

EMBARAZO Y MATERNIDAD

(Esta información es genérica, por lo que queda sujeta a las variaciones que el especialista considere oportunas)

Documento supervisado por el Dr. Alonso Zafra y el Dr. León.

En primer lugar, **felicitarle** por su embarazo y recordarle que, si le han indicado tratamiento de progesterona (o de progesterona y estrógenos), debe mantenerlo hasta la semana 10-12 de gestación (el tiempo de gestación se calcula desde la **fecha de la última regla**).

Dado que se ha conseguido el objetivo principal de nuestro Servicio, a partir de este momento será atendida en la Consulta de Obstetricia aunque, en caso de necesitarnos nuevamente, puede contactar con nosotros a través de la Consulta de Enfermería.

Independientemente, le informamos que tiene a su disposición el teléfono de atención a la maternidad de la Comunidad de Madrid (900 92 32 92) para dar información sobre los recursos de que disponen para el apoyo a la maternidad.

Seguimiento del embarazo (1, 2, 3, 4)

Una vez que hemos determinado ecográficamente la presencia de embarazo con el número de fetos, su correcta ubicación y su latido cardíaco, se recomienda tener un seguimiento del mismo para detectar precozmente factores que puedan afectar a la madre o al feto, y actuar en consecuencia (pautar vitaminas, realizar pruebas invasivas...) (tabla 1).

El seguimiento se extrema en cualquier momento, si la situación lo requiere (tabla 4), pudiendo llegar a realizarse en el Hospital de referencia en lugar de en el Centro de Especialidades (en este caso, las citas con la Matrona se mantienen igual).

Además del seguimiento estándar para toda gestante:

- ✓ A partir de los 35 años se ofrece sistemáticamente el test de detección de anomalías genéticas en el feto a través de la sangre materna, ya que son más frecuentes en mujeres de edad avanzada para la gestación.
- ✓ A la mujer con Rh negativo y pareja con Rh positivo, se le administra gammaglobulina anti-D para prevenir problemas (su efecto permanece 12 semanas):
 - La primera administración es en la semana 28 de gestación
 - La segunda en el parto
 - Si al nacer se comprueba que el bebé es Rh positivo, la tercera a las 72 horas.

El Rh es una proteína que puede estar presente en la membrana de los glóbulos rojos de cada persona (Rh positivo) o no estar presente (Rh negativo). Cada individuo tiene un gen heredado de su padre y otro de su madre, con esta información:

- si el feto hereda de los dos progenitores Rh negativo, el individuo es Rh negativo.
- si hereda de uno o de los dos progenitores el Rh positivo, es positivo.

El problema reside cuando la gestante es negativo y el feto positivo por herencia paterna, ya que la embarazada le considera un ser extraño al que hay que eliminar.

En un primer embarazo con feto Rh positivo no suele dar tiempo a que se ataque al feto pero sí a crear los anticuerpos que, en una segunda gestación de feto Rh positivo, pueden llegar a causar la muerte del mismo.

El Rh del feto se desconoce hasta el nacimiento, por ello se toman medidas siempre que el padre es positivo y la madre es negativo.

El tratamiento destruye los glóbulos rojos fetales que entran en los vasos sanguíneos de la madre para que no los identifique como extraños y no estimule la producción de anticuerpos.

Independientemente, el obstetra siempre solicita un “Coombs indirecto” en la sangre materna, antes de buscar gestación, para detectar la presencia o no de anticuerpos contra el Rh positivo.

Tabla 1: seguimiento en gestación de bajo riesgo

Semana de gestación	Centro	Control
Test de gestación positivo	Atención Primaria	Matrona: programa seguimiento y curso de preparación al parto
9-11	Especialidades	Obstetra: programación del seguimiento 1ª analítica (sangre y orina) en ayunas de 8h, en la que se incluye la probabilidad de que el feto tenga el Síndrome de Down (el bebé tienen 3 copias del cromosoma 21 en lugar de 2, lo que se traduce en rasgos faciales característicos, retraso mental variable y defectos cardíacos, entre otros signos)
12-13 (+ 6 días)	Hospital	Obstetra: <ul style="list-style-type: none"> 1ª ecografía (tabla 2) resultados analíticos (una probabilidad teórica elevada de que el feto tenga el Síndrome de Down sirve para indicar la necesidad de realizar una prueba sanguínea específica que lo confirme o no verazmente)
16-18	Atención Primaria	Matrona
18-21+6 días	Hospital	Obstetra: 2ª ecografía
22-24	Atención Primaria	Matrona
25-26	Hospital	2ª analítica (sangre y orina) en ayunas de 8-14h, con sobrecarga oral de glucosa (detecta la diabetes gestacional) (tabla 3)
28-30	Especialidades	Obstetra: resultados analíticos, presión arterial, ganancia de peso
33-34	Especialidades	Obstetra: <ul style="list-style-type: none"> 3ª ecografía consentimiento de parto

		<ul style="list-style-type: none"> recomendación de vacunación (tos-ferina y gripe)
36	Hospital	<p>3ª analítica (sangre y orina) en ayunas de 8h</p> <p>SGB: cultivo del exudado vaginal y anal, que tienen una validez de 5 semanas, buscando una bacteria llamada Estreptococo del grupo B, cuya presencia obliga a administrar antibiótico durante el parto para evitar la infección del bebé (septicemia, neumonía, meningitis). Su tratamiento es la penicilina por lo que, si es alérgica, debe advertirlo cuando le toman las muestras de cultivo para realizarle un antibiograma. Los factores que elevan el riesgo de infectar al bebé son:</p> <ul style="list-style-type: none"> Parto pretérmino (de menos de 37 semanas) Ruptura de bolsa de 12 horas de evolución Temperatura materna superior a 37.8° C Hijo previo infectado en el parto
37-38	Atención Primaria	Matrona
39 + 4 , 5 o 6 días	Hospital	Monitorizaciones seriadas de las contracciones uterinas y el latido cardíaco fetal
40	Especialidades	<p>Obstetra:</p> <ul style="list-style-type: none"> resultados analíticos valoración del MFNE (monitorización fetal estresante) maniobra Hamilton (tacto vaginal que despega la bolsa amniótica del útero en su zona inferior para estimular las contracciones uterinas en 24h, poniendo en marcha el parto)
41 + 2, 3, 4 o 5 días	Hospital	Inducción al parto, si todavía no se ha producido

Tabla 2: la ecografía

Es una herramienta muy útil pero su normalidad no garantiza que el niño sea completamente sano	
Su precisión depende de	El tipo de anomalía a detectar (algunas ni siquiera se pueden ver)
	Las malas condiciones (obesidad materna, escasez de líquido amniótico, posición fetal...)
	La época de la gestación, siendo más fiable en la segunda mitad del embarazo, lo que hace que algunos problemas se detecten tardíamente (infecciones, obstrucciones urinarias, tumores, cardiopatías...)
Lo que se busca en la ecografía depende del tiempo de gestación	En el primer trimestre se mide la translucencia nucal, también llamada pliegue nucal o edema nucal, que es un cúmulo 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
	En el segundo trimestre se buscan malformaciones
	En el tercer trimestre se valora el crecimiento fetal

