

GUÍA DE EMBARAZO, NACIMIENTO Y PUERPERIO

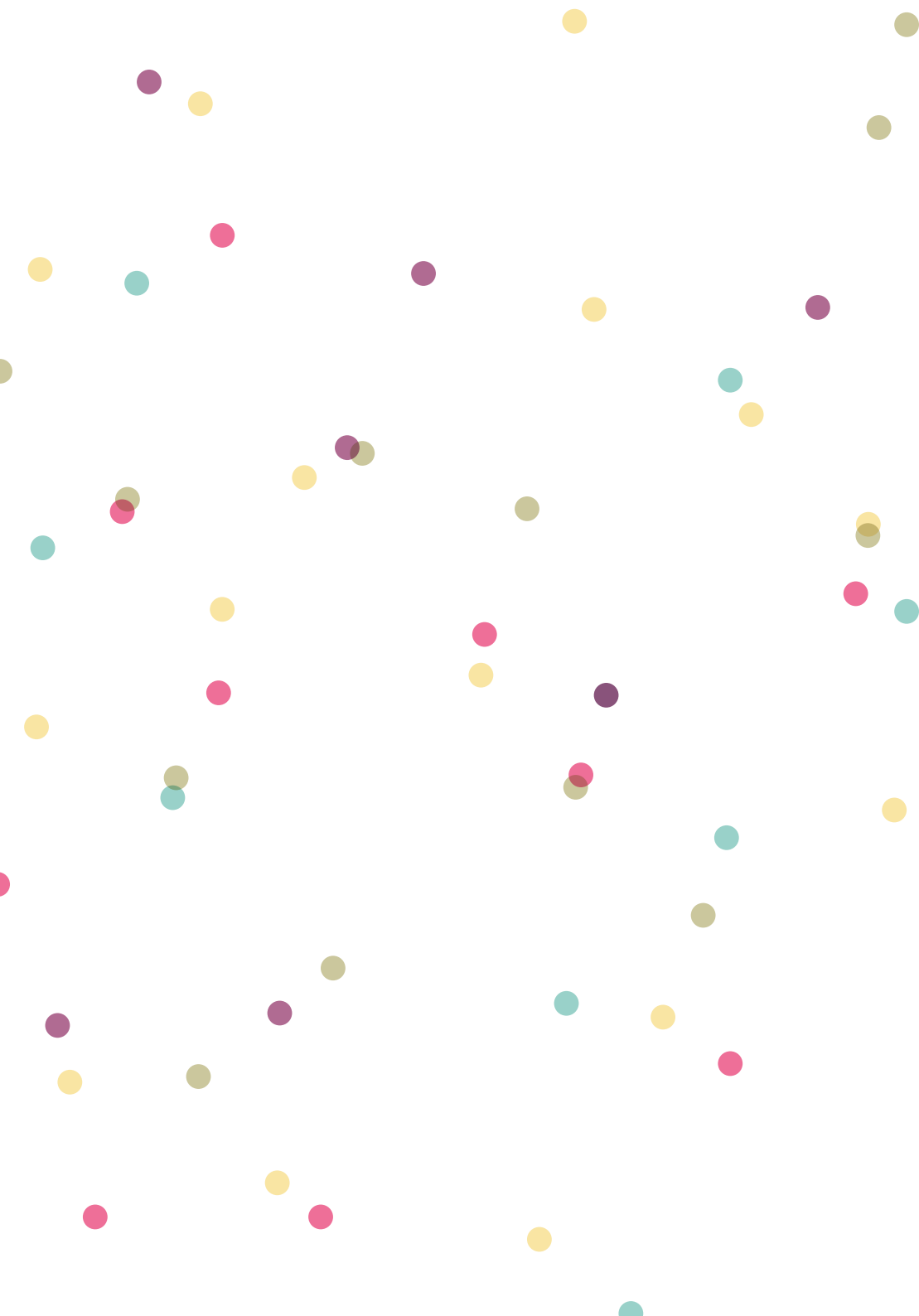


Principado de
Asturias

Consejería
de Salud



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



GUÍA DE EMBARAZO, NACIMIENTO Y PUERPERIO



Principado de
Asturias

Consejería
de Salud



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Estrategia de Salud
de las Mujeres de Asturias
2024 - 2030

Promueve

Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental.

Edita

Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental.
Servicio de Salud Poblacional.

Coordinación del documento

Elena Sánchez Huerta.
Técnica de Salud del Servicio de Salud Poblacional.
Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental.

Maquetación y edición

Marta Viera / @lapilaestudio_
Licencia imágenes portadillas,
unsplash.com

Impreso en Asturias

Gráficas Summa. Llanera.
Papel Creator Matt.



Depósito legal

02990-2024 / 3ª edición

Para citar el documento

Consejería de Salud.
Gobierno del Principado de Asturias.
Guía de Embarazo, Nacimiento y Puerperio.
Oviedo. 2024.

**Copias adicionales de este documento
pueden obtenerse en versión electrónica
a través de www.astursalud.es**

Agradecimiento

A todas las personas que han colaborado en esta edición y en ediciones anteriores, sin las que este trabajo no habría sido posible, y a las entidades que han participado en su revisión, especialmente a COCEMFE y a la Asociación Amamantar.

GUÍA DE EMBARAZO, NACIMIENTO Y PUERPERIO

COORDINACIÓN

Elena Sánchez Huerta

Consejería de Salud

REVISIÓN

María Josefa Álvarez Martín
Clara Álvarez Menéndez
Marta Castillo Núñez
Carlota Cima Díaz
María Belén del Coz Díaz
Lucía del Fresno Marqués
Sara Diez González
Carmen Felipe Spada
María Covadonga Fernández Cañedo
Carmen Belén Fernández Ferrera
Sara Fernández Menéndez
María Folgueiras Artime
Ignacio García Fraile
Marta García López
María Gómez Rodríguez
Carolina González Suárez
María Isabel Gutiérrez López
Marta Huerta Huerta
Laura Mantecón Fernández
Adela Martín González
Mar Miguel Redondo
Emma Moatassim Fernández
Zulima Palencia González
María Pedregal Álvarez
Verónica Riestra García
Cristina Rodríguez Dehli
Esther Tornín Cabiellés
Susana Vidal Fernández
Inés Zamanillo Rojo

Instituto Asturiano de la Mujer
Hospital del Oriente de Asturias
Hospital Valle del Nalón
Hospital Universitario Central de Asturias
Centro de Salud Puerta de la Villa
Hospital Universitario Central de Asturias
Consejería de Salud
Consejería de Salud
Centro de Salud Cangas del Narcea
Hospital Universitario Central de Asturias
Hospital Universitario Central de Asturias
Centro de Salud Trevías
Hospital Álvarez-Buylla
Hospital Universitario San Agustín
Centro de Salud Cangas del Narcea
Centros de Salud de Llanera, Lugones y Noreña
Hospital Universitario Central de Asturias
Servicios Centrales del SESPA
Hospital Universitario Central de Asturias
Hospital Valle del Nalón
Centro de Salud Montevil
Servicios Centrales del SESPA
Hospital Carmen y Severo Ochoa
Consejería de Salud
Hospital Universitario San Agustín
Hospital Universitario San Agustín
Centro de Salud La Felguera
Hospital Universitario Central de Asturias
Consejería de Salud



*Puedes ir directamente
al apartado que te
interese haciendo click
sobre su título*

ÍNDICE

1 / Presentación	7
2 / La consulta preconcepcional	13
3 / Estás embarazada	17
3.1 / Ser madre en Asturias	17
3.2 / ¿De cuánto estoy embarazada?	18
3.3 / Desarrollo de la gestación por trimestres	18
3.4 / Visitas de control durante el embarazo	20
3.4.1 / Exploraciones y pruebas complementarias	20
3.4.2 / Vacunaciones	26
3.4.3 / Sesiones de Educación Parental	28
3.5 / Cambios durante el embarazo	28
3.6 / Hábitos de vida saludable y cuidados durante el embarazo	32
3.6.1 / Alimentación equilibrada y segura	32
3.6.2 / Suplementación	37
3.6.3 / Ejercicio físico	38
3.6.4 / Salud mental perinatal	42
3.6.5 / Salud Sexual	44
3.6.6 / Hábitos tóxicos	45
3.6.7 / Disruptores endocrinos	46
3.6.8 / Enfermedades infecciosas	47
3.6.9 / Consumo de medicamentos	50
3.6.10 / Los viajes	50
3.6.11 / La violencia de género	51
3.6.12 / ¿Cuándo acudir a Urgencias?	54
3.6.13 / El embarazo en situaciones especiales	54
4 / Llegamos al momento del parto	57
4.1 / El parto normal	57
4.1.1 / 1ª Etapa del parto: la Dilatación	57
4.1.2 / 2ª Etapa del parto: el Expulsivo	59
4.1.3 / 3ª Etapa del parto: Alumbramiento y primeros cuidados de tu bebé	60
4.2 / Cuidados y recomendaciones durante el parto normal	60
4.3 / Manejo del dolor en el parto	63
4.4 / El plan de parto	65

5 / Y después del parto, el puerperio	71
5.1 / Cambios del puerperio	71
5.2 / Cuidados del puerperio	73
5.2.1 / El suelo pélvico	74
5.2.2 / La actividad física	74
6 / ¿Qué cuidados necesita tu hija o hijo?	79
6.1 / Cuidados inmediatos tras el nacimiento	79
6.2 / La alimentación de tu bebé	80
6.3 / Pruebas para detectar algunas enfermedades congénitas	82
6.4 / Cuidados corresponsables	83
7 / Guía de salud oral en el embarazo y la primera infancia	85
7.1 / El cuidado de la boca de la embarazada	85
7.2 / El cuidado de la boca en la primera infancia	88
8 / Guía de lactancia materna	93
8.1 / Lactancia Materna: una responsabilidad colectiva	93
8.2 / Las claves para amamantar	94
8.3 / Cómo saber si toma suficiente cantidad de leche	106
8.4 / Saber qué dificultades pueden aparecer y cómo encontrar soluciones	107
8.5 / Saber cómo extraer y conservar tu leche	116
8.6 / Recuerda que no estás sola	121
9 / Protección del embarazo y la maternidad en el trabajo. Derechos	125
9.1 / Prestación por riesgo durante el embarazo y/o durante la lactancia natural	127
9.2 / Permisos para exámenes prenatales y clases de preparación del parto	127
9.3 / Permiso retribuido por nacimiento y cuidado del menor	127
9.4 / Permisos y prestaciones, en caso de hospitalización de tu bebé	129
9.5 / Permiso retribuido por lactancia	129
9.6 / Excedencia por cuidado del menor, no retribuida	129
9.7 / Reducción de jornada no retribuida, por cuidado del menor	130
9.8 / Deducción por maternidad y otras prestaciones	130
10 / Directorio de referencias prácticas	133
11 / Abreviaturas utilizadas	139
12 / Webgrafía	141

1/PRESENTACIÓN



GUÍA DE EMBARAZO, NACIMIENTO Y PUERPERIO

Esta guía está dirigida a las mujeres que planifican su embarazo o que ya están embarazadas, a las que están amamantando o por el contrario alimentan a su bebé con ayuda del biberón, y también a sus parejas y sus familias. Pretende informar sobre la evolución normal del embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia, y contribuir al mantenimiento de actitudes sanas y positivas durante su desarrollo.

Las recomendaciones generales que aquí se exponen pueden ser aplicadas en la mayoría de los casos. En algunas circunstancias tales como embarazo gemelar, problemas del desarrollo fetal, existencia de algún problema de salud, o cuando sea necesaria alguna intervención durante el parto, deberás recibir información adicional acerca de tu situación particular.

Los cuidados que recibas durante el embarazo, el parto y el puerperio, deben tener en cuenta tus necesidades y preferencias personales. Cada embarazo, parto y nacimiento es diferente, y la experiencia de cada mujer es única, por lo que es conveniente que conozcas las distintas opciones disponibles, para que puedas ir tomando decisiones informadas a lo largo de estos procesos.

La información y las recomendaciones se basan en la evidencia científica y en las guías de buenas prácticas disponibles en este momento. Esperamos que esta guía sea de utilidad para ti, como documento de consulta durante esta importante etapa de tu vida.

Ángel José López Díaz,
director general de Salud Pública y Atención a la Salud Mental.

GUÍA DE EMBARAZO, NACIMIENTO Y PUERPERIO

La presente guía contiene enlaces donde encontrarás infografías, páginas web y vídeos que pueden ser de tu interés.

Al final encontrarás una **webgrafía** con todos los enlaces que corresponden a cada una de las páginas.

Puedes consultarlos haciendo click sobre iconos como este:





2/ LA CONSULTA PRECON- CEPCIONAL

Si estás pensando en quedarte embarazada debes cuidarte como si ya lo estuvieses. La gestación se inicia antes de que sepas que estás embarazada, y en esas primeras semanas de embarazo los órganos ya empiezan a formarse. Además, el estado de salud previo a la concepción influye en la correcta evolución del embarazo. Este sería, por tanto, un buen momento para iniciar una alimentación saludable, realizar esfuerzos en la supresión del hábito tabáquico, no consumir alcohol o cuidar el exceso de peso, si lo hubiese.

Te recomendamos que solicites **consulta con tu matrona**, te informará de las recomendaciones de hábitos de vida y cuidados que mejor resultan de

cara a la buena evolución del embarazo. Además, podrá resolver las dudas que tengas en esos primeros días.

En esa consulta también se realiza una valoración del calendario vacunal y, en caso de necesidad, se recomendará la inmunización frente a infecciones potencialmente peligrosas durante el embarazo, antes del inicio del mismo.

Aprovecharemos también para completar las revisiones de salud (por ejemplo, el cribado de cáncer de cérvix) y para planificar el inicio de las suplementaciones que sean necesarias.

Esta consulta preconcepcional está especialmente recomendada para aquellas mujeres con:

¿Sabías que...?

El consumo de alcohol y el déficit de yodo constituyen las principales causas no genéticas de retraso en el neurodesarrollo. Así mismo, el déficit de ácido fólico se asocia a defectos del tubo neural.

