancia natural, la suspensión finaliza en el momento en el que

tu hijo cumpla 9 meses salvo que te hayas reincorporado con anterioridad a tu puesto de trabajo anterior o a otro compatible con su situación.



Reducción de la jornada laboral

Por lactancia

Tienes derecho a pedir una reducción de la jornada laboral por lactancia (reducciones que puede pedir el trabajador, sea hombre o mujer), siempre que tu bebé sea menor de 9 meses. El disfrute de estos permisos o reducciones de jornada no afectan al puesto de trabajo, ni a sus derechos, recibiendo íntegro el salario todo el tiempo que dure el permiso. Puedes estar fuera del puesto de trabajo una hora, que puede repartirse en dos fracciones. La duración de este permiso se incrementará proporcionalmente en los casos de parto múltiple.

La mujer puede:

- Sustituir este derecho por una reducción de su jornada en media hora con la misma finalidad.
- Acumularlo en jornadas completas en los términos previstos en la negociación colectiva. Puede ser la madre o el otro progenitor en caso de que ambos trabajen. El mismo trabajador tiene derecho a decidir el horario y la duración del permiso, pero deberá avisar al empleador 15 días antes de reincorporarse a su jornada ordinaria.

Por cuidado de menores y otros familiares

También debes saber que si tienes la guarda legal y el cuidado directo de un menor de ocho años (tanto en el caso del hombre como de la mujer) puedes pedir esta reducción de jornada, que puede ser como mínimo una octava parte de la jornada y como máximo la mitad. Tiene derecho a decidir el horario y la duración del permiso, pero deberás avisar al empleador 15 días antes de reincorporarse a su jornada ordinaria.

La reducción salarial es proporcional a la reducción de jornada. No obstante, las cotizaciones realizadas durante los dos primeros años de reducción de jornada se computarán incrementadas hasta el 100% de lo que hubiera cotizado a jornada completa de cara a futuras prestaciones de Seguridad Social, jubilación, incapacidad permanente, muerte y supervivencia, maternidad

Otros permisos

- En el caso de la madre, podrá salir de su trabajo el tiempo que necesite para

la realización de los exámenes prenatales y de las técnicas de preparación al parto.

- El padre tendrá un permiso de 2 días cuando nace su hijo, a no ser que tenga que desplazarse fuera del lugar de trabajo, en este caso tendrá 4 días de permiso.
- La madre o el padre tendrán derecho a ausentarse del trabajo durante una hora, en los casos de nacimientos de hijos prematuros o que deban permanecer hospitalizados tras el parto. Asimismo, tendrán derecho a reducir su jornada hasta un máximo de dos horas, con la disminución proporcional del salario.
- El trabajador tendrá derecho a adaptar la duración y distribución de la jornada de trabajo para hacer efectivo su derecho a la conciliación de la vida personal, familiar y laboral en los términos que se establece en la negociación colectiva o en el acuerdo a que llegue con el empresario respetando, en su caso lo previsto en aquella.

Excedencia por cuidado de hijos menores de 3 años.

Es el permiso de trabajo al que tiene derecho un trabajador por un periodo máximo de 3 años para cuidar al hijo, sea biológico, o sea por adopción o por acogimiento (permanente o preadoptivo, aunque estos sean provisionales), desde el nacimiento del hijo o desde que se hace firme la resolución administrativa o judicial de la adopción o del acogimiento.

En este caso no se recibe salario alguno. Durante el primer año de excedencia se reserva el puesto de trabajo y después se le reserva un puesto de trabajo dentro del mismo grupo profesional o categoría equivalente.

Si se trata de una familia numerosa, la reserva del puesto de trabajo se mantendrá durante 15 ó 18 meses, según sea de categoría general o especial. El trabajador tiene derecho a una prestación no económica de la Seguridad Social por hijo a cargo, esto es que se consideren los dos primeros años de su excedencia (30 ó 36 meses, si es familia numerosa de categoría general o especial respectivamente) como tiempo que ha cotizado a la Seguridad Social.



