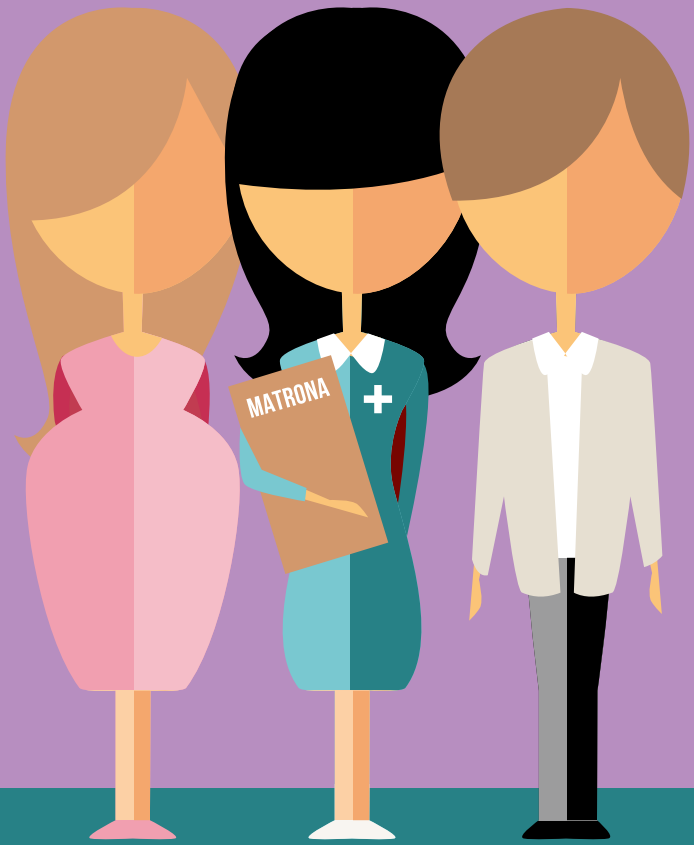
Guia elaborada por la **Asociación Española de Matronas**

Con la colaboración de Lets Family.es

Los Consejos de tu Matrona

Apréndelo todo sobre tu embarazo y primeros meses del bebé



www.losconsejosdetumatrona.com

¡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 la educación de las adolescentes, orientación familiar, consulta preconcepcional, embarazo, educación para la paternidad, parto, recién nacido, puerperio, lactancia, recuperación de suelo pélvico, menopausia, diagnóstico precoz de cáncer ginecológico, educación de otros profesionales, gestión de recursos, investigación en los cuidados de salud reproductiva y asesoramiento a las administraciones sobre programas de salud de la mujer.

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

PRESENTACIÓN

NUEVA GUÍA // 1995-2021

M.ª Ángeles Rodríguez Rozalén,
Fundadora de la Asociación Española de Matronas
Directora de Los Consejos de tu Matrona

El objetivo de los autores en estos más de 25 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 y 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.

Las 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, muchas de ellas parecen proceder de medios de confianza, no lo son siempre, sin embargo, 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 cuando 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 o no) 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 irrepetible desde la concepción hasta el nacimiento y primeros días de vida de vuestro hijo.

En este momento y pensando en todas vosotras os queremos acompañar con la presente guía que esperamos os sirva de referente en esta etapa y cada día, de forma directa y personalizada. Y os acompañamos también 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 tu salud y de la de tu hijo es lo nuestro!

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 hija/o antes de nacer 6
4. ¿Qué pasa con tu cuerpo durante estos meses? 10
5. Aspectos psicológicos y emocionales 13
6. Las relaciones sexuales durante la gestación 17
7. Hábitos saludables durante la gestación 19
8. Los controles prenatales 47
9. El papel del padre en el embarazo, parto y crianza 51
10. La preparación para el nacimiento y la crianza 51

PARTE II: EL PARTO Y EL PUERPERIO

1. El parto 61
2. El puerperio 73

PARTE III: LA CRIANZA

1. El recién nacido. Alimentación del lactante 87
2. Cuidados e higiene. Signos para acudir al pediatra 117
3. Calendario de vacunación infantil 131

PARTE IV: RESPUESTAS A TUS PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

1. Sobre el embarazo 133
2. Sobre el puerperio y la lactancia 137

PARTE V: MISCELANEA

1. Profesionales especialistas que te van a atender 143
2. Donación de sangre de cordón umbilical 144
3. La seguridad infantil en el coche 145
4. Seguridad vial: madres o mujeres embarazadas conductoras 146
5. Prevención de accidentes domésticos infantiles 148
6. Violencia y maltrato: podemos ayudarte 148
7. Información sobre tramites legales 150
8. Especial coronavirus: covid-19 152

Este libro es un obsequio de la Asociación Española de Matronas en colaboración con WEBPILOTS.

Edición y Publicidad:
WEBPILOTS, S.L.
Dr. Trueta 183 Planta 10 Oficina 5-6 08005 Barcelona
Tel. **93 396 85 00** - Fax: 93 183 63 98
info@letsfamily.es - **www.letsfamily.es**

1

PARTE 1
CONOCIMIENTOS BÁSICOS QUE DEBES TENER SOBRE EL EMBARAZO

GUÍA LOS CONSEJOS
DE TU MATRONA

1. LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL
2. EMBARAZOS MEDIANTE T.R.A.
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

LetsFamily.es

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, médico o ginecóloga-o para prevenir 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 encontrarte lo más saludable posible antes de quedarte embarazada, en el caso de que sufras alguna enfermedad (como diabetes, epilepsia...). Es importante que puedas comenzar adecuadamente el suplemento con ácido fólico, 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.

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:

1) Inducción a la ovulación, 2) Inseminación artificial (con semen de la pareja o de donante) y 3) Fecundación in vitro (FIV), con ovocitos y semen propios o de donante, 4) Por último, la transferencia de gametos (óvulos fecundados) 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. La consecuencia, 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 que requieren un tratamiento obstétrico más complejo.

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 cromosomopatías, 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 pretérmino, 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 pretérmino 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 el número de embriones que se transfieran.

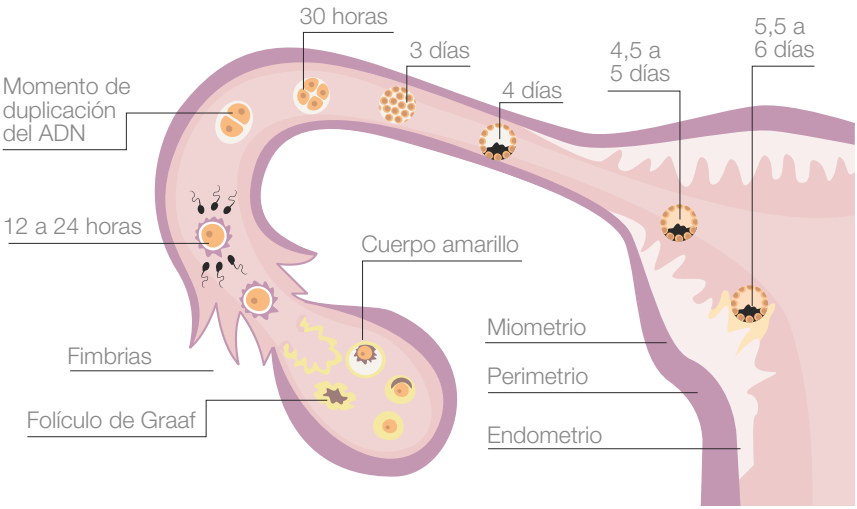
Como consecuencia del incremento de patologías asociadas, los ingresos hospitalarios de las mujeres son frecuentes. En Atención Primaria y Hospitalaria, el control materno y fetal debe ser más exhaustivo y, en su mayoría, vigilado sobre todo, o en exclusiva, por el ginecólogo. Además de colaborar en 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 ofreceros 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-ginecóloga-o o el hospital. Lo que te afecta a ti, afecta a tu hijo.

3. EL DESARROLLO DE TU HIJA/O 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.

Los pesos.

Para el calcular 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
4° Mes 125 x 2 =	250 g
5º Mes 250 x 2 =	500 g
6º Mes 500 x 2 =	1000 g

7º Mes 1000 + 700 =	1700 g
8º Mes 1700 + 700 =	2400 g
9° Mes 2400 + 700 =	3100 g

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

Edad gestacional y fecha probable de parto

En el desarrollo de tu hijo se distinguen dos períodos: embrionario y fetal. El cálculo 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 período dura hasta el final de la semana 8ª y en él se forman y se desarrollan prácticamente 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. Hay que tener en cuenta esto, si estás intentando quedarte 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.

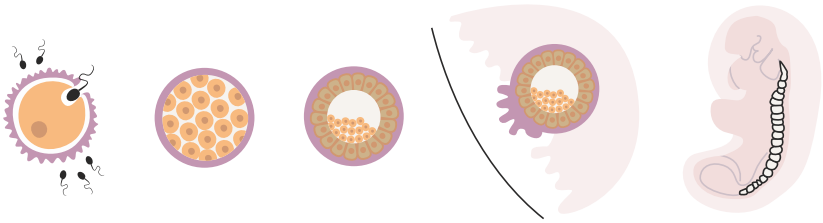
Al final de esta 8ª semana se completa el desarrollo del embrión, que ya tiene características humanas incuestionables y un tamaño de 40 mm.

Recuerda:
Si sospechas de un posible embarazo, cuida aún más 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



del cuerpo es más rápido que en la etapa anterior y alrededor de las semanas 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 de su corazón, la piel del feto se recubre con una sustancia grasa, que le sirve de protección, llamada vérmix caseosa (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, dán-

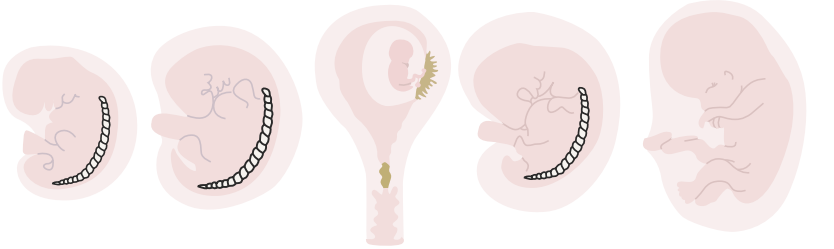
doles ese aspecto velludo en los primeros días. No te asustes, ni te preocupes; con el tiempo desaparecerá.

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.



Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/embarazo/calcular-la-fecha-probable-de-parto/*

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

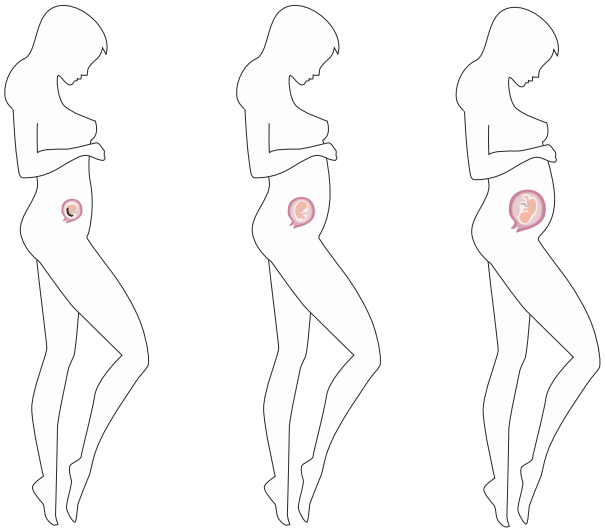
El embarazo no es una enfermedad, todo lo contrario. Es un hecho o estado fisiológico, para el cual, todos los mamíferos hembras, estamos perfectamente preparadas.

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 un peso de 60g al inicio a 1.000g 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 cambios y puedes notar más flujo de lo normal.

Evolución del útero durante el Embarazo



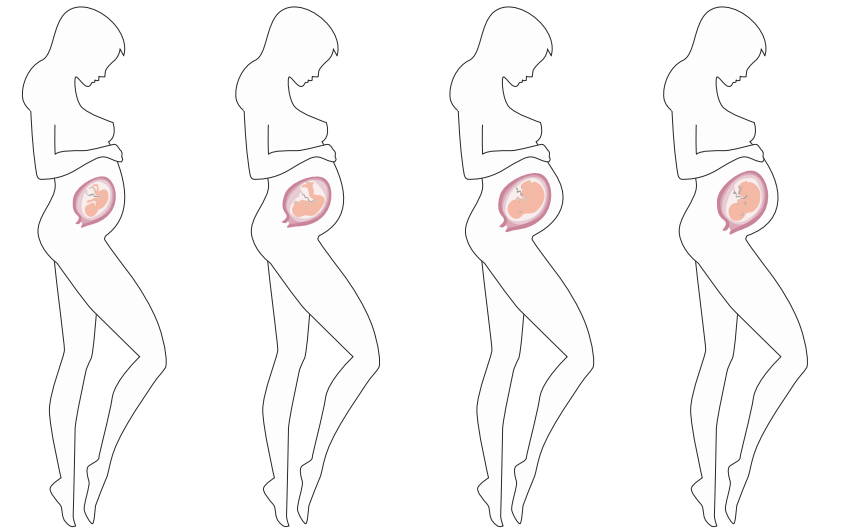
8 semanas | 12 semanas | 16 semanas

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 al 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 ginecóloga-o para que sean ellos los que indiquen como 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 vulvares 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 sólo no es sano sino que puede acarrear complicaciones.

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

Tus 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 circulatorio, digestivo, intestinal, urinario, etc.

En general, es una etapa bastante tranquila y satisfactoria. Sentir a tu hija/o en tu interior, además de transmitirte 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 hija/o

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 inmediatamente después de las comidas y procurar no tomar alimentos pesados, picantes o gaseosos que hagan tu digestión dificultosa 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 el que tiene que trabajar más. Es posible que al tener más volumen de líquido circulante con el mismo número de hematíes (células rojas de la sangre) tengas una "pseudoanemia" propia del embarazo, lo importante es que tus niveles de hierro y otros elementos tengan valores normales.

Las **mamas** están ya preparadas para lactar hasta el punto de 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 en dicho calostro antes de dar paso a la leche de transición.

En este periodo, tu hija/o 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 hija/o.