Por todo ello, desde el momento en que inicies la búsqueda de tu embarazo no deberías probar ni una gota de alcohol y te aconsejamos que inicies la toma de suplementos

- Enfermedades crónicas (hipertensión arterial –HTA–, diabetes mellitus –DM–, enfermedad tiroidea, epilepsia, trombofilias, enfermedades autoinmunes, etc.).
- Antecedentes de enfermedades congénitas.
- Discapacidad.
- Problemas reproductivos.

En estos casos, el periodo preconcepcional nos va a permitir:

- Realizar e interpretar las pruebas complementarias necesarias sin las limitaciones que produce el embarazo.
- Ajustar o modificar las medicaciones precisas a fármacos compatibles con el embarazo.
- Informar a la mujer de las expectativas de evolución de la enfermedad a lo largo de la gestación y el manejo de las posibles complicaciones que pueden producirse con repercusión materna o fetal.

En estos casos se recomienda una **valoración médica** de cara a planificar el mejor momento para la gestación.



IMPORTANTE

Vacunaciones si estás planeando un embarazo

Es particularmente importante que las mujeres en edad fértil y cuando se esté planeando un embarazo aseguren la inmunidad frente al **sarampión**, la **rubeola**, la **parotiditis** y la **varicela**, ya que las vacunas frente a estas enfermedades están contraindicadas durante el embarazo y la infección en mujeres embarazadas no inmunes puede afectar negativamente el resultado de la gestación. Se recomiendan 2 dosis de vacuna con un intervalo de al menos 4 semanas entre las dosis.



3/ ESTÁS EMBARAZADA

3.1 / Ser madre en Asturias

Ser madre es más que gestar y parir. Ser madre es una vivencia profundamente transformadora, transgeneracional y transcultural, que nos conecta con las mujeres que han pasado por este mismo proceso en otro tiempo y en otro espacio. Y que no deja indiferente a nadie, pues todas las personas somos hijos e hijas. Ya hemos vivido esta historia, pero desde el otro extremo de la cadena.

A pesar de ser una vivencia tan universal, va a estar muy marcada por las circunstancias particulares de cada mujer y de su entorno.

Las mujeres viven su maternidad desde la diversidad de sus vidas y sus circunstancias: origen, orientación sexual,

situación familiar y laboral. A pesar de sus muchas diferencias, todas las mujeres que reciban esta guía tienen en común una cosa, van a vivir su maternidad en un contexto muy concreto como es Asturias.

En el siguiente enlace encontraréis una infografía que, a modo de fotografía, intenta reflejar de manera muy resumida la situación de Asturias en relación a la maternidad.



¿Sabías que...?

El embarazo se mide en semanas y días. Aporta mucha más precisión que hablar de meses

3.2 / ¿De cuánto estoy embarazada?

La edad gestacional se calcula a partir del primer día de la última menstruación (FUR, fecha de última regla), por eso se habla de 4 semanas de gestación ante la primera «falta», aunque realmente la fecundación haya ocurrido hace sólo 14 días.

La ecografía del primer trimestre proporciona un cálculo más preciso. En caso de discordancia de fechas, será la calculada por ecografía la que prevalezca. La duración del embarazo normal es variable y oscila **entre 37 y 42 semanas**. Si el parto ocurre dentro de estas semanas se llama «parto a término»

La fecha probable de parto (FPP) se calcula coincidiendo con el inicio de la semana 40, pero será importante darle su justo valor. Se trata de una fecha «orientativa», y en ningún caso superarla implica que nuestro parto se está retrasando. Sólo hablaremos de parto post-término cuando éste ocurre después de la semana 42. A partir de la semana 41 de gestación, se suele hacer un control sanitario más estrecho.

3.3 / Desarrollo de la gestación por trimestres

A continuación te contamos algunos datos curiosos sobre el desarrollo de tu embarazo.

♡ CURIOSIDADES

PRIMER TRIMESTRE

Semanas 1ª - 13ª

El embarazo comienza con la unión del espermatozoide y del óvulo en la trompa de Falopio, formando el cigoto.

Éste se divide sucesivamente mientras avanza hacia el útero en cuya pared anida. Pasados unos días tras la implantación, el test de embarazo será positivo

La 4ª semana de gestación marca el inicio del **periodo embrionario**, en el que se desarrollan los principales sistemas y estructuras. Es en esta etapa cuando tiene mayor riesgo de sufrir daños. Alrededor de la semana 6ª comienza a latir el corazón, aunque sólo sea perceptible por ecografía.

Al finalizar la 9ª semana, el embrión ya ha adquirido su forma básica, con lo que se inicia el **periodo fetal**.

Al final del primer trimestre, mide unos 7 cm. de largo y pesa alrededor de 23 g.

 CURIOSIDADES**SEGUNDO TRIMESTRE****Semanas 14ª - 27ª**

Entre las semanas 19ª y 24ª, puedes empezar a sentir los primeros movimientos.

La percepción de éstos varía de una mujer a otra. En el primer embarazo generalmente tardan más en sentirse.

Entre las semanas 19ª y 21ª el feto empieza a oír y responde a ruidos fuertes. En la semana 22ª su cuerpo está cubierto de lánugo, una fina pelusilla que se encarga de que su piel no se reblandezca con el líquido amniótico.

Al final del 2º trimestre ya se han formado todos los órganos esenciales aunque son aún inmaduros. Mide alrededor de 35 cm. y pesa 800 g.

TERCER TRIMESTRE**Semanas 28ª - 40ª/42ª**

A principios del 3º trimestre comienza a reconocer sonidos, y tiene hipo de vez en cuando, que podrá percibirse como movimientos abdominales rítmicos.

En la semana 33ª puede estar ya en posición para el parto, generalmente con su cabeza descansando sobre el cuello uterino.

En este trimestre crece rápidamente, y su piel no está tan arrugada a medida que va acumulando grasa debajo de ella. En las últimas semanas desaparece el lánugo excepto en hombros y brazos, y el cabello se vuelve más grueso y denso.

A partir de la 36ª semana sus pulmones están preparados para respirar fuera del útero sin ayuda.

Al final del 3º trimestre mide alrededor de 50 cm. y su peso suele oscilar entre los 2.500 y los 4.000 g.

3.4 / Visitas de control durante el embarazo

El embarazo es un proceso fisiológico, durante el cual se ofrecen algunos controles para supervisar que se desarrolla con normalidad.

Suelen ser suficientes **entre 6 y 9 visitas**; en ocasiones puede ser necesaria alguna más, sin que esto signifique necesariamente que haya complicaciones.

En las visitas se realizan exploraciones y pruebas complementarias para controlar su evolución. También se te ofrecerá información, y podrás consultar las dudas que tengas relacionadas con el embarazo, el parto, y los cuidados de tu futura hija o hijo.

Cada consulta se realiza en unas semanas concretas del embarazo, con una finalidad determinada. **Es importante que acudas a las consultas programadas**, aunque te encuentres bien.

La primera consulta de embarazo es una de las más importantes. En ella se elabora la historia clínica, que recoge toda la información sobre tu salud, la de tu familia y sobre la evolución de tus embarazos anteriores si los hubo. Estos

datos son importantes para detectar problemas que pudieran afectar al desarrollo de la gestación.

Puedes rehusar hacer aquellas pruebas que no desees; en ese caso el personal de salud que te atienda te explicará las implicaciones de tu decisión, y te ofrecerá alternativas si las hubiera.

3.4.1 / Exploraciones y pruebas complementarias

Si tu embarazo es catalogado de bajo riesgo, realizarás la mayoría de controles con la matrona de tu centro de salud. En cada uno de estos controles se te ofrecerá tomar tu tensión arterial y medir tu peso; así como escuchar el latido fetal y medir la altura de tu útero.

Peso

Durante al menos dos tercios del embarazo, tu cuerpo creará reservas para este periodo y para la lactancia. Si además tenemos en cuenta que hay un bebé creciendo dentro de ti, que el útero aumenta de tamaño, están la placenta y el líquido amniótico, y que tu volumen de sangre casi se duplica... Todo esto conllevará cierta ganancia de peso.

PESO PREVIO AL EMBARAZO	IMC	GANANCIA DE PESO (Kg)	GEMELARES (Kg)
Bajo peso	< 18.5	12 - 18	23 - 28
Normopeso	18.5 - 24.9	11.5 - 16	16.5 - 25
Sobrepeso	25 - 29.9	7 - 11.5	14 - 22.5
Obesidad	> 30	5 - 9	12 - 19



El peso inicial se toma como un valor de referencia, para saber de dónde se parte, pero la idea de que se debe coger un kilo al mes no se sustenta en prueba alguna. Actualmente es más acertado utilizar tablas que se basan en el índice de masa corporal (IMC), pues a mayor sobrepeso, menos peso deberíamos coger.

En algunos embarazos se coge peso en exceso. Sin estigmatizar ni juzgar, hay que comprender que sí son factores que restan salud y aumentan algunos riesgos durante el embarazo, el parto y el puerperio. Por ello, es positivo aprovechar la motivación que se da duran-

Algunas mujeres, especialmente aquellas que han sufrido trastornos de la conducta alimentaria, pueden sentirse mal al ser pesadas. Si ese es tu caso, no dudes en comentárnoslo

te el embarazo para mejorar nuestros hábitos. Una dieta saludable y la práctica regular de ejercicio físico, serán tus grandes aliadas para mantener a raya el aumento de peso.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En un embarazo conviene realizar un mínimo de 3 ecografías, una en cada trimestre

1º TRIMESTRE

Mes 1



Mes 2



Mes 3



Semana 10
Analítica del 1º trimestre
Incluye:
Urinocultivo
OSullivan (si hay factores de riesgo)

Semanas 11-13
Ecografía del 1º trimestre
Permite datar el embarazo y ver el número de fetos. Completa el test combinado para la detección de anomalías cromosómicas.

2º TRIMESTRE

Mes 4



Mes 5



Semanas 19-22
Ecografía del 2º trimestre
Ecografía Morfológica
Permite estudiar la formación de los órganos y detectar numerosas malformaciones congénitas. Determinación del sexo fetal.

Mes 6



Semana 24 aprox
Analítica del 2º trimestre
Incluye el OSullivan

3º TRIMESTRE

Mes 7



Mes 8



Semana 34
Analítica del 3º trimestre

Semanas 34-37
Ecografía del 3º trimestre

Si en la ecografía del 3er trimestre tu bebé está colocado de nalgas te plantearán la posibilidad de hacer una VCE

Mes 9



Semana 37
Exudado vagino-rectal: SGB

Más info sobre Versión Cefálica Externa (VCE):

HAZ
CLICK
SOBRE
EL ICONO



CRIBADOS

Toda actividad orientada a la detección precoz de una enfermedad ofrecida activamente al conjunto de la población susceptible de padecerla, aunque no tenga síntomas ni haya demandado asistencia.

Real Academia Española.



Durante el embarazo, se «ofrecen activamente» a todas las gestantes las siguientes «actividades de detección precoz» de enfermedades:

Cribado de cromosomopatías

El Test Combinado del Primer Trimestre permite conocer el riesgo que tiene el feto de estar afectado por Síndrome de Down o Síndrome de Edwards. Este test combina la edad materna con dos tipos de parámetros: Analíticos y ecográficos.

Tiene mayor fiabilidad cuando se realiza entre las semanas 10ª y 13ª, por lo que se aconseja respetar las fechas que el personal sanitario te asigne para la analítica y la ecografía.

Si el Test Combinado detecta un riesgo elevado, existen dos opciones en función del riesgo:

1. Riesgo muy alto o hallazgo de alteraciones ecográficas concretas

Se ofrece la posibilidad de realizar una prueba invasiva (amniocentesis o biopsia corial) para confirmar o descartar el diagnóstico.

2. Riesgo alto

Se ofrecerá realizar un test prenatal no invasivo (TPNI) en el que, mediante extracción de sangre materna, se analizarán los cromosomas fetales que pasan al torrente sanguíneo de la madre.

Actualmente, el TPNI que se realiza informa acerca de las cromosomopatías de mayor prevalencia como son el Síndrome de Down (Trisomía 21), Síndrome de Edwards (Trisomía 18) y Síndrome de Patau (Trisomía 13), así como el análisis de los cromosomas sexuales.

Cribado precoz de preeclampsia

La preeclampsia es una enfermedad que se puede desarrollar durante el embarazo, que consiste en la presencia de tensión alta y alteraciones en diversos órganos maternos que pueden condicionar también la salud de tu bebé. El cribado de esta patología en el primer trimestre permite identificar aquellas pacientes con riesgo de desarrollarla y así valorar la posibilidad de iniciar un tratamiento preventivo para disminuir las posibilidades de padecerla, así como individualizar los controles que se deban realizar durante el embarazo.

En caso de un alto riesgo en el TPNI, estará indicado realizar una prueba invasiva para el diagnóstico de certeza.



El cribado de preeclampsia consiste en un test sencillo que combina diversas variables, pudiendo incluirse:

- Características maternas.
- Tensión arterial.
- Determinaciones hormonales en la analítica del primer trimestre.
- Doppler de arterias uterinas.
- Marcadores angiogénicos.

Esta evaluación se suele realizar el mismo día de la ecografía del primer trimestre, lo que nos permitirá tener el resultado en el momento.

En caso de que el cribado indique alto riesgo de preeclampsia precoz, tu obstetra te recomendará empezar a tomar un antiagregante plaquetario (Acidoacetilsalicílico a dosis bajas) desde el primer trimestre hasta finalizar la semana 36ª del embarazo. El tratamiento es seguro tanto para la madre como para el/la bebé, y especialmente efectivo para prevenir las formas más precoces de preeclampsia, que son también las más graves.

Score trombosis

Durante el embarazo y el posparto, debido a las condiciones especiales que se

dan a nivel hormonal, físico y a cambios en la coagulación, las mujeres tienen incrementado el riesgo de tromboembolismo entre 4 y 5 veces.