Tabla 3: diabetes gestacional

Definición	Tipo de diabetes que se desarrolla en el 7-14% de las gestaciones y suele remitir tras el parto (se confirma evaluándola a las 8-12 semanas del parto), aunque va unida a un aumento de probabilidades de padecer diabetes tipo II al envejecer			
Prueba	Extracción de sangre tras 8-14h de ayuno (los 3 días previos debe asegurarse una ingesta mínima de 150g de hidratos de carbono), seguida de administración oral de 50g de glucosa y espera de 1h para realizar otra extracción, sin comer, beber, fumar o moverse (test O Sullivan) Cuando el resultado está alterado, en el tercer trimestre se realiza otra sobrecarga que confirma o no la diabetes gestacional: nueva extracción sanguínea en ayunas, administración de 100g de glucosa y extracciones posteriores a la hora, las 2 horas y las 3 horas			
Momento de realización	de	2º trimestre excepto	Edad \geq 35 Obesidad Intolerancia glucídica o diabetes gestacional previas Antecedente de diabetes en familiares de primer grado Antecedente de hijo nacido con peso \geq 4,5k	Primer trimestre (sobrecarga de 50g)
			No se ha realizado previamente Macrosomía fetal (peso fetal elevado) Polihidramnios (líquido amniótico excesivo)	Tercer trimestre (sobrecarga de 100g)
Tratamiento	Dieta, ejercicio y, si es necesario, insulina			
Prevención	Peso adecuado, ejercicio y dieta sana			
Riesgos	Macrosomía fetal que genera problemas de expulsión			

Tabla 4: situaciones que requieren seguimiento adicional

Patología previa	Patología obstétrica actual	Patología obstétrica previa	Clínica
Cardiopatía	Hipertensión	Abortos de repetición	Obesidad (IMC \geq 30)
Hipertensión	Anemia	Hipertensión	Bajo peso
Endocrinopatía (diabetes, hipotiroidismo...)	Diabetes	Anticuerpos anti Rh	Adicción a tóxicos
Enfermedad respiratoria crónica	Infección	Cirugía uterina	Donantes del recién nacido
Enfermedad hematológica y tromboembólica	Anticuerpos anti Rh	Prematuridad	Vulnerabilidad (adolescencia, exclusión social...)
Enfermedad autoinmune	Embarazo múltiple (cuadro 1)	Muerte neonatal	Riesgo de complicaciones (edad, tabaquismo...)
Enfermedad neurológica	Exceso o defecto de líquido amniótico	Peso inadecuado al nacer	Abusos sexuales
Enfermedad psiquiátrica	Placenta previa	Alteración genética del bebé	Violencia de género
Insuficiencia hepática	Crecimiento fetal inadecuado	Enfermedad del recién nacido	
Neoplasia	Defecto congénito fetal	Hemorragia uterina periparto	
Infección transmisible	Amenaza de parto	Trauma perineal severo	
Fibrosis quística	Tumoración uterina o de trompas	Complicaciones de cesárea	
Discapacidad	Mutilación genital femenina	Psicosis puerperal	
Enfermedades graves no mencionadas		Mastitis	
Alteraciones genéticas familiares			

Cuadro 1: embarazo múltiple

Se multiplican los riesgos de gestación (hipertensión, anemia, parto pretérmino) y los cuidados de la madre (dieta, suplementos vitamínicos, descansos) al estar embarazada de más de un bebé:

- Gemelos: son idénticos puesto que se originan de la división de un embrión (un óvulo fecundado por un espermatozoide)
- Mellizos: son distintos porque provienen de la fecundación de dos óvulos

Los gemelos son más peligrosos que los mellizos, puesto que, al tener un origen común, pueden compartir placenta y bolsa de líquido amniótico

Cambios fisiológicos en el embarazo (2, 4, 5)

- ✓ Los primeros meses puede sentir cansancio, sueño, náuseas y vómitos. (Si son excesivos, coménteselo al médico para darle tratamiento.)
- ✓ Es frecuente el estreñimiento y la aparición de hemorroides, por lo que se deben prevenir tomando fibra y bebiendo agua. (Tenga presente que el médico puede recetar tratamiento para ambos casos, pero que nunca debe tomar nada sin consultar.)
- ✓ En el último trimestre puede ser difícil dormir por el tamaño del bebé (cambiar de postura requiere trabajo, el abdomen comprime los pulmones, se respira peor...), pero no debe tomar somníferos ni productos de herbolario. Si necesita favorecer el sueño: evite las bebidas excitantes y gaseosas o beber mucho al final del día y cumpla con un horario para acostarse y levantarse, relájese a última hora (no haga ejercicio, tome un baño, beba algo caliente, haga yoga). Si está en la cama y no concilia el sueño, levántese y realice actividades suaves (leer, ver la tele, escribir) hasta que tenga sueño. Puede dormir la siesta, pero no se recomienda que sea de larga duración, lo mejor es de unos 30 minutos, tumbada y a oscuras.
- ✓ Aumenta la pigmentación de la piel, la sudoración y el flujo vaginal, por lo que debe ducharse diariamente. (No realice lavados vaginales)

- ✓ Puede sentir ardor de estómago, si es así, comuníquese al médico para que le dé tratamiento.
- ✓ Pueden aparecer estrías, especialmente en el abdomen inferior, por lo que se recomienda la utilización diaria y frecuente de crema.
- ✓ Las mamas aumentan de tamaño, el pezón es más sensible y puede aparecer leche antes de terminar el embarazo (utilice discos empapadores). El uso permanente (incluso para dormir) de sujetador sin aros, puede disminuir el riesgo de descolgamiento del pecho.
- ✓ La carga abdominal dificulta el retorno venoso de los miembros inferiores, por lo que pueden surgir varices e hinchazón de pies, así que debe:
 - Evitar la ropa ajustada.
 - Evitar permanecer de pie durante períodos prolongados.
 - Tumbarse con frecuencia elevando las piernas.
 - Usar medias de compresión.
 - Usar cintas elevadoras del abdomen.
 - Informar al médico por si es recomendable utilizar fármacos que alivien la sintomatología.
- ✓ Puede notar adormecimiento, hormigueo o pérdida de fuerza en las manos, lo que suele ser normal, pero es mejor que se lo diga a su médico.

