

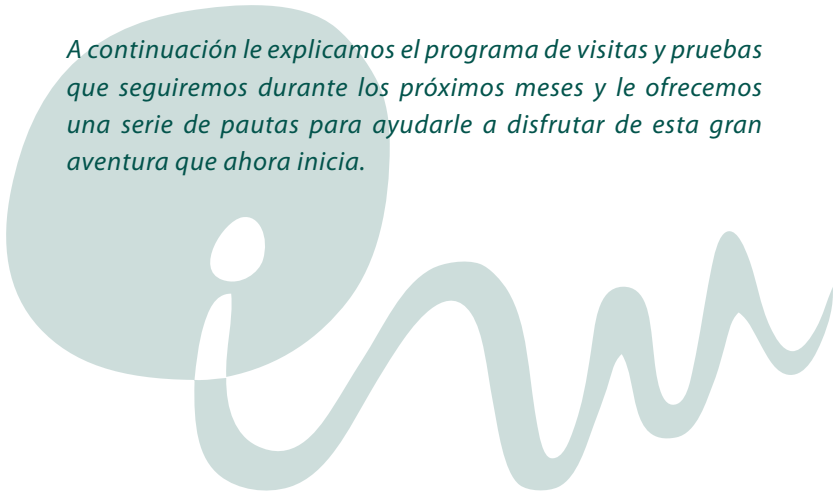


Guía para el
EMBARAZO

El Equipo de Ginecología y Obstetricia de Institut Marquès tiene como objetivo ofrecerle una cuidadosa y esmerada atención a lo largo de todo el embarazo, parto y postparto. Nuestro deseo es acompañarle médica y humanamente durante esta etapa tan especial que va a vivir.

Porque cada embarazo es único y como tal merece ser tratado.

A continuación le explicamos el programa de visitas y pruebas que seguiremos durante los próximos meses y le ofrecemos una serie de pautas para ayudarle a disfrutar de esta gran aventura que ahora inicia.





ÍNDICE

1 EMBARAZO 5

- Control del embarazo5
- Contenido de las visitas5
- Análisis durante el embarazo6
- Grupo sanguíneo y Rh7
- Análisis específicos7
- El apoyo psicológico7
- Ecografías8
- Ecografía 3D / 4D.....9
- Diagnóstico prenatal.....9
- La adaptación del cuerpo..... 11
- La alimentación..... 13
- Tabaco y gestación 14
- Medicamentos..... 15
- Vacunas durante la gestación 15
- Ejercicio físico 16
- Sol 16
- Viajes y medios de transporte..... 17
- Relaciones sexuales 17
- Mareos 18
- Las células madre de cordón umbilical 18
- Motivos de consulta urgente 19
- ¿Qué hay que llevar a la clínica? 19

2 PARTO 21

- Motivos de consulta urgente 21
- Fases del parto 22
- La cesárea..... 24

3 POSTPARTO 25

- La adaptación del cuerpo..... 25
- La lactancia..... 26
- Depresión postparto 28

Más información - lecturas..... 29



EMBARAZO

CONTROL DEL EMBARAZO

Durante el embarazo es importante mantener un buen control médico para prevenir posibles complicaciones y comprobar que todo evoluciona correctamente.

Inicialmente las visitas al ginecólogo son mensuales; a partir de la octava falta quincenales y durante el último mes y hasta el momento del parto, semanales.

Si se trata de un embarazo gemelar o de alto riesgo, su ginecólogo determinará la frecuencia de las visitas. En estos casos se realizarán todos los controles necesarios para llevar a buen término la gestación.

Algunas exploraciones o visitas a lo largo de su embarazo serán realizadas por otros especialistas distintos a su ginecólogo. Mediante el **trabajo en equipo** y el abordaje multidisciplinar le ofrecemos una mayor calidad en la asistencia que Ud. recibe.

CONTENIDO DE LAS VISITAS

- En la primera visita le realizaremos un interrogatorio completo sobre sus antecedentes médicos, personales y familiares y un examen clínico obstétrico y general, valorando talla, peso y tensión arterial.



En esta visita se valora si su gestación es de alto riesgo.

- En las visitas sucesivas además se valorará la evolución del embarazo. Es aconsejable que a lo largo de todas ellas Ud. comente sus dudas y diferentes síntomas que le preocupen. Para su comodidad puede anotarlos en el espacio reservado en las últimas páginas de esta guía.

- Posteriormente le solicitarán los análisis necesarios y ecografías y hacia el final del embarazo, registros cardiotocográficos para valorar el bienestar fetal.
- En las últimas semanas se realiza un tacto vaginal para valorar el canal del parto y hacer un pronóstico del mismo; es posible que tras el mismo, alguna vez, Ud. tenga una pequeña pérdida de sangre escasa.

ANÁLISIS DURANTE EL EMBARAZO

Durante el embarazo se le realizarán una serie de analíticas de rutina.

- En el primer trimestre se solicita un análisis general de sangre y orina así como pruebas específicas para valorar posibles infecciones que puedan alterar el desarrollo embrionario o del futuro bebé como la toxoplasmosis, la rubeola, el HIV, pruebas de la hepatitis...

En el primer trimestre también se realiza el EBA screening para valorar el riesgo de síndrome de Down y síndrome de Edwards.

Si no se ha practicado el EBA screening en el primer trimestre, en el segundo trimestre se puede realizar el triple screening orientado a valorar el riesgo de síndrome de Down y de defectos del tubo neural.

- ! Estos análisis de screenig nos proporcionan un cálculo de riesgo del Síndrome de Down de manera que si el riesgo obtenido es superior a 1/250, el ginecólogo ● le aconsejará realizar alguna otra prueba como la amniocentesis o la biopsia de corion.

- ! En el segundo trimestre se realiza el **Test de O'Sullivan** para descartar diabetes gestacional. Es un análisis que no requiere estar en ayunas en el cual -tras la ingesta de 50 gr. de glucosa y permanecer una hora en reposo en el laboratorio- se practica una extracción sanguínea para valorar la capacidad de eliminar el azúcar. En caso que el test salga alterado el ginecólogo le solicitará otras pruebas como una curva de glucemia y le dará instrucciones sobre su dieta. También es posible que le realicen una nueva analítica general de sangre y/u orina.