Los dos eventos más frecuentes son la Trombosis Venosa Profunda (TVP) y el Tromboembolismo Pulmonar (TEP), que es más frecuente durante el puerperio y se trata de la principal causa de mortalidad materna directa en nuestro medio.

A toda mujer se le realizará una valoración de riesgo de padecer algún evento trombótico, contemplándose diversos factores como antecedentes de tromboembolismo venoso, comorbilidades, IMC, edad, paridad, hábito tabáquico, entre otros. En función del posible riesgo, se explicará la recomendación de realizar prevención mediante heparinas de bajo peso molecular (HBPM). Este fármaco no atraviesa la barrera placentaria, por lo que no causa alteración de la coagulación fetal, ni está asociado al aumento de anomalías congénitas, además de ser seguro en la lactancia y de fácil administración mediante una inyección subcutánea.

DIABETES GESTACIONAL

• CRIBADO

CRIBADO UNIVERSAL

24 - 28 ss

MUJER CON FACTORES DE RIESGO

< 24 ss

50 g - 1ª hora > o = 140 mg/dl

• DIAGNÓSTICO

TSOG. 100 g GLUCOSA

¿Cómo se valora el TSOG?

Para diagnosticar diabetes gestacional, deben tenerse en cuenta los siguientes valores de referencia:



GLUCOSA:

BASAL (en ayunas):

max. 105 mg/dl

A LA HORA:

max. 190 mg/dl

A LAS DOS HORAS:

max. 165 mg/dl

A LAS TRES HORAS:

max. 145 mg/dl

Cribado de diabetes gestacional:

Test de O'Sullivan

Podemos decir que el embarazo es diabético, en el sentido de que puede inducir diabetes en la mujer embarazada. Esto se debe a que la placenta produce hormonas que funcionan en el sentido contrario a la insulina. Si tu páncreas no es capaz de equilibrar esta situación produciendo más insulina de la habitual, lo más probable es que desarrolles diabetes.

El Test de O'Sullivan es una prueba que consiste en tomar 50 gramos de glucosa y medir tu nivel en sangre una hora después. En España, se realiza de manera universal a todas las embarazadas entre las semanas 24ª-28ª.



Se haría también en el primer trimestre si se considera que existen factores predisponentes tales como:

- Edad materna.
- IMC, mayor o igual a 30.
- Diabetes gestacional previa.
- Antecedentes de diabetes en familiares de primer grado.
- Partos previos de bebés grandes (4 kg o más).

Si el Test de O'Sullivan da positivo (> o =140 mg/dl) se suele indicar realizar la curva larga o test de sobrecarga oral de glucosa (TSOG): Se administran 100 g. de glucosa y se mide la glucemia en ayunas, a la hora, a las dos horas y a las tres horas. Esta prueba sí es diagnóstica de diabetes gestacional. Se considera positiva cuando 2 de las 4 glucemias están alteradas.

3.4.2 / Vacunaciones

Se recomienda la vacunación durante el embarazo frente a las siguientes enfermedades:

Tétanos y difteria

Sólo es necesario vacunar si no se han recibido 5 dosis frente a tétanos con an-



IMPORTANTE

Vacunas contraindicadas en el embarazo

Están contraindicadas durante el embarazo las vacunas de virus vivos atenuados: **triple vírica** (sarampión, rubeola y parotiditis), **varicela**, **fiebre tifoidea oral**, **gripe intranasal** y **tuberculosis** [BCG].

La vacuna frente a la fiebre amarilla, la administración de la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH) y frente al herpes zoster están desaconsejadas.

terioridad. Cuando no exista constancia de vacunación se administrarán 3 dosis con pauta 0, 1 y 6 meses. Una de estas dosis se sustituirá por dTpa de difteria, tétanos y tos Ferina, entre las semanas 27ª y 28ª.

Tosferina

El objetivo de la vacunación es proteger al recién nacido/a en los tres primeros meses de vida. Se recomienda la vacunación con dTpa en cada embarazo, aunque se haya padecido la enfermedad con anterioridad o se haya vacunado previamente, incluso si se trata de embarazos consecutivos dentro de un periodo de 12 meses. Se administrará una dosis de dTpa entre la semana 27ª y 36ª del embarazo.

Gripe

La vacunación proporciona un triple efecto, protección de la madre, del/la recién nacido/a y del/la lactante en los primeros meses de vida. Durante la campaña de vacunación frente a la gripe, se recomienda una dosis de vacuna inactivada en cualquier trimestre del embarazo.

Si tu grupo sanguíneo es Rh negativo deberás acudir a tu hospital o centro de salud de referencia para que te administren la inmunoglobulina ANTI-D en la semana 28ª de embarazo

Covid 19

Se recomienda la administración de una dosis única durante la campaña de vacunación independientemente de si has sido previamente vacunada o no o si se ha padecido la enfermedad. Debe utilizarse una vacuna de ARNm.

Y en circunstancias especiales....

HAZ
CLICK
SOBRE
EL ICONO





Compartir tiempo e información con otras personas que están pasando por tu mismo proceso vital te será de gran ayuda

3.4.3 / Sesiones de Educación Parental

El grupo de iguales como espacio de apoyo, aprendizaje y soporte

*Ibone Olza y Patricia Fernández,
Psicología del embarazo*

En la segunda mitad del embarazo se te ofrecerá la posibilidad de formar parte de un programa de preparación al nacimiento con el fin de facilitarte información y de que adquieras habilidades que te serán útiles para afrontar esta nueva etapa, abordando cuestiones sobre el nacimiento, el puerperio, la alimentación y los primeros cuidados de tu bebé.

El programa se organiza en forma de sesiones de grupo con otras embarazadas, a las que puedes acudir acompañada de tu pareja o de la persona que tú elijas.

La primera sesión que conforma este programa es un taller sobre «Cambios, promoción de hábitos de vida saludable, cuidados y aspectos psicológicos del embarazo». En los siguientes apartados de esta guía recogeremos la información susceptible de ser abordada en este primer taller, quedando a criterio

del o la profesional la realización de dicha sesión grupal, pues son cuestiones que, en muchos casos, se tratan en consulta de forma individual.

3.5 / Cambios durante el embarazo

Durante el embarazo se pueden producir cambios físicos, psíquicos o emocionales, que varían dependiendo de la persona. La mayoría de estos cambios son normales y necesarios para el desarrollo de la criatura, aunque en ocasiones pueden producir alguna molestia o incomodidad, que no suele precisar tratamiento.

A continuación, describiremos los más frecuentes. Si presentas alguno de ellos, es importante tener una actitud positiva y vivirlos con naturalidad y confianza, tu cuerpo está preparado para ello.

Náuseas, vómitos, estreñimiento u otras alteraciones digestivas

Los vómitos y náuseas son síntomas típicos del primer trimestre. A medida que avanza el embarazo, el crecimiento uterino empuja el estómago y esto puede causar acidez y digestiones más lentas, por lo que puedes notar pesadez, gases, reflujo de los ácidos del estómago, así como estreñimiento.

Consejos:

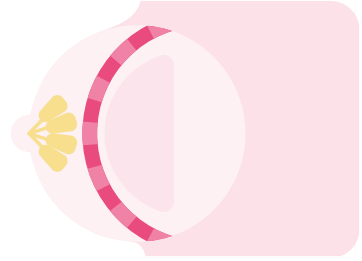
- Usa ropa holgada que no oprima la cintura.
- Reposa incorporada después de las comidas, sin tumbarte.
- Haz comidas frecuentes y poco abundantes. Come despacio masticando bien los alimentos, toma la comida a temperatura ambiente, bebe líquidos entre horas y a pequeños sorbos.
- Es preferible la comida hecha con sencillez y poco condimentada.
- Si las náuseas son matutinas, se puede probar a tomar alimentos secos antes de levantarse, como pan, galletas o cereales.
- Para evitar el estreñimiento conviene incorporar fibra natural a la alimentación (pan integral, cereales integrales, verduras, legumbres, y frutas como naranjas, kiwis, ciruelas, peras, manzanas con piel...), así como beber líquidos abundantes, hacer ejercicio moderado y habituarse a tener horarios regulares.

Modificaciones de las mamas

Puedes notar aumento de tamaño, sensación de tensión mamaria y aumento de la sensibilidad del pezón. La areola y el pezón se oscurecen, y alrededor de la areola pueden aparecer pequeños bultitos llamados tubérculos de Montgomery, que son normales y se deben a un crecimiento de glándulas sebáceas. Puede aparecer también secreción de calostro (primera leche).

Consejos:

- Usa un sujetador de talla adecuada, que sujete y no comprima.
- Comenta en tus visitas de control si no notas estas modificaciones.

**Pinchazos y molestias tipo «dolor de regla»**

Son relativamente frecuentes. Se deben al aumento del tamaño uterino y al estiramiento de los ligamentos que lo sujetan.

Aumento de la necesidad de orinar

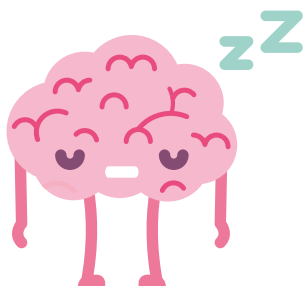
Al principio se debe a la influencia de las hormonas. A medida que avanza el embarazo, el útero va aumentando de tamaño y hace presión sobre la vejiga.

Aumento de flujo vaginal

Se puede notar durante todo el embarazo, aunque será especialmente marcado en la recta final hasta el punto de que nos genera dudas respecto a la integridad de la bolsa amniótica.

Consejos:

- Mantén una higiene adecuada, utilizando jabón sólo en la parte externa de la vulva y no uses esponjas reutilizables.
- Las fibras sintéticas y los «salvaslip» convencionales, pueden favorecer la aparición de irritaciones, ya que no permiten una buena transpiración.
- En caso de que aparezca picor, es conveniente consultarlo por si fuera necesario realizar tratamiento.



Cansancio y alteraciones del sueño

También tiene una causa hormonal. En el primer trimestre puede aparecer sueño y cierto grado de «pereza». En el último trimestre puede aparecer insomnio. Tu cuerpo, inteligentemente, te pide llevar una vida más relajada.

Mareos

Pueden aparecer si tienes la tensión arterial baja, o en situaciones de ayuno prolongado.

Consejos:

- Bebe abundantes líquidos y come con regularidad. Puedes llevar en el bolso algún alimento azucarado o salado, y un botellín de agua.
- Si aún así los mareos aparecen, conviene evitar los cambios bruscos de posición o de temperatura y permanecer de pie de manera prolongada, así como los lugares cerrados y calurosos.

Dolor de cabeza

Las cefaleas, aunque son típicas del primer trimestre, en ocasiones pueden persistir hasta el final del embarazo. Se les atribuye una causa hormonal.

Consejos:

- Si son muy frecuentes, intensas, o se acompañan de otras alteraciones, conviene consultarlo.

Hormigueos y calambres musculares

Son muy frecuentes y se deben a múltiples causas. Puedes sentir hormigueos en los brazos, con adormecimiento de las manos, o calambres en las piernas.

Consejos:

- Haz ejercicios de movilidad de las manos (abrir y cerrar, rotar, apretar el puño. Usar una pelota)
- Si aparecen calambres en las piernas, masajear la zona y hacer ejercicios de flexión y extensión de los tobillos.

Cambios en el olfato y el gusto

Es normal tener mayor sensibilidad para los olores y sabores. También puede haber más secreción de saliva, y congestión nasal. Puedes tener pequeñas hemorragias nasales, sin trascendencia.

Cambios circulatorios

La presión del útero sobre la circulación sanguínea abdominal puede provocar varices y hemorroides. También puede aparecer hinchazón en pies y piernas.

Consejos:

- Haz ejercicio a diario, adaptado en función de la actividad física previa.
- En los momentos de descanso pon los pies en alto.
- Usa calzado con poco tacón y calcetines que no aprieten.
- Evita permanecer durante mucho tiempo de pie, o sentada, haciendo pausas con pequeños paseos.

- Pon un alza debajo de las patas traseras de la cama, para tener los pies elevados.
- En la ducha, masajea tus piernas alternando agua templada con el agua fría.
- Si las varices son manifiestas, consulta con tu médico/a el uso de medias compresivas mientras dure el embarazo.
- Intenta prevenir las hemorroides evitando el estreñimiento. En caso de que éstas aparezcan, se pueden hacer baños de asiento con agua fría.

Molestias en la espalda

La zona baja de la espalda se curva más por el aumento de peso y del volumen del útero, y los ligamentos están más tensos en las ingles.

Consejos:

- Mantén una actividad física moderada: en general es beneficioso caminar y nadar. Si el dolor es muy intenso, conviene consultarlo.
- Haz estiramientos regularmente.

Alteraciones de la piel

Puede haber modificaciones en el color de la piel y en los lunares; dependen de la exposición más o menos intensa a la luz solar, y se asocian con el aumento de hormonas. También se suda más, y pueden aparecer estrías.

Consejos:

- Usa una crema hidratante que, preferiblemente, no contenga disruptores endocrinos.
- Cuida la ganancia de peso para prevenir la aparición de estrías.
- Utiliza una crema con protección solar alta y evita los baños de sol para prevenir las manchas oscuras permanentes en la piel.



IMPORTANTE

Cambios emocionales



El proceso de convertirse en madre comprende una serie de cambios que

afectan a distintas esferas en la vida de la mujer confiriéndole un gran potencial transformador. Esto supone que ésta sea una etapa de especial vulnerabilidad psicológica y emocional para las mujeres.

Aunque gran parte de las personas viven este periodo con felicidad y entusiasmo, se estima que en torno a un 20% sufren algún tipo de alteración emocional. En el pasado, las **alteraciones emocionales** fueron consideradas como algo propio del embarazo y el posparto, prestándoles poca importancia.

Hoy sabemos que el estado psicológico de las madres es un elemento crucial para afrontar su proceso de maternidad por lo que es esencial cuidarlo.

3.6 / Hábitos de vida saludable y cuidados durante el embarazo

El embarazo es un proceso fisiológico que, en general, permite continuar con las actividades normales de la vida cotidiana, y únicamente requiere alguna adaptación a los cambios naturales que se van produciendo en tu cuerpo.