- ✓ Es frecuente el dolor de espalda, por lo que debe utilizar sillas con respaldo recto, colchones que no sean excesivamente blandos, nadar y evitar cargar peso.
- ✓ Sentirá molestias uterinas y del suelo pélvico (adaptaciones anatómicas para el parto).
- ✓ Notará un aumento en la necesidad de orinar, debido a la presión del útero sobre la vejiga. En caso de sospechar infección de orina (molestia, escozor), comuníquese al médico.
- ✓ Si tiene calambres en las piernas, asegúrese de estar tomando los complementos alimenticios debidos, consuma frutos secos y, en el momento del dolor, estire completamente la pierna tirando de la punta del pie hacia la cabeza.

Dieta (1, 2, 3, 6, 7)

La única dieta recomendada por toda institución es la *dieta mediterránea*, ya que *ha demostrado* tener efectos beneficiosos sobre la salud. Dicha dieta está basada en el consumo de cereales, legumbres, hortalizas, verduras, frutas, aceite de oliva, y, en poca cantidad, derivados lácteos, carnes y pescados (tabla 5), cocinados con sencillez (cocidos, al vapor, a la plancha, en el horno), y no sólo se recomienda por su aporte de nutrientes, si no por el estilo de vida en el que aparece, donde existe una práctica de ejercicio físico moderado diario (30-60 minutos diarios), favorecido por un clima benigno, en el que la alimentación es un acto social (se come despacio, masticando bien, con variedad de alimentos) que se puede llegar a dividir en seis comidas diarias,

permitiendo unos niveles relativamente estables de glucemia a lo largo del día y evitando llegar a comer sin sentido comida “basura” delante del televisor, utilizar dietas mágicas para perder peso o sufrir episodios de atracones (impulsos irrefrenables de ingerir una gran cantidad de alimento en un corto periodo de tiempo, una o dos veces por semana), ya que son conductas que aumentan la prevalencia de la obesidad y los trastornos de conducta alimentaria (TCA): anorexia y bulimia.

Por este motivo hay que identificar los hábitos alimenticios (tipo de dieta, preferencias, horarios...), detectar sus defectos (abuso de frituras, comidas preparadas, alcohol, excitantes, sal...) y tomar las medidas necesarias para subsanar el problema, acudiendo al médico y al psicólogo, si es necesario.

Tabla 5: reparto de alimentos

Diariamente	Semanalmente	Aisladamente
Lácteos descremados	Legumbre: 2-3 veces por semana	Dulces (bollos caseros, chocolate, helado)
Cereales integrales	Pescado (blanco y <i>azul</i>) o marisco: 3 veces por semana	Refrescos, zumos o alcohol
Fruta en abundancia (mínimo tres y una de ellas debe ser un cítrico)	Carne blanca (pollo, pavo, avestruz y conejo): 2 veces por semana	Comida <i>preparada</i> (precocinados, comida <i>basura</i> , pan de molde, bollería industrial)
Frutos secos o aceitunas, con gran moderación	Carne roja: 1 vez por semana (ternera, buey, vaca, toro, cordero y cerdo)	
Verduras y hortalizas cocidas y crudas en abundancia (dos veces al día), aliñadas con moderadas cantidades de sal y aceite de oliva	Huevos: 2-4 unidades por semana	
Agua	Patatas: 1-2 veces por semana	
	Embutidos: 1 vez por semana	

Independientemente, durante la gestación hay que modificar la ingesta de determinados nutrientes (tabla 6 y 7) y añadir las siguientes recomendaciones, para evitar problemas en la madre y el feto, ya que aumentan las necesidades de algunos nutrientes y otros pueden ser contraproducentes:

- ✓ Tomar sal yodada durante el embarazo y la lactancia (consulte a su médico si tiene problemas de tiroides).
- ✓ Aumentar, de forma moderada, el consumo de fibras naturales (frutas, verduras, legumbres, cereales integrales).
- ✓ Consumir productos ricos en calcio (leche, derivados lácteos, frutos secos).
- ✓ Reducir los alimentos con excesiva cantidad de grasa de origen animal (tocino, mantequilla, embutidos, queso curado).
- ✓ Minimizar los alimentos con mucho azúcar (pasteles, bollos, caramelos, chocolate).

Tabla 6: raciones diarias de alimentos en la gestación y la lactancia

Alimento	Raciones diarias
Harinas (pasta, arroz, patata, legumbre, pan, cereales)	4-5
Verduras y hortalizas	2-4
Frutas	2-3
Lácteos bajos en grasa	3-4 gestante 4-6 lactante
Proteínas (ave, carne, pescado, huevo, legumbre, fruto seco)	2
Agua	4-8

Tabla 7: equivalencia de raciones

Alimento	Equivalencia de una ración en crudo
Harinas	Arroz, legumbre, pasta: 60-80gr Patata: 200gr
Verduras y hortalizas	250gr
Frutas	200gr
Lácteos bajos en grasa	Leche, yogur: 200ml Queso fresco: 60-100gr Queso semicurado: 30-40gr
Proteínas	Pollo: un cuarto Carne: 100-125 Pescado: 150gr Huevo: 1 unidad

El peso (4, 6)

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), para valorar el peso de las personas se ha de utilizar el IMC (índice de masa corporal), que se calcula dividiendo los kilogramos de peso entre los metros de talla elevados al cuadrado (k/m²) (tabla 8).

Tabla 8: clasificación del peso según el IMC

Peso	IMC
Bajo peso	< 18,5
Peso adecuado	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25 - 29,9
Obesidad	> 30

Tabla 9: ganancia de peso

IMC de la madre al inicio de la gestación	Kilos ganados en todo el embarazo
<19.8	12.5-18
19.8-26	11.5-16
26.1-29	7-11.5
>29	6
Embarazo múltiple	16-20.5

Tabla 10: poder calórico de los alimentos

Bajo	Medio	Alto
Casi todas las frutas	Alcohol	Frutos secos
Casío todo el pescado	Legumbre	Patata
Marisco	Aves	Grasa animal (zona no magra de las carnes, bollería industrial, mantequilla)
Hortalizas	Carnes	Aceite
Verduras	Embutidos	Mahonesa
Leche y yogur	Quesos y nata	
	Cereales	
	Miel y azúcar	
	Aguacate, coco	
	Arenque, atún, caballa	

La ganancia de peso recomendada durante la gestación depende del IMC de la madre (tabla 9), por lo que, a la hora de planificar el menú, *además de seguir los principios de la dieta mediterránea*, deberá tener en cuenta el poder calórico de los alimentos (tabla 10).

Antes de iniciar un embarazo habría que conseguir un IMC normal para evitar complicaciones tanto en la madre como en el feto. Tener un bajo peso conlleva un riesgo de trastornos metabólicos e inmunológicos por falta de nutrientes, lo que puede generar parálisis cerebral, malformaciones congénitas o alteraciones del crecimiento fetal, mientras que la obesidad es un problema que conlleva *problemas físicos* (baja movilidad, hipercolesterolemia, diabetes, cardiopatía), *psicológicos* (baja autoestima, depresión), *sociales* (menos ofertas laborales, menos coitos), y del *feto* (abortos, complicaciones en el parto, parálisis infantil), especialmente si el lugar de acumulación de grasa es el abdomen (por el efecto de la grasa alrededor de los órganos) o si se acompaña de otros problemas ya establecidos (infarto, angioplastia, aneurisma aórtico abdominal, apnea del

sueño, diabetes, trastornos ginecológicos, tabaquismo, hipertensión, hipercolesterolemia, hiperglucemia, varón de 55 años, mujer de 45 años o menopáusica, aumento de triglicéridos, inactividad física, etc.).