- En el tercer trimestre se repite el análisis general y se hacen pruebas de coagulación de cara al parto.

I ● En las últimas visitas le realizarán también **análisis microbiológicos** de secreciones vaginales y rectales para descartar la presencia del streptococo beta-hemolítico. Este es un germen habitual en vagina en un 20-30% de las mujeres. En caso de que el test salga positivo, será necesario administrar antibióticos durante el parto para evitar la transmisión de este germen al recién nacido.

Según sus antecedentes y la evolución del embarazo su médico podrá solicitarle otras exploraciones.

GRUPO SANGUÍNEO Y RH

En la primera visita se realiza la determinación del grupo y Rh. Si la gestante es Rh negativa se realizará el test de Coombs indirecto en cada trimestre y también profilaxis administrando Gammaglobulina Anti D en los siguientes casos:

- Procesos invasivos de diagnóstico prenatal (biopsia de corion, amniocentesis)
- En la semana 29 de gestación.
- En las primeras 72 horas del postparto si el neonato es RH positivo.

ANÁLISIS ESPECÍFICOS

I Actualmente ya es posible conocer el sexo del feto a través de un sencillo análisis de sangre que se realiza a partir de la octava semana de gestación (segunda falta). Si lo desea, puede solicitar esta prueba, cuyos resultados se obtienen en 4 días. Este análisis presenta un porcentaje de acierto de casi el 100 % cuando se realiza en torno a la octava semana de gestación.

EL APOYO PSICOLÓGICO

A medida que se acerca el momento del parto, en algunas mujeres se acrecienta una sensación de inseguridad y/o miedo, sobre todo cuando se trata del primer embarazo o la mujer se encuentra en una situación emocional delicada. El temor a lo desconocido, a “no hacerlo bien” cuando llegue el momento, provoca a veces una vulnerabilidad emocional, tristeza o decaimiento que se suma a los cambios hormonales que se están produciendo en el organismo. Es importante que se

apoye en sus seres más íntimos. También le recomendamos una visita con nuestro equipo de **Psicología del Embarazo**, que le orientará sobre cómo afrontar con serenidad el parto y el postparto para poder disfrutarlos sin agobios.

ECOGRAFÍAS

En Institut Marquès todas las ecografías se realizan con ecógrafos de alta definición. El número de ecografías, así como el momento de realizarlas, depende de cada caso pero habitualmente seguimos esta pauta:

- La **primera ecografía** nos permite valorar la viabilidad de la gestación y datarla. Generalmente se realiza en la primera visita, alrededor de la segunda falta. Nos permite visualizar el embrión y el latido cardíaco. Diagnosticamos las gestaciones gemelares y el tiempo de embarazo con mucha exactitud, algo importante en casos de ciclos irregulares o última regla incierta.

- La **segunda ecografía** se realiza a las 11-12 semanas de gestación y permite valorar ya parte de la anatomía fetal. Es básica para medir el pliegue o translucencia nucal, marcador ecográfico de Síndrome de Down. (En caso de que este marcador esté aumentado, el feto tiene un riesgo superior al habitual de padecer el Síndrome de Down y se requiere practicar otras técnicas como la biopsia de corion o la amniocentesis para tener el diagnóstico definitivo).

- La **tercera ecografía** a las 20 semanas es la morfológica y clásica de alta definición. En ella se realiza un repaso sistemático de toda la anatomía fetal de la cabeza a los pies que permite detectar las malformaciones estructurales. En nuestro centro la detección de malformaciones mayores es superior al 80%.

Es importante tener en cuenta que las técnicas por imagen permiten visualizar estructuras y no examinar su función. Por ejemplo se puede diagnosticar una anencefalia (ausencia de cráneo) pero no una sordera congénita.

- Las malformaciones más frecuentes son las cardíacas y las renales. Otras, como la espina bífida, se pueden diagnosticar por ecografía, de forma que ya no es necesario realizar otras pruebas.

En ocasiones las ecografías rutinarias pueden complementarse con otras más especializadas, como ecocardiografía (para completar el estudio estructural del corazón) o el Doppler color (para valorar el flujo sanguíneo feto-placentario) o la neurosonografía (para completar el estudio del sistema nervioso central).

- Al **final de la gestación** realizaremos entre dos y tres ecografías generalmente a las 28 y 35 semanas para el seguimiento del crecimiento fetal.

En la última ecografía podemos hacer una estimación del peso en el momento del parto. En esta fase es importante diagnosticar los casos de un posible crecimiento superior al normal (con más de 4.200 gr. en el parto) o retraso de crecimiento, habitualmente por una alteración en el funcionamiento placentario.

ECOGRAFIA 3D / 4D

La ecografía que se realiza de forma rutinaria durante el embarazo es en 2 dimensiones (2D). Es también la técnica de elección en diagnóstico prenatal para el estudio de anomalías estructurales y funcionales del feto. Sin embargo, a menudo esta ecografía en 2 D resulta de difícil interpretación por parte de los padres.

La ecografía en 3D (imagen) o 4D (video), en cambio, permite una mejor comprensión de las imágenes por parte de los padres. Podemos ver la cara y cuerpo del niño en movimiento, observar cómo se chupa el dedo o cómo bosteza. Desde un punto de vista médico esta ecografía no aporta valor añadido a la eco 2D, pero sí potencia el vínculo afectivo con el hijo, y hace posible conservar en formato digital un recuerdo de la evolución del bebé durante todo el embarazo. Para una correcta visualización, es recomendable realizarla antes de las 29 semanas de embarazo. Se puede solicitar a las 12, 20 y 27 semanas.

DIAGNÓSTICO PRENATAL

El diagnóstico de las anomalías cromosómicas se basa en la obtención y estudio de las células fetales. Esto lo podemos realizar mediante dos técnicas invasivas que son la **biopsia de corion y la amniocentesis**.

