GUIA PRÁCTICA DEL EMBARAZO Y EL PARTO

PARA PAPÁS Y MAMÁS CON DUDAS

POLICLINICA
NTRA. SRA.
DEL ROSARIO

UNIDAD DE OBSTETRICIA

Policlínica Nuestra Señora del Rosario

IBIZA

Presentación

La Guía práctica del embarazo para papás y mamás con dudas ha sido redactada para ayudaros en esta nueva etapa. Describe de una manera sencilla y práctica cómo se deben abordar algunas de las situaciones que más os preocupan, bien por su frecuencia o por su aparente gravedad, evitando sustos y visitas médicas innecesarias. Además, damos información que resolverá muchas de vuestras dudas, disminuyendo inseguridades.

Los autores de esta guía somos gineco-obstetras y matrones de Policlínica Nuestra Señora del Rosario de Ibiza, con años de experiencia en la atención del embarazo y cuidado de la salud.

Desde todo nuestro cariño, esperamos que os guste y os ayude a afrontar esta nueva etapa llena de cambios.

Dra Marta Recio Rodríguez Ginecóloga Coordinadora del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Temas 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 12-15, 19, 21-26, 28-31, 33-36

Dra Gema Rodríguez Diez Ginecóloga Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Temas 11 y 16

Dra Gabriela Sicco Cabrera Ginecóloga adjunta.

Tema 6

Dra Milagros Choqueneira Dionicio Ginecóloga adjunta.

Tema 3

José Manuel Molina Pérez Matrón adjunto.

Temas 8, 17, 18, 20, 27 y 32

ÍNDICE

Embarazo

1 | Preparando la gestación
2 | Controles clínicos durante la gestación
3 | Nutrición durante el embarazo
4 | Toxoplasmosis
5 | Náuseas, vómitos y otros problemas digestivos durante el embarazo
6 | Sangrado durante el embarazo
7 | Ejercicio durante el embarazo
8 | Viajes y embarazo
9 | Sexualidad y embarazo
10 | Dolor de espalda durante el embarazo
11 | Vacunas y embarazo
12 | Alteraciones de la piel en el embarazo durante el embarazo
13 | Estreptococo B y embarazo
14 | Preparación al parto

Parto y puerperio

15 | Rotura de la bolsa
16 | Monitorización fetal
17 | Inducción del parto
18 | ¿Estoy de parto?
19 | Analgesia durante el parto
20 | Periodos del parto:
| Periodo de dilatación
| Periodo expulsivo
| Periodo del alumbramiento
21 | Puerperio inmediato
22 | Lactancia materna
23 | Anticoncepción en el puerperio
24 | Rehabilitación de suelo pélvico postparto

Texto revisado y adaptado por la Dra Marta Recio Rodríguez.

Información obtenida de Guías de práctica clínica avaladas y del Área de Salud de la Mujer de la SEGO.

1 PREPARANDO LA GESTACIÓN

Mejorar los hábitos de vida es el mayor reto a la hora de buscar gestación, en muchos casos es la parte más dura de los consejos preembarazo. Muchas mujeres no conocen su importancia y, sin embargo, es de lo que más beneficiará al bebé.

Consulta preconcepcional

Lo primero que te aconsejamos hacer es informarte de qué pasos debes seguir para lograr un embarazo sano. Para ello, acude a tu ginecólogo para solicitar consejo preconcepcional. No muchas parejas acuden al especialista en busca de consejo, por lo que pierden la oportunidad de mejorar el estado de salud de cara al embarazo, además de crear miedos y tabúes infundados.

Ácido fólico, esencial para la salud de tu bebé

Suplementar tu dieta con ácido fólico antes de quedarte embarazada ayuda a prevenir problemas al bebé, como los defectos del tubo neural, que incluyen la espina bífida, el labio leporino o la fisura del paladar. Como no podemos prever con exactitud la fecha del embarazo, lo mejor es empezar a tomarlo en cuanto la mujer decide quedarse embarazada, siendo ideal llegar a completar 3 meses antes del embarazo.

Olvídate del Tabaco

El fumar en uno de los mayores perjuicios para el embarazo, y sin embargo, algunas embarazadas siguen haciéndolo. Este hábito dañino puede tener consecuencias importantes para el embarazo:

Niños nace con bajo peso al nacer.
Partos prematuros
También se asocia el consumo materno de tabaco como el asma, bronquiolitis y peor función pulmonar del bebé en sus primeros meses de vida.

Consulta con tu ginecólogo la posibilidad de tratamiento médico o terapia psicológica para dejar el tabaco antes de quedarte embarazada. ¡No hay mejor excusa para proponerse dejarlo!

Alcohol, ni gota

Aunque la mayoría de las embarazadas lo sabe, está demostrado que ningún consumo de alcohol es seguro durante la gestación. En la etapa previa recomiendan no beber o reducir el consumo al mínimo para prevenir malformaciones fetales.

Vida sexual segura antes y durante el embarazo

Prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETS) es otro pilar importante. Enfermedades como herpes genital, clamidia, gonorrea y sífilis suponen un grave riesgo para el bebé, además del VIH o de la hepatitis B y C. En el caso de tener el riesgo de haberlas contraído, en la visita preconcepcional al especialista puede que este solicite pruebas para cerciorarse de que no presentas ninguna infección ginecológica que requiera de tratamiento. Algunas ETS pueden producir parto prematuro o provocar que el nacimiento del bebé sea por cesárea para evitar que el pequeño se infecte. Durante el embarazo tampoco eres inmune a las enfermedades de transmisión sexual, por lo que tendrás que usar preservativo si no tienes pareja estable. En caso de estar afectada por alguna, tu pareja ha de hacerse pruebas y ponerse en tratamiento simultáneo contigo para no correr riesgo de reinfección.

Fuera mitos y miedos sin fundamento

No dudes en consultar a tu ginecólogo sobre cualquier tema que dudes tanto del periodo preconcepcional como de la gestación. Los mitos pueden hacer que crees miedos sin fundamento que hagan que no disfrutes de una de las etapas más bonitas para la mujer. ¡La información de calidad será tu mejor aliado!

2 CONTROLES CLÍNICOS EN LA GESTACIÓN

Estoy embarazada, ¿cuándo debo acudir al ginecólogo?

Cuando una mujer conoce el embarazo, la primera actitud que parece que debe tomar es pedir cita con el ginecólogo. Es cierto que eso es correcto en el caso de las mujeres que no ha tenido una visita previa para planear el embarazo y no sabe la actitud a tomar en el primer trimestre, para así poder ser informada. Pero para las demás mujeres, la primera consulta es ideal hacerla sobre la semana 6-8 del embarazo, cuando ecográficamente se puede ver ya un embrión con latido cardiaco (objetivar una gestación evolutiva) y datar bien a gestación. En esta consulta, se cumplimenta la historia clínica y se solicita una analítica dirigida a conocer el estado de salud de la madre.

¿Cuáles son las pruebas más importantes del embarazo?

En el embarazo, hay dos pruebas importantes que siempre recomendamos hacer:

Índice de riesgo combinado: consiste en un triple screnning que combina una analítica especial con la ecografía de la semana 12 y los datos de la paciente (peso, embarazos previos, hábitos tóxicos, enfermedades…). Con ella, se puede valorar la posibilidad de que el embrión tenga una enfermedad de los cromosomas, principalmente el síndrome de Down. Si es muy alto el riesgo, es cuando se optaría por una prueba de confirmación, la amniocentesis (fiabilidad del 100%).
Otra opción, es optar por el test de ADN fetal en sangre materna, el cual, con una analítica de sangre de la madre, se puede saber con un porcentaje de fiabilidad muy alto (fiabilidad de hasta el 99.9% según la enfermedad) si el embrión porta estos problemas, aproximando más el riesgo y evitando amniocentesis innecesarias.

Ecografía de la semana 20 del embarazo. Es una ecografía muy especial en la que se evalúa detenidamente toda la morfología del bebé para ver si tiene alguna malformación. Es importante saber que hay cosas que por ecografía no se pueden ver (como, por ejemplo, un retraso mental o una sordera) y otras que pueden aparecer más tarde, por lo que se seguirán haciendo nuevas ecografías de control más adelante.

¿Cómo es el seguimiento general del embarazo?

