

INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA EMBARAZADAS EMBARAZO, PARTO, POSPARTO Y LACTANCIA



Servicio de Ginecología y Obstetricia

ÍNDICE

	<u>Página</u>
<i>Información general para el embarazo</i>	<i>1</i>
<i>Resumen de pruebas a realizar en el embarazo</i>	<i>7</i>
<i>Control prenatal y análisis en el embarazo</i>	<i>9</i>
<i>Ecografías en el embarazo</i>	<i>10</i>
<i>Prueba para la detección de anomalías cromosómicas en el feto</i>	<i>11</i>
<i>El parto pretérmino</i>	<i>13</i>
<i>El Parto en situaciones especiales</i>	
<i>Parto tras una cesárea anterior</i>	<i>15</i>
<i>Versión externa en presentación de nalgas</i>	<i>16</i>
<i>Atención al parto</i>	
<i>Información sobre Atención al parto</i>	<i>17</i>
<i>Parto de mínima intervención</i>	<i>21</i>
<i>La analgesia en el parto</i>	<i>25</i>
<i>La donación de sangre del cordón umbilical</i>	<i>27</i>
<i>El puerperio</i>	<i>29</i>
<i>La depresión puerperal</i>	<i>30</i>
<i>La lactancia materna</i>	<i>33</i>

INFORMACIÓN GENERAL Y SALUD DURANTE EL EMBARAZO

LOS CURSOS DE EDUCACIÓN MATERNAL

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

CAMBIOS ESPERADOS EN SU ORGANISMO

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

- Los primeros meses puede notarse más cansada y con sueño, lo cual no suele significar que tenga anemia o alguna otra alteración. Las náuseas y vómitos, sobre todo por las mañanas, también son frecuentes.
- Observará mayor pigmentación de la piel y, a veces, la aparición de estrías, sobre todo en la tripa. El uso frecuente de una loción hidratante ayudará a mantener la piel más sana.
- Las mamas aumentan de tamaño, el pezón es más sensible y puede salir leche antes de terminar el embarazo: esto es normal. No es aconsejable la manipulación del pezón.
- Las varices son frecuentes sobre todo al final de la gestación. Para prevenirlas, evite las ropas ajustadas y no permanezca parada de pie durante períodos prolongados. Descanse con las piernas elevadas. Algunas veces es aconsejable utilizar medias elásticas.
- La hinchazón de pies y tobillos a lo largo del día no es un signo preocupante, sobre todo al final del embarazo y en épocas de calor. También puede notar cierta sensación de adormecimiento, hormigueo o pérdida de fuerza en las manos. Ante la duda, consulte con su médico.
- Los dolores de espalda aparecen principalmente al final del embarazo, cuando la embarazada adopta una postura distinta a la habitual. Procure sentarse en sillas con respaldos rectos, evitar cargas pesadas y utilizar un colchón que no sea demasiado blando para su descanso.
- Es habitual que aumente la necesidad y frecuencia de orinar, obligándola a levantarse incluso por la noche, sobre todo los últimos meses. Si cree tener una infección de orina, consúltelo.
- El estreñimiento y las hemorroides son habituales. Para intentar evitarlos, tome una dieta rica en fibra y beba agua en abundancia con las comidas. No tome laxantes sin consultar a su médico.

ALIMENTACIÓN

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

- Tomar sal yodada. Consulte a su médico si tiene problemas de tiroides.
- Aumentar de forma moderada el consumo de fibras naturales (frutas, verduras, legumbres, pan integral) para evitar el estreñimiento. Es muy importante aumentar la ingesta de líquidos junto con la fibra, por ello se debe tomar abundantes líquidos con las comidas.
- Beber alrededor de un litro de leche al día (cuatro vasos), o su equivalente en yogur o queso fresco (dos yogures equivalen a un vaso de leche).
- No consumir pescados con alto contenido en mercurio: pez espada, atún rojo, lucio o tiburón. Otros como camarones, salmón, bacalao o atún en lata, limitarlo a 1 vez por semana.
- Reducir los alimentos con excesiva cantidad de grasa de origen animal (tocino, mantequilla, embutidos, etc) y con mucho azúcar (pasteles, dulces, caramelos, chocolate, etc).

SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS

- Debe tomar **ácido fólico** durante los tres primeros meses, aunque lo ideal es hacerlo desde 3 meses antes de iniciar el embarazo.
- **Yodo**: no es necesario si se consume sal yodada y 3 raciones de lácteos al día (ejemplo: 3 vasos de leche o 2 vasos y 1 yogur). La suplementación farmacológica sólo es necesaria en mujeres con baja ingesta, es decir, las que no toman ni van a tomar leche ni derivados lácteos ni sal yodada: en estos casos suplementar con 200-300 microgramos/día en el embarazo y la lactancia materna (está contraindicado en casos de hipertiroidismo mal controlado).
- No todas las embarazadas deben tomar suplementos de **hierro**. Su médico le indicará si es necesario según el resultado de los análisis que le realice. No obstante conviene consumir alimentos ricos en hierro (carnes, ternera, aves de corral, mejillones, almejas, bacalao seco, etc). y mejor si se toman simultáneamente con vitamina C (cítricos, kiwi, etc). Procure evitar mezclarlos con inhibidores de la absorción de hierro (calcio de los lácteos, té y café).

ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

Debe evitar las bebidas alcohólicas y el consumo de otras drogas por ser perjudiciales para usted y especialmente para su hijo. Igualmente, el tabaco es nocivo para usted y para el feto, por lo que es recomendable que no fume durante todo el embarazo.