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. Pero esto no debe acompañarse de ningún otro síntoma (escozor, dolor, etc.) pues entonces podría ser una infección urinaria que debería tratarse enseguida. También puedes sufrir estreñimiento, con el riesgo que supone de padecer hemorroides; y lo contrario que, por irritación de esa zona, tengas que ir al baño 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 de manera regular, así como que procures 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, pues a través de ella le llegan los nutrientes y 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, con pareja, o familia, también determinará unas vivencias más o menos satisfactorias.

Ya hemos apuntado, que como la unión de 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, comentadas anteriormente, 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 que, 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, pero pronto queda resuelto al confirmarlo con la primera por ecografía.

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 hacer 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 vosotras mismas (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 que sea 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 (coitales, por si lo daña); en resumen, el estado de alerta a cualquier señal es enorme y el nivel de estrés que conduce a una necesidad permanente y casi

obsesiva de confirmar el estado de "normalidad" de la gestación recurriendo 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 se 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 es un embarazo no deseado, aunque asumido y aceptado posteriormente, cuando no estaba planificado, no tiene pareja estable o ésta la ha dejado sola o abandonada a causa del embarazo.

Esto suele ocurrir, más 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 la embarazada y del que pueda carecer, para que el proceso sea vivido con la mayor normalidad posible.



Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/embarazo/los-primeros-sintomas-de-embarazo/*

El segundo trimestre de embarazo

En general, esta etapa se caracteriza por la **estabilidad** y la **satisfacció**n, 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.

Hacía 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 frecuente 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 de **depresión**, miedo, confusión y tristeza.

Comunícate con tu pareja, es un buen momento para transmitirle tus inquietudes. Y confía también en la información y apoyo de los profesionales.

Se produce una reactivación de procesos psíquicos antiguos, conflictos sin resolver, que la Dra. Bydlowski llama "transparencia psíquica", y es una oportunidad para buscar respuestas y soluciones más adaptadas a una nueva organización de la personalidad. A su vez, según Laura Gutman, aparecen las "representaciones maternas" con el inicio de la percepción de movimientos fetales y es la forma de empezar a pensar cómo quiero ser como madre, por lo que recuerdas más la relación con tu madre y con otras mujeres madres cercanas.

Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/embarazo/sintomas-de-embarazo-segundo-trimestre/*

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 tu hijo y de tenerlo en los brazos. Hacia el final de este periodo te sentirás más pesada, físicamente más incómoda. Puede que esta sensación te impida 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), pueden hacerte creer que se adelanta el parto o que existe riesgo de parto prematuro, pero, si se mantienen en tiempo y frecuencia debes acudir al hospital.

- Hemorragia; si comenzaras a sangrar, también debes acudir al hospital.
- Disminución de los movimientos fetales, que si bien puede ser frecuente por falta de espacio, debes observar con atención, 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:
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 o riesgo en la gestación 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 la preocupación por conocer el estado de tu hijo y tú, tranquila ahora podéis gozar ambos con más plenitud.

O bien que disminuya por las náuseas y el malestar físico. Además, aumenta la sensibilidad de los pezones que hace que estímulos que antes resultaban placenteros, ahora pueden ser dolorosos

o molestos, para ello es mejor acariciar con una mayor suavidad. A nivel genital también suceden cambios como el incremento de la vascularización que puede ocasionar pequeños sangrados Algunas mujeres con la actividad sexual manifiestan calambres ocasionales y dolor en la parte y media del abdomen durante o después del orgasmo, más frecuentemente durante el primer trimestre. El orgasmo desencadena una ligera irritabilidad uterina, que generalmente no conlleva ningún peligro excepto en gestantes con cierta patología.

Hay mujeres que sienten escozor, quemazón, picor, incluso dolor y dispareunia ocasionadas por los propios cambios del cuerpo y que pueden dificultar las relaciones sexuales, además al final de la gestación puede aparecer incontinencia de urgencia y de esfuerzo, que pueden ocasionar inseguridad a la gestante en el momento del coito, y por

tanto en algunas mujeres también se puede observar un descenso del deseo sexual al final de la gestación con penetración.

El segundo trimestre, es sin duda, de plena satisfacción, si no hay otro factor físico o psicológico que lo altere. En este momento los órganos sexuales femeninos reciben más riego sanguíneo, 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 tengáis que plantear hacer cambios. 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 él. 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.

Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/embarazo/sexo-en-el-embarazo/*

7. HÁBITOS SALUDABLES DURANTE LA GESTACIÓN

Prevención de defectos congénitos

Se conoce como defecto congénito cualquier 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.

Aproximadamente, 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 hija/o sano.

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 para la toma del suplemento, consulta 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 las primeros semanas 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

aumentar 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 no lesivos para el feto. Es importante destacar que la mayoría de los estudios radiológicos clínicos la dosis efectiva intraútero es muy inferior a las dosis en las que se han observado efectos adversos. Regulado en el RD783/2001, de 6 de julio.

Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/embarazo/trabajo-y-embarazo-los-si-y-los-no/*

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 hay mayor probabilidad de 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 Raras: Atrofia Muscular Espinal (AME)

Se denominan enfermedades raras (ER) o poco frecuentes, aquellas que tienen una baja prevalencia en la población, esto es, cuando afecta a menos de 5 de cada 10.000 habitantes.

No obstante, las enfermedades poco frecuentes, globalmente afectan a un gran número de personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen cerca de 7.000 enfermedades raras que afectan al 7% de la población mundial. En total, se estima que en España existen más de 3 millones de personas con enfermedades poco frecuentes. Sería imposible hablar de todas pero queremos destacar de entre ellas la Atrofia Muscular Espinal (AME) porque:

- Es uno de los trastornos fatales hereditarios más comunes y se considera la segunda causa principal de enfermedades neuromusculares
- Se presenta entre 1 de 6.000 a 1 de 10.000 nacimientos vivos, (La formas infantiles se producen en ambos sexos por igual)
- El diagnóstico precoz es vital para iniciar el tratamiento y mejorar la calidad y esperanza de vida de los recién nacidos.
- Actualmente existen varios medicamentos innovadores aprobados por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), que influyen positivamente en el trascurso de la enfermedad

- La AME es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva, lo que quiere decir, que ambos padres tienen que ser portadores del gen responsable de la enfermedad. Aunque ambos padres sean portadores, la probabilidad de transmitir el gen defectuoso es del 25%: uno de cada cuatro e independiente en cada nuevo embarazo.

SINTOMAS SEGÚN EL TIPO DE ATROFÍA MUSCULAR

TIPO I (0-6 meses)	• No es capaz de levantar la cabeza • No se progresa en las etapas de crecimiento • Dificultades para deglutir y alimentarse: dificultades para chupar, mamar, etc. • Debilidad general, incluido los músculos respiratorios, por lo que el pecho puede aparecer hundido (respiración diafragmática) • Abundantes secreciones, lo que dificulta más la respiración • Las extremidades inferiores adoptan la típica postura **"en ancas de rana"** o **"en libro abierto"** • Falta de reacciones reflejas
TIPO II (Después de los 6 meses)	• Pueden mantener la posición de sentados, pero se tienen que sentar con ayuda • En determinado momento pueden permanecer de pie • Deglutir y alimentarse no suele ser problema, pero se puede dar y tener que alimentarse a través de un tubo • Ligero temblor don los dedos extendidos • Puede existir respiración diafragmática
TIPO III (A partir de los 10 meses)	• Puede ponerse en pie y caminar solo, pero puede tener dificultades al sentarse o inclinarse • Se puede observar ligero temblor de los dedos extendidos
TIPO IV (Adulto)	• Los síntomas comienzan después de los 35 años • Comienzo insidioso de progresión lenta • Los músculos de la deglución y los respiratorios no suelen afectarse • Sólo se da en varones, que pueden tener características femeninas, como el crecimiento de las mamas

Los padres son el primer eslabón en el diagnóstico precoz, observar los movimientos del bebé durante los primeros meses de vida es importante para comprobar que se desarrolla adecuadamente. Si observan cosas anómalas como las reflejadas en la tabla deben consultar de inmediato con su pediatra. Mas información en www.signostempranosame.es

Enfermedades crónicas

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 y obesidad principalmente. También presentan riesgo las mujeres con cardiopatías, enfermedad de Cronh, colitis ulcerosa, lupus eritematoso sistémico, trastornos del ánimo, 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 feto 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 gestante se encuentra inmunodeprimida (es decir, tiene unas defensas más bajas que cuando no lo está). Por otro lado, como el feto 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 feto.

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.

En el caso de la toxoplasmosis, (que se encuentra en las heces de los gatos, o en carnes y frutas contaminadas), puedes prevenirla evitando el contacto con los gatos y sus heces; 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.



También hay que tener en cuenta, como ya se ha dicho más arriba, 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 fetal.

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 hijo. 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 estarlo, 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 guisados 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 con 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, rico 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 pesado, 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 hijo/a, 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 pesado limpio y sin vísceras, o quítaselas lo antes posible.
- Cocina muy bien el pescado, sin dejar partes poco hechas, o bien congélalo previamente a -18ºC 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 ello, 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 ori-

gen 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 te 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 feto.

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 una 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

- Evita el exceso de peso previo al embarazo
- Sigue una dieta saludable, variada y equilibrada.
- No es necesario ni beneficioso eliminar los hidratos de carbono de tu diete, pero sí es recomendable que controles 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, en combinación con proteínas (disminuye la velocidad de absorción).
- Realiza ejercicio físico adecuado.
- Procura que la ganancia de peso sea gradual y adecuada.

Preeclampsia

- Hidrátate bebiendo agua con normalidad.
- A pesar de que no es necesario disminuir el consumo de sal, sí se considera beneficioso limitar el consumo de alimentos procesados y precocinados.
- Cubre las necesidades de vitamina D: lo más efectivo es con la exposición al sol (cara, manos y brazos, mínimo 15-20 minutos, 3 o 4 días a la semana, sin protección solar).
- Consume también alimentos que la contienen: champiñones, huevo, pescado azul, alimentos enriquecidos.

Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/embarazo/que-alimentos-tomar-durante-el-embarazo/*

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.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desayuno	250 ml leche semi 50 g cereal integal 250 ml zumo naranja	250 ml leche semi 50 g cereal integal 2 reb. pan centeno 1 kiwi	250ml leche semi 50 g cereal integal 250 ml zumo naranja	250 ml leche semi 50 g cereal integal 2 reb. pan centeno 1 kiwi	250 ml leche semi 50 g cereal integal 250 ml zumo naranja	250 ml leche semi 50 g cereal integal 2 reb. pan centeno 1 kiwi	250 ml leche semi 50 g cereal integral 250 ml zumo naranja
TAlmuerzo	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 bistec ternera 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 judias verdes 10 g aceite 50 g patata 120 g bistec ternera 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, l0g aceite 150 g pollo plancha 5 g aceite Yogur natural	60 g pasta 5 g aceite 120 g carne maga 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	200g 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 Mª Pilar Puentes Zarzuela, matrona.

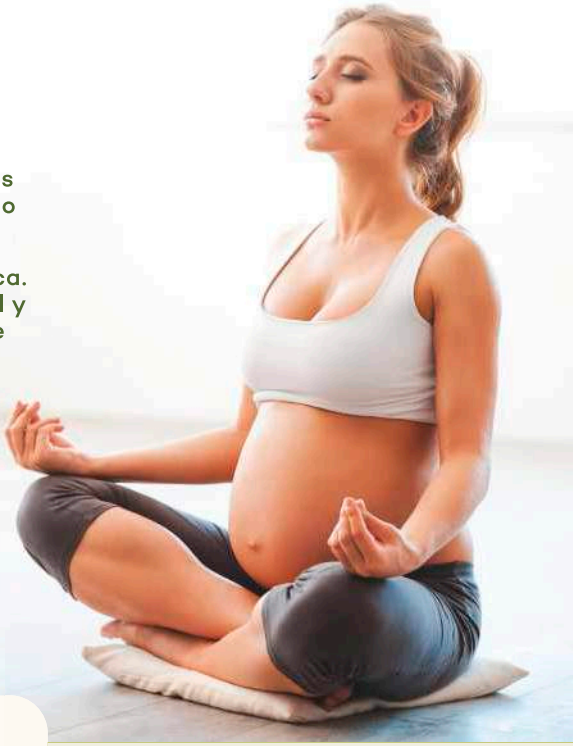
Nestlé

Eko

DISFRUTA DE TODO LO BUENO DE LOS CEREALES BEBIÉNDOLOS

Estás en el momento más especial de tu vida. Todo empieza a cambiar. Dejas de ser la protagonista de tu vida. Ya no cuentas solo tú.

Mímate. Cuídate. Ahora más que nunca. Tu cuerpo tiene un papel fundamental y va a necesitar mayores cantidades de nutrientes.





PRUÉBALO GRATIS

Te regalamos tu primera compra de EKO

1. Compra cualquier producto de la gama EKO® y conserva tu ticket de compra
2. Entra, regístrate y consulta las bases legales en la web: www.nestle.es/eko
3. ¡Te devolveremos el dinero!

Periodo compra producto: 01/01/2021 al 31/12/2021
Periodo registro participación: 01/01/2021 al 31/01/2022
Promoción válida para mayores de edad residentes en España y limitada a un reembolso por consumidor y cuenta bancaria. Promoción limitada a 10.000 reembolsos. Conserva el ticket de compra para poder recibir el premio. Consulta las bases legales en: *https://www.nestle.es/eko/promociones/pruebame-gratis/como-participar.aspx*

Entra en la web **www.nestle.es/eko** para más información

NATURAL

CEBADA, CENTENO Y ACHICORIA.

ECOLÓGICO

Cuidarse empieza por tomar consciencia de una misma, estar en calma y armonía con la naturaleza y vivir experiencias que te hagan sentir bien.

CONÓCETE A TI MISMA

CUÍDATE DESDE EL INTERIOR

RECONECTA CON LA NATURALEZA

Síguenos en @EKO_BEING

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 arterial y venoso. En el **corazón**: el tabaco produce un estrechamiento de los vasos sanguíneos (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:
No fumes durante el embarazo.

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.

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, ni una gota de alcohol.
Recuerda:
La única dosis de alcohol segura durante el embarazo es "0".

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 cardiacas, 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, con un adaptador. En el último capítulo de esta guía encontrarás un apartado 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 mucha agua. Los arcos detectores de metales de los aeropuertos no son dañinos para tu hijo.