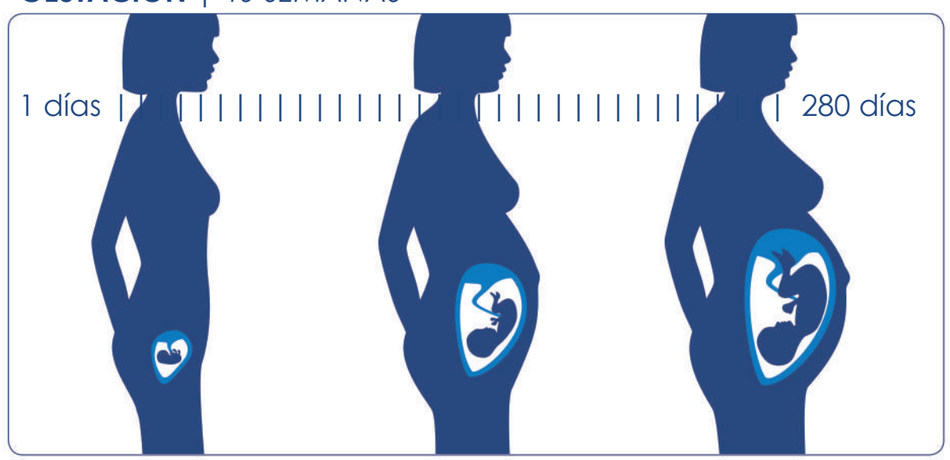
El seguimiento del embarazo se llevará tanto por el ginecólogo como por la matrona, la cual tomará más importancia en el seguimiento a partir de la segunda mitad de la gestación.

La frecuencia de las visitas dependerá del centro donde se realice y la evolución de la gestación, siendo como mínimo 1 visita por trimestre y otra al llegar a las 40 semanas, donde se plantearía la inducción de parto si no se ha producido antes de la semana 42 de embarazo. Se solicitará, además, al menos una analítica en cada trimestre.

¿Cuánto dura la gestación?

La duración media de la gestación es de 280 días, comenzando a contar desde el primer día de la última regla, lo que equivale a 40 semanas o a 10 meses lunares (de 28 días).
Clínicamente, está comprobado que el parto que ocurre en este tiempo tiene un menor riesgo para el bebé. Se considera un parto "a término" el que ocurre entre las 37 y 42 semanas de gestación.
Existe una cierta variabilidad en cuanto a la predicción del momento en que se producirá el parto y es por eso que clínicamente se habla de "fecha probable de parto", como una referencia a la fecha en la que la gestación cumple 40 semanas.

GESTACIÓN | *40 SEMANAS*



3 NUTRICIÓN Y EMBARAZO

El estado nutricional de la mujer cuando se queda embarazada y durante el embarazo puede tener una influencia importante en los resultados de salud del bebé y la madre. Deficiencias de micronutrientes como el calcio, el hierro, la vitamina A o el yodo pueden producir malos resultados en la salud para la madre y ocasionar complicaciones en el embarazo.

Un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos

¿Cuánto peso debe ganar una gestante?

Es aconsejable que la mujer tenga un peso adecuado antes del embarazo. Si es así durante los 9 meses de gestación se debe aumentar de media entre 9 y 12 kg, pero depende mucho de cada situación y de cada persona (como, por ejemplo, el peso previo al embarazo).

¿Qué ingesta dietética de referencia debo de tener durante el embarazo?

MACRONUTRIENTES

Hidratos de carbono (50-55%)

Los hidratos de carbono son imprescindibles por ser la principal fuente de energía. Además, aportan fibra, te ayudan a sentirte saciada y previenen un posible aumento de colesterol y diabetes gestacional. Es mejor evitar el consumo de azúcares simples, que aumenta el riesgo de diabetes gestacional (déjalos para ocasiones especiales).

Proteínas (15-20%)

Los requerimientos de proteínas aumentan en el segundo y tercer trimestre porque estas son necesarias para crear tejidos nuevos. Para asegurar un consumo adecuado debemos incluir proteína, al menos, en las comidas y cenas.

Grasas (30%)

La grasa debe provenir fundamentalmente del aceite de oliva. Pero también conviene elegir alimentos con grasa omega-3, como frutos secos y pescados, en especial, el ácido DHA es esencial en el desarrollo del sistema nervioso del bebé.

MICRONUTRIENTES

Durante el embarazo aumentan todos los requerimientos de vitaminas y minerales. Los complejos multivitamínicos del embarazo vienen ya preparados con las cantidades necesarias de cada uno de ellos. A continuación, te explicamos sus beneficios:

Ácido Fólico: previene defectos en el tubo neural y el parto prematuro.

Vitamina D: ayuda a aumentar la absorción del calcio, cuyo requerimiento es mayor.

Vitamina B6 y B12: ayudan al desarrollo del sistema nervioso y el crecimiento del bebé.

Vitamina C : implicada en los procesos de crecimiento y reparación de tejidos del bebé. También mejora la absorción de hierro y tu sistema inmunitario.

Hierro: el hierro es fundamental ya que es el encargado de trasportar el oxígeno en la sangre (hemoglobina).

Calcio: mantiene la densidad de los huesos de la madre y el bebé, y previene la hipertensión en la madre y el que el bebé pueda tener un bajo peso.

Yodo: fundamental para la síntesis de hormonas tiroideas, responsables del metabolismo en la madre, y contribuyen al crecimiento del feto y maduración de sus órganos.

Recomendaciones para cuidar la alimentación durante el embarazo

El bienestar en el embarazo está muy relacionado con los cuidados y la alimentación que tenga la madre. Estas recomendaciones nutricionales te pueden ayudar:

Mantén una alimentación variada y equilibrada

Incluye en tu menú alimentos de todos los grupos: hidratos de carbono, proteínas y grasas saludables.

Procura beber dos litros de agua al día

Toma las comidas 3 principales (desayuno, almuerzo y cena) más 2-3 suplementos diarios de frutas y /ó lácteos. Así garantiza la energía y los nutrientes necesarios para el bebé.

Recuerda que las necesidades de ciertas vitaminas y minerales como ácido fólico se incrementan durante el embarazo. Para cubrirlas, es necesario tomar suplementos.

Elimine productos dañinos, tales como alcohol, cigarrillo y drogas.

Disminuye o elimina el consumo de café o té durante el embarazo. Los estudios demuestran que los excitantes atraviesan la placenta y pueden alterar la frecuencia cardíaca y la respiración del bebé.

Modera el consumo de sal, evitarás la retención de líquidos entre otras cosas.

4 TOXOPLASMOSIS

La toxoplasmosis es una infección producida por el Toxoplasma Gondíi, un parásito que según la forma que adquiera puede habitar en muy diferentes medios: tierra, agua o en forma de parásito en animales.

¿Qué síntomas produce?

Cuando un humano sano adquiere la enfermedad, raramente da síntomas. En menos de un 10% de las ocasiones se puede observar un síndrome gripal, muy inespecífico. La verdadera importancia radica en las consecuencias cuando la contraen embarazadas.

La toxoplasmosis congénita ocurre cuando el parásito es capaz de pasar de la madre al feto durante la gestación, lo que sólo ocurre si la madre nunca había sido infectada antes. Si la madre ya sufrió la infección antes de la gestación, sus defensas consiguen controlar al parásito y así evitar que lleguen a atravesar la placenta.

El Toxoplasma presenta especial avidez por el tejido nervioso, pudiendo provocar graves alteraciones en el desarrollo del cerebro del bebé.

¿Cómo se diagnóstica?

Al comienzo de la gestación se realiza una analítica para diferenciar las pacientes que ya han tenido contacto con el parásito (seropositivas para Toxoplasma) de las que no lo han tenido (seronegativas). En el caso de dudas, se realizarán pruebas más específicas para diagnosticarlo.

¿Cómo puedo evitarlo?

El principal objetivo es conseguir que toda gestante susceptible de infectarse por primera vez de Toxoplasma lo evite con unas sencillas recomendaciones de prevención primaria:

Lavarse las manos antes de las comidas

No ingerir carne cruda ni poco cocinada.

La congelación parece ser efectiva para eliminar la capacidad infectiva de los quistes siempre que supere las 48 horas a temperaturas inferiores a 20ºC. (La mayoría de congeladores domésticos llegan a -18ºC, por lo que es importante prestar atención a este dato)

Los procesos de ahumado o curación de carnes y embutidos no han demostrado eliminar los quistes.

Lavar los vegetales con abundante agua para que el quiste se arrastre, no son efectivos productos de higiene alimentaria, ni lavar el alimento dejándolo en agua estancada.

Consumir siempre agua corriente o embotellada, que ha sido tratada previamente, evitando fuentes de agua naturales y ríos.

Tomar leche pasteurizada, evitando consumir leche de cabra.

Emplear siempre guantes en las labores de jardinería y contacto con tierra.

Realizar las tareas de higiene de los gatos domésticos siempre con guantes y diariamente, ya que los quistes contenidos en ellas se vuelven infectivos tras 24 horas en contacto con el medio ambiente. En nuestro entorno el gato no constituye una fuente importante de infección, ya que la mayoría de los felinos con los que contactamos son gatos domésticos que ni siquiera han tenido contacto con el Toxoplasma. No se recomienda, por tanto, el abandono de la mascota ya que no es considerado factor de riesgo para infectarse el hecho de tener gato en casa.

5 NAÚSEAS, VÓMITOS Y OTROS PROBLEMAS DIGESTIVOS DURANTE EL EMBARAZO

Muchas de vosotras notaréis que en la gestación las digestiones se hacen más lentas, aparecen nauseas o vómitos, e incluso un reflujo o "ardor" que llega al esófago. Los cambios del embarazo, tanto corporales como endocrino-metabólicos y hormonales hacen que los trastornos digestivos sean muy comunes, por lo que muchas pacientes suelen tener que recurrir a tratamientos médicos.