MEDICAMENTOS Y RADIACIONES

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

HIGIENE, VESTIDO Y CALZADO

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

TRABAJO

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

Hay tres tipos de baja durante el embarazo:

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

DEPORTES

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

VIAJES

En general, no hay inconveniente en hacer viajes, pero no es aconsejable hacerlos a lugares con escasos servicios sanitarios. También se pueden hacer viajes en avión, pero conviene contactar con la compañía de su vuelo por si le exigen algún requisito especial, sobre todo en los últimos meses. Hacia el final de la gestación es preferible evitar viajes largos y cansados.

RELACIONES SEXUALES

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

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMISIBLES AL FETO

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

Citomegalovirus (CMV)

La infección por CMV es la más infección congénita más frecuente en nuestro entorno: afecta a 1 ó 2 de cada 100 recién nacidos. Si la madre contrae el CMV durante el embarazo, el feto puede infectarse. La principal vía de contagio es la saliva o la orina de niños pequeños infectados. Los niños se infectan cuando se escolarizan (cuando van a guarderías o escuelas infantiles), lo suelen pasar como un catarro y no suele tener importancia para ellos. Se ha demostrado que algunas **medidas higiénicas** pueden prevenir que la mujer embarazada se infecte, por ello **todas las embarazadas en contacto con niños pequeños (sobre todo hasta 3 años) escolarizados** (esto incluye trabajadoras sanitarias, de guarderías o escuela infantiles y madres con hijos pequeños escolarizados) **deben seguir estas medidas** encaminadas a disminuir el contacto con orina o saliva de niños que pueden estar infectados:

- **Lavado de manos frecuente** con agua y jabón, sobre todo tras el contacto con **orina o saliva** del niño (cambio de pañales, manipular ropa sucia, tocar objetos del niño).
- **Evitar** contacto estrecho con el niño u objetos que puedan estar infectados:
 - Besarle en la boca
 - Dormir juntos
 - Compartir pañuelos
 - Compartir útiles de comida (llevarse a la boca su cuchara, etc) o juguetes que él pueda haber chupado
- No es necesario usar guantes

Toxoplasmosis

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

- No tenga contacto con gatos.

- No coma carne poco cocinada, ni embutidos curados. Debe lavarse bien las manos después de tocar la carne en la cocina. Si puede consumir la carne si la ha congelado previamente durante 3 días a -18°C (en el congelador de una nevera moderna) pues esto mata al toxoplasma.
- Lave bien las verduras frescas o frutas antes de consumirlas.

Listeria

La listeria es una bacteria muy presente en el suelo y alimentos. Si la madre se infecta durante el embarazo puede transmitir la infección a su hijo. Aunque esto es poco frecuente, para evitarlo siga estos consejos

- No consuma lácteos (leche y quesos) no pasteurizados. Evite quesos de pasta blanda, como feta, brie, camembert, quesos azules o queso blanco fresco. En cambio, puede comer quesos de pasta dura, los de pasta semiblanda como *mozzarella*, los procesados pasterizados como los curados, los quesos para untar y el requesón.
- Los alimentos “listos para el consumo” o “preparados” (carnes, pescados o vegetales preparados o congelados) deben consumirse lo antes posible y calentarlos a 70° durante dos minutos antes de su consumo.
- Debe evitar productos de la pesca ahumados o refrigerados, como salmón, pescados blancos, bacalao, atún o caballa, si antes no han sido cocinados o guisados. Se pueden consumir los productos de la pesca ahumados enlatados o esterilizados.
- Evite patés no enlatados o salchichas tipo Frankfurt.
- Lávese bien las manos después de manipular alimentos crudos y limpie los utensilios de cocina antes de usarlos con otros alimentos.
- Limpie a menudo la nevera

Otras infecciones

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

¿CUÁNDO DEBE ACUDIR A LA CLÍNICA O AL HOSPITAL?

Deberá acudir al médico, a la clínica o al hospital si observa:

- Hemorragia o pérdida de líquido por los genitales.
- Dolor abdominal intenso
- Contracciones uterinas frecuentes y regulares.
- Fiebre elevada.
- Dolor de cabeza muy intenso.
- Cualquier otro signo o síntoma nuevo que no considere normal del embarazo.



¿CUÁNDO DEBE SOSPECHAR QUE COMIENZA EL PARTO?

Deberá acudir a la Clínica o al Hospital, por posible inicio del parto si tiene:

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

¿CUANDO DEBE FINALIZAR EL EMBARAZO?

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

- Un **embarazo a término** es entre la 37 y 41 semanas de gestación.
- Un **embarazo postérmino** es cuando se cumple la semana 42.
- La **fecha probable del parto (FPP)** es la semana 40 y se le llama así porque estadísticamente es cuando mas habitualmente se inicia el parto de forma espontánea, pero no quiere decir que vaya a ser ese día ni tampoco que si se pasa esa fecha ya se está “fuera de cuentas” y que haya que terminar el embarazo. La fecha de la que NUNCA se debe pasar es la del embarazo postérmino: la semana 42.

Sabemos que entre la 41 y 42 semanas la probabilidad de que haya alguna complicación para el feto es un poquito mayor, pues la placenta está mas envejecida. Por ello, si llega a la 41 semana le ofreceremos finalizar el embarazo. Si alguna mujer desea seguir el embarazo algunos días más para intentar que el parto se inicie de forma espontánea, se le harán pruebas para asegurar que el feto está bien y que se puede esperar unos días más, pero nunca se dejará seguir más allá de la 42 semana.