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 no 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.



https://letsfamily.es/embarazo/que-es-un-babymoon

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 neutro.

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 (debajo 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 utilizando cera caliente, porque está contraindicada durante la gestación. En las piernas es perjudicial en mujeres con varices.

Higiene Bucodental

El aumento de la secreción hormonal típica del embarazo favorece la inflamación de las encías, 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, 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 de alguna pieza dental 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 incremento en el 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, mejor 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 interdentales 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 para tu hijo/a.

Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/embarazo/sintomas-de-embarazo-la-gingivitis*

Ropa

Actualmente hay mucha oferta de ropa para embarazadas. Escoge ropa con la que te sientas cómoda por ejemplo, pantalones específicos que no comprimen el abdomen. Escoge ropa interior de algodón y no demasiado ajustada, para favorecer la transpiración u para evitar rozaduras, lesiones o 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 tu matrona, te dirá lo que tienes que hacer.

No se recomienda el uso habitual de faja en el embarazo. Es mejor realizar ejercicio físico adecuado, que favorece el fortalecimiento de la musculatura abdominal para mantener una postura corporal ergonómica.

Si tienes dolor en las caderas se recomienda, antes que la faja abdominal, el uso de un cinturón pélvico que aporta estabilidad a las articulaciones y ayuda a mantener una postura correcta. Puedes utilizarlo si estás mucho tiempo de pie o para salir a caminar.

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

Procura 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 bajo 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 resulta fácil de realizar es caminar diariamente entre 30 y 60 minutos. Con paso normal e intentando coordinar 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 musculoesqueléticos que experimentarás durante la gestación, sino también para el día del parto.

Procura asistir al curso de **Educación para la Maternidad** con tu matrona donde se incluyen algunos ejercicios de preparación física, que te serán muy útiles. (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.

Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/embarazo/deporte-y-ejercicio en el embarazo*

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-a.

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 tu ginecólogo-a o con tu matrona.



Tienes que 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 ginecóloga-o 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 hacértelo saber.

Transmítele 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 haceros 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 de manera activa 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. Apoyarla, sobre todo si las cosas se ponen difíciles y demostrarle que se siente orgulloso de ella. Eso sirve como refuerzo positivo.

Recuerda:
La pareja *debe implicarse verdadera e intensamente en el proceso, pues forma parte del binomio madre-hijo.*

Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/embarazo/5-temas-que-debes-hablar-en-pareja-antes-del-parto/*

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:

- Mostrar los hábitos y costumbres sanas que debe seguir la gestante durante el embarazo.
- Eliminar las ideas erróneas y distorsionadas referentes al embarazo.
- Fomentar relaciones y actividades positivas y satisfactorias en la pareja durante el embarazo, parto y puerperio.
- Promocionar en la pareja relaciones positivas y satisfactorias durante el embarazo.
- Compartir la mayoría de actividades relacionadas con el proceso (visitas, paseos, etc.).

En este primer nivel se hacen de una a tres sesiones, con los siguientes **contenidos**:

- 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, ambos miembros de la pareja.
- Reconocer a vuestro bebé como ser humano activo y sensible ya desde la etapa antenatal.
- Facilitar los recursos necesarios para aumentar el bienestar durante el trabajo de parto.

En este segundo nivel se hacen de 7 a 10 sesiones, con los siguientes **contenidos**:

- 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 se 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 en el 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 imaginar 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 dorsolumbares 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 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 durante el postparto, así como aumentar los conocimientos de los padres al respecto.
- 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 la madre haya 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 de tu hija/o y, si lo hubiera, derivarlo al especialista correspondiente.

En este tercer nivel se realizan de 3 a 7 sesiones, con los siguientes contenidos:

Relacionadas con la madre:

- Dinámica de grupo sobre la 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.

Relacionadas con el recién nacido:

- Reforzar el modelo de lactancia elegida.

- Desarrollo psicomotor y comportamiento.
- Patologías más frecuentes en los primeros meses de vida.
- Calendario de vacunaciones.
- La figura del padre **(pareja)**.
- 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.

Más información en LetsFamily.es *https://letsfamily.es/embarazo/que-se-aprende-en-las-clases-de-preparacion-al-parto/*

2

PARTE 2
EL PARTO Y EL PUERPERIO

GUÍA LOS CONSEJOS
DE TU MATRONA

1. EL PARTO
2. EL PUERPERIO



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
www.aesmatronas.com

LetsFamily.es

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 profesional de tu parto porque en ese caso, no necesitarías a ningún especialista. Se trata de que participes activamente en las cuestiones y decisiones sobre el proceso. Pero no olvides que, para tu tranquilidad, es muy importante que confíes en los que solo queremos ayudarte.

La Asociación Española de Matronas fue pionera en reclamar ante el Ministerio de Sanidad un cambio del modelo asistencial en la atención obstétrica proponiendo "desmedicalizar" y minimizar la intervención en el parto, cuando las circunstancias de normalidad lo permiten y que respondiera a las recomendaciones de la OMS. Desde entonces, ha participado activamente en la elaboración de todos los documentos de Recomendaciones emitidos desde el Ministerio de Sanidad (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 baja 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 surgirte algunas dudas de **qué cosas necesitas 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 pródromos 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.

¿Qué pasa cuando llegáis al hospital?

Una vez en el hospital, seréis recibidos por la matrona o el obstetra-ginecóloga-o 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-ginecóloga-o 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 car-

díaco fetal y con toda probabilidad se hará un registro (CTGB ó PT) del latido cardiaco 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 cardiaca fetal** colocando sobre el vientre dos captores (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/la médico o matrona estimen necesario, de forma intermitente o continuada, durante el trabajo de parto, incluyendo el periodo expulsivo. También es posible el control del latido cardiaco 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 captores, 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 cardiaca, y otro que, colocado dentro del útero, marcará directamente la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas (en la mayoría de los casos el registro de contracciones se hace mediante registro externo sin necesidad por ello de introducir ningún dispositivo 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 multípara (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 multípara es, en cambio, más rápida porque el cuello "se borra", (desaparece) y dilata casi 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 multíparas. 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 la mayoría de los casos podrás tomar algún alimento líquido.

En general los partos e intervenciones ginecológicas son atendidos con **anestesia regional** que reduce el riesgo de accidentes respiratorios por aspiración de contenido gástrico en la anestesia. Si solamente quieres refrescar la boca y labios resecos, 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 hablándolo 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, 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.

Recuerda:
Comunica a la matrona que te acompaña tus necesidades. Estamos para atenderte y ayudarte en todo momento.

2 Período 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 multípara 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 multíparas; 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 muy **selectiva** y si es absolutamente necesaria. No obstante, para conseguir evitarla, se requiere una buena preparación materna durante el parto.

3 Período de alumbramiento

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.

Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/embarazo/que-tipos-de-parto-existen/*

Anestesia/ Analgesia epidural

Es un tratamiento para el dolor utilizado en diferentes especialidades. En los últimos años es común 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, 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 algunas 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.

Pero 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.

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 pecho 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).

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 juntamente 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 angustiaros.

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 puérperas 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 para 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 incomodo, 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 minutos con tu hijo, a una hora adecuada. Os beneficiará a los dos, a ti por el ejercicio y a 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 tu profesional 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 realizado 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.
- 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 relajes 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 andando 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 38ºC 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, tras cada 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 antinflamatoria.

¿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 matrona o con el ginecólogo 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:

Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/embarazo/5-preguntas-incomodas-sobre-el-postparto/*

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 “spoting”.

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 uno u otro método el que utilices, se recomienda que tras el parto consultes con tu matrona para que te dé 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?

- Imagina que estás haciendo pipí y contraes fuertemente la zona, como si quisieras parar la salida de la orina, después relaja la zona.
- Imagina 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.

Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/embarazo/que-son-los-ejercicios-de-kegel/*

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, 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, eso sí empleando preservativo para evitar posibles infecciones uterinas.

También 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. Entre los factores que más influyen en una mejor vivencia de la sexualidad tras el parto se encuentran: la autoimagen, la relación de pareja, el apoyo percibido, el estrés percibido y la satisfacción con la vida.

La masturbación suele ser una actividad sexual más satisfactoria que la penetración o el sexo oral, ya que esta actividad es menos propensa a estar influenciada por el cansancio, el deseo o el dolor.

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.

Ambos debéis de ser cómplices en el cuándo y el cómo del inicio de las relaciones sexuales con penetración. El coito tan sólo es una forma más de disfrutar. Ante cualquier duda o dificultad, consulta con el profesional adecuado.

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 pueden 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 cualquier duda o dificultad, consulta con el profesional adecuado.

3

PARTE 3
LA CRIANZA

GUÍA LOS CONSEJOS
DE TU MATRONA

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



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
www.aesmatronas.com

LetsFamily.es

1. EL RECIÉN NACIDO
Alimentación del lactante

Aunque las definiciones de lactante varían, abarcando hasta el primer o segundo año de vida, su significado es “el que mama leche”. La lactancia puede mantenerse mientras madre e hija/o deseen.

Durante este periodo, que se caracteriza por un acelerado ritmo del crecimiento y de las habilidades psicomotrices, 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, mediante sucedáneos de la leche materna (fórmulas artificiales derivadas de la leche de vaca). **Cuando los niños son 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.

La lactancia materna es la evolución natural del proceso de gestación – parto – lactancia en la especie humana. Forma parte del sistema reproductivo, afectivo y sexual.

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 vida del lactante y continuar dando el pecho junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los 2 años.**

Beneficios para el recién nacido	Beneficios para la madre	Desventajas de la lactancia artificial
Los bebés alimentados con leche materna padecen menos: • Infecciones urinarias. • Diabetes tipo 1. • Gastroenteritis. • Enfermedad inflamatoria intestinal. • Otitis media. • Linfoma Hodgkin. • Infección respiratoria baja. • Sepsis. • Muerte súbita del lactante. • Mejora el desarrollo cognitivo.	• Acelera la recuperación del útero y protege de la anemia post parto. • Se produce la secreción de hormonas que favorecen la relajación y bienestar general • Protege contra la depresión postparto • Disminuye el riesgo de: cáncer de mama y de ovario. • Disminuye el riesgo de artritis reumatoide • Disminuye el riesgo de osteoporosis • Favorece la pérdida de peso • Disminuye los gastos familiares.	• **Altera** el microbiota intestinal • **Los biberones** de los primeros días aumentan el riesgo de alergia a proteínas de la leche de vaca • **Menor protección** frente a enfermedades: infecciones respiratorias (bronquiolitis, neumonía) y gastrointestinales, otitis, asma, alergias, atopias, diabetes y ciertos tipos de cáncer. • **En prematuros,** aumenta el riesgo de enterocolitis necrotizante.

Secreción de leche: El calostro está presente en la mama desde el embarazo. Tras la salida de la placenta, el cambio hormonal producirá la subida de la leche. La succión del bebé y el vaciamiento de la mama producirán la evolución del calostro a leche madura**.** 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 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 y dificultando la extracción, ya que la succión del bebé será insuficiente ante la resistencia que presenta la mama para ser vaciada.

Subida de la leche: La subida de la leche se producirá al 2º-3º día postparto, tiempo que se reduce si se inicia una lactancia precoz. Mientras tanto, el calostro es todo lo que un bebé sano a término necesita.



La succión frecuente durante estos primeros días es fundamental para obtener mayor volumen de leche durante toda la lactancia, pues el pecho está calibrando la producción que necesita establecer. Es recomendable que el recién nacido realice mínimo 8-12 tomas en 24 horas hasta la recuperación del peso del nacimiento (que debe darse antes de los 15 días de vida). Las tomas frecuentes, la succión de las manos etc... son comportamientos normales de los niños sanos.

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 betacarotenos, 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 realizar lavado de manos antes de las tomas. Para el pecho, es suficiente con la ducha diaria.

La posición correcta del bebé también es fundamental para conseguir un buen agarre: oreja, hombro y cadera alineados. Su cuerpo pegado al tuyo, sus manos una a

cada lado de tu pecho. Su cara enfrente del pecho, sin girar la cabeza para buscarlo. Tu brazo sostiene el cuerpo del bebé (cuello, espalda, nalgas).



Si lo necesitas, puedes sujetar el pecho con la mano en forma de C, dejando libre la areola para permitir un agarre profundo.

El agarre profundo y asimétrico es la clave para el éxito de la lactancia.

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

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

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

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 gane peso.

Es mucho más importante dejar que el bebé 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 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.

Para que el bebé pueda regular la producción de leche a sus necesidades, la lactancia materna debe ser a demanda: el bebé decide cuándo quiere comer, durante cuánto tiempo y cuándo cambiar de pecho.

La **lactancia a demanda** comienza cuando el bebé ha recuperado el peso del nacimiento y comienza una curva ascendente de peso, que debe ocurrir antes de los 15 días de vida.

Hasta entonces es recomendable realizar un mínimo de 8-12 tomas en 24 horas para una correcta instauración de la lactancia. Probablemente el recién nacido mantenga este patrón por sí mismo, la succión frecuente es un comportamiento normal del recién nacido sano. Si no lo hace, prueba a estimularle mediante el contacto piel con piel o intenta despertarle para ofrecerle el pecho. Si no lo consigues, puede ser útil extraer leche con tus manos y ofrecérsela mediante dedo-jeringa o con una cucharita.

La **duración media de las tomas** es muy variable, más largas las primeras semanas y acortándose hacia los 3 meses. Si las tomas son demasiado cortas, largas o la succión es continua y el bebé no gana peso o la madre experimenta dolor, estaría indicado valorar una toma y evaluar el agarre.

La succión nocturna es importante para mantener la producción de leche, ya que la prolactina está más elevada de 2 a 6 a.m. Este comportamiento normal de los bebés también ayuda a disminuir el Síndrome de Muerte Súbita del lactante. Realizar colecho con tu bebé es una opción que valorar, ya que favorece el descanso nocturno.

Si necesitas retirar al bebé del pecho, introduce un dedo en su boca para bajar la encía y romper el vacío, si lo separas mientras succiona suele provocar dolor.

Durante los primeros meses los lactantes pueden experimentar crisis de lactancia: aumentan la demanda para aumentar la producción. Es conveniente acompañar esa demanda ofreciendo más pecho y evitando biberones, que podría conducir a un abandono precoz de la lactancia.