Estas técnicas tienen un pequeño riesgo de provocar un aborto pero realizadas por médicos expertos el riesgo es mínimo. Siempre se realizan bajo control ecográfico y la posibilidad de lesionar el embrión es prácticamente nula.

Las enfermedades cromosómicas (cromosomopatías) más frecuentes y que podemos diagnosticar son:

- Síndrome de Down
- Síndrome de Edwards
- Síndrome de Patau
- Síndrome de Turner
- Síndrome de Klinefelter

En caso de diagnosticarse una enfermedad cromosómica la curación del feto no es posible y existe la opción de interrumpir la gestación. La legislación vigente en España sobre interrupción del embarazo permite el aborto en estos casos. Cuando la gestante por cuestiones éticas no acepta la posibilidad de abortar, consideramos que no debe acceder a estas técnicas invasivas ya que no nos aportan ninguna ventaja y no están exentas de riesgo.

Indicaciones de las pruebas invasivas:

- Test combinado (EBA screenig) de primer trimestre patológico.
- Hijo anterior con alteración cromosómica o genética.
- Historia familiar de enfermedad genética.
- Signos ecográficos patológicos. (Translucencia Nucal patológica)

BIOPSIA DE CORION

Es una técnica que se realiza **a partir de las 11 semanas**. Se obtiene una pequeña muestra de corion que es el tejido que posteriormente desarrollará la placenta. Se puede obtener por punción con aguja vía abdominal o bien más habitualmente mediante una pinza fina introducida por la vagina y cuello del útero, siempre bajo control ecográfico. Este corion que se analiza tiene los mismos cromosomas del feto, por lo tanto cualquier anomalía detectada también será padecida por el feto.

La ventaja más importante de la biopsia de corion es que es una técnica precoz, que nos permite avanzar en el diagnóstico y plantear antes la posibilidad de interrumpir la gestación por una alteración cromosómica grave, si ese es el caso.

En pacientes con abortos de repetición, la biopsia de corion permite descartar las alteraciones cromosómicas embrionarias como causa de infertilidad.

AMMIOCENTESIS

Esta técnica se realiza **a partir de la 15-16 semanas**. Se trata de obtener líquido amniótico a través de una punción con aguja fina vía abdominal y bajo control ecográfico. En el líquido amniótico hay células de descamación de la piel del feto. Estas células obtenidas del líquido amniótico son tratadas en el laboratorio al igual que las obtenidas en la biopsia de corion. Se realizan cultivos celulares en el laboratorio de genética. Su crecimiento en cultivo permite estudiar los cromosomas y realizar un diagnóstico del

cariotipo fetal con una fiabilidad altísima. El resultado definitivo se obtiene a los 20 días aproximadamente. Este estudio también diagnostica el sexo sin lugar a duda.

QF-PCR / FISH

Tanto en la biopsia de corion como en la amniocentesis, con las muestras obtenidas se puede realizar otra técnica denominada QF-PCR / FISH. Se trata de un diagnóstico rápido que nos permite tener un resultado de las pruebas **entre 24-48 horas**. En este caso **solo se estudian 5 de los 23 pares de cromosomas** que tiene la célula, que son el par 13, 18, 21 X e Y. Nos permite descartar las cromosomopatías más frecuentes.

Esta técnica siempre se completa con un cultivo largo y la realización de un mapa cromosómico completo.

MICROARRAYS

La técnica de microarrays, tanto en vellosidades coriales como en líquido amniótico, nos permite descartar las enfermedades genéticas más frecuentes. Está especialmente indicada en pacientes con alteraciones en el estudio ecográfico y estudio del cariotipo fetal normal. Puede realizarse de forma electiva, como complemento del cariotipo fetal.

LA ADAPTACIÓN DEL CUERPO

En el primer trimestre del embarazo se producen cambios en el organismo con el fin de prepararlo para un crecimiento fetal correcto. Antes incluso de que Ud. sepa que está embarazada pueden aparecer los primeros cambios: aumento del pecho, náuseas y vómitos matutinos, ardores de estómago, rechazo a ciertos alimentos, micción más frecuente, etc. Notará un oscurecimiento de la piel de los pezones y de la línea media abdominal. **Es normal que se sienta más cansada y con mucho sueño.** Debe dormir y descansar las horas suficientes (mínimo 8 horas diarias), aunque no es raro que en algunas gestantes se presente insomnio. Las encías también le pueden sangrar con mayor facilidad, por ello es importante una higiene dental correcta y visitar al dentista durante el embarazo.

I En el segundo trimestre parece que todo empieza a mejorar; sobre todo si ha presentado náuseas y vómitos, por lo general desaparecerán. Notará como el útero va creciendo poco a poco y se va distendiendo el abdomen. Ha de vigilar la aparición de estrías.

Con el embarazo se produce un aumento en la pigmentación de la cara (cloasma gravídico), de muslos, de la piel perineal y de lunares antiguos y aparece una línea oscura entre el pubis y el ombligo; aunque todo suele desaparecer después del embarazo, le ayudará **usar cremas de protección solar**.

También hay mujeres que muestran un aumento del vello en la cara y en la parte inferior del abdomen. Durante la gestación el cabello mejora; incluso se frena la caída. En el postparto le parecerá que se cae más que antes del embarazo.

Debido a los cambios de peso y a los cambios de posición que ha de ir adaptando pueden aparecer lumbalgias, ciatalgias..., es conveniente **hacer cierto ejercicio para fortalecer la musculatura de la columna**, intentar corregir las posturas anómalas y no olvidar el reposo nocturno mínimo.

I También es necesario vigilar la tendencia a las varices, ya que aparecen hasta en un 50% de embarazadas, en piernas, vulva, vagina y mucosa rectal (hemorroides). Debe hacer ejercicios de piernas, darse duchas de agua fría desde los pies hasta los muslos y evitar todo lo que le comprima las piernas, -sobre todo a nivel de las pantorrillas-.