Durante el segundo y tercer trimestre es cuando se produce la mayor subida de peso por el crecimiento mayor del feto y los depósitos de grasa de cara a la lactancia materna.

Suplementos vitamínicos (1, 2, 4)

No debe tomar suplementos sin indicación médica, sólo se recomienda a priori:

- ✓ **Ácido fólico** durante los tres meses previos y posteriores a la gestación para prevenir defectos congénitos del tubo neural como la espina bífida.
- ✓ **Yodo** durante todo el embarazo y toda la lactancia (200 microgramos/día). Si tiene problemas de tiroides, consulte a su médico.

Vacunas (3, 4)

Lo ideal es que todas las gestantes lleguen al embarazo con el calendario de vacunación actualizado y que eviten en lo posible *las vacunas de virus atenuados* durante el mismo para no poner en peligro al feto, de hecho, tras una vacuna de este tipo se debe esperar al menos 1 mes para buscar descendencia.

No hay problema en que se vacune alguien de su entorno y, en caso de vacunación accidental de la madre, no es necesario interrumpir la gestación.

De todas formas, cualquier duda sobre vacunas o medicamentos durante la gestación, se la pueden aclarar en el **teléfono de Atención a la embarazada** (918222436) de lunes a viernes laborables, de 9 a 15h.

Se recomiendan ciertas vacunas durante la gestación para proteger a la madre y al bebé (durante sus primeros días/semanas):

- ✓ Tosferina, Tétanos y Difteria.
- ✓ Gripe.

Tratamientos y pruebas diagnósticas ⁽²⁾

El hecho de estar embarazada limita la realización de **algunas pruebas** diagnósticas (las radiografías, por ejemplo) y la administración de **algunos medicamentos**, por lo que debe comunicar su estado **siempre**.

Recuerde que, cualquier duda sobre vacunas o medicamentos durante la gestación, se la pueden aclarar en el **teléfono de Atención a la embarazada** (918222436).

Alcohol, tabaco y otras drogas (1, 2, 3, 4)

Debe evitar las bebidas alcohólicas, el tabaco y otras drogas por ser perjudiciales para usted y para el feto (malformaciones, bajo peso, parto pretérmino, desprendimiento de placenta, embarazo ectópico, rotura de bolsa...) y reducir la ingesta de cafeína a 50mg/día (una taza contiene 100-150).

Las mujeres que decidan consumir alcohol no deben superar una consumición diaria de 250ml de cerveza, 125ml de vino o 25ml de licor.

Higiene, vestido y calzado (2)

- Ducha diaria, porque aumenta la sudoración y el flujo vaginal.
- Limpieza de la boca tras las comidas.
- Ropa cómoda y holgada.
- Zapato cómodo, evitando el tacón alto y el completamente plano.

Trabajo ⁽²⁾

Puede trabajar siempre que no le produzca una fatiga física o psíquica excesiva y siempre que no sea perjudicial para su salud o la del feto (hipertensión mal controlada, abortos previos, manejo de sustancias tóxicas, exposición a radiaciones...), aunque el último trimestre es aconsejable moderar la actividad física.

Baja laboral ⁽²⁾

- ✓ Por enfermedad: la tramita el médico de Familia en su Centro de Salud.
- ✓ Por incompatibilidad con la gestación: la tramita el médico de Familia en su Centro de Salud.
- ✓ Por riesgo laboral: debe informarse en su empresa.
- ✓ Baja maternal voluntaria: puede solicitarla 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 (2, 4)

Se recomienda el ejercicio diario moderado: pasear, nadar, yoga y realizar los ejercicios de preparación al parto indicados por su matrona.

Las mujeres deportistas, durante el primer trimestre, pueden continuar su rutina si no sobrepasan los 140 latidos/minuto y pueden hablar sin fatigarse.

El ejercicio nunca debe ser violento. Evite el submarinismo, la competición, los golpes y las caídas.

Viajes (2, 4)

Evite viajar a países con poca infraestructura sanitaria o en los que se precise ir vacunado. (Lea el documento de prevención de enfermedades endémicas.)

Recuerde descansar de la postura caminando.

Si viaja en avión consulte si la compañía tiene algún requisito especial y tenga presente que, si es un viaje largo, corre el riesgo de sufrir tromboembolismo venoso.

En el último trimestre evite los trayectos excesivamente largos o cansados:

- ✓ Realizar paradas frecuentes cada 2 horas.
- ✓ Beber líquidos abundantes, evitando cafeína y alcohol.
- ✓ Realizar ejercicios con los miembros inferiores.
- ✓ El cinturón de seguridad debe ser correctamente utilizado (en el mercado existen otros sistemas de contención específicos):
 - La banda pélvica debe pasar lo más abajo posible, evitando el útero.
 - La banda torácica debe pasar entre los senos por la clavícula y lateralmente al abdomen.
- ✓ No es necesario desactivar los airbags.
- ✓ Las conductoras deben alejar el asiento lo más posible del volante (al menos 25 cm).

Evitar relaciones sexuales (2, 4, 5, 7)

- ✓ En posturas incómodas.
- ✓ Si sangra por los genitales al mantenerlas.
- ✓ Si hay amenaza de aborto (cólicos abdominales y sangrado vaginal antes de la semana 20).
- ✓ Si hay ruptura prematura de membranas, que es la rotura prematura del saco amniótico (lo normal es que se rompan al iniciarse el parto, tras la semana 37), en el que se encuentra el líquido amniótico y el feto, protegiéndolo de infecciones y permitiendo que el cordón umbilical flote para que fluya la sangre entre la madre y el feto (curso con emanación de líquido por la vagina lentamente o a chorros, no huele a orina y, generalmente, es incoloro).

Prevención de enfermedades infecciosas transmisibles al feto (listeriosis, toxoplasmosis, citomegalovirus) (2, 4, 10)

- ✓ Evite el contacto con enfermos infecciosos de cualquier tipo, utilizando preservativo si se presentan relaciones sexuales esporádicas o con pareja infectada.
- ✓ Consuma productos lácteos pasteurizados y verdura, marisco, pescado y carne cocinados (el que sea posible, congelado previamente 3 días a -18°C).
- ✓ Acostúmbrese a:
 - Lavarse las manos frecuentemente, especialmente tras su posible contaminación (cocinar, cambiar un pañal...).
 - Mantener limpios los útiles de cocina.
 - Lavar y pelar todas las frutas. Desinfectar las verduras crudas (ejemplo: 1 gota de lejía en 1 litro de agua).
 - Evitar el contacto con gatos.
 - Utilizar guantes al hacer trabajos de jardinería.
 - Evitar entrar en contacto con los areneros donde juegan los niños y con sus útiles contaminados (cepillo de dientes, cubiertos, botella de agua...).