RESUMEN DE ACCIONES Y PRUEBAS A REALIZAR **EN EL EMBARAZO NORMAL**

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

Mis datos:

Fecha de Última Regla (FUR): ____ / ____ / ____ ; por ecografía: ____ / ____ / ____

En la semana	Fecha	Acciones	Pruebas
Antes de la 12-13 (preferible 9-10)		Historia clínica Información del embarazo	Análisis (1) Cribado de anomalías cromosómicas
11-13			Ecografía (1)
20-22			Ecografía (2)
24-26			Análisis (2) Curva de glucosa
28-29		Profilaxis Rh (si procede)	
33-34			Análisis (3) Ecografía (3)
33-37		Visita Acogida al Hospital (Cita en Teléfono: 913908230)	
36-37			Frotis vagina-rectal EGB
A partir de la 40			RCT (es opcional)
41		Valorar fin del embarazo	RCT (si sigue el embarazo)
42		FIN DEL EMBARAZO	

EGB: Estreptococo del grupo B; RCT: Registro cardiotocográfico (monitores)

[illegible]

CONTROL PRENATAL Y ANALISIS EN EL EMBARAZO

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

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

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

Siguientes visitas: su calendario se establecerá según vaya el curso del embarazo, siendo en general, más frecuentes al final. En ellas se seguirá controlando su estado general, su peso y tensión arterial. A partir de la 20 semana, en cada visita, se escucharán los latidos del corazón de su bebé.

Como norma general, se le solicitará realizar más análisis de sangre y orina en la mitad y al final del embarazo. Se le podrá realizar una prueba (una curva de azúcar) para la detección de la diabetes gestacional, y se le recomendará la administración de una gammaglobulina para prevenir problemas para siguientes embarazos si usted es Rh negativo y hay incompatibilidad entre su Rh y el de su pareja. Casi al final de la gestación se le hará una prueba para la detección, en vagina y ano, de una bacteria llamada *Estreptococo del grupo B*, cuya presencia obligará a administrar antibiótico durante el parto para evitar que su hijo/a se infecte por ella.

Al final del embarazo se decidirá si es necesario realizar una prueba para valorar el bienestar fetal (los registros cardiotocográficos, también llamado monitorización fetal). Según las directrices de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, en los embarazos de bajo riesgo no es imprescindible hacerlo, aunque como se considera opcional a partir de la 40 semana, su médico decidirá si debe realizárselo según las características particulares de su embarazo.

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

ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO

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

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

- la primera entre la 11 y 13 semana, para ver si hay uno o más embriones y si están vivos, confirmar el tiempo aproximado de embarazo, y medir la translucencia nuchal (también llamada pliegue nuchal o edema nuchal), que es un acúmulo de líquido en la zona de la nuca del embrión y que si está muy aumentada puede ser indicativa de alteraciones embrionarias, muchas veces cromosómicas.
- La segunda alrededor de la 20-22 semana, cuyo principal objetivo es detectar anomalías morfológicas físicas en el feto.
- La tercera entre la 32 y 36 semana, que nos informará, principalmente, de cómo es el crecimiento fetal, la posición de la placenta y la cantidad de líquido amniótico.

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

¿Qué detecta la ecografía?

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

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

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

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

PRUEBA PARA LA DETECCIÓN DE ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS EN EL FETO

Tiene como **objetivo** identificar fetos con una mayor probabilidad de tener la alteración cromosómica más frecuente: el Síndrome de Down.

Consta de dos partes: un análisis de sangre a la madre, y la medición del pliegue nuchal del embrión en la ecografía del primer trimestre de embarazo.

¿Qué mide el análisis de sangre de la madre?

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

¿Qué es el pliegue nuchal?

También se llama edema nuchal o translucencia nuchal. Es una acumulación de líquido debajo de la piel del embrión a la altura de la nuca que se puede medir con ecografía entre la 11 y 13 semana de embarazo. Si tiene un valor alto indica una mayor probabilidad de alteraciones en el feto.

¿Cuándo se realiza esta prueba?

Entre la 11 y 13 semana de embarazo. Los resultados se los dará el médico que le haga la ecografía.

Es importante saber algunas cosas de esta prueba:

1. Su resultado final no indica con certeza si el feto tiene o no algunas de esas alteraciones, sino que nos informa de la probabilidad teórica de que las pueda tener.
2. En la mayoría de los casos, un resultado de probabilidad alta no significa que el feto tenga algún problema (tenga en cuenta que solo es un cálculo estadístico), pero nos indicará la necesidad de realizar otras pruebas (ecografía, amniocentesis y/o biopsia corial), que nos permitan confirmar con seguridad el estado del feto.

¿Qué resultados finales puedo esperar de esta prueba?

1. **Bajo riesgo** (o baja probabilidad): cuando la probabilidad teórica de que el feto tenga alguna de las alteraciones cromosómicas dichas anteriormente es menor que 1 de cada 270. En este caso no se recomendará hacer más pruebas.
2. **Alto riesgo** (o alta probabilidad): cuando la probabilidad teórica es mayor que 1 de cada 270. En este caso se recomendará hacer una prueba (probablemente una amniocentesis o una biopsia corial) para averiguar con certeza si el feto tiene alguna alteración cromosómica.

Idea importante a entender:

Si el resultado es de "alto riesgo", recuerde que no necesariamente el bebé tiene alguna alteración. De hecho la gran mayoría serán completamente normales. La denominación "alto riesgo" sólo señala madres a las que es necesario realizar alguna prueba más.

¿Cuáles son las alteraciones que detecta esta prueba?

- Síndrome de Down: los bebés tienen 3 copias del cromosoma 21 (lo normal es tener 2). Lo tienen uno de cada 800 recién nacidos, aproximadamente, y es más frecuente a mayor edad de la madre. Estos niños/as tienen unos rasgos faciales característicos, retraso mental variable, con frecuencia defectos en su corazón y otras anomalías.

NOTAS

EL PARTO PRETÉRMINO

¿Qué es un parto pretérmino?

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

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

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

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

¿Quién puede tener un parto pretérmino?

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

Algunos factores del estilo de vida también pueden suponer un mayor riesgo: un mal control prenatal, fumar, beber alcohol, el uso de drogas ilegales, la violencia doméstica (incluyendo el abuso físico, sexual y emocional), la falta de apoyo social, el estrés, y trabajar muchas horas y estar de pie por largos períodos de tiempo.

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

¿Se puede hacer algo para evitar un parto pretérmino?