Náuseas y vómitos en el embarazo

Es el problema más frecuente, y se debe en gran parte a la subida de la hormona del embarazo. Lo más importante es saber el tipo de dieta que es más adecuada para evitarlos. Las recomendaciones son las siguientes:

- No permanezcas en ayunas más de 2 horas. El estómago vacío incrementa el reflujo y las náuseas
- Haz pequeñas comidas al día repartidas en 5-7 tomas.
- Bebe poca agua durante las comidas, el líquido te revolverá si lo mezclas. Bebe poco a poco a lo largo del día.
- Los alimentos deben estar fríos o templados, principalmente los líquidos, y de consistencia pastosa-espesa. Es decir, una sopa caliente te sentará mal y, sin embargo, un puré de frutas fresquito te caerá de maravilla.
- Que la comida sea rica en hidratos de carbono. Verás que el cuerpo te pide cosas como pan, pasta, patatas, galletas…
- Condimenta poco la comida: las especias, por sus sabores y olores fuertes, pueden hacer que te sienten peor los alimentos.
- Evitar grasas, solo te enlentecerán las digestiones.
- Evita los olores fuertes en las comidas. El olfato se incrementa mucho en el embarazo y te podrá causar náuseas y "ascos".
- Suplementa tu dieta con vitaminas de complejo B.
- Reposa tras las comidas.
- Come lo que te apetezca. El obligarte a comer solo empeorará las cosas. El bebé crecerá igual con las reservas que tienes.
- El jengibre puede ayudarte a mejorar los trastornos digestivos también.

Tranquila, en el segundo trimestre, sobre las 12 semanas, estos síntomas mejorarán.

En el caso de que a pesar de las recomendaciones aún persistieran las nauseas y /o vomitos, consulta a tu ginecólogo para valorar el comenzar a tomar tratamiento. Si los vomitos son contínuos y no ceden, acude directamente a través del servicio de urgencias.

Reflujo gastro-esofágico

Es la sensación de "ardor" que sube desde el estómago a la garganta. En el embarazo, el aumento del útero y los cambios fisiológicos hace que el estómago se desplace levemente hacia arriba, facilitando que los jugos gástricos lleguen al esófago y suban a la garganta, causando irritación.

Han de evitarse la comidas picantes y especias fuertes. También debes eliminar alimentos como la menta, el chocolate, el té y el café o los cítricos, ya que empeorarán los sintomas. Por otro lado, los lácteos y los hidratos de carbono mejorarán el ardor.

Sigue las mismas recomendaciones anteriores y el reflujo también mejorará. Si no lo hace, consulta a tu ginecólogo para comenzar con tratamiento médico.

Estreñimiento

Al igual que las digestiones, la frecuencia defecatoria también empeora, produciéndose estreñimiento. Lo ideal es beber bastante agua, tomar dieta rica en fibra y tener unos habitos higienico-intestinales adecuados, intentando acudir al baño todos los días a una determinada hora, para crear la frecuencia. En el caso de que pasen más de 3 días entre defecaciones de forma contínua, acude a tu ginecólogo para comenzar tratamiento.

Sea el problema que sea, no dudes en consultar a tu ginecólogo sobre consejos y tratamientos. Estamos para ayudarte.

6 SANGRADOS DURANTE EL EMBARAZO

¿Es normal tener un sangrado vaginal durante el embarazo?

Tener un poco de sangrado vaginal durante el embarazo es común, especialmente en los primeros meses. Cerca de 1 en cada 4 mujeres tiene algo de sangrado a principios del primer trimestre.

Lo ideal es que acudas a tu ginecólogo (o al servicio de urgencias en el caso de sangrado en cantidad mayor que regla o asociado a mucho dolor) para una evaluación. Esta puede incluir una revisión física, una ecografía obstétrica y un análisis de sangre, para descartar cualquier tipo de complicación.

¿Cómo sé si la pérdida de sangre es importante o no?

Una pérdida de sangre ligera es parecida al que puedes tener cuando comienza tu periodo o cuando termina. A veces solamente notas manchas en la ropa interior. Su color puede ser rosa, rojo y hasta marrón (el color de la sangre seca). En cambio, la hemorragia es un sangrado intenso lo suficiente como para que necesites toallas femeninas.

¿Cuáles son las causas de sangrado?

PRIMER TRIMESTRE

Las causas más comunes de una pérdida ligera de sangre al principio del embarazo incluyen las siguientes:

Sangrado de implantación

Algunas mujeres notan pequeñas manchas de sangre en su ropa interior antes siquiera de enterarse que están embarazadas, más o menos una semana después de la ovulación. Es el llamado "sangrado de implantación", ya que ocurre cuando el embrión se implanta en la capa interior del útero. Este proceso empieza a los seis días de la fecundación.

Aborto espontáneo

El sangrado o hemorragia en el primer trimestre especialmente si está acompañado de dolor abdominal puede ser un síntoma temprano de aborto espontáneo.

Embarazo ectópico

El sangrado también podría ser una señal de un embarazo ectópico, que se da cuando el embrión se implanta fuera del útero, usualmente en una de las trompas de Falopio. A veces el sangrado es el único síntoma, pero otros síntomas comunes incluyen dolor abdominal, dolor en la pelvis o en el hombro.

Infecciones

Hay afecciones que no están relacionadas con el embarazo que también pueden producir una pérdida de sangre. Las infecciones vaginales (como la candidiasis o la vaginosis bacteriana) o las infecciones de transmisión sexual (como la tricomoniasis, la gonorrea, la clamidia o el herpes) pueden provocar irritación o inflamación en el cuello del útero. Cuando el cuello uterino se inflama, es particularmente propenso a sangrar.

Pólipo

Es un tumor benigno del cuello uterino. Es muy frecuente que suelan aparecer durante la gestación, o anteceder a la misma y con un examen ginecológico se puede descartar o confirmar este problema como causa de sangrado. No es importante para la gestación, aunque sí podría asustarte su sangrado. Tras el parto, se valoraría el quitarlo si aún permaneciera ahí.

SEGUNDO O TERCER TRIMESTRE

A medida que avanza tu embarazo, es más probable que los sangrados o hemorragias se deban a algo que precise evaluación por un ginecólogo, por lo que recomendamos que acudas a urgencias. Las causas comunes de estos sangrados:

Problemas en la placenta

Los sangrados, intensos o ligeros, después del primer trimestre podrían indicar un problema grave en la placenta, como placenta previa (cuando la placenta cubre parcial o totalmente el cuello uterino), o un desprendimiento prematuro de la placenta (la placenta se separa de la pared del útero durante el embarazo).

Aborto tardío

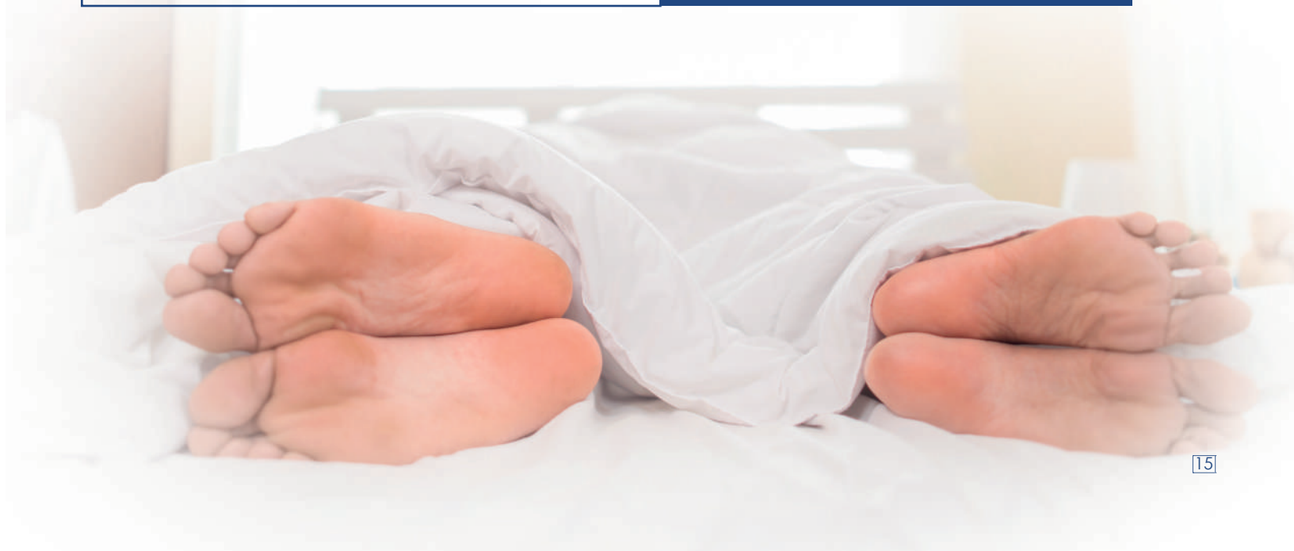
La mayoría de los abortos espontáneos se dan en el primer trimestre del embarazo, pero una hemorragia en el segundo trimestre podría indicar un aborto tardío (de la semana 13 hasta la mitad del embarazo).