Si esperas sistemáticamente a sentir los pechos llenos antes de amamantar, tu cuerpo puede recibir el mensaje de que está produciendo demasiada leche y se reducirá la producción. Al finalizar las tomas, es aconsejable mantener al bebé erguido durante unos minutos por si necesita expulsar gases.

Las grietas del pezón suelen producirse por un mal acople de la boca del niño al pezón: vigila tu postura, la posición de tu bebé y el agarre al pecho con frecuencia

Si tienes dudas, consulta a tu matrona. Normalmente, dar de mamar no duele. Si tienes dolor, posiblemente algún aspecto se puede valorar o mejorar

Si estás cansada o estresada, puede afectar a la cantidad de leche que produzcas: busca apoyos, intenta descansar y expresar tus sentimientos

Si tú o tu bebé lo necesitáis, busca un ambiente tranquilo para amamantar y disfruta de ese momento sin distracciones. Si lo prefieres, rodéate de apoyos y compártelo.

Durante los primeros seis meses de lactancia no es necesario aportar agua al bebé. Si hace calor, amamanta más frecuentemente. Probablemente tu bebé también te pedirá más tomas y puede que algunas sean más cortas, ya que la leche del principio de la toma tiene más cantidad de agua en su composición.

Se comenzará a dar agua cuando se inicie la alimentación complementaria.

A la **madre que está lactando** se le aconseja eliminar el consumo de tabaco y alcohol.

Es recomendable beber agua frecuentemente. Puedes notar más sed, en especial durante las tomas las primeras semanas. Es útil tener a mano una botella de agua.

La alimentación debe ser variada y equilibrada. Hay alimentos que cambian el sabor de la leche (cebolla, coles, ajos, especias) que ayudarán a diversificar el sentido del gusto de tu bebé. Si rechazara alguna toma, espera unas semanas para volver a consumirlos.

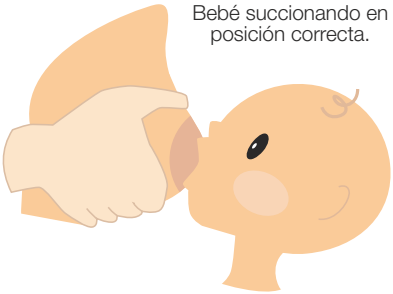
Se recomienda continuar con la suplementación de yodo o consumir raciones abundantes de lácteos a diario.

Si necesitas tomar alguna medicación, consúltalo con el pediatra, la matrona o ginecólogo, hay fármacos compatibles, pero otros no lo son. Puedes consultar la compatibilidad en www.e-lactancia.org.

Posturas adecuadas de amamantamiento:

Posición correcta

Bebé succionando en posición correcta.



La aureola y el pezón forman una tetilla dentro de la boca del bebé.



La lengua presiona los senos lactíferos, obteniéndose así la leche.



Posición incorrecta

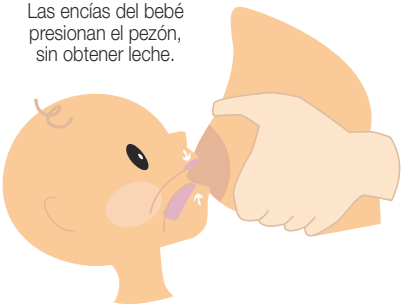
Bebé succionando en posición defectuosa.



Bebé succionando solo el pezón, y la punta de la lengua permanece dentro de la boca.



Las encías del bebé presionan el pezón, sin obtener leche.



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:

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 superable

¡¡¡Nadie nace enseñado, verás cómo te compensa!!!

Durante el periodo de lactancia materna el aporte de agua necesario para el bebé, se suministra a través de la leche 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.

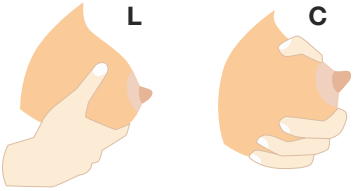
Posiciones para amamantar

Posición de cuna



- Sostén a tu bebé en tu brazo, con la cabeza colocada enfrente de tu pezón (su cabeza descansara en tu antebrazo, no en el recodo de tu brazo).
- Puedes utilizar almohadas o un cojín de lactancia para apoyar tus brazos (no a tu bebé, es mejor que lo sostengas tú, para favorecer el agarre).

Para dirigir el agarre



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. Estimula con tu pezón el labio superior de tu bebé. Espera a que abra bien la boca. Ten paciencia, puede tardar. Cuando abra mucho la boca, acércalo rápido hacia tu pecho.

C. Asegúrate de que el agarre es profundo, con gran parte del pecho introducido en la boca, y asimétrico, observando más areola en la zona superior.

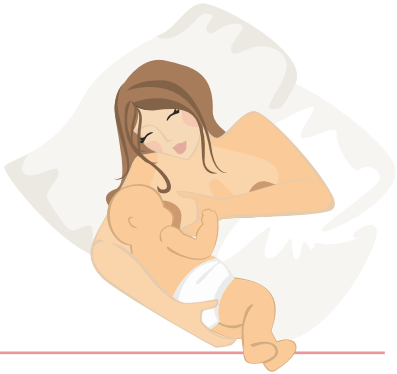
D. El agarre no deber ser doloroso.

Posición de rugby / balón de rugby



- Coloca a tu bebé con los pies dirigidos hacia tu espalda. Sostén su cuello y cabeza en tu mano, y su cuerpo en tu antebrazo, pegado a tu cuerpo.
- Puedes utilizar almohadas o un cojín de lactancia para apoyar tus brazos (no a tu bebé, es mejor que lo sostengas tú, para favorecer el agarre)
- Sigue los pasos A, B, C y D de la posición de cuna.

Posición recostada



- Recuéstate de lado, bien girada en la cama.
- Coloca a tu bebé sobre la cama, sin mantas entre vosotros.
- Cuando abra la boca, acércalo hacia tu pecho.

Posición reclinada o de crianza biológica

Acuéstate reclinada unos 30-45ºC y coloca a tu bebé boca abajo sobre ti. Permite que busque el pezón y se agarre por sí mismo. Es ideal para las primeras tomas tras el parto o cuando hay problemas de agarre. Porque a veces, si no interferimos, dejamos que el bebé pueda utilizar sus reflejos y que consiga un mejor agarre.

En caso de cesárea, puedes utilizar esta postura, pero la posición de tu bebé con sus pies orientados hacia tu costado y no hacia la cicatriz.

Utiliza la postura en la que tu bebé y tú os sintáis más cómodos y consigáis mejor agarre. Todas son válidas y, en ausencia de problemas, no hay diferencias entre una u otra.

Si notas algún bulto o conducto obstruido en el pecho, intenta colocar la barbilla del bebé hacia esa zona.

EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA

- Se trata de extraer leche con la mano. Puede ser útil para extraer calostro los primeros días, por ejemplo:
- Si tu bebé no se agarra, puedes extraer leche y ofrecérsela, evitando darle fórmula artificial.
- Si tu bebe y tú estáis separados (ingreso en neonatos) para estimular tu producción de leche. Cuando suba la leche, puedes pasar a usar un sacaleches. Iniciando con extracción manual los primeros días tu producción será mayor.
- También sirve para extraer leche en cualquier momento de tu lactancia.

1. Masaje

Acaricia tu pecho para estimular la oxitocina y facilitar la salida de la leche.

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.



Después, acaricia el pecho desde el exterior hacia la areola, usando un contacto ligero de cosquilleo. Finaliza sacudiendo ligeramente ambos pechos.

2. Extracción

- Coloca tu mano en forma de C, y los dedos a unos 3-4cm del pezón, con el pezón en el centro.
- Empuja tus dedos hacia la pared torácica, y luego comprime el pecho entre el pulgar y los otros dedos, rotando ligeramente los dedos. Después, afloja la presión.
- Repite rítmicamente este movimiento: coloca, empuja, comprime, suelta. Empuja, comprime, suelta.
- Cambia los dedos hacia otras zonas del pecho para vaciar todos los cuadrantes.
- Extrae unos 10 minutos en cada pecho. Es mejor hacer extracciones cortas pero frecuentes.
- Intenta colocar los dedos y mantenerlos en ese lugar, sin deslizarlos sobre la piel para evitar que ésta se irrite.
- Evita tocar el pezón, no es necesario para extraer leche y puede causarte dolor.

Problemas al inicio de la lactancia

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

Ingurgitación mamaria: 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 y tratamiento:

- El mejor método para evitarla es favorecer el amamantamiento precoz y frecuente con un agarre efectivo.

- Si notas alivio puedes aplicar calor local (compresas húmedas, ducha) antes de las tomas, acompañado de un masaje suave, y frío después.
- Si la areola está edematosa y el bebé no consigue agarrarse, puedes realizar la técnica de presión inversa suavizante para ablandarla, antes de poner al bebé
- Puedes combinarlo con el masaje terapéutico de la mama: con ambas manos realiza un masaje muy suave, sin ejercer presión, desde la areola hacia el exterior. Ayuda a guiar el exceso de líquidos de la mama hacia el cuerpo, permitiendo que la leche fluya más fácilmente.
- Si tu bebé no es capaz de vaciar el pecho o no tiene hambre, intenta extraer leche con la mano, para disminuir la tensión y el dolor.
- Puedes tomar analgésicos/antiinflamatorios. No está recomendado tomar antibióticos ni suspender la lactancia.

Masaje suave para aliviar la congestión

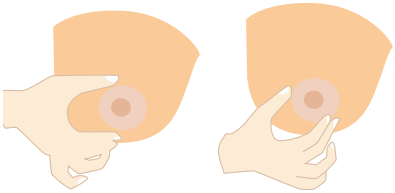
1. Haz masajes sobre los conductos productores de leche (imagina los radios de una bicicleta, así están dispuestos los conductos en la mama) presionando el seno firmemente con las yemas de los dedos contra la pared del pecho, empezando por arriba. Mueve los dedos circularmente, concentrándolos por unos 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 cosquilleo. Continúa con este movimiento acariciador para ayudar a relajarte, lo cual a su vez, estimula el reflejo de expulsión de la leche.

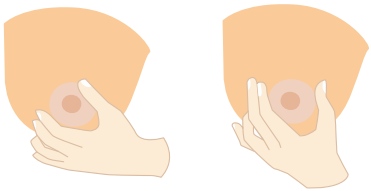


3. Repite rítmicamente para drenar completamente las reservas: Coloca, empuja, aprieta. Coloca, empuja, aprieta.

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

Se producen por un agarre inadecuado, ocasionando heridas y dolor. En raras ocasiones se deben a alguna anomalía anatómica del lactante: frenillo lingual corto, que que tendría que valorar un especialista.

Suelen aparecer en los primeros días de lactancia, siendo causa frecuente del abandono de la misma.

Pueden aparecer solo en un pecho. Puede deberse a que la madre coloca mejor al niño en un lado que en otro, o alguna alteración del lactante (tortícolis congénita, plagiocefalia) que pueden tratarse con fisioterapia/osteopatía.

A veces las grietas llegan a sangrar. Suele ser bastante escandaloso ver sangre en la boca del bebé, pero no es peligroso para él.

El tratamiento es corregir el agarre: cuando el pezón se coloque muy profundo en la boca, dejará de comprimirse y las grietas se curarán por sí mismas.

Los primeros días de lactancia puedes notar molestias en los pezones, debido a las hormonas y al estímulo de la succión frecuente al que tu cuerpo no está acostumbrado. Pero el dolor NO es normal, de hecho, es un signo de alarma: aparte de causar grietas en la madre, nos avisa de que al bebé le cuesta extraer la leche.

El dolor ocurre cuando el bebé realiza un agarre superficial: la boca no está bien abierta, solo puede coger el pezón y lo comprime entre su lengua y el paladar duro. No consigue extraer bien la leche, porque la lengua no está colocada en la areola. Esto causa dolor en la madre, y este dolor es muy importante, porque avisa de que el bebé puede no estar recibiendo suficiente leche. Por eso duele tanto, para que podamos darnos cuenta de que algo no va bien y solucionar el problema.

Si tienes dolor ¡no aguantes! busca ayuda, tanto antes del alta del hospital como con tu matrona del centro de salud.

Tras corregir el agarre y mientras que las grietas se cierran, puedes utilizar alguna de estas medidas de confort y que favorecen la cicatrización:

- Mantener el pecho limpio, seco y sin cubrir.
- Aplicar gotas de leche materna o aceite de oliva tras la toma.
- Tomar analgésicos/antiinflamatorios prescritos por el médico.

El éxito de la lactancia dependerá en gran parte de la sensación de confort que te proporcione esta nueva experiencia. Por ello hay que intentar garantizar que la madre está cómoda y el bebé está obteniendo leche con facilidad. Hay que favorecer la adaptación madre-bebé, asegurando una correcta postura de la madre, posición del bebé y un agarre profundo y asimétrico.

Mastitis

Es un proceso inflamatorio de la mama que puede ir o no acompañado de infección. La mastitis aguda se manifiesta con una zona enrojecida y dolorosa en uno de los pechos, fiebre y malestar general.

Prevención

- Contacto piel con piel tras el parto e inicio precoz de lactancia materna (intentar agarre espontáneo durante la 1ª hora de vida y, si no se consigue, ofrecer ayuda después).
- Lactancia materna frecuente y a demanda, con agarre profundo, asimétrico y no doloroso.
- Evitar suplementos de leche artificial sin indicación médica, y extraer leche si es necesario administrar suplementos al bebé.
- Higiene de manos, ducha diaria, evitar ropa que comprima el pecho.

Tratamiento

- Primeras 24 horas: extracción frecuente y efectiva de la leche (preferiblemente por el lactante), reposo, ingesta de líquidos y analgésicos/antiinflamatorios.
- Si tras 24h no mejora o empeora: continuar cuidados anteriores + acudir al médico para valorar iniciar antibiótico.
- Solicitar cultivo de leche si no mejoría en 48 horas o mastitis de repetición.

En otros tipos de dolor mamario (dolor profundo en la mama durante la toma o después sin zona enrojecida, sensación de pinchazos, dolor en el pezón…) es funda-

mental valorar la historia clínica, la evolución y técnica de la lactancia, duración y frecuencia de las tomas, agarre y otros factores o enfermedades de la madre y el bebé. Consulta con tu matrona o un profesional experto en lactancia.