Si usted ya ha tenido un parto prematuro en un anterior embarazo, el médico le puede recomendar la administración vaginal de pastillas con progesterona. También puede hacerle ecografías vaginales para medir la longitud del cuello del útero. En algunos casos podrá recomendarle hacer un “cerclaje”.

Hay algunas cosas que la embarazada puede hacer:

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

¿Qué señales pueden anunciar un parto pretérmino?

Aunque no siempre hay señales que lo avisan, algunas de las siguientes puede ponernos “en guardia”, y hacer necesaria la evaluación por un especialista:

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

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

¿Qué se debe hacer?

Debe ir al hospital sin perder tiempo si piensa que está ante un parto prematuro o tiene alguna de las anteriores señales. En el hospital se realizarán los exámenes oportunos y si el médico piensa que tiene riesgo de parto prematuro, la embarazada quedará ingresada para administrar el tratamiento más adecuado (reposo, y según la circunstancia, medicación para detener las contracciones o antibiótico o ambos, muchas veces por vía intravenosa “en el suero”).

Si la gestación es de menos de 35 semanas es posible que se le administre una medicación (corticoides) para acelerar la madurez de los órganos del bebé.

¿Se puede detener siempre el parto pretérmino?

No, aún haciendo en el hospital todo lo que se sabe que es más adecuado.

Dependerá de cada caso particular, pero es importante acudir al hospital cuando todavía se está en una fase inicial del parto prematuro, pues así habrá más posibilidades de retrasar el parto o de tomar las medidas oportunas para disminuir las posibles consecuencias del mismo.

EL PARTO EN SITUACIONES ESPECIALES

PARTO TRAS UNA CESÁREA ANTERIOR

Años atrás se pensaba que después de haber tenido un hijo mediante cesárea, en el siguiente embarazo el parto tenía que ser también por cesárea porque con las contracciones del parto el útero podía romperse en la cicatriz de la cesárea previa.

Pero ahora sabemos que eso ocurre en muy pocas ocasiones (sólo entre el 0,2 y el 1,5 % de las veces), y por lo tanto muchas mujeres con una cesárea previa pueden tener un parto vaginal de forma segura para ella y su hijo. En concreto, la **tasa de éxito de parto por vía vaginal después de una cesárea oscila entre el 60 - 80 %**, llegando al 87- 90% si ha tenido un parto vaginal previo.



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

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

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

Por favor, no dude en preguntarnos cualquier duda que tenga

VERSIÓN EXTERNA EN PRESENTACION DE NALGAS

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

Existe un procedimiento denominado **Versión Externa** que permite cambiar la posición del feto dentro del útero y colocarle de cabeza en la pelvis materna. Se realiza en el hospital alrededor de la 37 semana de embarazo y **tiene éxito en un 50 % de las veces**, aproximadamente.

¿Tiene riesgos la versión externa?

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

¿CÓMO SE REALIZA LA VERSIÓN EXTERNA?



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



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

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

ATENCIÓN AL PARTO

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN AL PARTO

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

ATENCIÓN A LA MUJER EN EL PARTO

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

Si quiere, **podrá estar acompañada** de una sola persona de su elección durante todo el proceso del parto, en todos los casos en los que se desarrolle con normalidad. Se intentará proporcionar un ambiente adecuado durante el parto, con un apoyo continuo y en un contexto lo mas respetuoso e íntimo posible.

Se evitará la práctica rutinaria de: enema evacuador, rotura de membranas, sondaje vesical, rasurado perineal, episiotomía, perfusión de oxitocina. Pero se harán éstas cuando estén indicadas, previa información a la mujer.

Durante el parto y el posparto inmediato se canalizará una vía venosa, por si fuera necesaria una actuación urgente. Podrá deambular y adoptar las posturas en las que más cómoda esté cuando su estado y el del bebé lo permitan. Se hará monitorización de forma continua para la confirmación del bienestar fetal. En los partos normales en mujeres sin factores de riesgo, sin anestesia epidural y sin oxitocina, una vez comprobada la normalidad del bienestar fetal y en ausencia de signos de complicación (fiebre, tinción del líquido amniótico...), se podrán realizar ventanas sin registro (10-20 minutos) para una ducha, masaje, etc.



Se podrán beber líquidos (agua, bebidas isotónicas, zumo de manzana y caldo desgrasado) de forma moderada durante la dilatación siempre que no se prevea la necesidad de una intervención.

Tras el nacimiento, el alumbramiento de la placenta se hará con una conducta activa (mediante oxitocina, tracción controlada del cordón y masaje uterino) ya que esta medida disminuye la probabilidad de hemorragia, anemia y de transfusiones maternas postparto.

ALIVIO DEL DOLOR

La forma en que cada mujer afronta el dolor es muy variable, pero la mayoría de las parturientas requieren una ayuda, que nosotros ofrecemos. En general, hay dos formas de enfrentar el dolor:

- Para algunas mujeres, el parto es un proceso biológico natural en el que el dolor es una parte más del mismo. No desean que se altere su evolución natural si no es necesario, ni desean, si es posible, asumir el posible riesgo asociado a la analgesia epidural. Para el alivio del dolor podrán usar técnicas de relajación, respiración y masajes con ayuda del acompañante. Podrán traer música suave para favorecer la relajación. El agua caliente y el calor local son también efectivos y se les procurará, dentro de nuestras posibilidades. Se le animará a que camine o a que adopte la postura que le proporcione mayor confort. Las pelotas de parto pueden ayudar al alivio del dolor y a favorecer los cambios de posición de la pelvis para la mejor evolución de la dilatación. A este parto lo llamamos **PARTO DE MÍNIMA INTERVENCIÓN**. Si en cualquier momento la mujer solicita la analgesia epidural se avisará al anestesiólogo quien valorará la indicación según los antecedentes de la madre o el estado del parto.