Parto prematuro

El sangrado es uno de los síntomas del parto prematuro (cuando el parto empieza antes de la semana 37). Otros síntomas incluyen cambios en el flujo vaginal presión en la pelvis y en el bajo vientre, dolor en la espalda a nivel lumbosacro, y también dolor abdominal, cólicos o contracciones.

No te asustes si con las relaciones sexuales de penetración o después de un examen interno sangras. Durante el embarazo fluye más sangre al cuello uterino, por eso no es raro que sangres un poco después de la penetración, una citología o un examen ginecológico, con los cuales se roza el cérvix. Un pólipo cervical también puede causar sangrado después de la relación sexual.

En cualquier otro caso, recuerda que siempre el sangrado en el embarazo es un signo de alarma, por lo que no dudes en visitar a tu ginecólogo para que evalúe la gestación y vuestro bienestar.



7 EJERCICIO DURANTE LA GESTACIÓN

Estoy embarazada, ¿puedo hacer ejercicio?

Seguro que muchas de vosotras os preguntareis si en la gestación podréis hacer ejercicio. Por supuesto. El ejercicio durante el embarazo también es muy beneficioso tanto para la madre como para el bebé, aunque se deben seguir recomendaciones.

Una mujer que previo al embarazo estaba acostumbrada a hacer ejercicio, podrá seguir con sus rutinas a una intensidad más alta de lo que lo hará una embarazada que no tenga previamente esa costumbre. Lo ideal son 3-4 sesiones por semana, aunque el caminar puede ser a diario.

¿Qué deportes puedo hacer?

Los deportes más recomendados en el embarazo son:

Caminar:

El más importante, bueno para todas las gestantes.

Nadar:

Moviliza casi todos los músculos.

Actividad física dirigida:

Gimnasia, biodanza, pilates, yoga.

Bicicleta:

Evitar la competición.

Correr:

Sólo si ya lo hacías previamente. No te inicies durante la gestación.

Evitad los deportes de contacto, con riesgo de caídas o ejercicios extenuantes: alpinismo, atletismo, submarinismo, fútbol, esquí, rugby, deportes de combate...

Recuerda que el ejercicio debe hacerse en sitios en los que no haga mucho calor, y que debes hidratarte previamente y durante el mismo. La intensidad del ejercicio debe ser moderada: el pulso en la embarazada debe ser menor de 140 latidos por minuto, que le permita hablar sin fatigarse.

En el caso de que padezcas alguna enfermedad importante que pueda contraindicar el ejercicio (como una insuficiencia cardiaca) o si, al realizarlo, sientes mareos o alguna sensación extraña, consulta a tu ginecólogo si es aconsejable el ejercicio en tu caso.

VIAJES Y EMBARAZO 8

¿Se puede viajar en el embarazo?

Por supuesto. En el embarazo se puede viajar en todos los medios de transporte, pero siempre te recomendamos que cumplas estas **Recomendaciones**:

32 SEMANAS	Puedes elegir un destino lejano durante los primeros meses, pero no se aconseja hacerlo a partir de las 35 semanas de gestación.
HOSPITAL	Siempre que lo hagas, asegúrate de que existe algún hospital cercano al que puedas acudir en caso de necesidad.
DESTINOS SOLEADOS	Ten cuidado con los destinos en los que te expongas al sol. El calor puede hacer que pueda bajarte la tensión y producirte mareos. Además, puedes sufrir problemas como pesadez en las piernas, varices o estrías. Y por supuesto, no debemos obviar la posibilidad que por efectos del sol puedas sufrir "manchas del embarazo", ya que la piel está más sensible.
CAMINA REGULARMENTE	Evita permanecer sentada demasiado tiempo. Debes levantarte y caminar cada hora y media para evitar problemas circulatorios como el tromboembolismo venoso.
AGUA	Beber un litro de agua por cada cinco horas de viaje.
MAREOS	Para evitar el mareo, intenta tomar algo ligero antes del viaje, no tengas cerca olores fuertes e intenta mirar siempre al frente. En el caso encontrarte mal, puedes tomar medicación tipo biodramina® para controlarlo.

MEDIOS DE TRANSPORTE

Coche

El coche se puede usar sin problemas. Aconsejamos comprarse el cinturón de seguridad de embarazada, que tiene 3 puntos de anclaje, evitando, así, la presión sobre el útero en caso de un frenazo.

En el tercer trimestre, el conducir se verá dificultado por las dimensiones del abdomen, además de que es más arriesgado sufrir impactos con el volante si tienes un accidente o un frenazo brusco, por lo que desaconseja hacer viajes largos. Cuando no conduzcas tú, es mejor que te coloques en la parte trasera del vehículo.

Avión

El avión es, sin lugar a dudas, el transporte menos brusco y más cómodo. No hay inconveniente de viajar durante el embarazo si el curso del mismo es normal, aunque no está permitido volar más allá de las 36 semanas. La presión de la cabina no es un problema para la gestación, ya que es casi igual que en tierra. Siempre, consulta a tu ginecólogo previamente.

Te recomendamos que lleves contigo un certificado médico con la fecha teórica del parto, ya que para muchas compañías aéreas se convierte en un requisito imprescindible para poder subir al avión, sobre todo desde la semana 26 y hasta la semana 36 de la gestación.

Tren

El tren es uno de los transportes más recomendados para la mujer embarazada, ya que nos da la posibilidad de estirar las piernas y es menos cansado que ir en coche. Eso sí, si viajas sola se recomienda llevar equipaje ligero.

Barco

Las recomendaciones son las misma que para el tren. Ten en cuenta que algunas compañías te pedirán certificado médico en el caso de viajes largos.

SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO 9

El embarazo es un cambio importante que también influirá, de forma bien positiva o bien negativa, en la sexualidad de la pareja. El principal problema con la que se encuentra la pareja es la desinformación, apareciendo miedos como el temor de dañar al bebé, a la madre o de romper la bolsa. Pero en un embarazo con evolución normal y siguiendo los consejos de los expertos, la sexualidad puede ser muy enriquecedora.

El sexo durante el embarazo es tanto o más sano que en condiciones habituales: por un lado, se prepara el cuerpo para el parto vaginal (se ejercita el suelo pélvico) y, por otro lado, el bebé recibe más oxígeno y las endorfinas de la madre. En un embarazo de normal evolución no hay riesgo para el bebé: está protegido por el líquido amniótico y el útero está fuertemente sellado.

Eso sí, los cambios del cuerpo obligan a cambiar los hábitos. Las relaciones sexuales precisan realizarse con mayor delicadeza y evitar apoyar el peso del hombre sobre el abdomen femenino.

Respecto a las contraindicaciones para las relaciones sexuales (de penetración, dato importante) y siempre antes valoradas por vuestro ginecólogo, son:

- Riesgo de parto prematuro (si estás de menos de 36 semanas)
- Hemorragias o dolores intensos no justificados
- Rotura de la bolsa amniótica
- Placenta previa o de inserción baja
- Embarazo múltiple (en el 3er trimestre)
- Cérvix corto/dilatado

No os dejéis llevar por los tabúes o mitos que hay en torno a la sexualidad en el embarazo. La relación sexual, además de un derecho, es un sentimiento de autovaloración, de sentirse querido, amar al otro, compartir y estar próxima a otra persona. Preguntad a los expertos si tenéis cualquier duda respecto a la sexualidad en esta nueva etapa.

10 DOLOR DE ESPALDA EN EL EMBARAZO

El dolor de espalda que se produce como consecuencia del embarazo es una molestia bastante común en las mujeres. Sin embargo, cada caso es distinto. La intensidad puede variar de moderada a aguda y, la duración, de unas cuantas semanas hasta varios meses, incluso después del parto.

Las mujeres que ya sufrían dolores de espalda previamente, sobre todo si se localiza en la zona lumbar, corren un mayor riesgo de sufrir dolor de espalda durante el embarazo. En estos casos la probabilidad de que los problemas se presenten en una etapa temprana es mayor.

Importancia del tema: para las mujeres embarazadas el dolor de espalda no es un simple problema sin importancia. Si no se trata adecuadamente, el dolor puede tener un impacto negativo en la forma de vida y actividades del día a día. Además, el dolor de espalda puede dar lugar a problemas que podrían continuar incluso después de haber dado a luz.

¿Y por qué me pasa esto?

El dolor de espalda es consecuencia de una hiperlordosis, es decir, una mayor curvatura de la columna. A medida que el útero va aumentando de tamaño, el centro de gravedad se desplaza hacia delante, y para que la mujer no se caiga, se arquea la columna lumbar hacia delante, desplazándose los hombros y cabeza hacia atrás (cifosis dorsal).