Cuándo acudir al hospital por urgencia médica (2, 11)

Debe acudir al hospital si observa:

- ✓ **Fiebre** de más de 38°C.
- ✓ Disminución del **movimiento fetal**.
- ✓ **Hipertensión diagnóstica antes de la gestación** (crónica) **o durante la misma**, generalmente tras la semana 20 (tipo **preeclampsia** o tipo **gestacional**, diferenciadas por la presencia o no de proteínas en orina, que desaparece tras el parto): dolor de cabeza muy intenso, problemas de visión agudos, dolor pronunciado bajo las costillas, retención brusca de líquidos. Sus consecuencias pueden ser graves, puesto que de la presión depende el flujo sanguíneo con nutrientes y oxígeno que llega a los tejidos de la madre (convulsiones, daño hepático ICTUS) y el feto (bajo peso al nacer, parto prematuro, desprendimiento de placenta).
- ✓ Cualquier otro signo o síntoma nuevo **que no considere normal** del embarazo.

- ✓ Sospecha de comienzo del **parto pretérmino** (antes de la fecha probable de parto prevista por su especialista): si el comienzo del parto se produce antes *de la semana 37*, el bebé es inmaduro y tiene riesgo de sufrir complicaciones importantes (dificultad respiratoria, infecciones, alteraciones en la alimentación), por lo que puede necesitar permanecer ingresado en el hospital y, en los casos más graves, puede estar en peligro su vida o padecer secuelas permanentes físicas y psicológicas. Cualquier embarazada puede sufrirlo, por lo que hay que procurar evitar o controlar en lo posible los factores de riesgo (cuadro 2) y detectar su presencia con prontitud (cuadro 3) con objeto de acudir al hospital.

Cuadro 2: riesgo de sufrir parto pretérmino

- **Tienen problemas físicos** (algunas infecciones vaginales o urinarias, diabetes, presión arterial elevada, trastornos de la coagulación)
- **Tuvieron un parto pretérmino** en un embarazo anterior
- **Tienen embarazo múltiple**
- **Tienen alguna malformación uterina**
- **Tienen determinados estilos de vida** (mal control prenatal, fumar, beber alcohol, consumo de drogas ilegales, abuso físico o emocional, falta de apoyo social, estrés, trabajar muchas horas de pie)
- **Tienen rotura de bolsa**
- **Tienen sangrado vaginal**: el sangrado leve suele remitir espontáneamente y no deberse a nada importante pero, si es abundante, hay que acudir a Urgencias.
 - En el **primer trimestre** puede deberse a
 - **Aborto** (el 50% de estos sangrados). Recoge cualquier tejido expulsado para analizar y acude a Urgencias para valorar el estado del útero (puede ser necesario realizar un legrado). Si ya es el segundo aborto (al menos el 20% de las gestaciones acaban así por problemas en el desarrollo fetal que no se pueden controlar), comunícaselo al ginecólogo por si hay que realizar estudios específicos (problemas de genética, coagulación, inmunología o anatomía uterina).

- *Embarazo ectópico* (el 1% de los embarazos). En este caso el embrión se ha implantado fuera del útero pudiendo romper la estructura en que se ha ubicado, lo que cursaría con hemorragia interna y dolor intenso.
- *Gestación molar* (enfermedad trofoblástica gestacional o mola). Es el resultado de un crecimiento anormal de la placenta y debe eliminarse
- En el **segundo y tercer trimestre** puede deberse a
 - *Desprendimiento de placenta* (puede cursar sin sangrado y suele acompañarse de dolor): es más frecuente en multíparas, mayores de 35 años, desprendimientos previos, anemia de células falciformes, hipertensión, tabaquismo... Cursa con déficit de oxígeno para el feto.
 - *Placenta previa*: en este caso, la placenta se ha ubicado de tal forma que obstruye la salida del feto por el cuello. Es más habitual en el embarazo múltiple y cirugías uterinas

Cuadro 3: sospecha de parto pretérmino

- Contracciones (el abdomen se pone duro) cada 10 minutos o con más frecuencia, cerca de 1 hora. No hay que confundirlas con las contracciones de Braxton-Hicks, que aparecen aisladamente durante toda la gestación con objeto de preparar el útero para el parto
- Pérdida de líquido o sangrado de la vagina.
- Presión en la pelvis
- Dolor sordo en la parte inferior de la espalda
- Dolor de menstruación o retortijones con o sin diarrea

Sospecha de comienzo del parto atérmino (2, 11)

Se sospecha, entre la semana 37 y 42 de gestación, cuando aparecen:

- ✓ 2 contracciones cada 10 minutos durante dos horas en primíparas y durante una hora en multíparas.

- ✓ Pérdida de líquido o hemorragia por vagina.

Al encontrarse en esta situación, acuda a la urgencia de su maternidad con todo lo necesario (nuestro hospital facilita ropa para la madre y el recién nacido durante su estancia):

- ✓ Documentación del embarazo y de su salud.
- ✓ Tarjeta sanitaria.
- ✓ DNI, pasaporte o tarjeta de residencia.
- ✓ Zapatillas.
- ✓ Artículos de aseo.
- ✓ Ropa de bebé para el día del alta.

En Admisión será registrada y, posteriormente, será valorada por los profesionales.

Si se queda ingresada, permanecerá en observación hasta que llegue el momento de dar a luz, momento en el que será trasladada al paritorio.

Preparación hospitalaria para el parto (3, 11, 12)

El parto es un proceso natural compuesto por componentes fisiológicos, psicológicos, afectivos y sociales, y todos ellos se tienen presentes en la atención hospitalaria, intentando optimizar los recursos de que disponemos y minimizando impactos como la actividad universitaria.

Durante la atención se respetará el tiempo del proceso natural realizando las mínimas intervenciones (canalización de vía venosa por si surge una emergencia, monitorización del bienestar fetal, colaborar en la extracción del bebé, prevención de la hemorragia materna...) y utilizando acciones que lo modifiquen sólo cuando sean necesarias para preservar la salud de la madre o el feto (enema de limpieza, rotura de membranas, sondaje vesical, rasurado perineal, analgesia-anestesia, episiotomía, cesárea, parto instrumental...).

Si todo va bien, se le permitirá estar acompañada por una persona, podrá caminar, podrá beber (excluyendo la leche), entretenerse (leer, escuchar música) e, incluso, podrá elegir la posición para dar a luz.

Algo que puede disminuir el estrés implícito a este proceso es conocer el Centro y el proceso con anterioridad, para lo que se puede solicitar una cita de visita guiada en el teléfono 915290215, los días laborables, de 12.30 a 14.30h.