- Otras mujeres no quieren tener dolor y desearán, de entrada, la analgesia epidural. La analgesia epidural es un método eficaz y seguro para el alivio del dolor en la gran mayoría de ocasiones. Su aplicación conlleva administrar sueros por vía intravenosa, monitorización continua fetal y sondaje vesical intermitente. La madre permanecerá tumbada o sentada.

La analgesia epidural se asocia a una prolongación del último periodo del parto (el expulsivo) y a una mayor probabilidad de parto instrumental, pero no a cesárea, prolongación de la dilatación, ni a efectos adversos para el recién nacido. Los efectos adversos leves como la hipotensión, la cefalea y el prurito son poco frecuentes y tratables si aparecen; y las complicaciones graves como convulsiones o consecuencias derivadas del paso del anestésico a la sangre, son excepcionales.

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

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

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

El recién nacido se mantendrá en **contacto piel con piel** con la madre tras el nacimiento, si el estado clínico del bebé y de la madre lo permiten. Así permanecerá durante al menos las primeras 2 horas ya que esta medida favorece la adaptación del bebé a la vida fuera del útero, el vínculo afectivo entre la madre y el niño, y la lactancia. Durante este tiempo se le estimulará y ayudará para iniciar la lactancia materna, ya que es la mejor alimentación para él y tiene beneficios probados para la madre y el niño.

Mientras esté el recién nacido acostado en la cama junto a su madre y durante la toma al pecho, la madre y la persona que la acompañe tienen que vigilar al recién nacido y asegurarse que no tenga obstruidas ni la boca ni la nariz por alguna parte del cuerpo de la madre (abdomen, pecho...). Si en algún momento se pone pálido o de color azulado, le cuesta o deja de respirar, hace ruidos extraños al respirar, tiene dificultades para despertarse, le notan como si se quedara sin fuerzas o por el contrario rígido..., tienen que avisar al personal sanitario encargado del cuidado del niño en esos momentos para que acuda a valorarlo. Por lo tanto, la madre tiene que estar



atenta y evitar distraerse con otras cosas como llamadas por el móvil, envío de mensajes, etc..., especialmente si no dispone de un acompañante que vigile constantemente al recién nacido. Como vemos, es importante que en el posparto, y especialmente durante estas dos primeras horas, la madre disponga de un acompañante de forma continua que la ayude en la función de vigilancia del recién nacido, sobre todo si se encuentra cansada y/o adormilada.

La ligadura del cordón umbilical se efectuará, si es posible, una vez que haya dejado de latir, ya que esta medida disminuye la probabilidad de anemia del bebé en sus primeros meses de vida, aunque aumenta ligeramente la probabilidad de ictericia leve. En caso de que desee donar la sangre de cordón umbilical al banco público (lo puede solicitar mientras esté en Dilatación) o privado, la ligadura del cordón se hará inmediatamente tras el nacimiento del bebé con el objetivo de recolectar la máxima cantidad posible de sangre del cordón.

Si se precisan maniobras de reanimación básicas del bebé, se realizarán en el área de atención al recién nacido situado dentro del paritorio. Si se precisaran maniobras de reanimación más profundas, se realizarán en el área más adecuada para tal fin.

Tras la toma de contacto del recién nacido con sus padres se procederá a su identificación y valoración. El niño/a permanecerá con sus padres en la maternidad, salvo mejor criterio médico.

En todos lo recién nacidos se recomienda:

Prevención para la enfermedad hemorrágica con vitamina K intramuscular.

Prevención de oftalmía neonatal con pomada de eritromicina.

Prevención de hepatitis B con la vacuna.

El examen pediátrico rutinario se realizará en las primeras 24 horas de vida y las pruebas de detección de enfermedades metabólicas y alteraciones auditivas se realizarán durante su ingreso, generalmente a las 48 horas. Los padres serán informados de cualquier procedimiento diagnóstico-terapéutico que precise el recién nacido.

OBSERVACIONES

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

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

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

Existen una serie de procedimientos frecuentemente indicados por condicionantes maternos, fetales o de la evolución del parto, como la rotura de membranas, la administración intravenosa de oxitocina, de analgésicos o de antibióticos, así como la práctica de la episiotomía (incisión quirúrgica del periné para la ampliación del canal del parto) que le serán explicados cuando sea preciso utilizarlos, comprendiendo que aunque suelen ser seguros, pueden tener sus efectos secundarios y complicaciones.

Igualmente le será explicada la eventual necesidad de aplicar medios de extracción fetal. Las intervenciones obstétricas (parto instrumental: fórceps, espátulas, ventosa-kiwi; o cesárea) sólo se realizarán con fin asistencial, para preservar el estado de salud de la madre o el feto y se informará adecuadamente a la mujer y a sus familiares. Si fuera necesario realizar un parto instrumental o cesárea el acompañante deberá esperar a que el facultativo encargado autorice o no su presencia.

Complicaciones y/o riesgos y fracasos: si bien el parto es un hecho biológico que puede transcurrir sin dificultades, a veces se presentan complicaciones de forma inesperada y en ocasiones imprevisibles, que exigen la puesta en marcha de tratamientos o procedimientos, transformándose el parto normal en un parto anormal o distócico.

Las complicaciones más importantes son:

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

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

- En el parto instrumental: hemorragia postparto, anemia, necesidad de transfusión, episiotomía y riesgo de lesión del canal del parto. Aunque poco frecuente, el recién nacido puede presentar alguna lesión por el instrumento usado, la gran mayoría de veces, pasajera.
- En la cesárea: hemorragia postparto, fiebre postparto, lesiones del canal vaginal y del abdomen y complicaciones de la herida quirúrgica. Aunque poco frecuente, el recién nacido puede presentar alguna lesión por el bisturí y nacer bajo el efecto de la anestesia general si fuera necesaria la misma.