Otros problemas asociados:

La ciática es el dolor en la parte superior del glúteo que puede irradiarse por la cara posterior del muslo, pierna y hasta el pie. Aparece en el 35% de las gestantes y se debe que los nervios ciáticos se comprimen en su salida por el hueso sacro, que está en una posición forzada.

El dolor costal o "neuritis intercostal" se debe a la inflamación de alguno de los nervios que se encuentran entre las costillas. Aparece fundamentalmente en el tercer trimestre del embarazo cuando el útero ha desplazado a los órganos abdominales como el intestino, hígado, etc.

¿Qué hacer para prevenir o tratar el dolor de espalda durante el embarazo?

1. Evita el reposo total, salvo que sea necesario por motivos médicos.
2. Cumple normas de higiene postural: Se debe tratar de mantener las caderas hacia delante y la espalda recta (bascular la pelvis). No se debe caminar arqueando la espalda ni sacando el abdomen. Los fisioterapeutas pueden ayudarte en ello.
3. Evitar pasar mucho tiempo de pie y cambiar de posición constantemente.
4. Evitar levantar objetos pesados o niños. Si tienes que hacerlo, la posición correcta sería flexionar las rodillas, no doblando la espalda. Divide siempre el peso que se transporta.
5. Usa zapatos de tacón bajo, con buen apoyo en el arco del pie. Evitar usar zapatos de tacón alto, porque hacen presión sobre los músculos de la cintura.
6. Siéntate en sillas que tengan buen apoyo para la espalda, incluso colocando una almohada pequeña detrás de la cintura. Si debes permanecer mucho tiempo sentada, tratar de levantarte al menos cada hora.
7. A la hora de dormir, el mejor apoyo para la espalda es un colchón duro (pero cómodo). La mejor posición es de lado izquierdo, y colocando una almohada entre las piernas, ya que ayuda a mantener la columna vertebral recta y dar más apoyo a la espalda.
8. Alivio del dolor: mantas térmicas o analgésicos como el nolotil.
9. Un masaje liviano o realizado por un fisioterapeuta experto puede ayudarte a disminuir el esfuerzo y la tensión muscular.
10. Aprende técnicas de relajación: pueden ayudar a sobrellevar las molestias y resultar especialmente útiles a la hora de acostarse.
11. Haz ejercicios para entrenar y fortalecer los músculos de la espalda.
12. En el caso del dolor en las costillas, se recomienda que se levante el brazo del lado afecto y sentarse de manera recta para alejar al máximo las costillas del útero. También puede aplicarse calor local como el de una manta eléctrica.

Y, sobre todo, ¡mímate mucho!

11 VACUNAS Y EMBARAZO

Durante el embarazo es importante prevenir enfermedades que pueden ser perjudiciales para la madre y para el bebé. Entre otros, sabemos que las vacunas son un medio muy eficaz de evitar contagios, pero,

¿Todas las vacunas son seguras durante el embarazo?

Evidentemente no. Aquellas que inoculan cepas vivas atenuadas no están recomendadas en el embarazo, entre ellas: vacuna HPV, triple vírica (sarampión, rubeola, parotiditis), vacuna varicela, vacuna BCG, vacuna de la gripe intranasal.

Algunas de estas deben administrarse antes, ya que es peligroso pero frecuente el poder contraerlo durante el embarazo. La rubeola, por ejemplo, entra dentro del calendario vacunal, pero la inmunidad se puede perder con los años. Si cuando planeas el embarazo sospechas que puedas no ser inmune, solicita a tu médico la analítica de comprobación, ya que es preciso esperar al menos tres meses tras la vacunación para intentar un embarazo.

Sin embargo, otras vacunas sí puedes y de hecho conviene vacunarse durante el embarazo, siempre evitando el primer trimestre. Estas son:

Vacuna antigripal

El embarazo nos hace especialmente vulnerables a este virus. Vacúnate sobre todo si tienes fecha probable de parto en los meses de invierno.

Vacuna difteria-tetanos

Es una vacuna combinada que no supone ningún riesgo durante el embarazo. La vacuna contra la tosferina, que se administra en el tercer trimestre, permite que los anticuerpos generados protejan al bebé los primeros 6 meses de vida, además de evitar que la madre pueda ser el foco de inoculación. En caso del tétanos, que evita el riesgo de infección de la madre durante el parto, las embarazadas deberían ponerse a una dosis de recuerdo entre el 2º -3º trimestre si la última dosis se administró hace más de 10 años.

Vacunas recomendadas en situaciones especiales

Vacuna de la hepatitis A y B, antineumocócica, antimeningocócica y frente a la poliomielitis. Debes pedir consejo a los profesionales médicos en el caso de viajes o estar en contacto con personas que pudieran trasmitirlo.

Vacunas del viajero

Ocasionalmente recomendadas durante el embarazo, solo si viajas a países donde la enfermedad es endémica: vacuna fiebre amarilla, vacuna rabia, vacuna de la encefalitis japonesa y vacuna de la encefalitis centroeuropea.

ALTERACIONES DE LA PIEL EN EL EMBARAZO 12

Durante el embarazo se producen una serie de cambios que hacen que la mujer embarazada sea especialmente susceptible a alteraciones en su piel, tanto fisiológicas (normales) como patológicas (anormales).

Hiperpigmentación o melasma

Es una alteración de la melanina, el pigmento de la piel, que produce que aparezcan manchas en zonas de la piel expuestas a la luz solar. Habitualmente aparecen en la frente, pómulos, labio superior y mentón. Ocurre en el 75% de las mujeres durante la segunda mitad del embarazo.

Cutis marmorata

Se trata de una coloración azulada y moteada en las piernas que suele aparecer cuando hace frío. Generalmente cede en el postparto.

Estrías

Las estrías gravídicas ocurren en el 70-80% de las embarazadas durante el tercer trimestre de gestación. Se localizan en la parte inferior del abdomen, alrededor del ombligo, caderas, mamas, zona sacra y axilas.

Gingivitis en el embarazo

La gingivitis (inflamación de las encías) aparece en casi todas las embarazadas a partir del primer trimestre y progresa durante todo el embarazo.

Colestasis intrahepática el embarazo

La colestasis gravídica es una alteración del hígado y la bilis que aparece durante el tercer trimestre debido al aumento de los niveles de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona) que interfieren con la secreción biliar. Se caracteriza por picor intenso de inicio en palmas y plantas, y luego se hace generalizado. Aumenta por las noches e incluso impide el sueño. No aparecen picaduras ni lesiones visibles.

Es una enfermedad que puede hacerse grave, por lo que si aparece un picor de estas características es necesario comentarlo con el ginecólogo.

Erupción polimorfa del embarazo

Es la alteración de la piel más frecuente del embarazo. Aparece clásicamente en primigestas (primerizas) durante el tercer trimestre como pápulas o placas rojizas que causan mucho picor. Comienzan en el abdomen (respetando zona umbilical) para extenderse posteriormente a glúteos, piernas, brazos y cara. Puede durar unas 6 semanas y reaparecer en el postparto. No producen problemas para el bebé ni para la madre (más allá del picor incómodo)

Otras

La coloración oscura de la línea alba, el aumento de vello o del tamaño de las areolas, edemas en las piernas o las varices (en piernas, vulva o mamas) son cambios normales en el embarazo.

13 ESTREPTOCOCO B Y EL EMBARAZO

El estreptococo del grupo B (EGB) es un tipo de infección bacteriana que puede encontrarse en la vagina o en el recto de una mujer embarazada. Esta bacteria se encuentra en aproximadamente el 25% de las mujeres adultas sanas y afecta a aproximadamente **1 de cada 2,000** recién nacidos en su salida por el canal del parto.

¿Como afecta una infección de EGB a un recién nacido?

Los recién nacidos pueden manifestar síntomas de manera precoz o tardía después del nacimiento:

- Neumonía y meningitis (son las complicaciones más frecuentes).
- Problemas respiratorios.
- Alteración de la tensión arterial.
- Alteraciones gastrointestinales y renales.

¿Como se sabe si tengo EGB?

Entre las semanas 35 y 37 de la gestación se toma una muestra del flujo vaginal y rectal a todas gestantes donde se analiza si tiene la bacteria. El resultado es válido por 5 semanas.

¿Cómo puedo contagiarme de EGB?

El estreptococo del grupo B no es una Enfermedad de transmisión sexual (ETS). Esta bacteria normalmente se encuentra en el intestino, vagina, o recto y aproximadamente el 25% de todas las mujeres porta esta bacteria, y la mayoría de estas mujeres no muestran sintomatología de la presencia de esta bacteria ni precisa tratamiento fuera del embarazo.

¿Qué pasa si mi prueba da un resultado positivo?

No por tener la prueba un resultado positivo significa que los recién nacidos vayan a manifestar la enfermedad que estas bacterias provocan. Pero es una enfermedad grave y por lo tanto su determinación forma parte de la actividad rutinaria en los cuidados perinatales. El resultado positivo nos indica que se requiere tratamiento antibiótico durante el parto para evitar el posible contagio del bebé a su paso por el canal de parto.