Sin embargo, no siempre nuestros hábitos de vida son todo lo saludables que deberían. Por esta razón se presentan a continuación una serie de recomendaciones generales, que además de la repercusión que puedan tener sobre tu salud, van a influir sobre el desarrollo y la salud de tu futuro/a hijo o hija.

El embarazo supone una ventana de oportunidad en que las mujeres estáis especialmente motivadas para adoptar hábitos de vida saludable que podréis mantener toda la vida

3.6.1 / Alimentación equilibrada y segura

El embarazo no es el momento de hacer dieta y tampoco es necesario comer por dos, sino que debemos escuchar nuestro cuerpo, adaptando las señales de hambre y saciedad que vamos sintiendo e intentando priorizar aquellos alimentos más nutritivos.

Es importante seguir una alimentación sana, variada y equilibrada. Debemos

tener en cuenta que nuestra alimentación durante el embarazo influirá en el desarrollo y crecimiento adecuado del feto; las recomendaciones dietéticas son similares a las de la población general, con mayor aporte de algunos alimentos.



- Realiza de **4 a 5 comidas al día no copiosas**: toma un desayuno y/o media mañana saludables (ver enlace) compuestos por lácteos, fruta fresca entera y cereales integrales. Luego una comida, merienda y cena, procurando sentarte a la mesa, masticando bien los alimentos y disfrutando de la comida sin prisa.



- Aumenta el consumo de **alimentos de origen vegetal** (frutas, hortalizas, legumbres, frutos secos y cereales integrales), para cubrir la mayor necesidad que tiene tu organismo de vitaminas y minerales.
- Come **pescado** 2 veces a la semana (principalmente pescado azul), ya

que aporta ácidos grasos omega-3 y otros nutrientes esenciales.

- Aumenta el consumo de alimentos ricos en calcio, sobre todo durante la segunda mitad del embarazo y durante la lactancia. En general se recomienda consumir al menos 3 raciones diarias de **productos lácteos**, que además del calcio, aportan yodo, tan necesario para el desarrollo neuronal del feto. No debemos confundirnos: las leches vegetales (avena, soja...) NO son productos lácteos.
- Bebe al menos 1,5 o 2 litros de **agua** al día (de 8 a 10 vasos). En Asturias, si dispones de suministro público de agua, no es necesario recurrir al agua embotellada.
- Consume con moderación frituras, y evita alimentos ultraprocesados ricos en grasas y azúcares.
- Modera el consumo de sal y, salvo que tengas alguna contraindicación médica, utiliza **sal yodada**.
- Modera el consumo de **cafeína** de cualquier fuente (café, té, bebidas de cola, chocolate, yerba mate...). No se recomienda tomar más de 200 mg de cafeína al día (hay entre 60-100 mg en una taza de café de bar, 75 mg en una taza de té y 40 mg. en una lata de cola). Las bebidas energéticas están totalmente desaconsejadas.
- Modera el consumo de nueces de Brasil, no superando las 6 unidades al día, por su alto contenido en selenio.

¿Sabías que...?

Una ración de lácteos equivale a:

- Un vaso de leche o
- Dos yogures o
- 40 g. de queso curado [80 g., si es fresco]

Si sigues alguna dieta especial por tu cultura, tu religión o por decisión personal, es conveniente que lo comentes en consulta

Normas básicas para la manipulación de los alimentos

Con estas recomendaciones pretendemos evitar la transmisión de infecciones a través de los alimentos, principalmente toxoplasmosis y listeriosis, de las que hablaremos más adelante.

- Lávate las manos con jabón y agua caliente, antes y después de manipular los alimentos, tras contactar con cualquier material sucio (pañales, residuos, animales, tierra...), y especialmente después de usar el cuarto de baño.
- Las manos, las superficies, y los utensilios de cocina utilizados se deben lavar a fondo después de manipular alimentos crudos como carnes, pescados, frutas, o vegetales.
- Evita el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados para evitar la contaminación cruzada.



IMPORTANTE

Manipular alimentos



LIMPIAR

Lávate las manos antes y después de manipular alimentos.



COCINAR

Cuece los alimentos a una temperatura que llegue a los 70°C en su interior.



SEPARAR

Evita el contacto de los alimentos crudos con los cocinados.



ENFRIAR

Prepara los alimentos poco antes de consumirlos. No los dejes a temperatura ambiente durante más de 2 horas.

- Guarda los alimentos cocinados en el frigorífico el menor tiempo posible, y mantenlos en recipientes cerrados y separados de los alimentos crudos y de los quesos. Si se compran ya cocinados, respeta la fecha y la manipulación que se indica en la etiqueta.
- Asegúrate de que el frigorífico mantiene la temperatura correcta (5 grados centígrados o menos). Límpialo periódicamente, y siempre tras un derrame.
- Es preferible utilizar papel de cocina que trapos, y tablas sintéticas en vez de las de madera.
- Si se utiliza un horno microondas, presta atención a las instrucciones del fabricante para asegurar una temperatura uniforme y suficiente.
- Lava bien las frutas y hortalizas que se van a consumir crudas. Se puede utilizar agua con lejía (apta para la desinfección del agua de bebida, consulta la etiqueta), a razón de 4 gotas de lejía por litro de agua. Sumergir las frutas y hortalizas durante al menos 10 minutos y después realizar un enjuagado abundante con agua potable.
- Cocina completamente las carnes y los pescados hasta que cambie el color en el centro.
- Las comidas precocinadas, así como las sobras de comida no deben consumirse frías. Deben refrigerarse lo antes posible, no debiendo estar más de 2 horas a temperatura ambiente. Antes de su consumo asegurarse de



calentarlas a más de 70°C durante al menos 2 minutos.

Alimentos y bebidas que se deben evitar durante el embarazo:

- Grandes peces por su alto contenido en mercurio. (Consulta la infografía de la página 36).
- Pescado crudo (tipo sushi, sashimi, ceviche, carpaccios), pescado ahumado refrigerado, marinado o en salazón (anchoas y boquerones) así como mariscos crudos (ostras...)
- Leche cruda sin pasteurizar.
- Quesos frescos o de pasta blanda, si en la etiqueta no dice que estén hechos con leche pasteurizada. Quesos rallados o loncheados industriales. Quita la corteza de todos los quesos.
- Frutas, hortalizas y brotes crudos, que no se hayan pelado o lavado previamente (incluyendo ensaladas embolsadas).
- Algas por su alto contenido en yodo.
- Huevos crudos o preparaciones elaboradas con huevo crudo (salsas y mayonesas caseras, mousses, merengues y pasteles caseros, tiramisú, helados caseros, ponches de huevo...).
- Carne cruda o poco hecha (carpaccios).
- Productos cárnicos loncheados envasados. Estos alimentos sí pueden consumirse después de ser cocinados a más de 71 °C (en croquetas, rehogados, pizzas...).
- Productos cárnicos crudos curados (chorizo, jamón curado...).
- Carne de caza silvestre o limitarlo a piezas que no hayan sido abatidas con munición de plomo. Extensible a mujeres durante la lactancia, y niños y niñas hasta los 7 años.
- Hígado, por su alto contenido en vitamina A.
- Patés que se vendan refrigerados.
- Sándwiches que se adquieren envasados y otros alimentos preparados, que contengan vegetales, huevo, carne, fiambres, pescado y derivados.
- Si consumes zumos que sean recién exprimidos, o zumos envasados pasteurizados.
- Bebidas azucaradas y energéticas.
- Bebidas alcohólicas o productos que lleven alcohol. **Cualquier consumo conlleva un riesgo para el desarrollo del feto.**

Consulta la siguiente infografía sobre «Recomendaciones de consumo de pescado por presencia de mercurio».

RECOMENDACIONES DE CONSUMO DE PESCADO POR PRESENCIA DE MERCURIO

de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Aesan)

Debemos hacer extensibles estas recomendaciones a las conservas de atún

POBLACIÓN VULNERABLE



Mujeres embarazadas, planificando estarlo o en lactancia. Niños 0-10 años.

- **Especies alto contenido en mercurio:** Evitar consumo
- **Especies bajo y medio contenido en mercurio:** 3 – 4 raciones de pescado por semana procurando variar las especies entre pescados blancos y azules.



NIÑOS ENTRE 10 – 14 AÑOS

- **Especies alto contenido en mercurio:** Limitar el consumo 120 gramos al mes
- **Especies bajo y medio contenido en mercurio:** 3 – 4 raciones de pescado por semana procurando variar las especies entre pescados blancos y azules.



POBLACIÓN GENERAL



- **Todas las especies:** 3 – 4 raciones de pescado por semana procurando variar las especies entre pescados blancos y azules.

ESPECIES

• **Especies con alto contenido en mercurio:**

Pez espada/Emperador, Atún rojo (*Thunnus thynnus*), Tiburón (cazón, marrajo, mielgas, pintarroja y tintorera) y Lucio.

• **Especies con bajo contenido en mercurio:**

Abadejo, Anchoa, Boquerón Arenque, Bacalao, Bacaladilla, Berberecho, Caballa, Calamar, Camarón, Cangrejo, Cañadilla, Carbonero/Fogonero, Carpa, Chipirón, Chirla/Almeja, Choco/Sepia/Jibia, Cigala, Coquina, Dorada, Espadín, Gamba, Jurel, Langosta, Langostino, Lenguado europeo, Limanda/Lenguadina, Lubina, Mejillón, Merlan, Merluza/Pescadilla, Navaja, Ostión, Palometa, Platija, Pota, Pulpo, Quisquilla, Salmón atlántico/Salmón, Salmón del Pacífico, Sardina, Sardineta, Sardinopa, Solía y Trucha.

• **Las demás especies de productos de la pesca no mencionadas específicamente se entenderán con un contenido medio en mercurio.**

3.6.2 / Suplementación

Ácido fólico

Es una vitamina (B9) que se encuentra de forma natural en los alimentos, especialmente en los vegetales de hoja verde.

Aun siguiendo una dieta normal se recomienda su suplementación ya que está demostrado que disminuye el riesgo de defectos del tubo neural en el feto.

Lo ideal sería empezar a tomarlo al menos uno o dos meses antes de la concepción, y mantenerlo durante el primer trimestre de embarazo. Continuar hasta el final del embarazo parece contribuir al adecuado crecimiento y desarrollo del feto. La dosis recomendada es de **400 microgramos/día**, salvo en situaciones especiales en que se recomiendan dosis mayores. Estas situaciones son:

- Antecedentes personales o familiares de defectos del tubo neural.
- Condiciones médicas como diabetes previa al embarazo, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, cirugía bariátrica, insuficiencia renal severa o anemia hemolítica crónica.
- Tratamiento con medicamentos como algunos fármacos antiepilépticos, o el trimetoprin y la sulfasalazina, entre otras posibilidades.

Yodo

Es un micronutriente «esencial», es imprescindible para la síntesis de las hormonas tiroideas y resulta crucial para el neurodesarrollo. El embarazo supone una sobrecarga de trabajo para el tiroides, que debe aumentar su producción de hormonas alrededor de un 50%, por

lo que las necesidades nutricionales de yodo están aumentadas.

Una mujer embarazada, para cubrir adecuadamente estas necesidades de yodo, debe ingerir 3 raciones de leche o derivados y 2 gramos de sal yodada a diario. Además, esta ingesta debe hacerse de manera continuada en el tiempo. No basta con empezar a consumir sal yodada en el embarazo, sino que se debe llegar a la gestación con unos depósitos adecuados, lo que obliga a su consumo durante al menos los 2 años previos al embarazo.

Cuando no hay seguridad de una ingesta adecuada, se recomienda el uso de suplementos de yoduro potásico. La pauta a seguir sería:

Iniciarlo, idealmente de manera preconcepcional, al menos 2 meses antes y mantenerlo hasta la finalización de la lactancia materna exclusiva.

Suplementar **200 microgramos/día**.

En los casos de hipertiroidismo por la enfermedad de Graves-Basedow debería reducirse el aporte de yodo, por lo que se aconseja suspender la sal yodada y evitar la suplementación con yodo.

Otros minerales

- Los requerimientos de calcio aumentan conforme progresa el embarazo. Mediante una dieta adecuada que incluya al menos tres raciones de alimentos ricos en **calcio** como son los lácteos y sus derivados podemos obtener un aporte de calcio suficiente.
- La fuente más importante de **vitamina D** es la exposición a la luz del sol,

es conveniente durante el embarazo realizar actividades al aire libre para evitar niveles bajos de vitamina D.

En caso de que presentes factores de riesgo de niveles bajos de vitamina D o una ingesta baja de calcio, tu obstetra valorará aportar suplementos.

3.6.3 / Ejercicio físico

Todas aquellas mujeres embarazadas que no presenten contraindicaciones médicas específicas, deben mantener un embarazo físicamente activo para mejorar su salud y la de su bebé.

Si eres sedentaria, el embarazo es el momento perfecto para iniciarte en una práctica de ejercicio moderada. Si por el contrario practicas deporte habitualmente, puedes continuar con tu ru-

tina habitual, salvo que un/a profesional de la salud te indique lo contrario. A lo largo del embarazo necesitarás realizar modificaciones que dependerán de tu estado general y del deporte practicado. Son muchos los motivos que nos llevan a recomendar la realización de ejercicio físico durante el embarazo.

Puedes consultar en el siguiente enlace las recomendaciones del Ministerio de Sanidad.



IMPORTANTE

Beneficios del ejercicio físico

- Mejoría de la resistencia aeróbica, de la fuerza muscular, del equilibrio, de la coordinación y de la flexibilidad.
- Aumento de la movilidad pélvica.
- Toma de conciencia corporal (abdominal, pélvica y perineal).
- Disminución del riesgo de padecer diabetes gestacional y de hipertensión arterial asociada al embarazo.
- Disminución del riesgo de padecer incontinencia urinaria, fecal o de gases mediante el trabajo de la musculatura del suelo pélvico.
- Control de la obesidad materna e infantil futura.
- Mejor manejo físico y mental de la situación de embarazo.