Las decisiones médicas a tomar durante el discurso del parto quedan a juicio del equipo de profesionales de este hospital, tanto en lo que respecta a su indicación como al tipo de procedimiento utilizado, si bien la mujer y su acompañante serán informados, salvo que la urgencia o circunstancias excepcionales no lo permitan.

Anestesia: la necesidad de anestesia, ya sea por indicación médica o sólo para el alivio del dolor, será decidida por el anestesiólogo, conjuntamente con la mujer, la matrona y el obstetra. Además el anestesiólogo le informará para su consentimiento.

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



**Hospital Universitario
12 de Octubre**

OTRA FORMA DE PARIR: PARTO DE MÍNIMA INTERVENCIÓN



**DIRIGIDO A GESTANTES
DE BAJO RIESGO**

¿Qué es un parto de mínima intervención?

Es aquel parto normal que es asistido sin la utilización de procedimientos que alteren la fisiología del mismo, siendo igualmente importante la vigilancia del estado de la madre y de su hijo.

¿Cómo es el parto de mínima intervención?

Si creo que estoy de parto, ¿qué hago?: Acude a urgencias si tienes contracciones dolorosas y regulares cada 5-10 minutos de forma persistente, durante al menos dos horas. Puedes sentir contracciones dolorosas. Mientras tanto, en tu casa, un paseo, una ducha o baño caliente y el apoyo de tu acompañante te ayudará a sentirte mejor.

¡Se inicia el parto!: Ingresarás con más de 3 cm y contracciones regulares. Durante la dilatación, si deseas, podrás beber líquidos y estar siempre acompañada y vestida con tu ropa.

Las contracciones dolorosas se pueden controlar con:

- apoyo continuo de tu pareja y matrona
- un ambiente íntimo y de máximo respeto
- pelotas de parto
- paseos
- distintas posturas
- masajes
- música suave
- relajación



Puedes parir en la posición que desees:

- de pie,
- sentada,
- en silla de partos
- de lado,
- cuadrupedia (de rodillas con las manos en el suelo)
- en cuclillas...

¡ Nosotros cuidaremos de ti y de tu bebé !

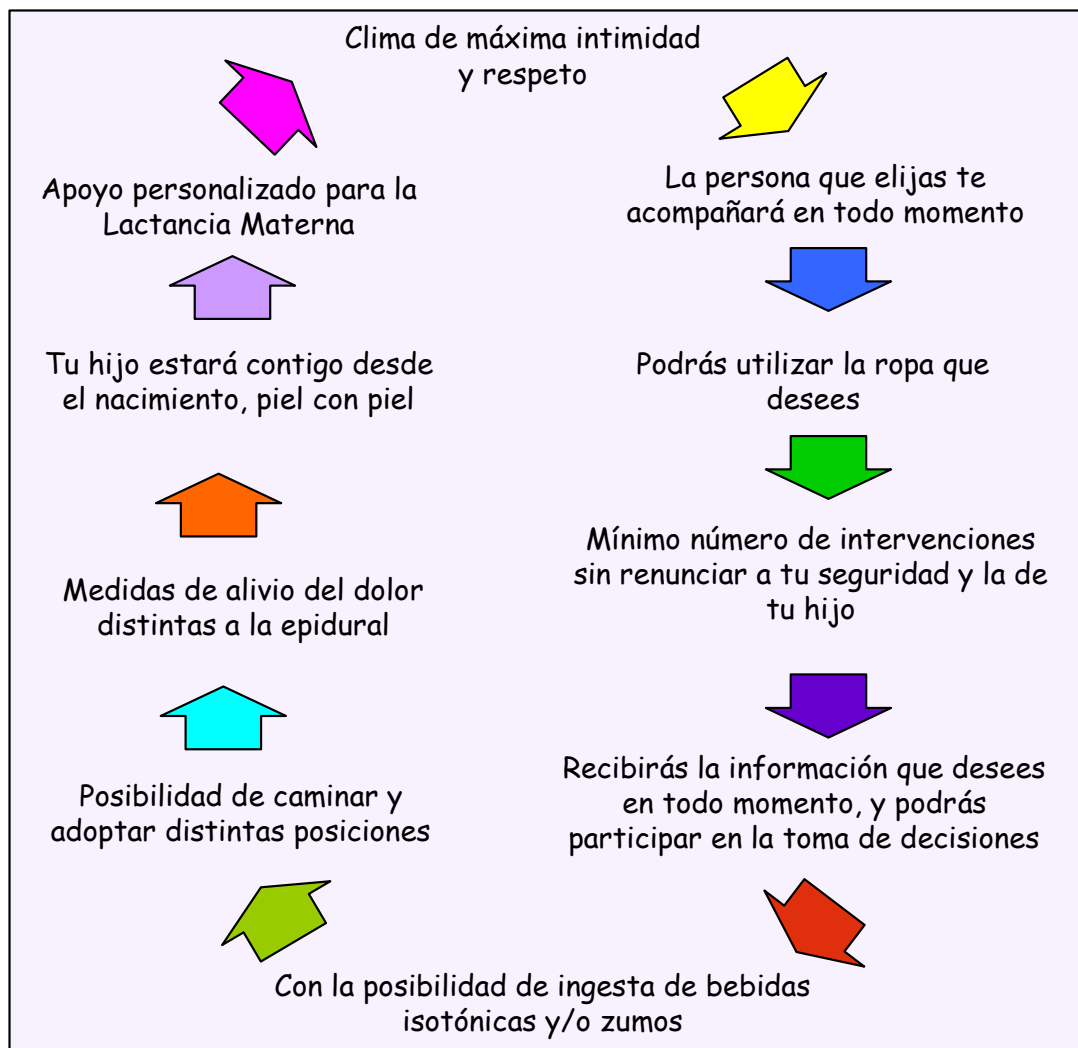


El contacto Piel con Piel con tu bebé facilita una mejor adaptación de tu hijo a la vida:

- un mejor control de su respiración y latido cardíaco,
- una mayor estabilidad de la temperatura corporal y de la glucosa,
- menos llanto y mayor apego mutuo,
- es la mejor manera de iniciar una lactancia precoz y duradera, al menos los primeros 6 meses de vida y cuanto más mejor.