PREPARACIÓN PARA EL PARTO 14

Introducción ¿por qué una preparación al parto?

Las mujeres siempre han estado preparadas para el nacimiento de sus hijos. Madres de todas las culturas han transmitido a sus hijas sus conocimientos sobre la gestación y el parto. En la actualidad, el parto es un hecho médico y social y la información y consejos transmitidos de madres a hijas se limitan a momentos y situaciones puntuales. Ello ha llevado a la necesidad de desarrollar programas educacionales para la preparación al parto en los que personal entrenado informa y enseña a las futuras madres sobre los mecanismos y el manejo médico del embarazo, trabajo de parto, nacimiento y cuidados del recién nacido

¿Cuáles son los objetivos?

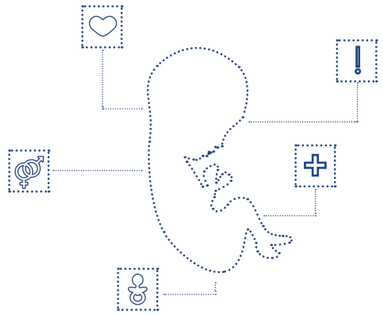
No cabe duda de que durante la gestación se produce un estado de ansiedad y de estrés ante dudas que se pueden plantear especialmente en relación con la normalidad del bebé, frente al dolor del parto o por posibles complicaciones que puedan. Este miedo se manifiesta como un aumento de la ansiedad a lo largo de la gestación, especialmente en las últimas semanas, y aun se agudiza más si el embarazo se prolonga.

Con todos estos condicionantes negativos con los que se encuentran las embarazadas, parece que una preparación e información adecuadas resultarían de gran ayuda para contrarrestarlos.

PREPARACIÓN DEL PARTO

Independientemente de la metodología utilizada, los objetivos generales de la preparación al parto son:

- El proceso normal del parto. En ocasiones, esta información se complementa con la proyección de filmaciones de partos.
- Aquello que puede facilitar el parto y lo que puede dificultarlo.
- Signos de parto, distinguiéndolo de las "falsas alarmas".
- Cuando y como deben acudir al centro hospitalario.
- Que ocurrirá cuando llegue al hospital.
- Maneras de que la mujer de parto se sienta más confortable. En la actualidad se ha ampliado la posibilidad de utilizar analgesia epidural.
- Posibles complicaciones del trabajo de parto (parto prolongado, alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal) y como serán tratadas en caso de ocurrir.
- Cuidados del recién nacido.



- La importancia de la lactancia materna y como prepararse para ella.
- La preparación del regreso al hogar con el nuevo bebé, incluyendo el plan de ayuda en caso necesario.
- Relajación.
- Ejercicios respiratorios, bien en la tierra o en el agua: la participación activa en la respiración, proporciona la sensación de que la madre "tiene algo concreto que hacer" sintiendo su colaboración y participación en el proceso, mejorando su oxigenación e, indirectamente, también la del bebé.
- Ejercicios físicos. Trabajar los músculos del periné, el abdomen y la cara interna de los muslos tendrá un efecto beneficioso al aumentar la potencia muscular y la fuerza contráctil necesaria para la expulsión del bebé.
- Participación de la pareja. Sentirse acompañada en el parto resulta muy importante, especialmente porque este hecho es un atenuante de la ansiedad materna.

En definitiva, la preparación al parto permite que la madre esté informada de lo que supone el proceso del parto y el puerperio, y pueda afrontarlo de manera más consciente y preparada.

PARTO Y PUERPERIO

15 | Rotura de la bolsa
16 | Monitorización fetal
17 | Inducción del parto
18 | ¿Estoy de parto?
19 | Analgesia durante el parto
20 | Periodos del parto:
| Periodo de dilatación
| Periodo expulsivo
| Periodo del alumbramiento
21 | Puerperio inmediato
22 | Lactancia materna
23 | Anticoncepción en el puerperio
24 | Rehabilitación de suelo pélvico postparto

15 ROTURA DE LA BOLSA

La rotura de las membranas de la bolsa amniótica es un hecho que puede suceder en cualquier momento del embarazo, aunque en la mayoría de los casos se va a producir al término de la gestación, es decir, a partir de las 37 semanas.

¿Cómo sé si he roto aguas?

Normalmente, la rotura de la bolsa conlleva la salida de líquido por la vagina. Dependiendo del tamaño de la rotura de la bolsa y la cantidad de líquido que tenga el bebé, el volumen de líquido que salga será mayor (llegando a mojar la ropa interior) o menor. Hay que tener en cuenta que en el embarazo aumenta mucho el flujo vaginal, y a veces es difícil de diferenciarlo de la rotura de bolsa. Incluso pequeños escapes de orina pueden hacernos dudar.

Si sospechas realmente que has roto la bolsa, cambia tu ropa interior y valora cuidadosamente si sigues manchando o no. En caso de que tras unas horas sigas sospechando pérdidas, lo mejor es que acudas a urgencias para valoración por un especialista.

¿Por qué es importante saber si se ha roto la bolsa?

La rotura de la bolsa en sí no supone un problema; sin embargo, al perder la función protectora, las probabilidades de que el bebé pueda adquirir una infección son algo mayores. Es por ello que si pasan más de 12-18h se precisa tratamiento antibiótico para disminuir el riesgo de infección

Tengo la bolsa rota ¿qué va a pasar ahora?

Nuestro consejo es que acudas a urgencias. En el caso de que el líquido sea claro y estés de más de 37 semanas, puedes hacerlo con tranquilidad. Por el contrario, sería motivo de que algo pueda no ir bien y se recomienda acudir rápido a urgencias si:

- El líquido es teñido, es decir verde, marrón, amarillento o rojo.
- Estás de menos de 37 semanas.
- Presentas sangrado igual o mayor que una regla.

En la mayoría de los centros, las embarazadas con una bolsa rota son ingresadas a la espera del inicio del parto y si este no se produce de forma natural, se inicia la inducción del mismo. Solo en los casos en los que el tiempo de bolsa rota sea mayor de 12-18 horas o se precise finalizar la gestación con brevedad por algún motivo, se inducirá directamente el parto.

MONITORIZACIÓN FETAL 16

Los registros cardiotocográficos o monitores fetales se realizan para comprobar bienestar fetal, es decir, no dice si el bebé está bien o no escuchando su frecuencia y ritmo cardiaco. Además, también detecta las contracciones uterinas si éstas se encuentran presentes.

Ambos parámetros se registran mediante 2 pequeñas cápsulas colocadas sobre el abdomen de la futura mamá y sostenidos cada uno con una cinta elástica.
El monitor es controlado tanto por matronas como por ginecólogos, y la duración de la prueba es de 15 a 30 minutos, aunque a veces se necesita ampliarlo más tiempo para valorarlo bien.

Se recomienda la comer antes de la prueba, ya que con la comida el bebé se estimula y el monitor es más valorable.

Esta prueba se indicará por diferentes motivos:

- En urgencias, desde la semana 28 de gestación ante cualquier consulta que precise valorar el bienestar del bebé o las contracciones.
- En consulta, desde la madurez fetal (sobre las 38 semanas) hasta el parto, aunque se pueden indicar antes en el caso de precisarlo (gestaciones de riesgo, alteraciones en el peso del bebé, contracciones ...)

- Durante el parto: nos informa de si el bebé se encuentra bien y que tolera el trabajo de parto.

17 EL PARTO INDUCIDO

En algunas ocasiones, se produce la decisión de finalizar una gestación. Esto puede ocurrir bien por motivos médicos cuando la continuación del embarazo supone un riesgo para la madre y/o el feto o bien, por motivos personales (inducción electiva).

La inducción del parto se trata de un procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas para que se produzca el parto. Esto puede llevarse a cabo con diferentes tratamientos, en un intento de que el parto tenga lugar por vía vaginal.

¿En qué consiste?

La inducción puede hacerse por medios mecánicos, como es mediante un tacto vaginal, despegar las membranas del útero, lo que estimula el inicio de contracciones, o la rotura de la bolsa de las aguas. Además de los medios mecánicos, se utilizan fármacos que estimulan las contracciones. Entre ellos, las prostaglandinas se utilizan para mejorar las condiciones del cuello de útero y la oxitocina para provocar contracciones.

En la actualidad, la aparición de métodos cada vez más eficaces y seguros de inducción del parto, asociado al progreso de la medicina perinatal, hacen de esta técnica un método eficaz y de uso cada vez más extendido en la práctica obstétrica.

¿ESTOY DE PARTO? 18

¿Qué es el parto?

El parto es un proceso fisiológico por el cual sale el bebé desde el interior del útero al exterior. El concepto de parto es fácil de entender, sin embargo, en la actualidad, desconocemos el momento exacto en que se inicia y las causas que lo ponen en marcha.

Sabemos que el parto se produce gracias a la presencia de contracciones uterinas que de forma progresiva van aumentando hasta que consiguen unas modificaciones en el cuello del útero que permiten que este se dilate y salga el bebé.