IMPORTANTE

Consideraciones al realizar ejercicio físico en el embarazo

- Debe realizarse de forma regular.
- Se recomienda, por norma general, no realizar actividades de impacto.
- Evitar aquellas actividades o deportes que supongan riesgo potencial de caída o traumatismo.
- Antes, durante y después de la actividad realizar una ingesta adecuada de líquidos.
- No practicar actividad física con temperaturas elevadas o ambientes húmedos. Tu temperatura corporal no debe superar los 38° C.
- Evitar actividades que provoquen un bloqueo respiratorio, por ejemplo, practicar buceo, ejercicios hipopresivos, etc.

Posiciones a tener en cuenta para el ejercicio:

- **Tumbada sobre la espalda:** muchas embarazadas toleran mal esta posición por la compresión de la vena cava. Evítala o mantenla durante poco tiempo.
- **Sentada:** recomendable, especialmente sobre superficie blanda tipo fitball y realizando modificaciones de la posición.
- **En cuadrupedia:** no mantenerla mucho tiempo para no sobrecargar el cuello ni flexionar demasiado las muñecas.



LIMITAR EL TIEMPO
DEDICADO A ACTIVIDADES SEDENTARIAS

SUSTITUIRLO POR
ACTIVIDAD FÍSICA
DE CUALQUIER INTENSIDAD



Desde el canal de Osakidetza nos proponen la siguiente rutina de ejercicios y estiramientos.



CONSEJOS POSTURALES

Durante la etapa de embarazo se producen una serie de cambios corporales que pueden modificar o empeorar el patrón postural normal.

CONSEJOS GENERALES

- Evitar mantener la misma postura durante largo tiempo.
- Distribuir el peso de un objeto entre ambos brazos y manejar cargas ligeras.
- Dormir preferiblemente sobre el lado izquierdo y si se desea colocar una almohada entre las piernas y/o abdomen.
- Usar calzado cómodo que no presione y sujete el pie.
- Procurar momentos de relajación diarios.

DE PIE

- Repartir el peso del cuerpo entre ambos pies.
- Cuello estirado, sin adelantar cabeza y con mentón neutro.
- Mantener los hombros un poco hacia atrás y abajo.
- Mantener la mirada hacia delante.
- Ombligo ligeramente hacia dentro.
- Pelvis neutra.
- Rodillas desbloqueadas.
- Si es necesario, usar medias de compresión o contención.

SENTADA

- Mantener espalda recta y apoyada en respaldo con los pies apoyados en el suelo.
- No cruzar las piernas.
- Hacer pausas activas y levantarse frecuentemente.
- Elevar los pies en un reposapiés.
- Usar una silla ajustable con soporte para zona lumbar.

AL AGACHARSE

- Siempre de cuclillas o apoyando una rodilla en el suelo.
- Evitar realizar movimientos bruscos y de rotación del tronco.
- Para coger algo del suelo: doblar ligeramente las piernas con una adelantada, mantener la espalda recta y el objeto cerca del cuerpo.

Trabajo del complejo abdominolumbopélvico (CALP)

El CALP está conformado por el diafragma, la musculatura lumbar y abdominal, y el suelo pélvico, entre otras estructuras. A su vez, el suelo pélvico está formado por un conjunto de músculos y ligamentos, cuyas funciones son:

- Sostén de vísceras pélvicas: Vejiga, uretra, recto, útero...
- Mantenimiento de la continencia urinaria y fecal.
- Mantenimiento de una sexualidad satisfactoria.
- Influencia directa en la fase de expulsivo del parto.

Durante el embarazo se producen importantes cambios en la región abdomino-pélvica. La preparación de todas estas estructuras ha demostrado disminuir la aparición de síntomas a este nivel, siendo fundamental la realización de una valoración previa.

Entre las técnicas utilizadas están:

- **Entrenamiento muscular del suelo pélvico:** Una correcta contracción y relajación de la musculatura perineal ayudará a una disminución de sintomatología durante el embarazo, facilitará la fase de expulsivo en el parto y contribuirá a una mejor recuperación posparto.
- **Masaje perineal:** El masaje perineal a partir de la semana 32 ha demostrado disminuir la presencia de lesiones perineales, si bien es cierto que no en todas las mujeres es necesario ni adecuada su realización. Estaría contraindicado en caso de varices vulvares, infecciones vaginales o urinarias, y otras complicaciones del embarazo.

Si deseas más información sobre el masaje perineal puedes consultar el siguiente enlace, elaborado por la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME):



Recomendaciones durante el embarazo:

- Evitar maniobras que aumenten la presión intra-abdominal como flexión de tronco desde la posición de tumbada, realización de deportes de impacto y maniobras de empuje, tanto en la defecación como en la micción.
- No realizar maniobras como contraer la musculatura de suelo pélvico durante la salida de orina.
- Disminuir el estreñimiento a través de una dieta adecuada, correcta ingesta de líquidos, modificación de la postura en la defecación.
- Evitar tanto el llenado de la vejiga en exceso como su vaciado con excesiva frecuencia.

3.6.4 / Salud mental perinatal

El acompañamiento y la atención a embarazadas deben incluir el cuidado de su salud psíquica, un cuidado que favorezca una buena transición y un sentimiento de autoconfianza que repercutirán en el vínculo madre-hijo/a, y, con ello, en el desarrollo de la criatura y de la propia mujer.

Se ha de comprender el embarazo como una oportunidad vital de crecimiento y transformación a la vez que como una crisis del desarrollo. Convertirse en madre es una experiencia transformadora, una oportunidad para el cambio. Teniendo muy presente que si hablamos de experiencias hablamos de individualidad: cada madre es única, como lo son cada uno de sus embarazos.

La crisis del embarazo se presenta como:

- Una crisis normativa de desarrollo potencialmente sanadora.
- Un periodo vulnerable de desequilibrio y reorganización.
- El fin de la mujer como unidad independiente e inicio de la relación madre-hijo/a.

El cambio que experimentan las mujeres en el embarazo alcanza al cerebro, favoreciendo el vínculo materno-filial y los cuidados centrados en las necesidades de la criatura. Podemos decir que «el nido se prepara primero en la mente de la futura madre». Tras el embarazo el cerebro de las madres no será el mismo.

El término «matrescencia» acuñado desde la antropología, propone dar visibilidad al proceso de convertirse en madre. Emerge como un término similar al

de adolescencia recordándonos que ambas crisis no son una enfermedad.

Lamentablemente el embarazo no es sólo una crisis del desarrollo para algunas mujeres. **Entre el 10 y el 20% de las mujeres presentan problemas de salud mental en el embarazo y en los primeros años tras el parto.** Entre los más frecuentes nos encontramos los cuadros ansioso-depresivos, concretamente se estima que entre un 9 y un 13% de las madres tienen depresión durante el embarazo y entre un 13 y un 15% ansiedad. Especial atención requerirán aquellas mujeres que viven el embarazo desde el duelo, por pérdidas gestacionales pasadas o infertilidad.

Los embarazos tras infertilidad y/o por reproducción asistida son embarazos en los que puede persistir la angustia y el miedo, y en los que el vínculo materno puede tardar en aparecer. El peso de la experiencia acompaña a veces a la mujer más allá de haber logrado su ansiado embarazo.

Antes de que el hijo o hija se imponga con su presencia y sus demandas fuera del calor del útero, conviene que la mujer se vuelque en sus propios cuidados, anotados en la página siguiente.

El contacto con otros grupos de madres puede ayudar también a no sentirse sola durante este proceso.

Además de la ayuda por parte de amistades y familiares, también puedes pedir ayuda profesional en caso de necesidad. El personal sanitario es un proveedor de ayuda y apoyo en el proceso y transición a la maternidad.

**IMPORTANTE****Autocuidados****Alimentación**

Seguir una alimentación equilibrada, tal y como se ha comentado anteriormente, facilita también una adecuada salud mental, ayudando no solo a nuestro cuerpo sino también a nuestra mente. Una dieta rica en verduras, frutas y proteínas es un factor protector de nuestra salud física y mental.

Ejercicio físico

El ejercicio físico es un gran regulador del estado emocional, ayudando a reducir los niveles de ansiedad y mejorar el estado de ánimo. Practicar un ejercicio físico adecuado durante el embarazo, puede ayudar a mantener o mejorar tu salud mental.

Actividades gratificantes

En ocasiones resulta difícil encontrar tiempo para realizar actividades que nos gustan (salir con amigos, practicar hobbies...). Es importante mantenernos conectados a aquello que nos satisface para mantener un buen estado de ánimo.

Sueño y descanso

Es importante mantener un horario de sueño y descanso regular. La falta de sueño tiene un impacto muy negativo sobre el estado de ánimo, provocando una mayor irritabilidad, cansancio físico y psicológico, además de disminuir nuestras capacidades cognitivas. De la misma manera, el descanso es necesario para restaurar la salud de nuestro cerebro. Marcar un tiempo de descanso diario ayuda a cubrir nuestra necesidad temporal de desconectar física, emocional y psicológicamente.

Personas de apoyo

El proceso de embarazo puede conllevar momentos de menor energía o dificultad para realizar actividades (cocinar, limpiar, cuidar de otros/as hijos/as...). Buscar personas que puedan brindarnos apoyo puede ayudar a reducir el estrés o la sobrecarga.

3.6.5 / Salud Sexual

La sexualidad es fuente de salud, placer, afecto, intimidad, sensualidad y creatividad. En el embarazo tiene una expresión propia, que puede ser distinta en cada embarazo.

Las prácticas eróticas, siempre que sean deseadas y satisfactorias, son saludables.

Puede haber cambios en el deseo, tanto en la mujer como en su pareja:

- En el primer trimestre, el deseo puede estar condicionado por cambios hormonales que ocasionan cansancio, hipersensibilidad mamaria, náuseas, vómitos o somnolencia.
- En el segundo trimestre, el deseo puede aumentar.
- Durante el tercer trimestre, el interés puede volver a disminuir, por la reaparición de molestias físicas o por el cambio de imagen corporal.

La pareja puede sentir temor a lesionar al feto lo cual anatómicamente no es posible. Por su parte, la mujer puede necesitar que se incrementen las muestras de afecto, el erotismo o la ternura.

Puedes encontrar esta información y mucho más en el siguiente enlace.



IMPORTANTE

El coito en la gestación

Contraindican la práctica del coito en la gestación: la amenaza de aborto y de parto prematuro, la placenta previa, la hemorragia vaginal, la rotura prematura de membranas y otras situaciones como enfermedades maternas.

¿Sabías que...?

Es posible que se produzca alguna contracción uterina como consecuencia del orgasmo femenino, hecho que no tiene trascendencia



SexualidadesS
PROYECTO EDUCATIVO

3.6.6 / Hábitos tóxicos

Si tú, tu pareja o las personas con las que convives fumáis, éste es un buen momento para abandonar la adicción y evitar riesgos para la criatura que va a nacer.

El tabaco ha demostrado ser una sustancia muy nociva, y causa daños en el feto (insuficiencia placentaria, bajo peso al nacer, labio leporino). El abandono del tabaco es beneficioso en cualquier momento del embarazo.

El alcohol atraviesa la placenta, pasa a la sangre, y llega al feto a través del cordón umbilical, pudiendo provocar un amplio abanico de trastornos (Trastorno del Espectro Alcohólico fetal). No existe una dosis segura durante la gestación. El abandono del alcohol es beneficioso en cualquier momento del embarazo.

El consumo de otras drogas como los «porros» o pastillas, y por supuesto la cocaína y la heroína, es nocivo para ti y tu futura hija o hijo, y debes evitarlo. La cocaína puede producir malformaciones fetales, aumento de la muerte súbita infantil, y trastornos conductuales. El consumo de heroína, y también de metadona, causan importantes síndromes clínicos de abstinencia en la criatura tras el nacimiento.



IMPORTANTE

Si consumes

Si consumes habitualmente alguna de estas sustancias [incluidos tabaco o alcohol], consúltalo con el personal sanitario que te atiende. Te derivarán al profesional adecuado para que te ayude a deshabituar, evitando así los daños que causan estas drogas sobre el desarrollo y la salud infantil.

Puedes consultar aquí la «Guía de autoayuda para la embarazada fumadora»:

HAZ
CLICK
SOBRE
EL ICONO



3.6.7 / Disruptores endocrinos

Son sustancias químicas que se comportan como hormonas, alterando el funcionamiento normal de las hormonas de nuestro organismo.

Durante el embarazo, se asocian a mayor frecuencia de abortos, bajo peso al nacer y malformaciones congénitas. Además, en las primeras etapas de la vida pueden inducir cambios en el organismo que lo predisponen a una mayor susceptibilidad a las enfermedades a lo largo de la vida aunque las manifestaciones pueden no ser evidentes durante años (alteraciones del neurodesarrollo, asma, hipotiroidismo, diabetes, obesidad, cáncer...).

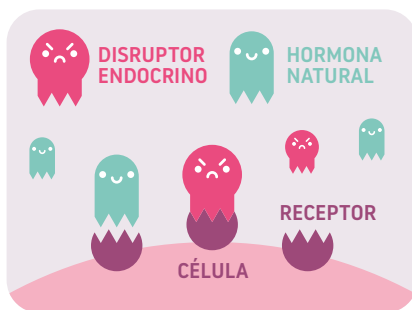
Afectan más a las mujeres, aumentando el riesgo de cáncer de mama, ovario y útero, pubertad precoz y adelantada, enfermedades tiroideas, alteraciones de fertilidad, endometriosis, síndrome de ovario poliquístico, osteoporosis, enfermedades autoinmunes, etc.

El momento de exposición a los disruptores hormonales puede tener aún más importancia que el nivel de exposición. Por ello es fundamental tratar de reducirla durante el embarazo, la lactancia y la infancia.