Según e-lactancia.org, a fecha de última revisión (2020) no hay evidencia de que el uso de probióticos sea eficaz para tratar o prevenir mastitis o dolor mamario. Parecen ser de bajo riesgo o compatibles con la lactancia. Se precisan más estudios.

Dolor del pezón

- Hay diferentes causas por las que pueden doler los pezones. Habría que valorar cuál es la causa e iniciar los cuidados o el tratamiento prescrito.

- Molestia en los primeros días de lactancia: los cambios hormonales y el estímulo repetido de la succión del bebé, muchas horas al día, al que tu cuerpo no está acostumbrado, puede ocasionar molestias, irritación e incomodidad. Habría que valorar el agarre. Prueba a aplicar calor antes de las tomas, también tomar analgésicos/antiinflamatorios. En unos días las molestias irán disminuyendo.

- Si lo que notas es dolor (necesidad de quitar al bebé de tu pecho) escucha tu cuerpo, retírale. Suele ser un problema de agarre inadecuado, que puede ocasionar dolor y grietas a la madre y que nos avisa de que al bebé puede estar costándole extraer leche. Hay que valorar el agarre para conseguir que se efectivo. Busca ayuda de tu matrona. Puedes aplicar leche materna o aceite de oliva en el pezón.

- Busca un sujetador cómodo, regulable, que sostenga el pecho sin apretarlo.

- Si necesitas usar discos absorbentes, cámbialos con frecuencia para disminuir la humedad. Si los desechables no te van bien, existen discos de algodón lavables y reutilizables.

- Utiliza ropa de algodón, suave y transpirable.

- Intenta buscar momentos para dejar el pecho al aire, favorece la cicatrización y evita el roce con la ropa. Existen protectores de pezón con orificios de ventilación, que se colocan debajo de la ropa, pueden ser una opción si necesitas estar vestida.

- Comprobar talla de pezoneras y embudo de sacaleches.

- Infección bacteriana secundaria a grietas o mastitis: corregir agarre. Antibiótico oral y/o tópico.

- Infección por herpes: si hay lesiones el pezón, hay que suspender la lactancia temporalmente hasta que se curen, extrayendo leche y desechándola.

- Causas del lactante: anquiloglosia, problemas de succión, confusión tetina-pezón. Valoración y tratamiento de la causa.

A veces es necesario hacer una lactancia diferida (extraer leche y dársela al bebé evitando la succión directa al pecho) mientras se soluciona el problema.

Pezón plano o invertido

Puede suceder que el pezón no esté sobre elevado o incluso que esté retraído. No es un impedimento para la lactancia, aunque puede dificultar el agarre. ¡Puedes amamantar! Busca ayuda experta para iniciar tu lactancia.

No hace falta preparar los pezones durante el embarazo: no sirve de nada y puede hacerte dudar de tu cuerpo. Cuando nazca tu bebé y se agarre, la succión puede hacer que tu pezón salga un poco más.

Puedes aplicar frío o estimular el pezón (con las manos, una jeringa invertida o el sacaleches) antes de colocar a tu bebé.

Si no consigues que se agarre, puedes probar a utilizar pezoneras.

Puede suceder que el pezón no esté sobre elevado o incluso que esté retraído. No es un impedimento para la lactancia, aunque puede dificultar el agarre. ¡Puedes amamantar! Busca ayuda experta para iniciar tu lactancia.

Hipogalactia

Escasa producción de leche materna, que no permite cubrir las necesidades del bebé.

Tipos:

- **Real:** por un problema médico o por un manejo inadecuado de la lactancia.

- **Subjetiva** por la madre: basado en comportamientos del bebé (si llora mucho…), por presiones del entorno (bebé que realiza tomas frecuentes o sin horario, que es un comportamiento normal de un lactante), no conseguir grandes volúmenes con la extracción (es bastante frecuente que el bebé consiga extraer más que un sacaleches) también puede ser temporal o permanente.

Si estás preocupada por tu producción de leche o hay signos objetivos que te hagan sospecharla (inadecuada ganancia de peso de tu bebé) consulta con tu matrona para una valoración.

Generalmente, las tomas o extracciones más frecuentes ayudan a aumentar la producción de leche.

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.

Anticoncepción y lactancia materna

Método de la amenorrea de la lactancia (MELA):

Durante la lactancia, es posible que la menstruación no aparezca. El MELA se puede realizar con efectividad del 98% siempre que se cumplan estas tres condiciones (si no, aumentan las probabilidades de embarazo):

1ª) Que el bebé tenga menos de 6 meses.

2ª) Que la madre no tenga la regla.

3ª) Que la lactancia sea exclusiva (ni zumos, ni agua) y a demanda, que el bebé tome pecho por el día (al menos cada 4 horas) y por la noche (al menos cada 6 horas).

Otros métodos anticonceptivos recomendados durante la lactancia son: preservativo, diafragmas femeninos (sólo se pueden colocar cuando el útero recupere su tamaño normal, a partir de la sexta semana postparto) o anticonceptivos orales que contengan sólo progestágenos.

Para recibir orientación, consulta con tu ginecólogo o con tu matrona.

Lactancia durante el embarazo y lactancia en tándem

Una mujer puede quedarse embarazada de nuevo mientras lacta a su hijo mayor.

Puedes continuar amamantando durante la gestación.

Es frecuente que ocurra un destete durante este periodo, dirigido por la madre (miedo, desconocimiento, sensibilidad en el pecho) o espontáneo por el lactante (cambio en el sabor y disminución de la producción de leche).

Una vez que nazca el bebé, puedes realizar lactancia en tándem, amamantando a ambos conjuntamente o por separado.

Es importante priorizar las tomas del recién nacido, pero contrariamente a lo que se cree, el más pequeño no se queda sin leche, pues la estimulación del pecho por el hermano mayor hace que aumente la producción de leche, que pasa de nuevo por una fase de calostro en los días cercanos al parto.

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.

Hay diferentes motivos por los que elegir esta opción, como indicación médica de suplementar al bebé, separación madre-hijo sin posibilidad de lactancia diferida, hipogalactia verdadera, tránsito hacia la lactancia artificial exclusiva o deseo materno.

Se puede realizar de manera “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. O de manera “alterna”, cuando la madre no puede ofrecer el pecho al niño en alguna de las tomas, en las que tomará solo leche artificial.

Si eliges dar lactancia mixta, debes saber que aumenta el riesgo de cese de la lactancia materna por falta de estímulo al pecho. Por ello se recomienda ofrecer primero el pecho y después el biberón o, en caso de necesitar suplementar, que cuando el bebé reciba leche artificial realices extracción de leche materna (manual o con extractor) para fomentar la producción.

Recuerda:
La lactancia materna es lo mejor para tu bebé.

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

Destete

Las sociedades científicas recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y mantenerla junto con otros alimentos hasta los dos años de vida o más, mientras madre e hijo deseen.

El destete ocurrirá en algún momento, y puede ser espontáneo por el bebé o dirigido por la madre.

Destete espontáneo por el bebé

La edad natural del destete en la raza humana es entre los 2,5 y los 7 años.

En ocasiones sucede antes del año de vida por lo que, si ocurre, habría que investigar la causa (puede ser una huelga de lactancia y que la reanude en unos días).

Dirigido por la madre

Puede ser gradual o brusco. El destete gradual, durante semanas o meses, es más fisiológico y con menos posibilidad de complicaciones físicas, dando tiempo a madre y bebé a trabajar las emociones.

Durante la lactancia materna exclusiva

El destete gradual se puede hacer ofreciendo biberón tras las tomas o reemplazando una toma de pecho por otra de biberón cada 3-4 días.

Durante la alimentación complementaria

Se pueden sustituir tomas por otros alimentos. Habría que introducir otros lácteos al menos hasta los 2 años de vida.

Destete progresivo

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

Es un motivo frecuente de destete en nuestro país, pero la vuelta al trabajo es compatible con la lactancia materna. ¡Si quieres, puedes continuar amamantando! Solamente es importante establecer un plan.

Hay que valorar los factores individuales de cada madre (lactancia exclusiva, mixta o inicio de alimentación complementaria), tipo de trabajo (riesgo para la lactancia), horario laboral (más o menos horas fuera de casa), cercanía a domicilio o escuela infantil (posibilidad de ir a amamantar al bebé), cuidador principal (una persona que te lo pueda acercar al trabajo), posibilidad de extracción de leche en el trabajo (espacio físico apropiado, lugar de almacenamiento), forma de extracción de leche (manual, sacaleches manual o eléctrico, simple o doble) y posibilidad de tener un extractor (compra o alquiler).

En función de tus posibilidades puedes continuar con lactancia materna exclusiva, iniciar o mantener una lactancia mixta, comenzar o reorganizar la alimentación complementaria (otros alimentos cuando estés trabajando y pecho cuando estés en casa) o iniciar el destete.

Es importante conocer los recursos legales que pueden ayudarte a continuar con la lactancia: permiso por maternidad, suspensión por riesgo durante la lactancia, excedencia, reducción de jornada, la hora de la lactancia... que hay que consultar porque pueden ir variando con los cambios de legislación.

Tu matrona puede ayudarte a establecer un plan. La asistencia a grupos de apoyo de madres también es recomendable para conocer cómo lo han hecho otras madres y valorar esas opciones.

Lactancia artificial

La lactancia materna no solo es la mejor opción de alimentación para los lactantes, es lo normal en nuestra especie, la continuación natural del proceso de gestación y parto.

Pero hay madres que no pueden dar lactancia materna y otras que no desean hacerlo. Nuestro trabajo como matronas es ofrecerte toda la información disponible y que puedas tomar una decisión informada. Si tienes dudas te ayudaremos a resolverlas. Si tu elección es la lactancia artificial, te apoyaremos en tu decisión, sin juzgar y ayudándote durante todo el proceso.

Puedes utilizar biberones de cristal o plástico, y tetinas de látex o silicona, de talla adecuada para la edad de tu bebé y mejor de flujo lento. Es importante cambiarlas cada 1-2 meses o antes si están deterioradas.

Se puede utilizar agua del grifo (en ciudades con <20mg/l de sodio) o embotellada de mineralización débil.

Como preparar biberones de leche artificial

Es necesaria la higiene de manos previa .

- Agregar 1 cacito raso (sin apretar) de leche en polvo por cada 30 ml de agua. Es muy importante mantener esta proporción. Se añade primero el agua y después la leche en polvo.
- Se recomienda que el agua esté a no menos de 70ºC por el riesgo de contaminación bacteriana del polvo de la leche, que no es estéril.
- Reconstituir la fórmula y enfriar con agua fría (poniendo el biberón bajo agua corriente o en un recipiente con agua fría).
- Comprobar que no quema. No se recomienda calentar en microondas porque aumenta el riesgo de quemaduras.
- Desechar la leche restante y limpiar el biberón.

Lavado y desinfección

Desmontar todas las piezas. Enjuagarlas, lavar con agua y jabón y aclarar bien. Dejar secar al aire. Guardar reensamblados.

En bebés sanos y a término no es necesario desinfectar si se hace limpieza cuidadosa después de cada uso o se usa lavavajillas.

Se puede desinfectar hirviendo en agua 5 minutos, con bolsas para microondas o aparato específico.

Terminada la toma, incorpora al niño y da unos golpecitos suavemente la espalda para que eructe.

La lactancia artificial también debería ser a demanda, observando las señales de hambre y saciedad el bebé. El apetito no es uniforme y el volumen que tome puede variar entre una toma y otra o en diferentes días.

Pero siempre viene bien tener una guía o esquema de alimentación recomendable desde el nacimiento hasta los seis meses de vida.

Los sucedáneos de leche materna, o leche artificial, o fórmula adaptada, provienen de leche de vaca modificada para que sea tolerada por los bebés. Puedes escoger cualquier marca de leche, lo importante es que sea adecuada a la edad de tu bebé: tipo 1 o inicio hasta los 6 meses, tipo 2 o continuación de 6 a 12 meses. A partir del año de vida ya pueden consumir leche entera de vaca, pero hay algunas familias que, aunque no sea necesario, optan por continuar con la leche tipo 3.

El tipo de leche va cambiando para intentar aproximarse a las necesidades de los lactantes. La leche de la madre cambia en sus características y composición durante todo el tiempo de la lactancia, a lo largo del día, e incluso en cada toma, adaptándose a las necesidades del bebé de forma natural.

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.

Las tomas

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.	

Alimentación Complementaria

La edad de introducción de la alimentación complementaria ha ido variando a lo largo de los años. Actualmente y debido a la recomendación de diversos organismos oficiales y sociedades científicas nacionales e internacionales (OMS/UNICEF, Academia Americana de Pediatría, Asociación Española de Pediatría), se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y mantenerla junto con otros alimentos hasta los dos años de vida o más, mientras madre e hijo deseen.

Por tanto, **hasta los seis meses de vida**, se debería mantener la lactancia materna exclusiva (o, en caso de lactancia artificial, la leche de fórmula). Esto significa que no hay que ofrecer al bebé ningún otro alimento sólido ni líquido (ni agua, ni infusiones ni zumos). En épocas de calor probablemente demande más tomas, y algunas de ellas pueden ser cortas, porque su objetivo sea hidratarse (la leche del principio de la toma tiene más contenido en agua, y la del final más contenido en grasa).

A partir de los seis meses de vida es necesario introducir otros alimentos para adaptarse a las necesidades nutricionales. Pero el alimento principal hasta los dos años, en especial durante el primer año, continúa siendo la leche. Por eso se denomina alimentación complementaria, porque los nuevos alimentos complementan a la leche, ofreciendo nuevos nutrientes y diversificando la alimentación.

De los seis meses al año de vida se ofrecerá primero el pecho y después el resto de los alimentos, garantizando que va a recibir leche suficiente. En caso de lactancia artificial hay que intentar aportar al menos 300-500ml de leche al día, respetando las señales del bebé. A partir del año de vida se puede ofrecer primero el resto de los alimentos y después el pecho.