¿Cuándo se está de parto?

Se considera que el parto se inicia cuando se producen contracciones rítmicas, progresivas en intensidad y duración y dolorosas, siendo, al menos, de mediana intensidad y llegando a producirse dos o más en el intervalo de 10 minutos. Además, a la exploración se encuentra el cuello blando, acortado en más de un 50% de su longitud inicial y dilatado en más de 2-3 cm.

¿Cuándo debo acudir al hospital?

El comienzo del parto es variable de una mujer a otra. Es frecuente que una mujer tenga dudas respecto a si ha iniciado el parto o bien se trata de una falsa alarma. No obstante, hay situaciones en las que resulta necesario acudir a consultar como son:

- Rotura de la bolsa de las aguas, existan o no contracciones. Esto no significa necesariamente que se haya iniciado el parto, aunque si es un motivo para acudir al médico.
- Sangrado vaginal.
- Dolor abdominal persistente con sensación de contracción uterina o "tripa dura" que no cede, con al menos dos en 10 minutos, tienen mayor duración y resultan más dolorosas.

Ante la duda de si ha comenzado o no el parto, es preferible consultar. Los médicos y las matronas estamos acostumbrados a atender a mujeres que no están seguras sobre si el parto ha comenzado, especialmente las embarazadas por primera vez. Es preferible volver al domicilio con el diagnóstico de una falsa alarma que encontrarse ante una situación comprometida por no haber consultado a tiempo.

19 ANALGESIA DURANTE EL PARTO

El dolor es uno de los grandes miedos que tiene la mujer embarazada. Sin embargo, hoy en día se han desarrollado diversos métodos y técnicas orientadas a disminuir el dolor y mejorar el confort de la madre durante la dilatación y el parto. Pueden diferenciarse en:

Métodos no farmacológicos

- Apoyo durante el parto
- Inmersión en agua
- Respiración controlada
- Hipnosis
- Acupuntura

Métodos farmacológicos

- Anestesia inhalatoria (óxido nitroso)
- Analgesia parenteral (intramuscular o intravenosa)
- Bloqueo de nervios puedendos y paracervical
- Analgesia local (piel y músculos en la episiotomía)
- Bloqueo espinal (epidural y subaracnoideo)
- Anestesia general

Analgesia epidural

Es una técnica anestésica que elimina o alivia notablemente el dolor de la zona inferior del abdomen, incluido el útero y la vagina. Elimina el dolor tanto de las contracciones uterinas como el producido por la distensión de los tejidos que produce el paso del bebé por el canal del parto. Una de las principales ventajas de esta técnica anestésica es que la madre permanece totalmente consciente durante el parto, por lo que puede tener una colaboración activa en el mismo.

El medicamento puede tardar entre 10 y 20 minutos en hacer efecto y lo habitual es notar progresivamente un alivio del dolor, aunque se mantienen algunas sensaciones como presión asociada a las contracciones, pero no dolor. También es posible sentir las piernas cansadas, pesadas o con hormigueos.

Una variante es la analgesia intradural, en la cual se inyecta una dosis única en el espacio subaracnoideo (más interno que el epidural) teniendo un efecto rápido, pero con el inconveniente de tener un tiempo de acción limitado, por lo que resulta necesario tener una previsión de la duración del parto. A veces se combinan las dos modalidades (epidural e intradural) para tener por una parte una analgesia de inicio rápido y por otra, poder mantener de manera prolongada la analgesia administrando nuevas dosis si es necesario.

¿Cuándo se puede poner?

El momento de la administración de la anestesia epidural depende de cada caso, pero en general no se realiza hasta que se confirma que la mujer se encuentra de parto franco y no se trata de una "falsa alarma", esto es, cuando las características del cuello del útero han cambiado y se ha producido cierta dilatación en el cuello del útero.

¿Puede utilizarla todas las mujeres?

La analgesia debe ofrecerse a todas las mujeres de parto, y salvo negativa de la mujer o contraindicación médica expresa, no existe ninguna razón para no utilizarla.

Puede ocurrir que se produzca un desarrollo rápido de la dilatación o bien que la mujer llegue al centro hospitalario con una dilatación muy avanzada y se prevea el nacimiento inminente en cuyo caso, no tiene entonces sentido la administración de la analgesia epidural ya que posiblemente el bebé nacerá antes de que la analgesia pueda a mostrar su efecto.

¿Es segura?

El análisis de los resultados de su uso durante largo tiempo en un gran número de mujeres indica que la analgesia epidural es una técnica muy segura tanto para la madre como para su hijo. Las complicaciones derivadas de la técnica son escasas y en su mayoría de carácter leve y transitorio. Las más frecuentes son:

- Disminución de la tensión arterial materna.
- Dolor de cabeza que pude manifestarse en las siguientes 24 horas y que generalmente cede con analgesia y cafeína.
- Fallo en la analgesia. En algunas ocasiones no se consigue un adecuado alivio del dolor.

En algunos casos puede producirse un breve periodo de disminución de las contracciones uterinas. En general, el curso del parto no se afecta o bien se mejora al permitir que la madre se encuentre más relajada pudiendo empujar activamente para ayudar a descender al bebé por el canal del parto.

La analgesia epidural no aumenta la tasa de cesáreas. En caso de que fuera precisa la realización de una cesárea, por la aparición de alguna complicación, puede utilizarse el catéter ya insertado para aumentar el grado de analgesia permitiendo la realización de la cesárea sin retrasos. Una ventaja añadida, es que la madre permanece consciente y puede ver a su recién nacido nada más salir.

También es posible realizar maniobras instrumentales como la aplicación de fórceps o espátulas o la realización de un corte en los tejidos del periné (episiotomía) para ayudar a la extracción del bebé, sin que la madre sienta dolor.

20 PERIODOS DEL PARTO
1º PERIODO: DILATACIÓN

Es el periodo que comprende desde el inicio de las primeras contracciones (lo que se conoce como etapa prodómica o pródromos) hasta que se alcanza la dilatación de 1O cm (dilatación completa).

Se distinguen dos fases del periodo de dilatación.

1ª fase o fase prodómica

en ella comienzan a aparecer contracciones con una intensidad leve o moderada, normalmente bien toleradas, con una frecuencia y duración irregular.

Durante este periodo se produce un borramiento (acortamiento del cuello uterino) y dilatación del cuello uterino hasta los 4cms. La duración de esta fase varía dependiendo de sí es el primer parto de la mujer (donde podría llegar a durar hasta 20 horas) o si la mujer ya ha presentado un parto previo donde este proceso podría durar hasta 14 horas.

Esta primera fase no debe nunca confundirse con el falso trabajo de parto, caracterizado por contracciones poco frecuentes y de intensidad irregular que no van en aumento y que se focalizan principalmente en el abdomen inferior, cediendo en muchas ocasiones con el reposo.

2ª fase o fase activa de parto

es aquella en la que se produce la dilatación de los 4cm hasta los 1O cm.

En esta, las contracciones son cada vez más frecuentes, de mayor duración e intensidad con lo que acelera el proceso de dilatación, siendo el promedio de dilatación de 1,2 cm por hora en mujeres que no han tenido ningún parto previo y de 1,5cm por hora en mujeres que ya han parido en alguna ocasión, (si bien hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones la evolución de la dilatación no se ajusta a este patrón y por tanto no debemos generalizar ya que el proceso de dilatación es individual y único en cada mujer).

2º PERIODO 20
EL PERIODO EXPULSIVO DEL PARTO

El periodo de expulsión fetal comprende desde que el cuello se encuentra completamente abierto (dilatación de 10 cm.), hasta la salida del bebé al exterior. Para ello, ha de pasar lo que llamamos 4 planos o "escalones" hasta llegar a la salida.

En esta fase es en la que la madre tendrá que empujar coordinada con las contracciones, para ayudar a salir al bebé. Por su parte, el bebé usará diversos mecanismos de adaptación al espacio disponible para traspasar el estrecho pasillo que constituye el canal del parto, formado por la pelvis ósea y los músculos del suelo pélvico.

En este momento, el estiramiento y distensión de la vagina y de los músculos es máximo para permitir la salida el exterior, primero de la cabeza de bebé y detrás, el resto del cuerpo.

Tras la salida del bebé, se esperan al menos 30 segundos o a dejar de notar el latido del cordón umbilical para cortarle.

3º PERIODO
ALUMBRAMIENTO

Se llama alumbramiento a la tercera del parto, cuando se expulsa la placenta. El tiempo en el que sale la placenta tras la salida del bebé debe ser inferior a 30 minutos.

Hay 3 formas de alumbramiento:

- Alumbramiento espontáneo es cuando dejamos que se desprenda la placenta de manera natural.
- Alumbramiento dirigido es cuando tras la expulsión del bebé se administra oxitocina para facilitar un rápido desprendimiento de la placenta.
- Alumbramiento manual, que consiste en la extracción manual de la placenta. Está indicado en la realización de cesárea, y cuando la placenta se ha quedado total o parcialmente retenida dentro del útero más de 30 minutos tras la expulsión fetal.