Recomendaciones para reducir la exposición a los disruptores endocrinos:

1. Lleva una alimentación lo más sana y natural posible:

- Basada en alimentos frescos de temporada y proximidad.
- A ser posible producidos sin pesticidas (productos certificados orgánicos o ecológicos, o locales libres de pesticidas). En caso de que no sea ecológica, pela toda la fruta y verdura.



- No tomes comida ultraprocesada.
- Evita latas, envoltorios de plásticos, agua embotellada en plástico...

2. Envases, utensilios de cocina:

- No uses los envases de plástico especialmente los marcados en su base 3 (PVC o vinilo), 6 ó 7. Los marcados con el número 1 no se deben reutilizar. Evita alimentos envasados con film de PVC y reduce enlatados.
- Preferibles otros materiales como vidrio, acero inoxidable, madera y cerámica.
- No calientes alimentos ni bebidas en recipientes de plástico, ni utilices estos envases para contener líquidos calientes.
- Evita introducir en el microondas y lavavajillas envases plásticos.

3. Tetinas de biberones, chupetes... evita de plástico con cualquier bisfenol A, preferibles de silicona y caucho natural.

4. Evita recubrimientos antiadherentes, especialmente aquellos con teflón y perfluorados (PFOS y PFOAS).

5. Utiliza productos de higiene (incluidas la toallitas) sin «parfum» (perfumes), parabenos (metilparaben, propylparaben...), ftalatos, benzofenonas (en

protectores solares químicos), fenoxietanol y aceite del árbol de té y no abusar de las toallitas.

6. Usa ropa de algodón, especialmente en recién nacidos, evitando fibras sintéticas. No utilices suavizante.

7. Lávate las manos con frecuencia.

8. No manipules en exceso los tickets térmicos.

9. En la casa:

- Evita los ambientadores e insecticidas, sobre todo en spray.
- Ventila y pasa la aspiradora, usa filtros de partículas de aire de alta eficiencia y un paño húmedo para quitar el polvo de casa con frecuencia.
- Quítate los zapatos al entrar a la casa.
- Evita productos de limpieza agresivos con una larga lista de componentes químicos.
- Quita o minimiza textiles de plástico (como alfombras y manteles) en el hogar).
- Opta por muebles de madera en lugar de sintéticos y de plástico.
- Evita artículos hechos de policarbonato o cloruro de polivinilo.

3.6.8 / Enfermedades infecciosas

Algunas infecciones con especial relevancia para la embarazada o para el desarrollo fetal son cribadas de forma sistemática en los distintos estudios que se hacen durante el embarazo:

Rubeola y Varicela

Si no estás vacunada y no has pasado estas 2 enfermedades, o en la analítica de rutina se detecta que no has respondido

a la vacunación, además de recomendar-te la vacunación después del parto, conviene que evites el contacto con personas que las padezcan. En caso de haber tenido contacto estrecho con éstas, consulta si es necesario tomar alguna medida.

Sífilis

Si se detecta precozmente, tiene un tratamiento efectivo. La sífilis no confiere inmunidad duradera y las reinfecciones son posibles.

VIH-SIDA y Hepatitis B

Si la madre está infectada, pueden transmitirse al bebé, sobre todo en el momento del parto.

- Si se detecta infección por VIH, se te ofrecerá tratamiento precoz para reducir el riesgo de transmisión al feto.
- En cuanto a la hepatitis B, si los análisis detectan que eres portadora, se tratará a tu bebé al nacimiento con inmunoglobulina y vacuna.

Streptococo B (SGB)

Se trata de una bacteria que forma parte de la flora normal del tracto intestinal, y que puede colonizar la vagina. No suele producir problemas a la mujer portadora, pero podría infectar a la criatura en el momento del parto. Para evitarlo, se realiza un cultivo de exudado vaginal y rectal en la semana 36 o 37 de gestación, y si eres portadora de este germen se te administrará antibiótico durante el parto.

No es necesario efectuar la determinación de SGB si se ha detectado su presencia en orina durante la gestación; en estos casos se administrará antibioterapia profiláctica durante el parto.

Infección de orina

Son frecuentes en el embarazo, por lo que se harán varios análisis a lo largo del proceso. Si se presentan, se pautará tratamiento antibiótico.

Otras infecciones son cribadas de manera selectiva en grupos de riesgo:

Hepatitis C

Mujeres:

- Infectadas por el VIH o el virus de Hepatitis B (VHB) o con tatuajes, piercings, o usuarias de otras técnicas que utilicen instrumental punzante (acupuntura, mesoterapia), si se sospecha que se han realizado sin control sanitario adecuado.
- Usuarias o ex-usuarias de drogas inyectadas o esnifadas.
- Internadas actualmente o en el pasado en Instituciones Penitenciarias.
- Convivientes con personas con Hepatitis C crónica.
- Personal sanitario, parasanitario y de otras profesiones, que maneja material cortante y/o punzante, con posible exposición a sangre humana.
- Sometidas a hemodiálisis.
- Que hayan recibido tratamiento con productos sanguíneos antes de 1990.

Chagas

Se solicita serología en el primer trimestre en población diana:

- Embarazadas de origen latinoamericano (excepto islas del Caribe).
- Embarazadas hijas de madre de origen latinoamericano.
- Embarazadas que hayan tenido una estancia superior a un mes en un país latinoamericano.

Zika

Se valorará el estado de inmunidad en el primer trimestre a aquellas embarazadas con antecedente de viaje a zona endémica en las últimas 12 semanas. También se tendrá en cuenta a la pareja de la embarazada.

Puedes consultar aquí el mapa de países con transmisión de Zika:



Otras infecciones no son cribadas, pero debemos tomar precauciones para evitar un contagio.

Citomegalovirus (CMV)

No existe consenso sobre el cribado. Los niños menores de 3 años son la principal fuente de contagio. El lavado de manos con jabón y agua caliente después del contacto con saliva y orina (cambio de pañales, alimentación, juguetes...) son las medidas más efectivas para prevenir el contagio. Por el mismo motivo, no debemos darles besos en la boca, ni compartir cubiertos a la hora de las comidas.

Toxoplasmosis

Es una infección generalmente benigna para la madre, pero puede producir daño fetal, especialmente si se contrae durante el primer trimestre de embarazo. Está causada por el parásito Toxo-

plasma gondii, que se transmite por vía digestiva, a través de agua o alimentos contaminados. La prevención más eficaz consiste en mantener una higiene cuidadosa de las manos, así como precauciones en el manejo y consumo de agua y alimentos.

Consejos:

- Higiene rigurosa de manos, superficies y utensilios de cocina.
- Usar guantes para manipular tierra, arena, o suciedad.
- Lavar en abundancia y desinfectar las verduras, hortalizas, frutas, hierbas aromáticas frescas, y brotes de semillas que vayas a consumir crudas.
- Evitar el consumo de carnes y productos cárnicos crudos o poco cocinados.
- El riesgo de transmisión por los gatos se debe a que, cuando éstos no están inmunizados, pueden contraer la enfermedad y, en ese caso, excretan quistes con sus heces durante varias semanas, que pueden impregnar el suelo y la bandeja de las deposiciones en el hogar (excepto cuando no salen de casa y comen solo pienso). Las precauciones generales a mantener son:

_Higiene rigurosa de manos como ya se ha explicado.

_Si tienes un gato que no esté inmunizado, procura limpiar diariamente la bandeja de sus deposiciones, ya que en caso de que se infecte, las heces frescas no suelen ser contagiosas; si tienes que limpiar tú la bandeja, conviene usar guantes y mascarilla.

_En general, se recomienda evitar que los gatos entren en contacto con las superficies y utensilios de cocina.

A veces nos preguntáis si sois inmunes a la toxoplasmosis. Como comentamos antes, ésta ha dejado de cribarse en la serología que se os pide en el primer trimestre. Son diversos los motivos:

- *No existe un marcador serológico único para diferenciar entre infección aguda o pasada.*
- *No existe ninguna determinación serológica en la embarazada que demuestre la infección en el feto.*
- *No hay evidencia de efectividad del tratamiento farmacológico.*

Por todo esto lo indicado es hacer PREVENCIÓN PRIMARIA, es decir, que toda embarazada siga las recomendaciones higiénico-dietéticas antes mencionadas que garanticen la prevención de la infección

Listeriosis

Es una enfermedad muy poco frecuente, que si bien no afecta a los adultos sanos, sí puede crear problemas a la embarazada, al feto y a la criatura recién nacida. Está producida por la bacteria *Listeria monocytogenes*, que se transmite por vía digestiva, a través de alimentos contaminados crudos, o poco cocinados.

Consejos:

- Higiene rigurosa de manos, superficies y utensilios de cocina.
- Lavar en abundancia y desinfectar las verduras, hortalizas, frutas, hierbas aromáticas frescas, y brotes de semillas, que vayas a consumir crudas.
- Evitar el consumo de quesos frescos o de pasta blanda, y en general productos lácteos crudos (sin pasteurizar o esterilizar).
- Evitar el consumo de patés refrigerados, loncheados industriales, pescado ahumado, y en general alimentos industriales refrigerados, listos para consumo sin cocinar o recalentar.

Infecciones de transmisión sexual

Si has mantenido relaciones sexuales de riesgo conviene que informes de ello al personal sanitario que te atiende, ya que puedes necesitar alguna analítica complementaria.

3.6.9 / Consumo de medicamentos

No debes automedicarte, algunos medicamentos pueden producir malformaciones fetales.

Las medicinas se te van a prescribir sólo en caso de que el beneficio supere al riesgo. Si ese es tu caso, tu médico o

Acuérdate de advertir a tu médico/a que estás embarazada si tiene que prescribirte algún fármaco o hacer una radiografía. Si la situación clínica lo requiere pueden realizarse radiografías simples con protección

médica te explicará los pros y contras del tratamiento.

Muy pocas medicinas sin receta o productos de herboristería han sido probados como seguros en el embarazo, por lo que también deben ser evitados. Las medicinas alternativas no son necesariamente seguras por ser «naturales».

3.6.10 / Los viajes

Viajes en automóvil:

- Si vas a hacer un viaje largo en coche es recomendable que pares cada dos horas para descansar y estirar las piernas.
- El cinturón de seguridad, que es obligatorio, debe usarse por encima y por debajo del útero y no sobre él, a ser posible con tres puntos de anclaje. Ponlo con la banda inferior por debajo del abdomen a la altura de las ingles y la banda superior entre las mamas; existen adaptadores para embarazadas en el mercado.

Viajes largos y viajes al extranjero:

- Conviene planificarlos, teniendo en cuenta el momento del embarazo en

que se van a realizar, las circunstancias particulares de cada embarazo, y las restricciones que puedan tener las compañías de transportes para las mujeres embarazadas.

- Se ha descrito un aumento del riesgo de tromboembolismo venoso para los viajes en avión de larga distancia. En algunos casos estaría indicado el uso de heparinas de bajo peso molecular.

3.6.11 / La violencia de género

La violencia de género durante el embarazo es un problema de salud pública que tiene consecuencias en la salud de las mujeres que la sufren y en sus hijos e hijas.

Es importante saber que su prevalencia es más elevada que otras patologías específicas del embarazo, como la diabetes gestacional o la preeclampsia. El desconocimiento de esta realidad tiene mucho que ver con toda la serie de justificaciones, contextualizaciones y mitos que potencian la idea de que en una relación afectiva no hay violencia; y durante el embarazo, que se presenta como la quintaesencia de ese amor en pareja, menos aún.

Pero lo cierto es que el embarazo es un periodo de gran vulnerabilidad en que la violencia puede debutar por primera vez o puede experimentar un recrudecimiento, si ya existía previamente.

La violencia puede adoptar muchas formas: desde la física, psíquica o emocional, y sexual hasta la violencia económica y patrimonial, y los comportamientos controladores. En la gestación pueden darse todas.

El contexto tan específico que ofrece el embarazo hace que la violencia presente una serie de particularidades que detallamos en el cuadro de la página siguiente. Esta violencia puede causar daños graves, tanto físicos como psicológicos, y estos daños pueden afectar tanto a la mujer como al feto. Sus efectos van más allá de los resultados sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer, ya que pueden afectar a su salud en general. También enumeramos algunos de los efectos que puede tener la violencia de género durante este periodo.

La prevalencia de la violencia de género, sus consecuencias potenciales y el mayor acceso de la mujer a los servicios sanitarios durante este periodo, hacen que el embarazo y posparto sean periodos en que la violencia debe ser específicamente cribada. Por ello, no te asustes ni malinterpretes al personal sanitario si durante los controles rutinarios del embarazo te pregunta específicamente por esta cuestión.

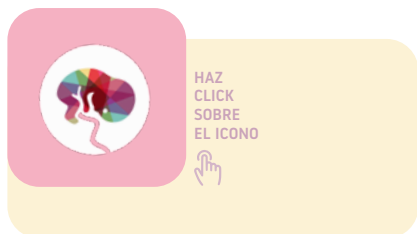
Si te encuentras en esta situación, puedes pedirle consejo al personal sanitario que te atiende o dirigirte a los Centros Asesores de la Mujer de tu Área de residencia.

Aquí encontrarás todos los contactos:



Asturias cuenta además con un *Programa de Atención Psicosocial a la Mujer* dirigido a prevenir y tratar los efectos de la violencia de género en la salud y el bienestar de las mujeres.

Puedes consultarlo en Astursalud o ver el díptico informativo en el siguiente enlace:



También puedes llamar directamente al teléfono **016**, llamada que no dejará rastro en tu factura.

Las personas con discapacidad auditiva o del habla, pueden comunicarse con el servicio telefónico 016 mediante diversas soluciones tecnológicas:

SVisual: **www.svisual.org**

Telesor: **www.telesor.es**

Whatsapp: **600 000 016** (no admite llamadas, sólo mensajes de texto)

Correo electrónico:

016-online@igualdad.Gob.es

DTS o teléfono de texto: **900 116 016**

Y en caso de agresión sexual:



EL AGRESOR PUEDE

Durante el embarazo

- Agredir físicamente (más frecuente en vientre, pechos u órganos genitales).
- Controlar, prohibir o limitar las visitas prenatales.
- Utilizar el embarazo como un arma de violencia emocional, rechazando el cuerpo de la mujer.
- Negar la paternidad.
- Negar el apoyo económico.
- Limitar el acceso de la mujer a una alimentación correcta.
- Amenazar con retirarle la custodia del bebé cuando nazca.
- Obligarla a trabajar más allá de su deseo.