En torno a los seis meses de vida el bebé comenzará a mostrar signos de estar preparado para iniciar la alimentación complementaria. Estos signos son:

- Puede mantenerse sentado (al menos con apoyo)
- Tiene interés por la comida
- Coge alimentos y se los lleva a la boca
- Ha perdido el reflejo de extrusión (empujar hacia afuera con la lengua los objetos o alimentos que se introducen en la boca)

Se pueden ofrecer los alimentos triturados, evolucionando a texturas cada vez más gruesas con el paso de las semanas, aunque sería mejor chafados con un tenedor. También se puede optar por la **alimentación en trozos** (Baby Led Weaning).

La introducción de nuevos alimentos permite cubrir no solamente aspectos nutricionales. También es una oportunidad de favorecer hábitos saludables, fomentando una alimentación sana, variada y equilibrada. Es una oportunidad de aprendizaje y estimulación sensorial: texturas, olores, sabores, manipulación de alimentos… creando un espacio de comunicación en familia, respetando los ritmos y necesidades del niño, y enseñando un comportamiento adecuado en la mesa.

Se propone introducir los alimentos habituales que consuma la familia, revisando primero los hábitos nutricionales de ésta. Es decir, es una oportunidad de oro para mejorar la alimentación de todos en casa, favoreciendo el consumo de alimentos sanos, variados, en una proporción equilibrada, implementando conductas generadoras de salud. Si la

alimentación de todos es saludable, el bebé podrá compartir los mismos alimentos en la mesa y aprenderá a comer observando al resto de los miembros de la unidad familiar.

También se recomienda el consumo de alimentos de temporada y proximidad, fomentando el comercio local.

Los alimentos frescos de elaboración casera son más baratos que los comercializados y proporcionan mejor nutrición. Es muy interesante aprender a leer las etiquetas de los alimentos comercializados. Muchos de ellos no están indicados por su alto contenido en azúcares o sal.

La incorporación de nuevos alimentos se debería realizar de manera flexible, progresiva, lenta y en pequeñas cantidades, aumentando poco a poco la cantidad. Se propone mantener un intervalo de al menos 3 días para introducir cada nuevo alimento, observando cómo se tolera.

La recomendación de introducción de nuevos alimentos también ha cambiado mucho en los últimos años, ya que antes se recomendaba una introducción muy estandarizada, asignando cada grupo de alimentos a una edad concreta.

Actualmente la recomendación es más flexible, ofreciéndose una recomendación orientativa y unos pocos alimentos a evitar hasta el año o dos años de vida.

El pediatra y la enfermera de pediatría revisarán el crecimiento de tu bebé. La mejor forma de valorar el crecimiento de los niños y niñas es en base a los Patrones de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud, pues están fundamentados en un estudio internacional en el que los niños recibían la mejor alimentación posible y por tanto determinan el crecimiento esperado basado en una correcta nutrición.

Si se observa alguna alteración en el crecimiento (por exceso o por defecto), entre los profesionales y tú podéis establecer un plan de alimentación basado en las necesidades individuales de tu bebé.

Recomendaciones generales

- Nunca dejar a un bebé comiendo solo, tenemos que poder observar cómo gestiona los alimentos.
- Limitar el aporte de sal, azúcar, miel o aditivos a los alimentos.
- La carne debe ser preferentemente blanca (pollo, pavo, conejo)
- Especialmente en bebés amamantados, ofrecer alimentos ricos en hierro, es uno de los nutrientes que pueden ser deficitarios y una de las indicaciones de inicio de alimentación complementaria. Aportar estos alimentos junto con otros ricos en vitamina C para favorecer la absorción del hierro.

- Hay que tener presente la historia familiar (si padre/madre o algún hermano es alérgico a ciertos alimentos).

- En niños prematuros puede ser necesario modificar la edad de introducción de alimentación complementaria. También habría que valorar la alimentación en niños con alteraciones del desarrollo psicomotor. Consulta con tu pediatra.

Alimentos que evitar en el primer año de vida

- Leche entera de vaca

- A partir de los 9-10 meses se puede ofrecer pequeñas cantidades de yogur natural y queso fresco o tierno

- Espinacas y acelgas (nitratos). Si se dan, <20% del contenido del plato.

- Carnes y huevos poco hechos

- Cabezas de gambas, langostinos (cadmio)

- Sal

- Azúcares

- Zumos

- Alimentos superfluos (que no aporten contenido nutricional)

- Miel (riesgo de botulismo)

Alimentos que evitar en menores de 3 años

- Peces grandes: pez espada, emperador, cazón, tintorera y atún (mercurio).

- Carne de caza (plomo)

- Sólidos con riesgo de atragantamiento

- Frutos secos enteros (se pueden ofrecer triturados)

- Manzana y zanahoria sin cocinar

- Frutas redondas enteras (uvas…) o salchichas en rodajas

- Semillas o pepitas de frutas

- Caramelos y alimentos duros que no puedan aplastar entre la lengua y el paladar

Cantidades orientativas de proteínas animales

De 6 a 12 meses:

- 20-30 g de carne/día o
- 30-40 g/día de pescado blanco o azul o
- 1 huevo pequeño/día

De 1 a 3 años:

- 40-50 g de carne/día o
- 60-70 g/día de pescado blanco o azul

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 hay que mostrar atención a las señales del bebé, buscando un momento que esté receptivo: el bebé debe estar despierto, tranquilo, expresando atención y ganas de interrelacionar. Busca un momento que no sea inmediatamente después de que haya comido.

Puedes acariciarle y decirle cosas agradables mientras le vas quitando la ropa.

Posiciones durante el masaje

1. 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).

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

3. 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**

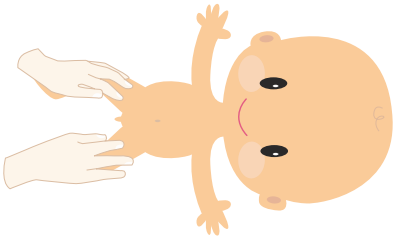
Realizamos movimientos de paleteo en el vientre del bebé, una mano tras la otra, como si estuvieras haciendo un hueco en la arena. Las manos deben amoldarse al vientre del pequeño.

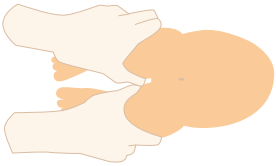


Repetir 6 veces.

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.

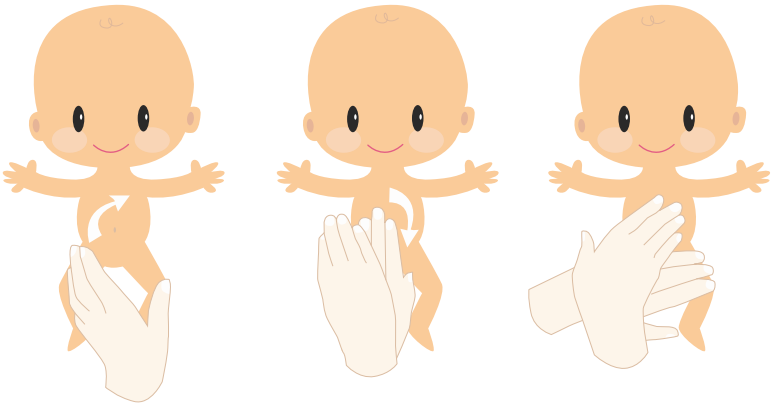
Repetir 6 veces.

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.

Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/bebes/las-intolerancias-alimentarias-en-el-bebe/*

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 36ºC o la temperatura rectal es inferior a 36,5ºC.

  b. Fiebre (hipertermia): cuando la temperatura axilar es superior a 38ºC o la temperatura rectal es superior a 38,5ºC.

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 normal que el recién nacido pierda peso, a veces hasta el 7-10% de su peso en los primeros días. Ocurre a los niños alimentados con leche materna como con leche artificial. El bebé empezará a recuperar peso a partir del 3er-4º día, recuperando el que tuvo al nacer en torno al antes de los 15 días de vida.

Si la pérdida de peso es mayor o le cuesta recuperarlo, consulta con tu matrona o pediatra.

- **Estornudos e hipo:** son normales en los bebés y no precisan tratamiento.

- **El llanto es** el medio más poderoso de expresión de tu bebé recién nacido, aunque poco a poco aprenderéis a interpretar otros signos de comunicación no verbal. Si no llora es porque está a gusto y todo marcha bien. El llanto es un signo tardío de hambre, hay signos precoces como movimientos de búsqueda con la boca o la lengua, succionar su mano… que indican que ya es el momento de darle la toma. Otros motivos del llanto son la soledad, los ruidos fuertes, el frío o el calor (las manos y pies pueden estar fríos los primeros días, valora su temperatura corporal tocando su espalda o abdomen). Si les molesta la tripa por acumulación de gases suelen además encoger las piernas sobre el abdomen.

Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/bebes/preguntas-frecuentes-pediatria-bebes-de-menos-de-un-ano/*

Cuidados Generales



Puedes **salir a pasear** con tu bebé desde los primeros días de vida. Escoge el momento según las condiciones atmosféricas: en invierno suele ser mejor en las horas centrales del día y en verano evitando las horas de más calor. Procura evitar la exposición directa excesiva al sol.

Pero se recomienda la exposición diaria durante 5-10 minutos, evitando las horas centrales del día (11 a 18h) para favorecer la producción de vitamina D.

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

No es necesario bañar al bebé todos los días. Si le relaja y le bañas diariamente, utiliza un gel específico algunos días a la semana.

Escoge el momento que mejor te venga según tu rutina, se recomienda hacerlo todos los días a una hora similar. Si el baño le relaja puedes bañarle por la noche. Si le estimula quizá sea mejor bañarle por la mañana.

Verifica la temperatura del agua. Sujeta a tu hijo boca arriba, con la nuca y la espalda apoyadas sobre tu antebrazo, con tu mano sujetas el brazo que queda más alejado de tu cuerpo (agarre de seguridad, evita que se te escurra y proporciona sensación de seguridad a tu bebé). Juega con tu bebé en el agua: mécele suavemente, echa agua en sus brazos, estimúlale contando lo que le estás haciendo…

- Para el lavado utiliza tu propia mano o una esponja muy suave y que esté siempre limpia. Lávale con suavidad sin jabón o con un gel específico sin jabón para bebés.

- Comienza lavando de la zona más limpia a la más sucia: cara, cabeza, cuerpo, piernas, genitales (primero vulva o pene, luego culito). Si le lavas el pelo procura que no le entre jabón en los ojos, utiliza muy poca cantidad y aclara bien.

- Por último, arropa a tu hijo con una toalla suave. Para aplicarle la crema o aceite, échate un poco en la mano, caliéntalo y aplícalo en el cuerpo. Si lo precisa puedes aplicar crema específica en la zona del pañal. Es un buen momento para aprovechar y hacerle un masaje, él os lo agradecerá y vosotros lo disfrutaréis.



- 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. 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, escasa y que debe detenerse de inmediato.

Hay que mantener el cordón limpio y seco, 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. Una vez desprendido el cordón, si es necesario, continuar la cura con el antiséptico aplicándolo durante dos o tres días más hasta que cicatrice.

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) por lo que debes acudir al pediatra para tratar cuanto antes.

Procedimiento

1. Lavarse las manos.
2. Limpiar la zona del cordón con agua tibia y jabón neutro. Puedes utilizar unas gasas limpias y luego desecharlas (las esponjas contienen más gérmenes).
3. Limpiar la base del ombligo con un movimiento de rotación alrededor del mismo. Elimina los restos de suciedad del cordón y los visibles de la pinza. No manipules la pinza, nunca se debe abrir.
4. Con otra gasa estéril limpiar la parte distal del ombligo, que lleva la pinza.
5. Secar bien. No cubrir con gasa el ombligo para favorecer su desprendimiento. El cordón umbilical sufre un proceso de secado.
6. Cambiar frecuentemente el pañal.

La Asociación Española de Pediatría no recomienda aplicar soluciones antisépticas o antibióticas tópicas en países con buena atención neonatal y adecuadas medidas higiénicas, ya que no hay mejores resultados que utilizando agua y jabón.

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

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.

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.

Cuidados cotidianos

- Si tiene mocos puedes limpiar la parte externa de la nariz con una gasa humedecida. Para la parte interna la aspiración nasal no consigue extraer los mocos de la parte profunda de la nariz, por lo que cada vez esté menos recomendada.

- Es mejor hacer lavados nasales con suero fisiológico o agua de mar natural en espray, para arrastrarlos hacia atrás y conseguir que se los trague. Existe una técnica que se llama DRR, consiste en echas suero poco a poco por la nariz y luego cerrarle la boca, favoreciendo que al respirar sorba el moco hacia atrás y se lo trague. Consulta con un fisioterapeuta especializado.

- Si tiene legañas limpia los ojos con gasas húmedas desde el ángulo interno hacia la parte externa, con una gasa para cada ojo.

- Tras el baño, limpia el pabellón de la oreja, pero no introduzcas bastoncillos en el conducto auditivo.

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 fe- cales, 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 de 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. Puedes limpiar con toallitas húmedas, pero la higiene con agua y esponja, utilizando un limpiador suave sin aclarado, es mejor para la piel de tu bebé y para el medio ambiente.

Existen cremas específicas para la zona del pañal que se pueden aplicar. Si después de seguir estos pasos detectas el menor síntoma anormal, consulta al pediatra.

Sueño

Los recién nacidos duermen entre 14 y 20 horas diarias, haciéndolo normalmente entre toma y toma, en ciclos cortos y frecuentes. 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.

Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Es más frecuente durante el primer año de vida, pero la incidencia es más alta entre el mes y los seis meses de vida.

Factores que disminuyen el riego de SMSL

- Ponle a dormir boca arriba
- Mantén la cuna lo más vacía posible: retira mantas, almohadas, peluches y protectores de la cuna.
- No abrigues excesivamente al bebé y evita la calefacción alta. Para dormir, mejor usar un saco que sábanas y mantas.
- No fumes, y que nadie fume en el ambiente del bebé
- Amamántale: la lactancia materna disminuye el riesgo.
- Si le das lactancia artificial, dale también chupete desde los primeros días de vida.
- **Cohabitación:** que duerma en vuestra habitación durante el primer año, idealmente en una cuna independiente cerca de vuestra cama. Para prevenir el SMSL es más segura la cohabitación que el colecho, pero si optas por éste, hay que realizarlo de manera segura.

Eucerin®



¿PIEL DAÑADA?