21 PUERPERIO INMEDIATO

Son las 2 horas posteriores al parto. En estas horas es importante controlar el estado de la madre, la contracción uterina y el sangrado vaginal que presente.

Durante esta fase el recién nacido se encuentra desnudo sobre el pecho y abdomen de la mamá en el proceso conocido como "piel con piel". Es aconsejable que la primera hora de vida del recién nacido se mantenga realizando este contacto, siempre y cuando no existan contraindicaciones médicas que requieran que el recién nacido sea asistido por pediatría.

Si ha decidido optar por la lactancia materna, es aconsejable colocar a bebé al pecho durante la primera hora después de nacimiento.

Si opta por la lactancia artificial, le proporcionaremos lo necesario para ello, además de administrar medicamentos para evitar la subida de la leche y recomendar sujetador compresivo.

El bebé siempre estará en la misma habitación que la mamá, salvo indicación médica formal que diga lo contrario.

LACTANCIA MATERNA 22

Todos sabemos lo beneficiosa que es la lactancia materna. La leche materna es la mejor alimentación por sus múltiples beneficios tanto para su bebé como para la futura mamá. Además, crea un vínculo afectivo entre ellos muy importante.

Sin embargo, no todas las mamás querrán o podrán dar el pecho al bebé, y tampoco hay que culparse por ello. Hoy en día, los preparados lácteos para los bebés están enriquecidos con los nutrientes que el bebé necesita para crecer fuerte y sano. En el caso de optar por lactancia artificial, tenéis que comunicárselo al personal sanitario después del parto para que os prescriban un tratamiento y así poder retirar y evitar la subida de la leche.

En los programas de educación maternal o preparación al parto os informarán sobre todo lo necesario acerca de la lactancia materna y artificial: técnicas de lactancia, posturas, conservación y extracción de la leche, etc. Siempre ante cualquier duda o problema, tanto con la lactancia materna como artificial, podéis consultar con vuestra matrona o ginecólogo. Acordaos que también tras el parto, seguimos ahí para ayudaros.

23 ANTICONCEPCIÓN DESPUÉS DEL PARTO

Cuando iniciar los anticonceptivos tras el parto

El periodo de infertilidad tras el parto es muy breve. En las mujeres que no lactan, la ovulación puede ocurrir durante la tercera semana del puerperio. Solo aquellas mujeres que lacten de manera exclusiva, es decir, que sus bebés se alimenten solamente de leche materna, tienen un periodo de infertilidad más amplio, pero sin tener la certeza de cuándo se producirá su primera ovulación.

Por ello, se debe establecer la utilización de algún método anticonceptivo desde el reinicio de las relaciones sexuales para evitar un embarazo inesperado.

Métodos anticonceptivos en el puerperio

Métodos de barrera

Por su facilidad de utilización y por su inocuidad para la madre o para lactante, son muy recomendados durante el puerperio.

El preservativo, solo o asociado a un espermicida (sustancia que tiene el efecto de destruir los espermatozoides) es el método de barrera más utilizado en el puerperio. Correctamente usado, tienen una alta eficacia para prevenir no solo el embarazo sino también las enfermedades de transmisión sexual.

No se deben usar esponjas, capuchones cervicales o diafragmas hasta finalizar el puerperio, es decir, hasta que transcurran seis semanas después del parto, porque hasta entonces, no se produce la recuperación de los órganos pélvicos y de la vagina a su estado previo a la gestación. Por otra parte, en este periodo la posibilidad de infección es mayor.

Anticonceptivos hormonales.

Anticonceptivos hormonales en las madres lactantes

En la lactancia, se pueden dar anticonceptivos que solo contengan una de las dos hormonas, el progestágeno. Estos pueden administrase como píldoras, implantes o dispositivos intrauterinos liberadores de gestágenos (DIU hormonal).

Anticonceptivos hormonales en las madres no lactantes

Las indicaciones y contraindicaciones de los anticonceptivos hormonales en las madres que no lactan son las mismas que fuera del puerperio. En la actualidad, es posible su utilización a través de píldoras que se toman diariamente (las mismas que en las madres lactantes o las píldoras combinadas de estrógeno y progesterona), parches transdérmicos que se cambian semanalmente, o anillos vaginales de utilización mensual. La elección dependerá de las preferencias de la mujer.

Dispositivos intrauterinos

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo altamente eficaz con la ventaja de que no precisa la administración diaria como ocurre por ejemplo con los anticonceptivos orales. Las contraindicaciones o limitaciones para su uso son las mismas en el puerperio que fuera de él, y no interfieren con la lactancia. Los dispositivos pueden contener hormonas (progesterona) o no (DIU de cobre).

Métodos irreversibles

Femenina: La esterilización tubárica o ligadura de trompas, es un método muy eficaz pero irreversible. Si el parto ocurre por cesárea y siempre que la madre haya expresado por escrito su consentimiento para la realización de la ligadura tubárica, esta se realiza en el mismo acto. Si el parto ocurre por vía vaginal, se prefiere demorar la intervención al menos seis semanas.

Masculina: La vasectomía consiste en la ligadura y sección de los conductos que llevan el esperma desde los testículos hacia el exterior. Es otra opción a considerar en caso de no querer más descendencia.

En cualquier caso, consulta con tu ginecólogo las diferentes opciones que más se ajustan a tu perfil.

24 REHABILITACIÓN DEL SUELO PÉLVICO TRAS EL PARTO

Últimamente se oye hablar mucho de la importancia del suelo pélvico, pero

¿Qué es el suelo pélvico?

El suelo pélvico es un conjunto de músculos y ligamentos que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior.

Su función consiste en sostener los órganos pélvicos (vejiga, recto, útero) en la posición adecuada: evita prolapsos, mantiene la continencia (fecal/miccional) y mejora la actividad sexual.

Imaginad una hamaca: la "tela" de la hamaca serían los músculos del suelo pélvico.

¿Por qué se debilita el suelo pélvico en el embarazo y el parto

En el embarazo se debilitan los tejidos de la musculatura del suelo pélvico por:

- Sujetar el peso del útero.
- La hiperlaxitud que producen en los tejidos los cambios hormonales (se "dan de sí").
- La distensión de los tejidos por el paso del bebé en el parto.

¿Qué puede pasar si el suelo pélvico se debilita?

Tras el embarazo y el parto, es usual que las mujeres sufran, en mayor o menor grado:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo (se escapa el pis al toser, al reír, al saltar…)
- Prolapsos genitales (se "cae" la vejiga, el útero o el recto y se nota un "bulto" en la vagina).
- Hiperlaxitud vaginal (la vagina se queda más "abierta"), lo que conlleva relaciones sexuales menos placenteras (por falta de fricción).

¿Por qué hacer rehabilitación del suelo pélvico tras el parto?

Poco a poco tras el parto el suelo pélvico se va recuperando, ya que los factores que lo han debilitado desaparecen. Sin embargo, la fuerza del suelo pélvico nunca se recupera completamente, y algunas mujeres podrán quedarse con algunos de estos problemas en el futuro, sobre todo las que tiene más de 1 parto o han tenido partos instrumentados (fórceps, ventosas o espátulas). También dependerá mucho de la fuerza que tenga la mujer en el suelo pélvico previamente.

Por ello, es muy beneficioso realizar la rehabilitación del suelo pélvico tras el parto, ya que no sólo os ayudará a recuperar el tono muscular que se pierde tras el embarazo y el parto, sino que ayudará a prevenir estos mismos problemas en el futuro, cuando factores como la menopausia entre otros, influyan en su debilitamiento.

¿Es importante acudir a los programas de rehabilitación de suelo pélvico o los puedo hacer yo sola?

Los ejercicios de suelo pélvico (Ejercicios de Kegel) en sí son sencillos; sin embargo, no todo el mundo los hace bien. Para realizar adecuadamente los ejercicios de suelo pélvico lo primero que tenemos que tener es "conciencia de nuestro suelo pélvico", lo que no todo el mundo tiene. Por ello, nosotros siempre recomendamos que se acuda a un fisioterapeuta especialista en suelo pélvico al menos hasta aprender a tomar esa conciencia de nuestra musculatura pélvica, para luego ya trabajarla de forma individual en casa.

También recomendamos los abdominales hipopresivos, ya que os ayudarán a fortalecer la musculatura abdominal de nuevo, que además será esencial complemento para sostener el suelo pélvico.

Recuerda siempre a tu ginecólogo que te derive a una unidad de fisioterapia especializada en suelo pélvico.

Porque la prevención es la mejor medicina.

La publicación ha sido diseñada utilizando imágenes de Freepik.com

POLICLINICA
NTRA. SRA.
DEL ROSARIO

F1809250028V1

Policlínica Nuestra Señora del Rosario
UNIDAD DE OBSTETRICIA

c/Vía Romana s/n
07800 Ibiza (Baleares)

www.grupopoliclinica.es