Presentación anómala del feto para el parto

Unas 3 o 4 semanas antes del parto, el feto se coloca cabeza abajo (posición cefálica), salvo en el 3% de los casos (en embarazo múltiple, volumen de líquido amniótico alterado, malformación uterina, placenta previa, parto prematuro...), en los que se presentan de nalgas o pies, pudiendo aumentar el riesgo del parto y haciendo que se deba valorar la colocación manual del feto o la cesárea.

Cesárea

Nacimiento a través de una incisión abdominal y uterina de la gestante.

Se utiliza sólo cuando el parto vaginal presenta un riesgo para la madre y/o el bebé (presentación anormal, pelvis estrecha de la madre, parto múltiple...), ya que la cesárea conlleva más peligros: la hemorragia, la infección, la recuperación más lenta, el riesgo de rotura uterina en un parto posterior o privarse de la presencia paterna en el momento del nacimiento).

La analgesia en el parto ^(2, 11)

El dolor que acompaña al parto se puede intentar controlar de distintos modos: con una pelota tipo birth ball, con técnicas de respiración y relajación, con ducha de agua caliente o con analgesia epidural.

La analgesia epidural es la colocación de un catéter (un tubo muy fino) en el espacio epidural de la columna vertebral (por la espalda, a la altura de la zona lumbar) por el que se introducen los analgésicos que adormecen la parte inferior del cuerpo para controlar el dolor.

Para utilizarla es necesario administrar sueros por vía intravenosa y solicitarla con tiempo suficiente.

Como efectos secundarios hay que saber que puede prolongar la duración del parto y puede hacerse necesario el uso de instrumental para la expulsión del bebé (forceps, ventosas, espátulas). También puede tener dolores de cabeza una semana y suelen mejorar durmiendo sin almohada y dejando de consumir excitantes.

Donación de sangre de cordón umbilical (2)

La sangre del cordón umbilical contiene “células madre” que dan lugar a todo tipo de células sanguíneas, lo que hace que se puedan trasplantar en la médula ósea de personas con leucemia, linfoma o mieloma, cuando no existe un donante de médula compatible con el receptor, algo que sucede la mayor parte de las veces.

El cordón umbilical es un elemento que se desecha tras el nacimiento pero, desde que se descubrió su utilidad, se han creado “bancos de sangre de cordón umbilical” públicos y privados, los primeros para ser utilizados ante la presencia de un paciente que lo necesite (son donados de forma altruista y anónima, siendo gestionados por la Organización Nacional de Trasplantes) y, los segundos, para ser utilizados por su propio dueño, aunque debe saber que esta opción no se recomienda porque, si llega a necesitarla será, *con casi total seguridad*, porque sufra una enfermedad derivada de una alteración genética o congénita que también estará presente en la sangre del cordón, lo que la convierte en inútil para él y para cualquier otro receptor. En casos concretos, también se almacena para designarla directamente a un hermano enfermo.

La mujer que desee guardar la sangre del cordón deberá acudir a un Banco o a una maternidad autorizada, como la de este hospital, para recibir información y firmar un consentimiento el mismo día del parto, aunque debe saber que situaciones como la fiebre o la cesárea pueden imposibilitar su recogida.

En caso de que el cordón vaya a ir a un Banco privado, debe solicitar autorización en su maternidad 20-30 días antes del parto, a través de Atención al Paciente (del transporte de la muestra se encargará el Banco y el personal encargado de recoger la muestra, médico o matrona, quedará eximido de cualquier responsabilidad al respecto).

La recogida de la sangre del cordón no comporta daño, peligro o dolor, para la madre y/o el niño. Se extrae mediante punción del mismo tras la salida del recién nacido y su separación de la placenta, mientras ésta continúa dentro del útero.

Atención al recién nacido ^(11, 12)

Nada más nacer, con los padres presentes:

- Se le entregará a la madre para que mantengan el contacto y le pueda amamantar.
- Se le identificará.
- Se le realizará una valoración de salud.
- Se le realizará profilaxis de la enfermedad hemorrágica inyectándole vitamina K intramuscular.
- Se le realizará profilaxis de oftalmía aplicándole eritromicina en pomada.

Si todo va bien, en la planta:

- Se le vacunará de la hepatitis B.
- Permanecerá en una cuna, al lado de la cama de la madre.
- Se le realizará un examen pediátrico a las 24h.
- Se le realizará un estudio para descartar enfermedades metabólicas a las 48h.
- Se les entregará la cartilla de salud infantil a los padres.

Puerperio (2, 4, 13)

Es el periodo de recuperación después del parto (5-6 semanas).

Durante la estancia en el hospital (1-3 días), los profesionales sanitarios procuran cubrir las necesidades reales y potenciales del bebé y la madre, incluyendo la orientación en los cuidados de ambos al salir del hospital:

- ✓ Lavarse las manos con frecuencia.
- ✓ Cuidar la herida del parto o la cesárea como le indiquen. Posteriormente, suele ser suficiente la ducha diaria y mantener la herida limpia y seca. Los puntos de la episiotomía se reabsorben solos, los de la cesárea los retiran, en una o dos veces, al cabo de 8 días.

- ✓ Tomar la medicación o los suplementos vitamínicos o minerales que le hayan recomendado (el hierro se recomienda 1-2 meses).
- ✓ Mantener la dieta recomendada.
- ✓ Evitar el coito mientras dure el sangrado vaginal (loquios o pérdida del recubrimiento interno del útero que suele durar cuarenta días). Recuerde que el deseo sexual suele disminuir durante unos meses para asegurar la recuperación física y también recuerde que, aunque no tenga la regla mientras dé el pecho, *puede quedarse embarazada* si no toma medidas anticonceptivas.
- ✓ Prevenir la incontinencia urinaria causada por la debilidad muscular del periné: no salte, no cargue peso, no aguante la orina, evite las bebidas excitantes o gaseosas, no use prendas ajustadas, evite la obesidad, prevenga el estreñimiento, realice ejercicios musculares con el periné o utilice conos vaginales de farmacia.
- ✓ Pasear y bailar para recuperar la forma física.
- ✓ Utilizar una faja para evitar el descolgamiento abdominal (si el parto ha sido vaginal, puede hacer abdominales a partir del mes).
- ✓ Mantener *siempre* puesto el sujetador *sin aros*. Recuerde que la leche suele subir a partir del segundo o tercer día y puede cursar con décimas de temperatura y sensación de turgencia, calor, congestión y molestia en el pecho.