Castelló López, Isabel Manzano
Alonso, Isabel Medina Adán,
Pilar Molinero Fraguas, Carmen
Plata Quintanilla, Rosa M^a
Viñas, M^a Dolores
Rodríguez Rozalén, M^a Ángeles

Dirección

Rodríguez Rozalén, M^a Ángeles

Colaboraciones

Piedad Jiménez (Valencia)
José Javier Álvarez de la Real (León)
M^a del Carmen del Río López
(Pontevedra)
M^a Dolores Muñoz García (Barcelona)
M^a Agustina Mendoza Martínez (Murcia)
M^a Dolores Redondo Tortola
(Barcelona) Milagros Agustí Zurriaga
(Valencia)
María González Suárez (La Coruña)
Esperanza Cucarella Ciscar (Valencia)
Eva M^a Navarro López (Valencia)
M^a del Carmen Esquilas (Valladolid)
M^a Cruz Pérez Conde (Pontevedra)
M^a Carmen Font Peró (Girona)
José García Denia (Murcia)
Paloma Herrero Sanabria (Madrid)
Isabel Castro Sanmartín (Orense)
Agustina Lagaz Catalán (Navarra)
M^a Luisa Madoz Echarri (Navarra)
M^a Victoria Álvarez Bartolomé (Navarra)
Regina Ruiz Fernández (La Rioja)
M^a Josefina Soria (Zaragoza)
Gemma March Jardí (Tarragona)
Victoria Bone Pina (Madrid)
Maña Pulido Muru (Madrid)
Emilia Garces Estrada (Madrid)
M^a Jesús Herranz Gómez (Madrid)
Milagros Garrido Soto (Madrid)
Isabel M^a Garrido Soto (Madrid)
M^a Ángeles Ortiz (Madrid)
Charo Garcés (Valencia)
Margarita Gómez Quiros (Cádiz)
M^a Ángeles Toledano Trinidad (Barcelona)
M^a Carmen Rizo Fernández (Valladolid)
M^a José Castro (Zaragoza)
M^a Sol Rodríguez L. (Huelva)
Irene Bolívar Herrera (Granada)
Rosa M^a Pascual Mate (Palencia)
Ana Álvarez Hurtado (Zaragoza)
Lourdes Artis Lagunas (Barcelona)

Gracia Coll Navarro (Barcelona)
Victoria Bosch Lafulla (Barcelona)
M^a Isabel Gaudes Pérez (Zaragoza)
María Dolores Murillo Goñi (La Rioja)
Ana María Rochas
María Esther Curieses (Asturias)
Alicia Pineda Miramón (Cuenca)
Begoña Coscoztegui (Vizcaya)
Natividad Huedo (Albacete)
Natalia García Barguín (Santander)
Nuria Puig Pey (Vizcaya)
Virtudes Laguna Laguna (Ciudad Real)
Rosario López Ortega (Madrid)
Consuelo Jara Pomares (Madrid)
Ángeles Taladriz Cobrana (León)
Charo Gueto Zurita (Sevilla)
Soledad Soto Villanueva (Madrid)
Manuela Quiles Català (Valencia)
Amparo Picón Benítez (Madrid)
Ángeles Belmonte Santiesteban (Valencia)
Isabel Ortega Pujol (Madrid)
María Sanz Falcón (Madrid)
M^a Isabel Vázquez García (Madrid)
Montserrat Rodríguez Rubio (Barcelona)
M^a Pilar Puentes Zarzuela (Valladolid)
Isabel Valdés (Madrid)
Nieves Monreal Itoiz (Navarra)
Soledad García Miranda (Madrid)
Francisca Pavon Ramírez (Sevilla)
Margarita Finestres Choy (Huesca)
Concepción Juan Bertrán (Valencia)
Carlos Zayas Navarro (Córdoba)
Librada García López (Madrid)
Pilar Artiaga Pérez (Cuenca)
Antonia Pazos Santiago (Guipuzcoa)
Olga Pereira Pérez (Pontevedra)
Toñi Picazo (Cádiz)
Aurora Latorre Montoliú (Huesca)
Pilar Calvo (Madrid)
María Llanos García García (Granada)
Silvia Furio Bonet (Valencia)
Puri Martínez Ibañez (Bilbao)
Consuelo Fernández Yagüe (Baleares)
Pedro Vecino Suarez (Cáceres)
Paulina Domenech Torrents (Barcelona)
Elisa Vázquez Álvarez (Orense)
M^a José Santamaría (Pontevedra)
María Ponce Ríos (Pontevedra)
M^a Agustina Mendoza Martínez (Murcia)
Alicia Sánchez Rodenas (Murcia)
Lourdes Moreno Manzanares (Madrid)
Elia Rodríguez Tena (Madrid)