También puede notar alivio al utilizar medias compresivas. Para mejorar las hemorroides evite al máximo el estreñimiento (es difícil porque también hay una mayor tendencia al mismo durante el embarazo), mantenga una buena higiene perineal y si sangra consulte con su médico.

Para **mejorar el estreñimiento** durante el embarazo es bueno realizar ejercicio regularmente, beber bastante cantidad de líquido e ingerir alimentos ricos en fibras.

Es posible tener “**calambres**” en las piernas, muy incómodos pero no graves; generalmente se deben a un aumento de fósforo en sangre y un nivel bajo de calcio, por insuficiencia venosa, compresión de las extremidades, también fatiga y/o falta de ejercicio. En ese caso es aconsejable reducir la ingesta de leche y derivados lácteos y aumentar los suplementos de calcio (por ejemplo tomando verduras por la noche), así como hacer estiramientos suave y pasivos de las piernas y evitar el calzado ajustado o los tacones altos.

También puede presentar sensación de hormigueo y adormecimiento de las manos; es por compresión del nervio mediano debido al aumento de líquidos y también por tracción del plexo braquial. Para aliviarlo levante las manos y movílcelas, haga

ejercicio de la zona de la espalda y acostúmbrese a usar sujetadores adecuados.

Alrededor del cuarto mes empezará a notar movimientos fetales, aunque al principio cuesta identificarlos, irán aumentando a partir de entonces. Es conveniente que los note todos los días, principalmente después de las comidas ya que es el momento en que el feto recibe más calorías. **Estos movimientos son un signo de que su hijo está bien y le darán tranquilidad. En caso que no note ningún movimiento en 24 horas debe consultar al médico.**

En el tercer trimestre el útero va aumentando cada vez más de tamaño y va comprimiendo todos los órganos: la vejiga de la orina, aumentando más la frecuencia miccional; el retorno venoso agravándose las hemorroides y varices y también puede sentir compresión torácica dificultándole la respiración. También es normal que note endurecimientos del útero desencadenados por su actividad o la del feto; son **pequeñas contracciones más habituales** en esta época y debe estar tranquila mientras no sean rítmicas y regulares.

También puede notar dolor en las articulaciones pélvicas así como una fuerte presión cuando la cabecita se va encajando dentro de la pelvis preparándose para el parto.

LA ALIMENTACIÓN

No todas las mujeres embarazadas deben seguir la misma dieta, una mujer muy delgada probablemente necesitará un aporte mayor que una mujer más gruesa.

Es conveniente seguir una dieta equilibrada desde el inicio del embarazo, intentando tener presente su ritmo de vida, el ejercicio que haga, el estrés al que esté sometida etc... , para evitar un aumento de peso excesivo o escaso. No ha de comer por dos!.

En general, entre 9-12 Kg es un aumento de peso correcto durante el embarazo.

Aumento de peso aconsejado según el Índice de Masa Corporal (IMC). (Puede calcular el IMC dividiendo su peso en Kg. entre su talla en m²):

- Si su IMC es inferior a 20: **12, 5-18 Kg.**
- Si su IMC es superior a 20 pero inferior a 27 : **11, 5-16. Kg.**
- Si su IMC es superior a 27: **7-11, 5 Kg.**

(NOTA: esta tabla no es aplicable a adolescentes, ni gestaciones múltiples).

Las necesidades calóricas medias estarían en el primer trimestre en 2.300 cal/día y en el segundo/tercer trimestre en 2.550 cal/día, modificable según las características individuales.

Debe intentar seguir una dieta variada, la **“mediterránea”** es una gran dieta. Aumente el consumo de frutas, verduras y legumbres, y disminuya las grasas animales, los fritos y los azúcares excesivos como pasteles y dulces; debe seguir un consumo de productos lácteos, a ser posible desnatados. El café, las colas y el vino no son aconsejables.

I En el primer trimestre es posible que presente **náuseas y vómitos**; para aliviarlo debe repartir las ingestas en varias tomas al día, preferentemente en 5 **●** tomas, sin ingerir grandes cantidades de alimento cada vez, y recordando que son más aconsejables los alimentos sólidos que los líquidos y que éstos sean fríos mejor que calientes.

Si los vómitos son muy intensos puede necesitar la ayuda de algún fármaco, en cuyo caso debe consultar a su médico.

En el segundo y tercer trimestre en principio notará una mayor tolerancia al alimento, aunque puede presentar acidez y digestiones más lentas (si necesita alguna medicación para ayudar a controlar estos síntomas debe consultar con su ginecólogo). Es conveniente también realizar cinco ingestas repartidas a lo largo del día.

Durante la gestación es probable que se le aconsejen suplementos de vitaminas, y minerales como **hierro** (es importante aumentar su biodisponibilidad en la dieta aumentando la ingesta de vitamina C y recordar que el café y el té disminuyen su absorción) y **calcio** (con 3 a 4 raciones de leche o productos lácteos). También pueden ser necesarios ácido fólico y yodo; el déficit de yodo durante el embarazo puede alterar el normal desarrollo cerebral del feto y desencadenar diferentes alteraciones, en función de la gravedad del déficit. En situaciones de déficit leve, se han descrito alteraciones en los límites auditivos y disminución del coeficiente de inteligencia, por lo cual es importante cubrir las necesidades de este mineral, ya que en el embarazo se requieren de forma especial y no siempre es suficiente lo que se aporta con la dieta.

TABACO Y GESTACIÓN

Fumar durante el embarazo se considera un factor de riesgo. La nicotina es un tóxico vascular con efecto vasoconstrictor, reduce la circulación placentaria y dificulta la aportación de nutrientes al feto. Se ha demostrado que el tabaco incrementa el riesgo de

padecer ciertas patologías durante la gestación como la rotura prematura de membranas. También favorece la aparición de problemas en neonatos relacionadas con un mayor riesgo de parto pretérmino, bajo peso, abortos espontáneos y síndrome de la muerte súbita del lactante.