- ✓ Comunicar los síntomas de depresión postparto, si surgen (tristeza, desesperanza, depresión, desgana por mantener las actividades diarias, confusión, ansiedad, desorientación, caos emocional, llanto...) y no asustarse, ya que suele ser habitual durante los dos primeros meses debido a la debilidad, la tensión nerviosa soportada hasta el momento, la nueva situación y el cambio hormonal. Para sobrellevarla hay que: evitar estar mucho tiempo sola, aceptar que la mayoría de las miradas recaigan sobre el bebé, favorecer la participación paterna en los cuidados, descansar...
- ✓ Informar de la presencia de entuertos para poder tomar calmantes (contracciones del útero con objeto de devolverlo a su tamaño normal que aparecen tras el parto y se mantienen hasta la tercera o cuarta semana).
- ✓ Acudir al hospital si tiene signos de alarma (cuadro 5).
- ✓ Acudir a las revisiones que le programen los especialistas tras el alta hospitalaria:
 - Matrona: 2-10 días tras el alta del hospital.
 - Matrona/enfermera del Centro de Salud: retirada de puntos de cesárea a los 8 días de la intervención.
 - Médico de familia: revisión en la semana 5-6 tras parto.
 - Obstetra: revisión de parto instrumental, cesárea..., cuando lo indique el especialista.

Cuadro 5: algunos signos/síntomas alarmantes del puerperio

Más de 38°C
Hemorragia vagina/cesárea
Exudado maloliente por vagina/cesárea
Nuevos dolores en periano/útero, cabeza, tórax, abdomen
Alteración de la micción (dolor, olor, incontinencia...)
Alteración anómala de las mamas (enrojecimiento, dolor, calor...)
Dolor o inflamación de las piernas

Alimentación del bebé (2, 11, 13)

La leche materna es el mejor alimento durante los 6 primeros meses de la vida (tabla 11), posteriormente, se recomienda utilizarla como suplemento de la alimentación normal hasta los 2 años como mínimo.

Durante todo este tiempo se recomienda que la madre tome un complemento vitamínico con **yodo**.

Tabla 11: beneficios

Bebé	Madre	Socioeconómico
Protege de enfermedades infantiles (muerte súbita, bronquiolitis, neumonía, diarrea, meningitis, etc.) Protege de enfermedades futuras (asma, alergia, obesidad, diabetes, colitis ulcerosa, arterioesclerosis, infarto de miocardio, etc.) Favorece el desarrollo intelectual	Ayuda en la pérdida de peso Protege en el postparto de la anemia, la hipertensión y la depresión Protege de problemas futuros (osteoporosis, cáncer de mama y cáncer de ovario)	Producto ecológico Producto gratuito

Desde el parto, se recomienda el contacto piel con piel madre-bebé y desde entonces ya se puede ofrecer el pecho, aunque tarde en aparecer la leche.

Para amamantar (en cada toma hay que alternar la mama con la que se empieza):

- ✓ Sentarse con la espalda recta.
- ✓ Colocar una almohada bajo el brazo que va a servir de apoyo.
- ✓ Colocar la cabeza del bebé alineada con su espalda y tumbarle sobre el brazo.
- ✓ Extender su cuello para que la cabeza quede ligeramente hacia atrás.

- ✓ Procurar no aplastar su brazo inferior ni su nariz.
- ✓ Introducirle en la boca el pezón con gran parte de la areola (su labio superior ha de quedar más cerca del pezón que el inferior).
- ✓ Dejarle mamar sin sujetar la mama unos 10 minutos y cambiarle la mama (para que suelte el pezón lo mejor es introducirle el meñique en la boca deslizándolo entre sus encías hacia atrás).
- ✓ Al terminar con cada mama hay que estimular el eructo durante tres minutos: colocarle erguido apoyado en vuestro hombro o sentado sobre vuestras piernas, masajeando el abdomen.
- ✓ La regurgitación suele acompañar al eructo (puede surgir también ante la manipulación brusca, el llanto o un problema digestivo).
- ✓ Los gases pueden provocar cólicos alrededor de doce semanas, provocándole dolor al anochecer (llora, grita, dobla las piernas y no puede ser consolado), en ese caso: abrazadle, masajeadle suavemente el abdomen haciendo círculos en el sentido de las agujas del reloj, flexionad y extendad sus piernas sobre su abdomen y consultad con el pediatra.

- ✓ Limitar las visitas permitirá que la madre esté relajada para poder acostumbrarse a este nuevo acto con la ayuda del equipo de enfermería (el uso de pezoneras o biberón durante las primeras semanas, puede interferir en la alimentación).
- ✓ Se recomienda colocarle en el pecho en cualquier sitio cuando lllore, realice movimientos de lengua, muecas o chupeteo de la mano.
- ✓ Si la madre no puede estar junto al bebé siempre que éste requiera la lactancia (madre en recuperación postanestésica, bebé en la incubadora, etc.), se recomienda el uso de sacaleches para guardar el alimento en biberones, almacenados en la nevera y utilizarlos cuando lo pide el bebé.
- ✓ El cuidado del pecho ha de ser la higiene habitual (no hay que lavarlo para ofrecerlo), aplicarle su propia leche antes y después de amamantar, y utilizar el sujetador sin aros con discos empapadores permanentemente.
- ✓ Durante el período de lactancia, la dieta de la madre no debe censurar los alimentos que cambian el sabor de la leche (ajo, cebolla, espárragos).
- ✓ Los problemas que pueden aparecer son:
 - Pezones que no se hacen protuberantes: hay que utilizar pezoneras.
 - Pezones agrietados y sangrantes: hay que dejar de amamantar y acudir al médico, aunque suele mejorar si se les aplica la leche y se dejan al aire.

- Mastitis (mama dura, dolorosa y turgente): los conductos de la leche están obstruídos, por lo que hay que dejar de amamantar y acudir al médico. Para evitarlo hay que extraer los restos de leche en cada toma y, si se nota un conducto obstruído, masajearlo y ordeñarlo desde la base a la punta.
- Si no queda más remedio que utilizar leche artificial:
 - Consultad cuál es la más apropiada para el bebé.
 - Seguid las instrucciones de preparación.
 - Lavad y esterilizad los biberones durante los primeros cuatro meses.
 - Preparadlo con agua embotellada de baja mineralización o agua hervida cuatro minutos (agitada y enfriada, posteriormente).
 - Deseche lo sobrante en cada toma.

Cuidados del bebé ⁽¹³⁾

- ✓ Durante los primeros días, permitid que le dé **la luz del sol** para que disminuya su tono amarillento (ictericia que, si aumenta, puede dar problemas).
- ✓ Sacadle a la calle diariamente buscando las horas más benévolas con prendas de hilo o algodón que no compriman, no hagan sudar, no suelte pelos y fáciles de poner y quitar.
- ✓ Para prevenir accidentes, **evitad colocarle** sortijas, imperdibles sin seguridad, pendientes sin tope romo, cadenas al cuello, etc.