CONSECUENCIAS

En el feto y/o recién nacido/a

- Desprendimiento de placenta.
- Amenaza de parto pretérmino.
- Traumatismos fetales y del recién nacido/a.
- Bajo peso al nacer.
- Patologías neonatales (mayor riesgo de bronconeumonía).
- Ingresos hospitalarios (más necesidad de cuidados intensivos, más ingresos en unidades neonatales).
- Menores tasas de lactancia materna.
- Muerte perinatal.

EL AGRESOR PUEDE

Durante el parto

- Controlar las decisiones sobre la analgesia u otras intervenciones.
- Demandar que las condiciones vaginales y perineales sean iguales a las previas al embarazo.
- Realizar comentarios negativos sobre el sexo del bebé.
- Menospreciar el dolor y la importancia del proceso del parto.
- No colaborar con el personal sanitario.

En el puerperio

- Volverse más violento.
- Negarle el acceso al recién nacido/a.
- No ayudarlo en los cuidados del recién nacido/a en su vuelta a la casa.
- Obligarla a tener relaciones sexuales inmediatamente después del nacimiento.
- Culpabilizarla por el sexo del bebé o por el tiempo que dedica a los cuidados del bebé.
- Menospreciar su capacidad para ser madre.
- Quitarle el bebé o amenazarla con hacerlo.
- Obligarla a no salir de casa con el bebé.

CONSECUENCIAS

En la mujer embarazada

- Abortos espontáneos e interrupciones del embarazo.
- Inicio tardío del control del embarazo, tener menos controles de los recomendados o ningún control.
- Infecciones (transmisión sexual, del tracto urinario o vaginal).
- Anemia.
- Ganancia ponderal inadecuada (excesiva o insuficiente).
- Problemas de salud mental: depresión posparto, mala adaptación a la maternidad.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas.
- Hemorragias.
- Amenaza de parto prematuro.
- Ingresos hospitalarios.
- Menores tasas de lactancia materna.
- Muerte materna.

3.6.12 / ¿Cuándo acudir a Urgencias?

La presencia a lo largo del embarazo de los síntomas que exponemos a continuación, aconsejan que consultes de manera urgente. Puedes acudir directamente al hospital, o llamar previamente al o la profesional que te atiende en tu centro de salud cuando tengas:

- Vómitos intensos y persistentes.
- Dolor abdominal fuerte.
- Molestias urinarias.
- Fiebre superior a los 38 °C.
- Disminución o cese de los movimientos fetales.
- Hinchazón de pies, cara y manos, que no ceden con el reposo.
- Dolor de cabeza persistente, acompañado de alteraciones de la visión (visión doble, borrosa, luces de colores...).
- Sangrado vaginal similar a una regla (que no se deba a exploración vaginal o a relaciones sexuales).
- Pérdida de líquido por la vagina.
- Contracciones uterinas rítmicas e intensas, en un momento de la gestación en el que no es esperable el parto.

3.6.13 / El embarazo en situaciones especiales

Mujer migrante

La asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud está garantizada por la Ley durante el embarazo, el parto, el puerperio y la etapa neonatal, incluyendo a las mujeres extranjeras en situación irregular (no registradas o sin residencia autorizada).

El personal sanitario, además de atender tu embarazo y parto, te podrá orientar

hacia otros recursos especiales derivados de tu situación.

Discapacidad y embarazo

Para conseguir avanzar, hay que reconocer las capacidades reales que tenemos y esto no supone dejar de hacer algo, sino hacerlo de forma diferente.

Estrella García, Maternidad adaptada.

Las mujeres con discapacidad pueden parir con normalidad, por parto vaginal o por cesárea según el caso, y sufrir o no complicaciones, igual que las gestantes no discapacitadas. El deseo de ser madre en gran parte de los casos puede ser satisfecho, superando antiguos prejuicios sociales y limitaciones técnicas.

Las necesidades especiales de asesoramiento e información de las personas con discapacidad se deben afrontar planificando el embarazo, acudiendo a una consulta preconcepcional que permita establecer un plan individualizado de seguimiento si fuera necesario.

En este enlace encontrarás la «Guía para madres con discapacidad intelectual y del desarrollo» elaborada por Plena Inclusión Canarias.





4/ LLEGA EL MOMENTO DEL PARTO

4.1 / El parto normal

Llamamos parto normal al proceso fisiológico con el que finaliza la gestación a término: entre las 37ª y las 42ª semanas cumplidas, con inicio espontáneo, que se desarrolla y finaliza sin complicaciones, y culmina con el nacimiento de una criatura sana. Este tipo de parto no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso.

La evolución del parto está condicionada por factores biológicos propios de cada mujer y de cada bebé, así como por factores psicológicos, culturales, y ambientales. La mayoría de las mujeres sanas, con la atención y el apoyo adecuados, y con un mínimo de intervención sanitaria, pueden dar a luz sin riesgos para su seguridad o la de sus bebés. Para ello es importante

que tengas confianza en tus posibilidades a la hora de afrontar el parto.

El personal sanitario que te atiende te ayudará a llevar este proceso de la mejor manera posible. En caso de que surja alguna desviación de la normalidad se te explicará, y se indicará la intervención más adecuada.

4.1.1 / Primera etapa del parto: la Dilatación

La aparición de contracciones progresivamente más frecuentes e intensas suele ser la primera señal de que el parto comienza. Las contracciones se irán convirtiendo en rítmicas y dolorosas, consiguiendo que el cuello del útero se adelgace de forma gradual, adquiera una consistencia blanda, y vaya dilatándose.

El momento adecuado para acudir al hospital dependerá de los partos previos, y de la distancia a la que se encuentre la maternidad.

Conviene que en las últimas semanas del embarazo consultes cómo identificar el momento más adecuado en tu caso. Se aconseja permanecer en el domicilio hasta que el parto esté claramente instaurado, salvo que el hospital se encuentre muy lejos o tengas dificultades para acudir.

Una vez en el hospital, la matrona u obstetra realizará una exploración vaginal para determinar los cambios que el cuello uterino ha experimentado, y saber si el parto se ha iniciado y en qué fase se encuentra.

Inicio del parto:

Deberás acudir al hospital cuando tengas alguno de los siguientes síntomas:

- Contracciones uterinas rítmicas e intensas, con una frecuencia de al menos 2 en 10 minutos durante 2 horas si es tu primer parto, ó 2 en 10 minutos durante 1 hora, si ya has tenido más partos vaginales. Las contracciones deben tener una intensidad suficiente como para que tengas que dejar de hablar, caminar o la actividad que estés realizando cuando se producen.
- Pérdida de líquido por vagina (rotura de bolsa).
- Pérdida de sangre por la vagina similar a una regla (que no sea debido a una exploración vaginal o coito).

Podemos diferenciar dos fases diferentes, la fase pasiva y la fase activa de la dilatación.

a / Fase pasiva de la dilatación o prodrómica:

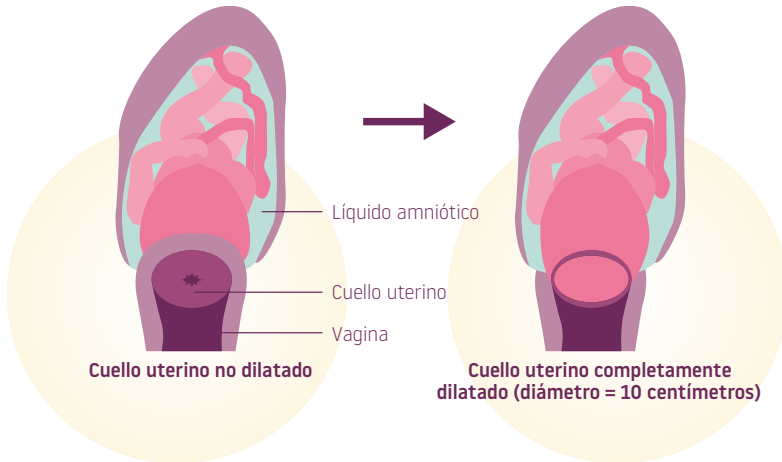
En ocasiones este periodo es largo y durante él pueden surgir dudas sobre si el parto ya se ha iniciado o no. El tiempo y el número de contracciones necesario para decir que se ha iniciado el parto son variables. Culmina cuando el cuello alcanza aproximadamente los 5 cm. de dilatación. En el abordaje deseable del parto, esta fase debe superarse antes de ingresar en partorio.

Alternar momentos de actividad con otros de descanso, coincidiendo con el distanciamiento o cese de las contracciones, será fundamental para no llegar agotada a la fase activa de la dilatación

b / Fase activa de la dilatación:

Su progreso no es necesariamente lineal, y su duración también es variable, dependiendo sobre todo del número de partos que haya tenido cada mujer. En las mujeres que van a tener su primer bebé (nulíparas) suele ser de alrededor de 8 horas, siendo infrecuente que se alargue más de 18. En las mujeres que ya han tenido algún parto (multíparas), la duración esperada es de aproximadamente 5 horas, aunque en ocasiones se puede prolongar más de 12. Culmina cuando el cuello alcanza aproximadamente los 10 centímetros de dilatación.

ETAPA 1: DILATACIÓN



4.1.2 / Segunda etapa del parto: el Expulsivo

Es la que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa (10 cm.), y el nacimiento. También se divide en dos fases, pasiva y activa:

a / Fase pasiva del expulsivo

Durante esta fase no se siente aún deseo de empujar, y son las contracciones uterinas las que hacen descender la cabeza de la criatura a lo largo de la vagina. Su duración aproximada es de 2 horas, aunque en mujeres que ya han tenido más hijos puede reducirse a la mitad si no reciben analgesia epidural.

b / Fase activa del expulsivo

Comienza cuando se percibe el deseo de empujar. A partir de este momento, acompañaremos cada contracción de pujo activo.

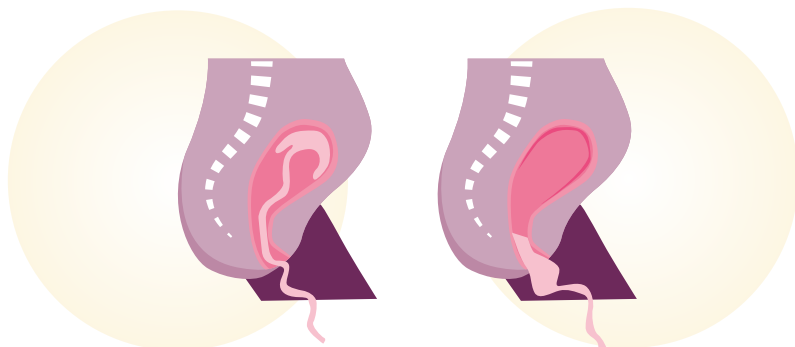
¿Sabías que...?

El feto intenta presentar los diámetros más pequeños de su cabeza a la vez que busca los espacios más amplios de la pelvis de su madre. Para poder descender por el canal del parto debe flexionar su cabeza y rotar, en una sucesión de pasos que conocemos como «movimientos cardinales»

La duración aproximada es de 1 hora, excepto en mujeres que están en su primer parto y que reciben analgesia epidural, en cuyo caso la duración se suele duplicar (2 horas).

La analgesia epidural puede disminuir el deseo de empujar, por lo que en estos casos el personal sanitario te ayudará.

ETAPA 3: ALUMBRAMIENTO



4.1.3 / Tercera etapa del parto: primeros cuidados de tu bebé y Alumbramiento

Primeros cuidados de tu bebé

Inmediatamente después del nacimiento se coloca sobre el pecho materno, se valora su estado general, y se realiza la ligadura del cordón umbilical cuando éste deja de latir.

Alumbramiento

- Es la expulsión de la placenta, tercera etapa del parto propiamente dicha.
- Se recomienda la administración de oxitocina intravenosa para disminuir el riesgo de hemorragia posparto y acortar su duración. Sin embargo, el alumbramiento espontáneo sin utilización de fármacos, es una opción aceptable para aquellas mujeres que, no teniendo un riesgo elevado de hemorragia, lo prefieran.
- Si el alumbramiento es dirigido, es decir, con administración de oxitocina o carbetocina, la expulsión de la placenta se produce normalmente en el transcurso de 30 minutos tras el na-

cimiento, mientras que en el caso de alumbramiento espontáneo se puede demorar hasta 60 minutos.

4.2 / Cuidados y recomendaciones durante el parto normal

Acompañamiento familiar

- Durante el parto puedes estar acompañada por la persona que tú elijas. Es conveniente que esa persona sepa cómo deseas vivir tu parto y sea capaz de cuidarte, apoyarte y animarte en todo momento, que sepa transmitirte tranquilidad y confianza.
- En las primeras horas tras el parto, la persona acompañante puede ayudar a observar y cuidar a la criatura, facilitándote el descanso; el personal sanitario le apoyará en cómo hacerlo.

Acompañamiento profesional

- Es conveniente que el personal sanitario que te va a atender conozca tus deseos y expectativas, para que puedan ofrecerte la ayuda y el apoyo necesarios. La presentación de tu **plan de parto** será de gran ayuda.

- La matrona se encarga de vigilar la situación de la madre, la situación del feto, y la progresión del parto. Sus sugerencias sobre cambios posturales, movilización, ingesta de líquidos, cómo afrontar las contracciones y el uso de métodos de alivio del dolor no farmacológicos, pueden ayudar al buen desarrollo del proceso.
- Después del parto, la matrona continúa atendiendo a la madre y a la criatura, valorando su estado general y sus constantes, vigilando su proceso de adaptación y el mantenimiento de una adecuada contracción uterina.