El Parto es un proceso natural. Generalmente no requiere ningún tipo de intervención, salvo la observación y el apoyo continuo. El alivio del dolor se puede conseguir con diferentes métodos, sin intervenir en el proceso fisiológico natural



¡ No dudes en preguntarnos !

- Iniciativa Internacional del Parto Madre/Niño (IMBCI) International Mother Childbirth Initiative www.IMBCI.ORG
- Estrategia de atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud, 2007 www.msc.es
- World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn care: a guidelines for essential practice. Geneva 2006

LA ANALGESIA EN EL PARTO

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

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

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

¿En qué consiste la analgesia epidural?

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

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

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

¿Cuándo se puede poner una analgesia epidural?

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

NOTAS

LA DONACION DE SANGRE DE CORDON UMBILICAL

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

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

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

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

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

¿Existen bancos de sangre de cordón umbilical en España?

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

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

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

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

¿Quién puede ser donante de sangre?

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

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

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

¿Cómo hacerse donante de sangre de Cordón Umbilical?

Cuando una embarazada desee ser donante de sangre de cordón umbilical, debe dirigirse a uno de los Bancos de sangre de cordón existentes en España ó a una de las maternidades autorizadas. Previamente a la donación se le deberá informar sobre el proceso y firmará, en el caso de estar de acuerdo, un consentimiento informado. En nuestro Hospital se realizará una vez ingresada para el parto.

La donación de sangre del cordón umbilical

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

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

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

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

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

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

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

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

Si desea realizar la donación de sangre de cordón umbilical para el banco público en nuestro hospital, no es necesario realizar ninguna solicitud previa al parto, bastará con comunicarlo en el momento del ingreso en el hospital, aunque debe saber que hay algunas circunstancias en las que no será posible recoger esa sangre (ej: fiebre materna, algunas enfermedades infecciosas, etc). En caso de cesárea se individualizará cada caso, la recogida es más complicada y, en general, no se realizará.

Si desea realizar la recogida de sangre de cordón umbilical para un banco privado: previamente al parto debe ponerse en contacto con alguna de las empresas autorizadas por la Comunidad de Madrid. La recogida de sangre la realizará la matrona ó el médico que atienda el parto, que quedan eximidos de cualquier responsabilidad relacionada con ese acto. Será la empresa contratada la responsable de recoger las bolsas de sangre y trasladarlas al centro correspondiente.

EL PUERPERIO

Es el periodo de recuperación después del parto.

- **Alta del Hospital:** en general, si ha tenido un parto vaginal estará ingresada durante 48 horas. Es así porque a todos los recién nacidos se les debe hacer las pruebas para detección de alteraciones congénitas (la prueba del talón) cuando cumpla 48 horas de vida. Si le hicieron cesárea, el alta será a los 2-3 días, según como vaya su recuperación. En algunos casos el ingreso será más prolongado, según circunstancias de la madre o del niño.

Tras el alta es recomendable que siga las siguientes medidas:

- Continúe con **lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses** de vida del recién nacido. Esto supone grandes beneficios tanto para el niño como para la madre (lea el siguiente apartado).
- Debe hacer una **revisión con la matrona** de su Centro de Salud a los 2-3 días del alta.
- Recuerde tomar la medicación o los **suplementos vitamínicos o minerales** que le hayan recomendado:
 - Se debe asegurar un adecuado aporte de yodo mientras dure la lactancia materna: lo puede conseguir con la dieta si toma al menos 3 raciones de productos lácteos (por ejemplo 2 vasos de leche y un yogur) y además utiliza sal yodada. Si no es así, su médico le podrá recomendar un suplemento farmacológico de yodo.
 - Es recomendable tomar suplementos de hierro durante 1-2 meses tras el parto. Si tiene anemia o si ha sangrado mucho en el parto puede necesitarlo más tiempo. El médico del hospital o del Centro de Salud le indicarán hasta cuando debe tomarlo.
- Debe poner un cuidado especial en la **higiene**, lavándose las manos con frecuencia y cuidando la herida del parto o la cesárea como le hayan indicado. Para ello suele ser suficiente la ducha diaria con su gel de ducha habitual, manteniendo siempre la herida limpia y seca.
- **Si le han realizado una cesárea** debe citarse con la enfermería de su Centro de Salud a los 7-9 días de la cesárea para retirar los puntos.
- Evite tener relaciones sexuales con coito mientras dure el sangrado vaginal y recuerde que aunque no tenga regla mientras dé el pecho a su hijo/a, puede quedarse embarazada si no toma las medidas adecuadas. Para este u otros asuntos, pida consejo a su médico o matrona.
- Debe seguir las indicaciones que le hagan sobre los cuidados del niño/a.
- **Debe acudir al hospital si** en este periodo tiene fiebre mayor de 38 grados, sangra mucho por vagina o tiene dolor importante en las mamas o en su herida.



LA DEPRESIÓN PUERPERAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Consejos para intentar prevenir esta enfermedad

En el embarazo:

- No intente ser una supermujer. Tener un hijo puede exigir dedicación exclusiva, así que durante el embarazo intente reducir sus compromisos y descansar bien.
- No se mude de casa en el embarazo o hasta que su hijo no tenga seis meses.
- Relaciónese con otras parejas con hijos. Esto le posibilitará el disponer de alguien que pueda cuidar a su hijo cuando lo precise.
- Busque algún amigo o familiar en quien pueda confiar, en caso de necesidad.
- Vaya a las clases preparto y lleve a su pareja consigo.
- Aliméntese bien: ensaladas, vegetales frescos, fruta, zumos naturales, leche y cereales. Son alimentos adecuados y que además no necesitan de mucha cocina.