- ✓ Vigilate las **manchas de la piel** (hongos, alergias, piel atópica) para informar al médico. Los granitos suelen ser por grasa, babeo o sudor, pero es mejor consultar.
- ✓ Vigilate su **actividad** (postración, reacción ante los ruidos) sin preocuparse por períodos de hipo, bizqueo, estornudos o sobresaltos.
- ✓ Vigilate la **temperatura** de la piel (es normal que manos y pies estén fríos) evitando el exceso de calor, que puede generar problemas.
- ✓ Elimine la **costra láctea** (eccema amarillento del cuero cabelludo), aplicando glicerina.
- ✓ Cortarle las **uñas** en línea recta con tijeras de punta redondeada.
- ✓ Retire la **secreción nasal** con chorros de suero fisiológico o aspiradores específicos. (Cuando esté acatarrado le costará respirar con tranquilidad al estar tumbado, situación que mejora si se eleva un poco el cabecero colocando algún cojín bajo el colchón a esa altura).
- ✓ Limpie los **conductos auditivos** con el dedo (nunca utilice bastoncillos).
- ✓ **Bañarle** unos 10 minutos diarios con esponja natural y jabones de bebés (no usar éstos en todos los baños para preservar la piel) con el agua a unos 37° C y el ambiente a 22° C (es normal que lllore al desnudarlo). Al secarlo hay que prestar atención a los pliegues (cuello, axilas, ingles) y a la hidratación

(el primer mes es preferible utilizar aceite), incidiendo en la zona perianal (no utilice polvos de talco por riesgo de broncoaspiración, existen pomadas específicas).

- ✓ Las **deposiciones** pueden ser negras (el meconio de *los primeros días*), verdes, amarillas y más o menos pastosas y frecuentes (de una cada dos días a diez diarias), y deben retirarse con prontitud.
- ✓ La **orina** suele ocupar unos cuatro pañales diarios. Si huele puede ser porque necesite beber más agua (algo frecuente en la alimentación artificial) o por infección.
- ✓ Hasta que cumpla un año, evitad en lo posible los factores de riesgo de la **muerte súbita**:
 - No dormir boca arriba.
 - Fumar en el embarazo.
 - Fumar en el entorno del bebé.
 - Dormir solo los seis primeros meses de vida.
 - La alimentación artificial.
 - (La predisposición genética no tiene solución.)
- ✓ **El cordón umbilical** que queda en el abdomen se caerá en una o dos semanas pudiendo dejar unas gotas de sangre. Durante ese tiempo y si mancha el ombligo después de caer: limpiar con gasas estériles impregnadas en alcohol 70%, suero fisiológico o agua templada tapándolo, posteriormente, con otra gasa seca y sin usar esparadrapo. Cámbielo después del baño para que esté seco y no utilice fajas u ombligueros. En caso de calor, rubor, dolor o supuración, llevadle al médico.

- ✓ Procure que sus **dientes** no entren en contacto con el azúcar con frecuencia para evitar caries (no moje el chupete en miel, no le ofrezca biberones de zumo en lugar de agua).
- ✓ Acuda a las revisiones pediátricas programadas y siempre que sospeche la presencia de un problema (cuadro 5), y no olvide la atención psicológica (por ejemplo, una rabieta puede ser una técnica para conseguir algo, pero hay que buscar su origen, no bloquearla sin más).
- ✓ Vigile la aparición de una **alergia** (polen, picaduras, alimentos, medicamentos) para acudir a urgencias. (Tabla 12)
- ✓ Por último, la **fiebre** es un indicador de que algo está pasando pero, *si tengo más de tres meses*, se controla por debajo de 40° C (medida en la axila) y no dura más de dos días, muchas veces no hace falta ni acudir al médico. Ante esta clínica hay que:
 - Dejarle en ropa interior o pañales.
 - Humedecerle los miembros o colocarle compresas mojadas (sin alcohol).
 - Darle una ducha templada de quince minutos.
 - Ofrecerle muchos líquidos para beber, vigilando la presencia de deshidratación:
 - Labios secos.
 - Postración.
 - Llanto sin lágrimas.
 - Disminución de babeo.
 - Disminución de diuresis.

- Administrarle un antitérmico (ibuprofeno o paracetamol, leyendo el prospecto y sabiendo que no es alérgico) cuando ronde los 38° o se encuentre mal. No espere que la temperatura descienda más de 1,5°, ni que lo haga antes de una hora.
- Si se acompaña de vómitos y/o diarrea, procure que no deje los alimentos sólidos, si ya los había incorporado a la dieta, en escasas cantidades (arroz, pata, zanahoria, incluso “gusanitos”)
- Vigile la presencia de signos que obliguen a acudir al médico (uno de ellos puede ser su propia angustia):
 - Aparición de petequias en la piel (grupos de puntos morados).
 - Irritabilidad.
 - Deshidratación.
 - Rigidez de nuca (no puede aproximar la barbilla al pecho).
 - Convulsiones.
 - Dificultad respiratoria.

Cuadro 5: algunos signos preocupantes

A los tres meses no sonrío, no fija la mirada o no sostiene la cabeza
A los seis meses no le interesa agarrar objetos o no mueve alguna mano
A los nueve meses no se mantiene sentado o no curioseas
A los doce meses no se pone de pie, explora o intenta comunicarse
Bebe y orina en exceso

Tabla 12: algunos signos de alergia

Leve	Grave
Reacción local: picor, enrojecimiento e hinchazón de la zona	Hinchazón de cara o boca Dificultad para hablar, tragar o respirar
Reacción sistémica: congestión nasal, estornudos, moqueo, lagrimeo, escozor de ojos y urticaria (inflamación con manchas sonrosadas)	Náuseas, vómitos o dolor abdominal mareos

BIBLIOGRAFÍA

- (1) L. Moreno y J. Herrero. Guía práctica de reproducción humana asistida. Ed. Formación Alcalá. 2013
- (2) <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271941037606&ssbinary=true>
- (3) http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/protocolos_es.html (visitado el 03/11/2015)
- (4) Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guías de prácticas clínicas en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. 2014
- (5) m.kidshealth.org/parent/en_espanol/emociones (visitado el 30/10/15)
- (6) Documento informativo de la Sección de Reproducción Humana del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón para la mujer que necesita conseguir un índice de masa corporal adecuado (1ª versión, 2015)
- (7) J:\ENFERMERIA\LAURA\GESTACION\Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria - Embarazo, Parto y Nacimiento.mht
- (8) <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000907.htm> (visitado el 15/10/15)
- (9) <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000512.htm> (visitado el 15/10/2015)
- (10) <http://www.guiainfantil.com/salud/embarazo/Cuidados/toxoplasmosis/prevencion.htm> (visitado el 12/07/2015)
- (11) Visita de acogida a gestantes y sus acompañantes a la maternidad del Hospital Gregorio Marañón
- (12) Documento informativo con valor de consentimiento informado del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón para la mujer que acude a dar a luz
- (13) L. Moreno Ochoa. Manual de instrucciones (seréis padres perfectos). Editorial Formación Alcalá. 2007