El tabaquismo en la mujer, además de producir enfermedades respiratorias, cardiovasculares y tumorales, disminuye la fertilidad y adelanta la menopausia. La exposición en el postparto favorece infecciones respiratorias y asma en niños. Por estas razones es importante que ninguna gestante fume. Para abandonar este hábito el apoyo psicológico es fundamental. Si lo necesita consúltenos y le informaremos.

MEDICAMENTOS

! En general no debe tomar ningún fármaco sin consultarlo previamente con su ginecólogo.

Algunos medicamentos pueden afectar al correcto desarrollo de su bebé. Sobre todo, debe evitar la ingesta de cualquier tipo de fármaco durante el primer trimestre siempre que no sea imprescindible. Sin embargo hay muchos medicamentos que puede tomar sin problemas; si su médico se los ha indicado, debe tomarlos sin temor.

VACUNAS DURANTE LA GESTACIÓN

Las únicas vacunas recomendadas durante la gestación son el tétanos y la difteria que se administran simultáneamente.

Indicaciones:

- Mujeres que no han recibido la vacuna antitetánica o el estado inmunitario es desconocido.
- Cuando la mujer ha sido vacunada pero no ha recibido la dosis de recuerdo en los últimos 10 años (5 años en caso de heridas de alto riesgo).
- Si la embarazada ha recibido una dosis de recuerdo en los últimos 5 años no es aconsejable repetirla.
- La vacuna antigripal se ha de administrar pasado el primer trimestre para minimizar cualquier riesgo para el feto.

Vacunas en viajes internacionales:

- Evitar el primer trimestre, por el aumento del riesgo de aborto.
- No se recomiendan la vacuna para la fiebre amarilla, sarampión, parotiditis, polio oral, antirubeola, antivaricela, antitifoidea y antituberculosis.
- Las vacunas inactivas como el neumococo, meningococo, hepatitis B, pueden administrarse siempre valorando el caso.

- En el caso del paludismo o malaria, el tratamiento farmacológico se limita a la cloroquina y hay que tomar precauciones contra las picadas de mosquitos, con ropa adecuada, mosquiteras y repelentes.

Ante cualquier duda consulte con profesionales expertos (ginecólogos o especialistas de departamento de enfermedades tropicales).

EJERCICIO FÍSICO

Durante el embarazo, es aconsejable hacer un ejercicio moderado, caminar, gimnasia para embarazadas, nadar... En **centros de preparación maternal** le enseñarán los ejercicios más adecuados, además de proporcionarle nociones de puericultura. Consúltenos y le informaremos sobre los cursos que imparten nuestras comadronas.

- ! Debe evitar los deportes violentos, los que le provoquen agotamiento excesivo o los que le sometan a un riesgo físico innecesario. No son aconsejables los ejercicios abdominales o aeróbicos. Existe además una mayor laxitud articular, por lo que debe vigilar los deportes que requieran cambios de movimientos muy bruscos, ya que podría lesionarse con mayor facilidad.

SOL

- ! Puede tomar el sol, incluso rayos UVA, pero ha de tener en cuenta que durante el embarazo hay más tendencia a alteraciones de la pigmentación. No olvide nunca la crema protectora.

VIAJES Y MEDIOS DE TRANSPORTE

Los viajes son menos aconsejables en el primer trimestre y en las últimas semanas de gestación. Si no está obligada a mantener reposo, puede viajar, pero debe tener en cuenta que:

- Puede conducir **coche**, evitando los trayectos demasiado largos en los que es mejor que no conduzca. Debería igualmente hacer paradas cada hora para caminar entre 10 -15 minutos, que le ayudará a mejorar la sensación de cansancio en las piernas. El cinturón de seguridad lo debe llevar en la parte más inferior del abdomen.
- Los **mareos** pueden ser más importantes que cuando no está embarazada.
- El medio de transporte más cómodo para la gestante es el **tren**.
- Es mejor evitar la **moto** por el riesgo de caídas y accidentes.
- No hay inconveniente en ir en **avión y barco** teniendo también las mismas precauciones que en los viajes en coche.

Una cosa que deben tener en cuenta las gestantes que viajan en avión es el aumento de volumen abdominal por la expansión de gases abdominales, que pueden producir una situación de dificultad respiratoria; es importante evitar alimentos o bebidas flatulentas antes o durante el viaje.

- A tener en cuenta también esta la climatología del país de destino, así como las condiciones sanitarias de éste.

RELACIONES SEXUALES

Las relaciones sexuales se pueden mantener con la misma asiduidad que antes del embarazo. Es posible que a medida que su abdomen vaya creciendo su pareja tenga que ir adaptándose para evitar compresiones sobre el mismo.

En ocasiones se pueden presentar pérdidas de sangre o contracciones uterinas dolorosas tras el coito, en esos casos debería consultar a su ginecólogo.

Se desaconsejan las relaciones sexuales a partir de las ocho faltas y media y durante la cuarentena, en la que el cuello del útero puede estar abierto.

También estaría contraindicado el coito en las siguientes situaciones:

- **Rotura prematura de membranas.**
En ese caso debe contactar enseguida con su médico.
- **Abortos de repetición.**
- **Hemorragia genital.**
- **Amenaza de parto prematuro.**
- **Incompetencia cervical.**
- **Insuficiencia placentaria.**

MAREOS

Durante el embarazo el aumento del volumen del útero comprime la vena cava que es la que lleva el retorno sanguíneo desde las extremidades al corazón. Si este retorno de sangre se ve dificultado Ud. puede tener descensos de tensión arterial bruscos y marearse (síndrome de hipotensión supina), que mejorarán si se pone de lado. Por ello también es aconsejable que a partir del sexto mes duerma de lado.

LAS CÉLULAS MADRE DE CORDÓN UMBILICAL

Para obtenerlas se extrae la sangre del cordón umbilical poco después del parto. Una vez ha salido el recién nacido se corta el cordón umbilical y antes de la salida de la placenta se recoge la sangre sobrante en unas bolsas especiales. Posteriormente se remite a un laboratorio especializado y se procede a su congelación. En esta sangre fetal se encuentran estas células madres hematológicas que se pueden conservar con seguridad durante décadas. **En la actualidad existen tres campos para su aplicación: la medicina regenerativa, el tratamiento de enfermedades autoinmunes y la terapia contra el cáncer.** En el 50 % de los trasplantes de médula ósea que se realizan en nuestro país las células proceden de bancos de sangre de cordón.