Una vez que el bebé haya nacido:

- Aproveche cualquier oportunidad para descansar y que su pareja cuide y alimente al bebé, utilizando incluso su propia leche extraída con anterioridad.
- Encuentre tiempo para disfrutar con su pareja. Intente conseguir una niñera y salgan juntos a cenar, al cine o a ver unos amigos.
- Intente intimar con su pareja aunque todavía no desee tener relaciones sexuales completas: un beso, un abrazo, o un mimo puede ser bastante reconfortable.
- No sea crítica consigo misma ni con su pareja. La vida se hace dura en estos momentos y el cansancio y la irritabilidad de ambos puede dificultar la relación.
- No tema pedir ayuda cuando la necesite. Aunque su médico es quien debe realizar el diagnóstico, lo que usted haya aprendido en las clases preparto y en folletos informativos como éste, puede orientarle sobre cuando pedir ayuda.



NOTAS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

LA LACTANCIA MATERNA

comité de Lactancia Materna
del Área 11 de Salud

 **Hospital Universitario**
12 de Octubre

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

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

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

-  La leche materna es el **mejor alimento** que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido y contiene todo lo que el niño necesita durante los primeros meses de la vida. **Protege al niño** frente a muchas enfermedades tales como catarros, bronquiolitis, neumonía, diarreas, otitis, meningitis, infecciones de orina, enterocolitis necrotizante o síndrome de muerte súbita del lactante, **mientras el bebé está siendo amamantado**; pero también **le protege de enfermedades futuras** como asma, alergia, obesidad, enfermedades inmunitarias como la diabetes, la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa y arterioesclerosis o infarto de miocardio **en la edad adulta** y favorece el desarrollo intelectual.
-  Los **beneficios** de la lactancia materna también se extienden a la **madre**. Las mujeres que amamantan pierden el peso ganado durante el embarazo más rápidamente y es más difícil que padezcan anemia tras el parto, también tienen menos riesgo de hipertensión y depresión postparto. La osteoporosis y los cánceres de mama y de ovario son menos frecuentes en aquellas mujeres que amamantaron a sus hijos.
-  Además, la leche materna es un alimento **ecológico** puesto que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse con lo que se ahorra energía y se evita contaminación del medio ambiente. Y también es **económica** para la familia, pues puede ahorrar cerca de 600 € en alimentación en un año.
-  **Por todo ello, la OMS, la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA y los profesionales sanitarios recomendamos alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses** de la vida del niño y continuar el amamantamiento junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los 2 años de edad o más.

RECOMENDACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA

- ✚ Durante el embarazo, podrás comentar tus ideas sobre el amamantamiento y el cuidado de tu hijo. Durante el tercer trimestre te informaremos más ampliamente de este tema. **Aquí te adelantamos algunos aspectos de cómo te proponemos que sea:**
- ✚ Tras el parto **te facilitaremos tener a tu hijo/a piel con piel** lo antes posible y durante todo el tiempo que desees.
 - **Casi todos los bebés maman durante la primera hora de vida si se les deja tranquilos y se favorece el contacto directo con su madre.** El profesional sanitario que te atienda te ayudará en esta primera toma, si lo precisas.
 - Si hay problemas que obliguen a separarte de tu hijo/a, se puede extraer la leche de forma manual o con sacaleches en las primeras 6 horas tras el parto, para alimentarle.
- ✚ **La mayoría de los bebés no precisan otro alimento que la leche de su madre en los primeros 6 meses de vida.** Si por alguna razón tu bebé necesita otro alimento en estos meses, el médico te explicará las razones para hacerlo.
- ✚ **Os recomendamos que estéis lo más cerca posibles de vuestro hijo/a** para facilitar su alimentación y crianza. Te proporcionaremos información sobre el “colecho” y la seguridad de tu hijo/a. **Durante el ingreso hospitalario, se intentará que permanezcáis siempre juntos.**
 - **Limitar las visitas en el hospital te permitirá** estar más tranquila y que puedas **dedicar más tiempo a amamantar a tu hijo.** Esto es clave para el éxito de la lactancia.
- ✚ Para ayudar al desarrollo del cerebro del recién nacido, **la madre debe asegurar un adecuado aporte de yodo mientras dure la lactancia materna:** lo puede conseguir con la dieta si toma al menos 3 raciones de productos lácteos (por ejemplo 2 vasos de leche y un yogur) y además utiliza sal yodada. Si no es así, su médico le podrá recomendar un suplemento farmacológico de yodo.
- ✚ **Te animamos a que le ofrezcas el pecho tantas veces y tanto tiempo como tu bebé desee,** así te aseguras que está recibiendo suficiente alimento. Aliméntale en cualquier sitio que lo pida o cuando percibas movimientos de lengua, muecas o chupeteo de la mano pues indican que está preparado para ser amamantado; no esperes a que llore para ofrecerle el pecho. Te informaremos sobre cómo amamantar de noche y cómo almacenar la leche al regresar al trabajo o cuando sea imprescindible separarse del niño/a.
- ✚ **Recomendamos no usar chupetes, pezoneras o biberón durante las primeras semanas de vida.** Espera hasta que el niño mame fácilmente del pecho y tengas establecida la producción de leche.
- ✚ Te indicaremos como introducir otros alimentos complementarios tras la toma de pecho, a partir de los 6 meses de vida.

- ✚ Te facilitaremos una lista de contactos de Grupos de Ayuda a la Lactancia Madre a Madre por si necesitas ayuda extra. Puedes contactar también durante el embarazo si lo deseas.
- ✚ Si quieres más información puedes consultar en la página web de la Asociación Española de Pediatría: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm>.