- Clínicamente probado: **repara, calma y protege la piel dañada.**
- **Crea una barrera protectora** semioclusiva (segunda piel) que permite la reparación natural de la piel.
- **Alta tolerabilidad cutánea** probada en estudios clínicos*.
- **Sin perfumes ni conservantes.**
- Apto para **bebés.**

Síguenos en:

*Estudio clínico BDF 2012 con dermatólogos esañoles en consulta médica. Datos internos BDF 2011.

Beiersdorf

Aquaphor repara, calma y protege la piel dañada rápidamente y sin riesgos

Colecho

Se trata de que tu bebé duerma contigo o con vosotros. Puede ser en vuestra cama o en una cuna de colecho. Es una práctica habitual en muchos países del mundo.

Tiene muchos beneficios: facilita las tomas nocturnas de la lactancia materna, favorece la calidad de sueño del bebé, fomenta el vínculo y el apego.

Colecho seguro

Para que el colecho sea seguro, NO se debe realizar si se da algunas de estas circunstancias:

- Madres/padres obesos
- Madres/padres que consuman tabaco, alcohol, drogas o fármacos sedantes
- Cansancio o sueño extremos
- Sobre superficies blandas, colchón de agua, sofá o sillones
- Uso de edredones que pesen o den mucho calor, almohadas
- Se comparte la cama con otros niños
- En bebés con alguna patología (prematuridad, bajo peso)

Cuidados de la boca del bebé

El cuidado de la boca del bebé es muy importante para evitar problemas en el futuro. Los cuidados de la boca del bebé incluyen medidas higiénico-dietéticas y de comportamiento.

Antes de que le salgan los dientes, puedes limpiar sus encías con una gasa humedecida en agua o con un dedal de silicona.

El cepillado de dientes se debe iniciar desde la aparición del primer diente, utilizando un cepillo específico para niños y una pasta de dientes adecuada:

- Hasta los 3 años: pasta de 1.000 ppm de flúor y cantidad como grano de arroz
- Hasta los 5-6 años: pasta de 1.000 ppm de flúor y cantidad como un guisante
- Desde los 6 años: pasta de 1.450 ppm de flúor

Cuando tu bebé quiera cepillarse solo los dientes, permíteselo para favorecer su destreza y autonomía, pero después repasa el cepillado para no olvidar ninguna cara de los dientes.

Es recomendable cepillar los dientes dos veces al día, en especial antes de acostarse. 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 se relaciona con el consumo de azúcares, su frecuencia y momento y con la presencia de las bacterias cariogénicas como el estreptococo mutans.

La evidencia actual afirma que la lactancia materna NO aumenta el riesgo de caries, si no que puede ser un factor protector (la lactancia artificial tiene más riesgo). No es necesario restringir la lactancia nocturna si se mantiene una higiene dental correcta.

Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/bebes/la-salida-de-los-primeros-dientes/*

Cuidados para evitar la caries en la infancia

- Realiza una adecuada higiene dental desde la aparición del primer diente
- Evita ofrecer zumos y bebidas azucaradas, azúcares simples y chucherías.

Disminuye la trasmisión de bacterias cariogénicas, que puede ocurrir al darle besos en la boca, compartir vasos y cubiertos, limpiar el chupete chupándolo y soplar en su comida.

Se recomienda iniciar la retirada del chupete en torno al año de vida, para conseguir retirarlo antes de los 18 meses y siempre antes de los 2 años, para evitar problemas dentales. Intenta retirarlo de una manera respetuosa: explícaselo a tu bebé, intenta que lo comprenda, respeta sus ritmos.

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

Otros asuntos que merecen atención

Equilibrio de la microbiota intestinal y uso de antibióticos

Establecer una microbiota intestinal eficiente es clave para el sistema inmune. El microbiota intestinal de los lactantes es muy dinámico y se altera fácilmente, por lo que el uso de antibióticos puede dar lugar a una disbiosis, provocando episodios de diarrea.

En este sentido, diferentes estudios han demostrado que el uso de probióticos de forma concomitante con antibióticos orales reduce hasta un 75% la aparición de diarrea.

Los probióticos refuerzan el microbiota intestinal y protegen frente a la colonización de los gérmenes patógenos, reduciendo el riesgo de ciertas infecciones. Existen diferentes tipos y cepas de probióticos, pero solo algunas han demostrado eficacia en determinadas patologías. Por ejemplo, en el tratamiento y prevención de la diarrea asociada a tratamiento con antibióticos, los probióticos que han demostrado mayor eficacia son L. rhamnosus y S. boulardii.

Por otra parte, la complementación con oligosacáridos de la leche materna (HMO), 2'-Fucosil-lactosa (2'-FL) y Lacto-N-neotetraosa (LNnT) ayudan a reforzar el sistema inmune4 del lactante y a la adquisición de un microbiota intestinal favorable.

Estreñimiento

Diferentes complementos han demostrado su eficacia en el alivio del estreñimiento, uno de los trastornos gastrointestinales más frecuentes durante la infancia.

Entre ellos, los galactooligosacáridos (GOS) y fructooligosacáridos (FOS) son los oligosacáridos más comúnmente utilizados en lactantes y niños de corta edad. Su estructura es clave para la función que desempeñan sobre la salud del niño: cuando llegan al colon, son fermentados de forma selectiva por ciertas bacterias y actúan, por lo tanto, como prebióticos que pueden estimular el desarrollo y crecimiento de las bacterias beneficiosas que habitan nuestro organismo. promoviendo una flora intestinal saludable y provocando diferentes efectos beneficiosos, como el mantenimiento de la barrera y la función intestinales normal. Además, pueden ser considerados una forma de fibra soluble, por lo que contribuyen a disminuir la consistencia de las heces y a aumentar la frecuencia de las deposiciones.

Desarrollo del sistema inmunitario y óseo

La vitamina D participa en la homeostasis calcio-fósforo del organismo e influye en numerosos procesos fisiológicos, especialmente relacionados con el sistema inmune. Su deficiencia mantenida en los niños puede originar raquitismo y se asocia a una mayor vulnerabilidad frente a enfermedades como el asma, la diabetes o las infecciones respiratorias. Por lo tanto, para mantener la salud ósea y la integridad del sistema inmune, es esencial conseguir unos niveles adecuados de vitamina D.

La mayor parte de esta vitamina proviene de la síntesis cutánea y, aunque también puede obtenerse a través de los alimentos, las fuentes dietéticas naturales de vitamina D en países occidentales son escasas, especialmente en las dietas de los lactantes. Este hecho, unido a la restricción de la exposición solar en la edad temprana y a que la leche materna es naturalmente pobre en vitamina D, aumenta el riesgo de padecer deficiencia de vitamina D entre la población infantil. El riesgo es aún mayor en los bebés prematuros, los alimentados con lactancia materna exclusiva, con poca exposición a la luz solar o la piel oscura.

Déjate fascinar con el **cuidado** que puedes darle a tu **bebé**



ESPECIALMENTE DESARROLLADO PARA **BEBÉS** Y NIÑOS



¿Por qué un complemento infantil? Sabemos que **durante los primeros años de vida, todos los bebés y niños experimentan momentos en los que tienen diferentes necesidades.**

Cada producto de la nueva gama NANCARE® ha sido científicamente desarrollado para tu bebé o niño*. Por ejemplo, con **NANCARE Vitamina D**, podemos contribuir a la función normal del **sistema inmunitario** y ayudar **al crecimiento normal de los huesos**, ambos aspectos claves en esta **época de gran desarrollo.**

Y además descubre el resto de la gama

Conoce el resto de la gama NANCARE y sus beneficios en:
www.nestlebebe.es

Nestlé
NANCARE

Al lado de los bebés en todo momento

Pregunta a tu profesional de la salud

DESCUBRE EL RESTO DE LA GAMA



*La gama de complementos alimenticios infantiles NANCARE comprende productos desde el nacimiento (vitamina D y fibras), desde 1 año (Probióticos y Oligosacáridos) y desde los 3 años (Probióticos y DHA, vitamina D & E). Siempre se recomienda consultar la opinión del profesional de la salud.

Puesto que para los bebés y niños es difícil alcanzar un nivel adecuado de vitamina D sin el uso de complementos, se recomienda administrar una suplementación de 400 UI/día de vitamina D, que ayude a contribuir al del sistema inmunitario y óseo, al menos hasta los 12 meses de edad.

Desarrollo cerebral y visual

El cerebro, la retina y otros tejidos nerviosos son particularmente ricos en ácidos grasos poliinsaturados como el DHA, un ácido graso de la serie Omega-3, presente en la leche materna y componente estructural del cerebro y la retina.

Numerosos estudios han demostrado los efectos positivos de estos ácidos grasos

sobre el desarrollo neurológico y visual de los niños9; sin embargo, a menudo es difícil para los lactantes cubrir sus necesidades diarias a través de la dieta. El aporte de DHA depende principalmente de la lactancia materna y de la ingesta de alimentos como el pescado azul y el marisco, cuyo consumo suele ser limitado en edades tempranas. Por este motivo, en poblaciones pediátricas, la suplementación con DHA podría ser necesaria para asegurar un correcto desarrollo cognitivo y visual.

Del mismo modo, el consumo de algunos alimentos ricos en vitamina E están limitados en la dieta del lactante (aceites vegetales, frutos secos, hortalizas de hojas verdes). Esta vitamina actúa como antioxidante y contribuye a la protección del daño oxidativo, por lo que es importante asegurar la ingesta diaria adecuada en los más pequeños.

Papel del padre/pareja en la crianza

El recién nacido está muy apegado a la madre, es lo normal y es beneficioso (tanto física como emocionalmente) favorecer el vínculo entre ambos.

La pareja puede sentirse desplazada, en especial en caso de lactancia materna. En muchas ocasiones, quiere implicarse ofreciendo alguna toma en biberón.

Pero el papel de la pareja va mucho más allá de dar biberones, es una pena pensar que es lo más importante que puede hacer cuando tiene tanto que ofrecer.

Puedes implicarte de otras muchas maneras en el cuidado de tu bebé:

- Si la madre da lactancia materna, foméntala: ofrece tu apoyo, ayuda en conseguir un mejor agarre, organiza y limita las visitas, haz que la madre se sienta cómoda (cojines, almohadas, agua), reconoce y alaba su esfuerzo.



- Permite que la madre descanse, encargándote de las otras tareas (limpieza de la casa, compra, cocina)
- Estás contribuyendo a que tu bebé reciba la mejor alimentación.
- Haz piel con piel con tu bebé, portea, báñale, hazle masaje infantil. Favorece la creación de vuestro vínculo creando momentos especiales y únicos entre vosotros.
- Pasea con tu bebé, juega, estimúlale. Eres una figura de referencia que tiene mucho que ofrecer.

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 bebé pueden desaparecer si se elimina antes de los dos años de edad. Desde la Sociedad Española de Odontopediatría recomiendan que la primera visita al Odontopediatra se realice antes de que el niño cumpla un año.

Cuidados de la piel

Al nacer, la piel de tu bebé es especialmente delicada. Procura vestirle con ropa de algodón, especialmente la que esté en contacto con su piel. Lava la ropa antes del primer uso. Utiliza un jabón neutro y evita usar suavizante: el mejor olor para tu bebé es el de tu piel.

Elige prendas que no le compriman en la zona del abdomen y que sean de fácil acceso para el cambio del 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 y los lazos y cierres con imperdibles que pueden causar asfixia.

Características y 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 prematuros, 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:** Es el color amarillento de la piel. Se debe a un aumento leve de la bilirrubina, aparece a partir del 2º día de vida y desparece en una semana en el recién nacido a término. Se inicia en la cara y se extiende hacia el tronco y las piernas.
- **Cuidados:** alimentación frecuente y adecuada (si das el pecho a tu bebé, asegúrate de hacer mínimo 8-10 tomas hasta que recupere el peso de nacimiento). No es efectivo dar agua ni suero glucosado.

- **Exposición a la luz solar:** paseo diario y en casa situar al recién nacido en un lugar soleado o bien iluminado. Valoración frecuente por tu pediatra. Signos de alarma: aparece en las primeras 24 horas, evolución por debajo del ombligo, orina y/o heces escasas.

- **Tratamiento:** en algunos casos, la ictericia precisa tratamiento con fototerapia.

- **Ictericia de la lactancia materna:** se inicia después de la primera semana de vida. A veces ocurre porque no recibe suficiente leche materna, más que por la leche misma.

- **Cuidados:** no está indicado suspender la lactancia materna. Hay que revisar técnica de lactancia (agarre, número y duración de las tomas, factores de riesgo) para aumentar la calidad y frecuencia de las tomas. Pide cita con tu matrona.

- **Acrocianosis:** Es la coloración azulada de las manos y pies, que también están más fríos que el resto del cuerpo. Se debe al cambio de circulación (de fetal a neonatal). Desaparece en pocos días.

- **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. Procura no retirarlo, le protege de la pérdida de calor. Poco a poco irá desapareciendo.

- **Lanugo:** vello suave, poco pigmentado que crece sobre los hombros, orejas y dorso, desapareciendo en las primeras semanas de vida.

- **Descamación fisiológica de la piel.**

- **Eritema tóxico** neonatal o exantema toxoalérgico. se atribuye a una reacción de hipersensibilidad de la piel. Desaparece espontáneamente en unos días.

- **Acné neonatal:** algunos lactantes experimentan también otros signos de “pubertad” como aumento de tamaño de las mamas, secreción vaginal e incluso una pequeña “menstruación” por efecto de las hormonas de la madre.

- **Milium:** pequeños quistes blancos en mejillas, frente, nariz, mentón y pliegues de la nariz y los labios. Desaparece espontáneamente.

- **Miliaria:** Son erupciones que aparecen debido al sudor, en recién nacidos sometidos a un excesivo calor y humedad.

- **Mancha mongólica o azul o de Baltz**: mancha azul en la zona lumbosacra que puede extenderse a los glúteos. Aparece desde el nacimiento y va disminuyendo o desaparece durante la infancia. No está relacionada con el Sd de Down.
- **Nevos telangiectásicos**: mancha rosada en párpados o nuca, que tiende a rojo con el llanto y el calor. Suele desaparecer al año de vida.

Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/bebes/cuidar-la-piel-atopica/*

3. CALENDARIO DE VACUNACIÓN INFANTIL

Es posible que, si tú te has vacunado durante el embarazo correctamente, también hayas protegido a tu hijo. Sin embargo, has de saber que es muy importante tener a tu bebé 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.