El actual marco legal español no contempla la posibilidad de que estas células se guarden para uso propio.

Los bancos de sangre de cordón son de utilidad pública y las muestras allí guardadas están a disposición de cualquier enfermo que lo precise.

La donación de la sangre de cordón umbilical requiere de un documento de consentimiento informado firmado por los padres antes del día del parto. Pueden obtener más información en: http://www.bancsang.net/es/donants/donacio_cordo.html

! No obstante, varios laboratorios en Barcelona ofrecen la custodia de estas células en otros países de Europa. En ese caso la sangre aquí recogida se manda al extranjero donde es congelada y almacenada, con unos costes económicos para su procesamiento y almacenaje que tienen que ser abonados por los padres. Para más información puede dirigirse a su médico.

MOTIVOS DE CONSULTA URGENTE

Debe consultar con su médico si presenta pérdidas de sangre o de líquido por vagina que no identifique como orina, dolor abdominal, vómitos intensos o de repetición, diarrea, lipotimias, aumentos muy bruscos de peso, dolor de cabeza muy intenso, edemas severos (hinchazón de tobillos, manos, cara...), molestias al orinar, fiebre, si ha estado en contacto con enfermos infecciosos, erupciones cutáneas generalizadas o contracciones rítmicas y regulares antes de la semana 38.

¿QUÉ HAY QUE LLEVAR A LA CLÍNICA?

Es importante preparar la canastilla del bebé con suficiente antelación. Debe incluir cuatro camisitas de hilo de manga larga, cuatro jerseys, a ser posible sin lazos, cuatro "ranitas" dos arrullos, camisetas tipo "body" y un gorro para el primer día. El neceser del bebé debe estar equipado con colonia, jabón líquido, peine y/o cepillo, leche hidratante o aceite y dos esponjas.

De todo ello hay que separar en una bolsa aparte la ropa que se desea que se le ponga el primer día. Los pañales y las fajitas para el cordón umbilical se las proporcionarán en enfermería.

En cuanto a la madre, debe llevarse a la clínica camiones, bata y zapatillas y los útiles de aseo personal.

Es importante aportar las analíticas del tercer trimestre con las pruebas de coagulación ya que el anestesista querrá verlas antes de practicar la anestesia epidural.



PARTO

Un embarazo normal dura entre 37-42 semanas. Durante este periodo, el feto se considera completamente maduro y el parto puede suceder en cualquier momento. La fecha más probable de parto son las 40 semanas.

El parto es un proceso natural que precisa su tiempo desde el inicio de las primeras contracciones hasta la salida del niño. Raramente hay problemas para llegar a la clínica o al hospital.

La expulsión del tapón mucoso no indica necesariamente que empiece el parto, aunque si le preocupa mucho, no dude en consultarnos.

El parto empieza con contracciones rítmicas o con la rotura de la bolsa de las aguas.

MOTIVOS DE CONSULTA URGENTE

- Rotura de la bolsa de las aguas; notará una pérdida de líquido por vagina en cantidad variable.
- Contracciones uterinas rítmicas y regulares que no ceden con el reposo, es posible que en los días previos haya presentado contracciones más esporádicas y no tan dolorosas.
- Pérdidas de sangre por vagina.
- Fiebre elevada.

FASES DEL PARTO

El período desde la primera contracción hasta el nacimiento se llama **dilatación** y su duración es muy variable, **pero no es raro que en un primer parto dure más de 12 horas. En una segunda o tercera gestación suele durar mucho menos.**

Las primeras contracciones son suaves pero progresivamente se hacen más regulares y más intensas.

! Durante este periodo de dilatación es conveniente estar en la clínica ya que así podemos controlar en todo momento el bienestar fetal mediante los registros cardiotocográficos que valoran la frecuencia cardíaca en relación a las contracciones.

En casos de registros patológicos en los que sospechemos una pérdida del bienestar fetal, el ginecólogo le planteará la necesidad de realizar una cesárea.

Durante la dilatación la responsable del control del parto es la **comadrona** que permanecerá siempre a su lado y mantendrá informado al médico de la evolución del parto en todo momento.

Cuando las contracciones ya son intensas, se ha adquirido un cierto grado de dilatación cervical y siempre que Ud. lo desee, se puede proceder a la anestesia peridural. Esta anestesia se realiza desde hace más de 20 años en muchas clínicas de Barcelona, con una gran experiencia. Los efectos secundarios o indeseables son excepcionales y sin consecuencias a largo plazo.

La epidural la realiza un médico anestesista infiltrando el anestésico local en la proximidad del canal medular mediante la punción con una aguja fina en la zona lumbar. Poco después Ud. notará que el dolor desaparece, pero puede persistir la sensación de tacto. Se deja colocado un fino catéter para poder infiltrar más anestésico en caso de ser necesario. El efecto durará hasta después del nacimiento del niño.

! En caso de haber tenido algún accidente con lesión de la espalda o caso de operaciones o desviaciones de columna, antes del parto deberá hacer una consulta al traumatólogo y al anestesista para valorar la posibilidad de realizar la anestesia epidural.

En algunos casos el ginecólogo puede decidir la inducción del trabajo de parto. Esto quiere decir que no esperamos a que el parto se inicie espontáneamente de forma natural sino que desencadenamos las contracciones mediante unas medicaciones que se denominan oxitocina y prostaglandinas. Las indicaciones para la inducción del parto son múltiples como por ejemplo el embarazo prolongado, riesgo de parto precipitado, ...