Lucía Romero (Madrid)
Alejandra Calvanesse (Madrid)
Raquel Velasco (Madrid)
M. Izaskun Gastelu-Iturri (Bilbao)
Isolina Sánchez (Madrid)
Carmen Cuadrado Orduña
Felicidad Fornas (Valencia)
Petri Ródenas (Valencia)
Juan Carlos Mariñas Lirola (Almería)
Dorotea María Reche Torrecillas (Almería)
Judith Cos (Barcelona)
Blanca Baeza (Ciudad Real)
M^a Magdalena Orpez (Jaén)
Ana Querol (Alicante)
Clara Moreno (Valencia)
Rosa Ferrer (Barcelona)
Pepi Soriano Ramírez (Valencia)
Susana Carrera Benítez (Almería)
Elena Avila (Madrid)
Ángeles Galindo Asensio (Almería)
Mercedes Vázquez (A Coruña)
M^a Victoria Rueda Ledesma (Málaga)
Vanessa Lorca Barchin (Almería)
Lucía de la Torre Domínguez (Almería)
M^a del Mar Montarroso Padilla
(Almería) Encarnación Castro
Rodríguez (Sevilla) Esperanza Agraz
Patiño (Madrid)
Ángeles de Mar Marín Hernández (Almería)
Pedro Javier Ortuño Pérez (Almería)
Assumpta Uris (Menorca)
Ainoa Biurrun (Barcelona)
Belén Shahrour Romera (Almería)
Ester Ortega Pérez (Almería)
Marivi Corporales (Madrid)
Lucía Yélamos Prieto (Granada)
Chaxiraxi Guedes Arbelo (Las Palmas)
Patricia Peláez García (Almería)
Leticia López Martínez (Almería)
Carmen Prieto Díaz (Almería)
María de la Paz Martín Álvarez (Sevilla)

Colaboración especial

CALCSICOVA Asociación de lucha contra el SIDA de la Comunidad Valenciana
Consejo General de Colegios de Dentistas Españoles

Webs recomendadas

www.aeped.es
www.aesmatronas.com

Agradecimientos

A todas las matronas colaboradoras directa o indirectamente

A todas las madres, padres, mujeres y hombres que hacen posible el milagro de la vida, porque ellos han sido, por utilizar un término poético, musas de inspiración para la idea de este libro.

A vosotros, madres y padres, futuros y actuales, y familias en general, va dirigida esta guía, que mantiene desde 1995 el objetivo inicial y único de orientar la paternidad que estrenáis por los cauces del conocimiento y la seguridad, contribuyendo así a que todos cuantos afrontáis esta experiencia personal por primera vez, viváis y disfrutéis con acierto y sin angustias injustificadas, este proceso humano sin igual que constituye el embarazo, el parto, el nacimiento y la primera etapa de la crianza.

Hemos mantenido el formato impreso desde hace más de 20 años y más de 5 millones de ejemplares entregados a gestantes de toda España, pero, a partir de 2020, las circunstancias de sostenibilidad han cambiado y solo podremos mantener esta publicación en formato “on line” que siempre estará disponible para descargar en:

<https://aesmatronas.com/publicaciones/>

Asociación Española de Matronas

Enero 2020

¡Pon una
matrona en tu
vida!



Este libro es un regalo de tu matrona



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

AVDA. MENÉNDEZ PELAYO, 93. 3º 28007 MADRID

www.aesmatronas.com
matronas@asociacion-nacional.com