Algunas vacunas pueden variar de una Comunidad Autónoma en su gratuidad.

CALENDARIO 2021 (ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA)

VACUNA	Edad en meses						Edad en años				
	2	4	6	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 VPI	Tdpa		
Poliomelitis[3]	VPI	VPI		VPI							
Haemophilus influenzae tipo b[4]	Hib	Hib		Hib							
Neumococo[5]	VNC	VNC		VNC							
Rotavirus[6]	RV	RV	(RV)								
Meningococo B[7]	MenB	MenB			MenB						
Meningococos C y ACWY[8]		MenC			Men ACWY				Men ACWY		
Sarampión, rubeola y parotiditis[9]					SRP		SRP Var/ SRPV				
Varicela[10]						Var					
Virus del papiloma humano[11]									VPH 2 dosis		

https://vacunasaep.org/profesionales/calendario-de-vacunaciones-de-la-aep-2021

4

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



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
www.aesmatronas.com

LetsFamily.es

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 al 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 qua 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 a 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 fuera del matrimonio 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.

5

PARTE 5
MISCELÁNEA

GUÍA LOS CONSEJOS
DE TU MATRONA

1. PROFESIONALES ESPECIALISTAS QUE TE VAN A ATENDER
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
8. ESPECIAL CORONAVIRUS: COVID-19



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
www.aesmatronas.com

LetsFamily.es

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 la 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

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).

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.



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".

En la actualidad, si deseas conservar la sangre de cordón puedes hacerlo en el hospital donde des a luz (casi todos los hospitales tienen esta opción) y también puedes optar por hacerlo a través de algunas de las empresas privadas autorizadas.

Hay algunas limitaciones para la donación en el caso de que la madre padezca o haya padecido algunas enfermedades o adicción y en caso de partos prematuros.

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:

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.

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.
- La ubicación más segura dentro del coche es la posición central trasera y, a continuación, detrás del copiloto
- 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.

- Los manuales de instrucciones muestran la utilización correcta del producto y de las condiciones de uso.

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 los 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.
- 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 deditos.



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 TRAMITES LEGALES

Antes de salir de la maternidad recuerda formalizar los siguientes trámites administrativos:

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.

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.

www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/es/1200666550200/DetalleInicioTramites.html

Para inscribir a los recién nacidos 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).



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.

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.

Solicitud de ayudas/ Deducción por maternidad/Permisos

Información:

www.aeat.es

https://www.agenciatributaria.es/AEAT.internet/Inicio/La_Agencia_Tributaria/Campanas/_Campanas_/_comp_Prestacion_maternidad/_comp_Prestacion_maternidad.shtml

https://infogob.es/seguridad-social/prestaciones/baja-maternidad/

https://infogob.es/seguridad-social/prestaciones/baja-paternidad/

https://revista.seg-social.es/2020/09/21/como-pido-la-prestacion-por-nacimiento-y-cuidado-de-menor/

8. ESPECIAL CORONAVIRUS: COVID-19

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia CORONA VIRIDAE, que posteriormente fue denominado SARS- CoV-2, cuya secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero. La enfermedad causada por este nuevo virus se denominó por consenso internacional Covid-19.

Según las evidencias disponibles, se calcula que el período de incubación es de 5 días (rango de 2 a 14 días). La enfermedad afecta principalmente a personas de entre 30 y 79 años (siendo menos frecuente entre los menores de 20 años) y a individuos pertenecientes a grupos de riesgo.

Mecanismo de transmisión humano-humano

La vía de transmisión entre humanos se considera similar al descrito para otros coronavirus a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras (capaces de transmitirse a distancias de hasta 2 metros) y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos. El SARS-CoV-2 se ha detectado en secreciones nasofaríngea, incluyendo la saliva.

Coronavirus y embarazo

Las mujeres embarazadas experimentan cambios fisiológicos e inmunológicos que les hacen más susceptibles a cualquier infección viral y bacteriana. Las Infecciones por otros virus respiratorios como el virus de la gripe u otros tipos de coronavirus como el SARS-CoV-1 o el MERS-CoV, se han asociado a complicaciones en el embarazo, por lo que se han incluido a las **embarazadas entre los grupos vulnerables** frente al nuevo coronavirus SARS-CoV-2 y se consideran uno de los grupos prioritarios de estudio.

En los estudios disponibles en la actualidad las manifestaciones clínicas, las alteraciones de laboratorio y radiológicas de las gestantes afectas por COVID-19 no parecen diferir del resto de la población, tal y como sugiere la serie descrita por la OMS, de 147 mujeres en China, en la que se describe afectación grave en un 8% y crítica en un 1% de los casos.

De forma general, se describen en la mujer embarazada con COVID-19 en el tercer

trimestre, por orden de mayor a menor frecuencia, fiebre, tos, disnea, diarrea, mialgias y dolor de garganta. Tampoco se ha podido demostrar la posible transmisión vertical de madre a feto.

Recomendaciones durante el embarazo y puerperio

- Evitar aglomeraciones y transporte público.
- Limitar las relaciones sociales.
- Fuera de la casa y ante posibilidad de contacto social, aun respetando la distancia de seguridad (superior a 2 m), se recomienda llevar mascarilla.
- Desinfección de todas las superficies (y objetos) al alcance.
- Limitar los viajes a los estrictamente necesarios.
- Limitar las visitas en hospital y casa durante la epidemia.
- En caso de sintomatología, autoaislarse en el domicilio y ponerse en contacto con los servicios sanitarios según las recomendaciones vigentes en la Comunidad Autónoma.

1 **En relación con la atención durante el embarazo:**

Se realizará el seguimiento con las consultas habituales y las precauciones excepcionales.

2 **En relación con el parto: (test Covid-19 realizado)**

El control, cuidados y asistencia obstétrica habituales con la protección necesaria para la gestante, acompañante y profesionales.

3 **En relación con el acompañante:**

No hay ninguna razón que justifique la prohibición de que la mujer esté acompañada, durante todo el proceso de parto, por una persona de su elección y como es lógico, guardando rigurosamente todas las medidas de precaución y protección

4 **En relación con el recién nacido**

No se debe separar a la madre de su hijo si no hay una indicación medica por el estado de alguno de los dos

La OMS, UNICEF y la Academy of Breastfeeding Medicine, entre otros, recomiendan mantener la lactancia materna tanto para casos de madres con infección confirmada como probable, siempre y cuando se mantengan medidas para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto.

En casos de madres con enfermedad grave se recomienda ayudar a la madre para la extracción de la leche y que un familiar sano se ocupe de la alimentación del pequeño.

Recomendaciones generales a las embarazadas durante el proceso de parto hospitalario

La actuación recomendada durante el parto puede variar según la fase de la pandemia en que nos encontremos, o la posibilidad de nuevos rebrotes impredecibles que pueden hacer modificar, sucesivamente, los protocolos asistenciales.

También pueden cambiar en las diferentes Comunidades Autónomas o, incluso, de un Centro hospitalario a otro.

Por eso recomendamos que, en la medida de lo posible, os pongáis en contacto con antelación con el Centro que os corresponda o hayáis elegido para el parto, a fin de conocer de primera mano: qué restricciones (si las hubiera) y qué condiciones tiene que cumplir la persona acompañante, y cuáles son las normas concretas para seguir en tu Centro el día del parto (cuál es la entrada y el procedimiento de admisión en este momento, si hay circuito especial en la Urgencia, etc.)

En cualquier caso, conviene que tú y tu acompañante consideréis el cumplimiento de algunas normas generales:

- Respeta los circuitos de entrada de embarazadas al Centro hospitalario.
- Si existe urgencia de cualquier tipo, avisa de ello antes de llegar, en la medida de lo posible.
- Si fuera necesario, se te proporcionará una mascarilla por si tuvieras que ponértela en algún trayecto o circuito por el hospital. Durante el proceso de dilatación y parto en unos Centros hospitalario no tendrás que utilizarla, pero en otros sí es norma hacerlo. Tu acompañante deberá llevarla en todo momento.
- Es muy probable que sólo puedas tener una única persona acompañante (libre de síntomas) durante todo el proceso, siempre la misma y sin posibilidad de intercambio, que deberá cumplir las normas que se le indiquen en cuanto a entradas y salidas de la zona de Paritorio, así como respecto al contacto con otros familiares.

Más información en LetsFamily.es | *https://letsfamily.es/embarazo/20-preguntas-claves-sobre-parto-y-covid/*

Penúltima recomendación

Durante el embarazo, en la consulta presencial o telefónica, no dudes en preguntar sobre todas tus dudas. Tu matrona responderá calmando tus inquietudes.

Cuando llegue el día del parto, tu matrona del hospital también te informará sobre la evolución del proceso en todo momento. Te acompañará y hará todo lo necesario por facilitar que la vivencia de tu maternidad sea lo más feliz y segura posible.

¡No lo dudes!

¡Confía en tu matrona!

Revisión y aportaciones a esta edición
Castelló López, Isabel
Celia Navarro Gil
Lucia Moya Ruiz
Manzano Alonso, Isabel
Medina Adán, Pilar
Molinero Fraguas, Carmen
Plata Quintanilla, Rosa Mª
Rodríguez Rozalén, Mª Ángeles
Viñas Álvarez, Mª Dolores

Dirección
Rodríguez Rozalén, Mª Ángeles

Colaboraciones
Piedad Jiménez (Valencia)
José Javier Álvarez de la Real (León)
Mª del Carmen del Río López (Pontevedra)
Mª Dolores Muñoz García (Barcelona)
Mª Agustina Mendoza Martínez
Mª Dolores Redondo Tortola
Milagros Agustí Zurriaga (Valencia)
María González Suárez (La Coruña)
Esperanza Cucarella Ciscar (Valencia)
Eva Mª Navarro López (Valencia)
Mª del Carmen Esquilas (Valladolid)
Mª Cruz Pérez Conde (Pontevedra)
Mª Carmen Font Peró (Girona)
José García Denia (Murcia)
Paloma Herrero Sanabria (Madrid)
Isabel Castro Sanmartín (Orense)
Agustina Lagaz Catalán (Navarra)
Mª Luisa Madoz Echarri (Navarra)
Mª Victoria Álvarez Bartolomé (Navarra)
Regina Ruiz Fernández
Mª Josefina Soria (Zaragoza)
Gemma March Jardí
Victoria Bone Pina
Maña Pulido Muru (Madrid)
Emilia Garcés Estrada (Madrid)
Mª Jesús Herranz Gómez (Madrid)
Milagros Garrido Soto (Madrid)
Isabel Mª Garrido Soto (Madrid)
Mª Ángeles Ortiz (Madrid)
Charo Garcés (Valencia)
Margarita Gómez Quiros (Cádiz)
Mª Ángeles Toledano Trinidad (Barcelona)
Mª Carmen Rizo Fernández
Mª José Castro (Zaragoza)
Lourdes Moreno Manzanares
Irene Bolívar Herrera (Granada)
Mª Sol Rodríguez L. (Huelva)
Rosa Mª Pascual Mate (Palencia)
Ana Álvarez Hurtado (Zaragoza)
Lourdes Artis Lagunas (Barcelona)
Gracia Coll Navarro (Barcelona)
Victoria Bosch Lafulla
Mª 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 Barguin (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 Pícón Benítez (Madrid)
Ángeles Belmonte Santíesteban (Valencia)
Isabel Ortega Pujol (Madrid)
María Sanz Falcón (Madrid)
Mª Isabel Vázquez García (Madrid)
Montserrat Rodríguez Rubio (Barcelona)
Mª 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 Montolíu (Huesca)
Pilar Calvo (Madrid)
María Llanos García García (Granada)
Silvia Furio Bonet (Valencia)
Puri Martínez Ibáñez (Bilbao)
Consuelo Fernández Yagüe (Baleares)

Pedro Vecino Suarez (Cáceres)
Paulina Domenech Torrents (Barcelona) Elisa Vázquez Álvarez (Orense)
Mª José Santamaría (Pontevedra)
María Ponce Ríos (Pontevedra)
Mª Agustina Mendoza Martínez
Alicia Sánchez Rodenas (Murcia)
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)
Judit Cos (Barcelona)
Blanca Baeza
Mª Magdalena Orpez
Ana Querol (Alicante)
Clara Moreno (Valencia)
Rosa Ferrer (Barcelona)
Pepi Soriano Ramírez (Valencia)
Susana Carrera Benítez (Almería)
Elena Ávila (Madrid)
Ángeles Galindo Asensio (Almería)
Mercedes Vázquez (A Coruña)
Mª Victoria Rueda Ledesma
Vanessa Lorca
Lucía de la Torre Domínguez
Mª del Mar Montarroso Padilla (Almería)
Encarnación Castro Rodríguez (Sevilla)
Esperanza Agraz Patiño (Madrid)
Ángeles de Mar Marín Hernández (Almería)
Pedro Javier Ortuño Pérez (Almería)
Asumpta 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 los que confiando en el éxito de “Los Consejos de tu Matrona”, cuando todavía era un proyecto, pusieron en marcha la compleja maquinaria de la “gestación y parto de un libro”: Present Service.

A todas las matronas colaboradoras directa o indirectamente.

A muchísimos obstetras que nos animaron y aplauden los objetivos del libro, y que con ello reafirman, una vez más, el vínculo profesional que nos une: el inseparable binomio obstetra-matrona.

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.

Publicidad: Webpilots T: 93 3968500
Diseño gráfico: Rhapsody Media.

NOTAS

NOTAS



Cuando nace un niño **nacen miles de preguntas**

Estamos a tu lado para darte **respuestas claras***



Nuevos ingredientes
certificados Bio

450 medidas y test
por producto

Compromiso de ser
neutros en carbono
de aquí a 2030

Certified
B
Corporation

Al lado de las familias desde 1950

Mustela®

*https://www.mustela.es/nuestros-compromisos

Lets Family.es

Regístrate y recibe en casa, cuando tu bebé cumpla 6 meses, una canastilla ¡totalmente GRATIS!



REGALO DIRECTO



Regístrate en canastillas.letsfamily.es o escanea el código QR

Además, periódicamente recibirás la mejor información de tu embarazo, de tu bebé y consejos para la crianza de tus hijos.