El periodo del **expulsivo** o la salida del niño habitualmente es corto y se inicia con la dilatación cervical completa. En este momento le colocarán en posición ginecológica (tumbada, con las piernas levantadas y separadas) y el médico le indicará que realice pujos en el momento de la contracción uterina. Esto provocará el descenso de la cabeza que es lo primero que sale y posteriormente todo el cuerpo del niño sin dificultad. Frecuentemente en el primer parto hay que realizar un corte en el periné, al lado de la vagina para ampliar el canal de parto y evitar un desgarro. Se denomina **episiotomía** y puede producirle algún dolor durante algunos días pero debe pensar que esta pequeña intervención puede evitar partos prolongados y descensos o prolapsos del útero en un futuro.

En un primer parto es frecuente que el ginecólogo deba ayudar a la salida de la cabeza mediante algún instrumento obstétrico para evitar prolongar el parto y abreviar el período expulsivo.

Los instrumentos más utilizados son:

- Las Espátulas de Thierry que actúan a modo de calzador.
- El Vacuum de silicona que actúa aplicando un ligero vacío y tracción en cabeza.
- El Fórceps que nos permite rotar y extraer la cabeza.

! Todos estos instrumentos aplicados con delicadeza y con las indicaciones de la obstetricia moderna no son perjudiciales para el recién nacido.

Posteriormente a la salida del niño se inicia el periodo del parto denominado **alumbramiento**. Una vez pinzado y cortado el cordón umbilical se puede proceder a recoger la sangre de cordón para su criopreservación como hemos comentado con anterioridad. Posteriormente se produce la expulsión de la placenta y contracción uterina.

LA CESÁREA

La cesárea es una intervención frecuente en nuestros días. Sus indicaciones son muchas y han aumentado en los últimos años. Estas indicaciones las dividimos en maternas y fetales. La cesárea puede ser programada o de recurso con el parto iniciado.

La cesárea puede ser necesaria por causa fetal, en caso de presentaciones anómalas como la de nalgas en un primer parto, o presentación transversa, la prematuridad extrema, la pérdida del bienestar fetal o incluso el sufrimiento fetal intraparto.

También puede estar indicada por causa materna en enfermedades asociadas a la gestación como la preclamsia grave, o la falta de dilatación o parto estacionado.

La cesárea se puede realizar bajo anestesia peridural, mediante una incisión baja y transversa en el abdomen y suele durar unos 30 minutos. La recuperación es algo más lenta que el parto vaginal y habitualmente requiere de una estancia de 4-5 días en clínica.

La mujer que ha tenido todos sus partos por cesárea tiene menos lesión de la musculatura del suelo de la pelvis, raramente tiene problemas de prolapsos uterinos y de incontinencia de orina en el futuro.

Las complicaciones en el parto y la cesárea son raras y frecuentemente poco importantes, pero las graves también existen y por ello es preciso que la clínica tenga todos los medios al alcance del médico para poder solucionar cualquier situación difícil. Las hemorragias puerperales pueden ser graves y requieren un actuación rápida y posiblemente transfusiones de urgencia.

POSTPARTO

El postparto o puerperio es el periodo después del parto en que el organismo recupera la situación previa al embarazo y comprende las seis semanas siguientes al parto.

En este momento es muy importante cuidarse y seguir una dieta sana; sobre todo si está dando el pecho a su hijo necesita un aporte calórico correcto y con todos los nutrientes necesarios; recuerde que no es el momento de hacer dietas estrictas.

Durante el puerperio (“la cuarentena”) va a tener pérdidas de sangre (loquios), que son las diferentes secreciones uterinas que debe expulsar, pueden durar unos 30-40 días, durante los cuales irán cambiando de aspecto. Si en algún momento cree que presentan muy mal olor póngase en contacto con nosotros.

Si ha tenido un parto vaginal, a las pocas horas y asegurándose de que no se maree, ya puede darse una ducha completa. Si le han practicado episiotomía la debe lavar sin miedo con agua y jabón y luego secar bien la herida, no es imprescindible ninguna otra medida. Se puede lavar el cabello tan pronto como lo desee.

Si le han practicado una cesárea deberá esperar un poco más a darse una ducha, hasta que su médico le permita levantarse.



Debe evitar los baños y el coito hasta finalizada la cuarentena.

LA ADAPTACIÓN DEL CUERPO

Si está dando el pecho, lo más probable es que no tenga la regla hasta que no

finalice la lactancia, pudiendo tardar un par de meses en presentarla tras finalizar la misma; si se ha optado por la lactancia artificial puede presentar la regla a los 30 o 40 días desde el parto.

Los músculos de la pelvis y el abdomen volverán poco a poco a su tono normal, a veces dificultado por la sobredistensión y los desgarros musculares que se pueden producir durante el embarazo y parto. Por ello debe realizar ejercicios de rehabilitación abdominales y pélvicos para prevenir prolapsos y hernias; pero no es adecuado iniciarlos demasiado pronto y siempre es mejor si tiene una cierta orientación, que le pueden proporcionar en centros especializados.

También puede presentar en las primeras horas **dificultad para la micción** espontánea, debido a la disminución del tono de la vejiga en partos muy prolongados o instrumentados y a la anestesia peridural. Es importante en las primeras horas obligarse a una micción frecuente pues un vaciamiento correcto de la vejiga permite una mejor involución uterina. Más adelante puede presentar cierta incontinencia de orina, debe procurar realizar ejercicios de rehabilitación miccional (Ejercicios de Kegel) para prevenir las incontinencias prolongadas y que se pueden agravar con el tiempo.

! Es habitual un cierto estreñimiento tras el parto, debido a los enemas, a la falta de ingesta, a la disminución de la actividad física, a la presencia de hemorroides...

Aproximadamente en dos semanas se normalizarán el tono y la motilidad de sus intestinos, intente seguir una dieta rica en frutas y fibra o incluso se puede ayudar de laxantes suaves que no se absorban a nivel intestinal. Para las hemorroides existen diferentes cremas que le mejorarán las molestias. Solicítelas a su médico.

LA LACTANCIA

La mejor opción para la lactancia de su bebé es la que Ud. decida. La lactancia artificial no es mala. La lactancia materna es un buena opción si Ud. está convencida, le ilusiona y va a poder dedicarle el tiempo necesario.

Si ha optado por la lactancia artificial o por cualquier motivo en su caso no está indicada la lactancia materna, se lo debe comunicar a su ginecólogo para que le recete la medicación adecuada para suprimir la “subida de la leche”.

Si quiere intentar una lactancia materna es bueno que se ponga al recién nacido al pecho cuanto antes, la succión es un estímulo para la subida de la leche. Normalmente sucede entre el tercer y cuarto día postparto. ¡No desespere!. Se acompaña de un aumento del volumen de las mamas, de una cierta retención de líquidos y de un aumento normal de la temperatura, que no dura más de 24 horas.

La primera secreción del pecho es el calostro (los cinco primeros días postparto) con un alto contenido en inmunoglobulinas (“defensas”) que protegerán al recién nacido de las infecciones.

! Debe seguir evitando fumar, las bebidas alcohólicas y cualquier medicamento que no le haya sido indicado por su médico; casi todos pasan a través de la leche materna.

En alguna ocasión durante la lactancia materna puede presentar:

- **Grietas en el pezón:** Es aconsejable valorar la correcta posición del bebé cuando mama, porque si no poco le van a ayudar la cremas preventivas.
- **Ingurgitación (congestión) mamaria:** Se produce cuando el pecho no se vacía por completo. Puede aliviarse aplicando calor local, analgésicos y con un sujetador ajustado.
- **Mastitis:** Se trata de una inflamación de la mama, que se presenta enrojecida, caliente y dolorosa, en este caso avise a su ginecólogo, sin interrumpir la lactancia.

Riesgo de embarazo durante la lactancia

Durante la lactancia disminuye la fertilidad debido a la falta de la ovulación y muchas mujeres se encuentran amenorreicas (sin regla) pero no siempre está fuera de riesgo de volver a quedar embarazada, por tanto debe tomar medidas y consultar con su ginecólogo respecto a cuál es el método más adecuado en su caso.

Situaciones en que es aconsejable ponerse en contacto con su médico durante el puerperio.

- Fiebre de más de 38°C.
- Hemorragia importante.
- Loquios malolientes.
- Enrojecimiento, dolor exagerado en mamas o episiotomía.
- Dolor o inflamación de una de las piernas.
- Problemas para respirar.
- Molestias urinarias.

DEPRESIÓN POSTPARTO

Entre un 30-80% de púérperas pueden presentar depresión postparto. No suele ser grave. La aparición es precoz, entre el 3º y 5º día postparto y puede durar hasta el 10º día aproximadamente. Los signos y síntomas más frecuentes son: sentimiento de tristeza, llanto, cambios de humor, irritabilidad, confusión y olvidos, cefalea, indiferencia hacia el niño, trastornos del sueño, fatiga y ansiedad. Es una reacción general a una situación de estrés, relacionada también con la caída brusca de los niveles hormonales tras el parto que suele mejorar en pocos días. Es aconsejable que la mujer tenga el apoyo de la pareja, familiar y ayuda doméstica, que cuide su aspecto e intente salir de casa.

Es conveniente conocer este trastorno antes del parto y comentarlo con la pareja, para obtener la máxima ayuda en estos días tan importantes de su vida.

Si el cuadro se alarga más de 10-15 días o es de aparición más tardía puede tratarse de una depresión más severa y es mejor que consulte con su médico.

En cualquier caso, recuerde que en Institut Marquès disponemos de un equipo de **psicólogos especializados en la Atención al Postparto**, que le orientará y aconsejará durante esta etapa.

Para informarse puede llamar al **93 219 76 96**.



MÁS INFORMACIÓN - LECTURAS

PÁGINAS WEB

www.institutomarques.com

www.pgdcm.com

www.fcarreras.org

LIBROS

“El embarazo contado con sencillez”. Mayka Sánchez.

Maeva Ediciones.

“¿Qué se puede esperar cuando se está esperando?”.

Heidi Murkoff, Arlene Eisenberg y Sandee Hathaway. Ediciones Medici.

“Nueve meses de espera”. Dra. Josefina Ruiz Vega.

Editorial Temas de Hoy.

“El gran libro de los gemelos”. Coks Feenstra.

Ediciones Médici.

“Condición de padre”. Joan Barril.

Editorial Aguilar.



MIS OBSERVACIONES

SEMANA 6	SEMANA 7
SEMANA 8	SEMANA 9
SEMANA 10	SEMANA 11
SEMANA 12	SEMANA 13
SEMANA 14	SEMANA 15
SEMANA 16	SEMANA 17
SEMANA 18	SEMANA 19
SEMANA 20	SEMANA 21
SEMANA 22	SEMANA 23

SEMANA 24	SEMANA 25
SEMANA 26	SEMANA 27
SEMANA 28	SEMANA 29
SEMANA 30	SEMANA 31
SEMANA 32	SEMANA 33
SEMANA 34	SEMANA 35
SEMANA 36	SEMANA 37
SEMANA 38	SEMANA 39
SEMANA 40	SEMANA 41
SEMANA 42	



PESO, TENSIÓN ARTERIAL Y PROTEINURIA

MES 1	MES 2	MES 3
PESO	PESO	PESO
TENSIÓN ARTERIAL	TENSIÓN ARTERIAL	TENSIÓN ARTERIAL
PROTEINURIA	PROTEINURIA	PROTEINURIA
MES 4	MES 5	MES 6
PESO	PESO	PESO
TENSIÓN ARTERIAL	TENSIÓN ARTERIAL	TENSIÓN ARTERIAL
PROTEINURIA	PROTEINURIA	PROTEINURIA
MES 7	MES 8	MES 9
PESO	PESO	PESO
TENSIÓN ARTERIAL	TENSIÓN ARTERIAL	TENSIÓN ARTERIAL
PROTEINURIA	PROTEINURIA	PROTEINURIA



DUDAS PARA CONSULTAR EN LA PRÓXIMA VISITA

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•