Durante la dilatación se recomienda

- No permanecer necesariamente acostada, sino moverte y adoptar cualquier posición en la que te encuentres cómoda.
- Si tienes sed, beber líquidos claros (agua, bebidas isotónicas). Las bebidas isotónicas son las más recomendables porque además de hidratar, proporcionan pequeñas cantidades de glucosa y previenen la cetosis.
- El personal sanitario que te atiende realizará el control del latido cardíaco fetal y del progreso de la dilatación.

Durante el expulsivo se recomienda:

- Adoptar la posición que cada mujer encuentre más cómoda (ver dibujo en la siguiente página), evitando perma-

necer tumbada sobre la espalda. Las posiciones verticales (sentada, de pie, acuclillada) o laterales (tumbada de lado) se asocian a expulsivos de menor duración. Las mujeres que adoptan la posición de apoyo con manos y rodillas, encuentran que es la más cómoda para dar a luz, y se ha observado que tienen menos dolor lumbar y menos dolor perineal posparto.

- Empujar de forma espontánea, cuando sientas necesidad. Las mujeres que reciben analgesia epidural y que no perciban la sensación de pujo ni las contracciones, recibirán ayuda del personal sanitario que atiende el parto, que les indicará cuándo deben empujar.

El abanico de posiciones a adoptar durante el expulsivo es muy amplia, incluso con analgesia epidural. Podrás estar semisentada, tumbada de lado o en cuadrupedia, según sea el nivel de movilidad y fuerza que mantengas en las piernas

POSICIONES DE PARTO



Después del nacimiento se recomienda

- Colocar a la criatura desnuda sobre el pecho y abdomen materno también desnudos, salvo que existan contraindicaciones por parte de alguno de ellos: es lo que se llama «contacto piel con piel». La observación y vigilancia adecuada de la niña o el niño se puede hacer en esta postura. Conviene mantener este contacto al menos durante la primera hora, o hasta que haya finalizado la primera toma.
- El pinzamiento tardío del cordón umbilical (cuando deje de latir). De esta manera mejoran los depósitos de hierro, además de permitir una transición al medio extrauterino más suave.
- Si has decidido amamantar, es conveniente que inicies la lactancia lo antes posible después del nacimiento, preferiblemente dentro de la primera hora de vida.
- Si por el contrario no puedes, o has decidido no amamantar, se te suministrará medicación para inhibir la lactancia.
- Salvo que exista alguna contraindicación formal, la madre y su bebé permanecerán en la misma habitación mientras dure su estancia en el hospital.

Intervenciones no rutinarias

En un parto fisiológico, llamado también de bajo riesgo, no suelen realizarse las intervenciones que se describen a continuación, salvo que exista una indicación concreta:

- Rotura artificial de la bolsa de aguas.
- Administración de oxitocina durante la dilatación: fármaco que se administra por vía intravenosa, para in-



crementar la frecuencia, el ritmo y la intensidad de las contracciones.

- Episiotomía: Corte quirúrgico que permite ampliar la entrada de la vagina.

4.3 / Manejo del dolor en el parto

En un parto normal, sin restricción de movilidad, en un ambiente favorecedor en el que la madre se sienta segura y cómoda, muchas mujeres pueden sobrellevar el dolor gracias a que los intervalos entre las contracciones les permiten descansar, y a sustancias liberadas por su organismo con efecto analgésico.

Existen diferentes métodos, naturales y farmacológicos, de alivio del dolor, aunque no todos se ofrecen en todos los hospitales. Antes del parto, puedes consultar cuáles se ofrecen en tu maternidad de referencia. Dentro de los disponibles, podrás elegir un método o varios, y cambiar de unos a otros en el transcurso del parto, salvo que exista alguna contraindicación formal para su uso.

Para que puedas tomar una decisión informada a continuación se describen las ventajas y desventajas de cada uno:

Métodos naturales o no farmacológicos

- El masaje y el contacto físico tranquilizador por la persona acompañante alivian el dolor y la ansiedad durante la dilatación y el expulsivo, sin efectos indeseables.
- Las técnicas de relajación y respiración pueden resultar de ayuda y no producen efectos indeseables.
- El uso de pelotas de goma facilita la adopción de posturas confortables.
- La inmersión en agua caliente disminuye moderadamente el dolor, facilita la relajación y reduce el uso de analgesia epidural, siempre que se realice durante la fase activa de la primera etapa del parto (dilatación igual o mayor de 5 cm), sin que se produzcan efectos adversos. La infraestructura para realizar esta práctica solo está disponible en algún hospital; en otros, pueden ofrecerte la posibilidad de una ducha caliente.
- Las inyecciones de agua estéril son útiles para el alivio del dolor lumbar que algunas mujeres experimentan durante las contracciones, pero producen escozor y dolor momentáneo.

Métodos farmacológicos

Inhalación de óxido nítrico: Proporciona un moderado alivio del dolor que muchas mujeres consideran suficiente. Sin embargo, puede provocar náuseas, vómitos y ligero aturdimiento que desaparecen en cuanto se interrumpe la inhalación.

Opioides intravenosos e intramusculares: Tienen un efecto analgésico limitado. Pueden provocar náuseas y vómitos, y afectan a la criatura pudiendo interferir en la lactancia.



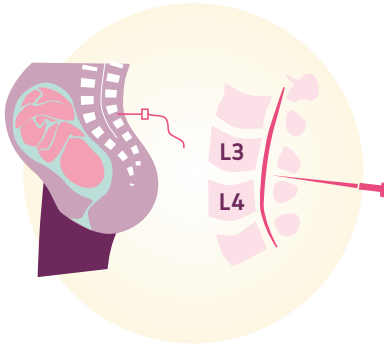
Analgesia epidural: Es una técnica invasiva, por eso la mujer debe ser informada sobre sus beneficios, riesgos e implicaciones sobre el parto.

Los beneficios de la analgesia epidural son los siguientes:

- Es el método que procura un alivio más eficaz del dolor.
- La analgesia epidural a bajas dosis permite la deambulación.
- No está asociada a una dilatación más prolongada, ni a mayores tasas de cesárea.
- Tampoco se asocia a dolor de espalda a largo plazo.

Los riesgos de la analgesia epidural son los siguientes:

- Bajada de la tensión arterial de la madre con posible pérdida del bienestar fetal, que se trata con reposición de líquidos intravenosos y fármacos vasoactivos.
- Fiebre durante el parto que plantea problemas de diagnóstico con otras causas de fiebre, y puede obligar a someter a estudios a la madre y a su bebé.
- Dificultad para orinar, por lo que la



mujer puede precisar sondajes vesicales intermitentes.

- Se restringe la movilidad, con incapacidad para caminar, puedes sentir las piernas dormidas o no sentir las en absoluto.
- Se asocia con un expulsivo más prolongado y con un mayor riesgo de necesitar ayuda para el parto mediante fórceps, ventosa o espátulas.

Implicaciones de la analgesia epidural sobre el desarrollo del parto

- Obliga a una monitorización materna y fetal más intensa. Esto significa que se te controlará estrechamente la tensión arterial, y se canalizará una vía venosa para poder pasarte suero si se produce hipotensión. Se realizará monitorización continua del latido cardíaco de la criatura, lo que puede limitar la libertad de movimiento de la madre.
- Aumenta la probabilidad de necesitar la administración de oxitocina.
- Puedes no sentir la necesidad de empujar, por lo que los pujos deberán ser dirigidos por el personal sanitario.
- Como en todo procedimiento técnico, pueden existir situaciones que

dificulten o contraindiquen su realización, o en las que, aun estando correctamente aplicada, la analgesia no sea completamente eficaz.

4.4 / El Plan de Parto

Una mujer en «trabajo de parto» necesita ser tratada con respeto, disponer de toda la información y, junto a su acompañante, implicarse en las decisiones que surjan.

El personal sanitario necesita conocer tus expectativas y preferencias para poder acompañarte en el proceso, atender tus necesidades y respetar la forma en la que prefieres vivir tu parto y recibir a tu bebé.

Elaborar un «Plan de parto» con el o la profesional de salud que atiende tu embarazo ajustado a las posibilidades de la maternidad hospitalaria elegida facilitará que tú seas la protagonista de una de las experiencias más íntimas e importantes de tu vida.

Encontrarás el Plan de Parto del Principado de Asturias y toda la información necesaria para cumplimentarlo en la «Cartilla de Salud Maternal».

La ley de autonomía del paciente se expresa en el plan de parto como documento de instrucciones previas, pero se debe aplicar durante todo el proceso asistencial. Cualquier prueba o técnica a realizar debe ser previamente informada y contar con tu expreso consentimiento.



**LEY DE
AUTONOMÍA
DEL PACIENTE
Y DERECHOS Y
OBLIGACIONES
EN MATERIA DE
INFORMACIÓN Y
DOCUMENTACIÓN
CLÍNICA**

LEY 41/2002
DE 14 DE NOVIEMBRE

Y es que, tal y como recoge esta ley:

- Toda actuación en el ámbito de la salud requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los/las pacientes, que debe obtenerse después de recibir una información adecuada.
- Los/as pacientes tienen derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles
- Los/as pacientes tienen derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

♥ OTROS ESCENARIOS

Si bien nuestra norma biológica es el parto vaginal normal, por diferentes circunstancias, no todas las mujeres embarazadas iniciarán espontáneamente su parto ni finalizarán el proceso sin ayuda. Por ese motivo, incluimos una breve descripción de otros escenarios que pueden darse, distintos al parto vaginal normal.

INDUCCIÓN DEL PARTO

Consiste en estimular artificialmente el útero para iniciar el parto. En nuestro medio, aproximadamente 1 de cada 4 partos son inducidos.

- Existen diferentes indicaciones de inducción del parto: rotura prematura de membranas, gestación en vías de prolongación, estados hipertensivos del embarazo, defectos de crecimiento fetal, alteraciones del líquido amniótico... Cada caso se valora de forma individualizada y se consensúa con la paciente. El objetivo será alcanzar el mayor beneficio tanto para la madre como para el feto.

♥ OTROS ESCENARIOS

- Las condiciones del cuello del útero al inicio de la inducción se relacionan con las probabilidades de éxito de la misma, por lo que es necesario realizar una exploración vaginal al inicio de la inducción para conocer dichas condiciones y determinar qué método será más adecuado para iniciar el proceso.
- La maduración cervical tiene como objetivo facilitar el proceso de borramiento y dilatación del cérvix. Los **métodos de maduración cervical** pueden ser clasificados en mecánicos y farmacológicos.

Mecánicos: se utiliza con frecuencia el balón intrauterino. Se trata de un método con muy buen perfil de seguridad, lo que posibilita que, en algunos casos, esta fase pueda llevarse a cabo de forma ambulatoria.

Farmacológicos: se basan en la administración de prostaglandinas, habitualmente por vía vaginal.
- El empleo de uno u otro método dependerá de las condiciones individuales de cada paciente. También es posible que estos métodos se apliquen de forma combinada o secuencial. La duración de esta fase inicial es variable.
- Puede ocurrir que el parto se desencadene tras esta fase de maduración cervical. En caso contrario **se procederá, salvo contraindicación, a la rotura artificial de membranas y a la inducción con oxitocina**. La duración de esta fase también es variable.
- El fracaso de inducción se define como la incapacidad de llegar a la fase activa de parto tras 15-24 horas de oxitocina y bolsa rota.

♥ OTROS ESCENARIOS

PARTO INSTRUMENTAL

Es aquel que finaliza con la ayuda de instrumental: ventosa, fórceps o espátulas. Este se utiliza por riesgo de pérdida de bienestar del bebé que debe nacer cuanto antes o por la detención de la segunda fase de parto [ayuda de expulsivo].

- Será imprescindible que la mujer esté en dilatación completa, la presentación fetal accesible y la bolsa amniótica rota.
- El tipo de instrumento a aplicar dependerá de las condiciones individuales y estará a criterio del equipo obstétrico. Se informará a la gestante de la indicación y el tipo de instrumento a aplicar.
- La episiotomía no se realiza de forma rutinaria en los partos instrumentales.
- Habitualmente el parto instrumental se lleva a cabo en el paritorio y con acompañamiento. No obstante, en ciertas ocasiones es necesario realizar una prueba de parto en el quirófano obstétrico, intentando allí el parto instrumental en condiciones de seguridad.

CESÁREA

La cesárea es una intervención quirúrgica mayor que permite el nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal.

- Aunque debe considerarse una técnica relativamente segura para la madre y el feto, presenta un riesgo de complicaciones a corto, medio y largo plazo mayor que un parto vaginal. Además, su realización puede tener consecuencias importantes en futuros embarazos.
- En algunos centros de la red sanitaria del Principado de Asturias, las madres que dan a luz mediante cesárea no urgente y que cumplen determinados criterios de seguridad, tienen la posibilidad de estar acompañadas durante la cesárea y/o el postoperatorio inmediato por la persona que ellas elijan. De esta manera, se favorece el apoyo emocional a la madre y se facilita el contacto piel con piel.



5/ Y DESPUÉS DEL PARTO, EL PUERPERIO

Si buscamos en el diccionario la palabra «puerperio» encontraremos la siguiente definición:

Período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación.

Real Academia Española.

- Suele decirse que tiene una duración de 40 días de ahí que popularmente se conozca como «cuarentena». Quizás si pensamos estrictamente en la involución uterina sí se cumpla este plazo, pero a otros niveles, tanto físicos y emocionales como sociales, el puerperio puede extenderse durante meses.
- Tradicionalmente se daba por finalizado con la aparición de la primera menstruación. En un contexto de no

lactancia materna, es habitual que la regla aparezca a las 6-8 semanas del parto, pero si por el contrario damos el pecho puede tardar más de un año en regresar.

Ya vemos que es más fácil concretar cuándo empieza el puerperio que cuándo termina. Dure lo que dure, lo que está claro es que el puerperio es un periodo de cambios en que la mujer se recupera de la gestación y el nacimiento y se adapta progresivamente al cuidado y alimentación de su criatura, según sus posibilidades y su entorno.

5.1 Cambios del puerperio

Físicos

- Presencia de sangrado vaginal debido a la expulsión de los restos de la



Solemos decir que el puerperio es un periodo de involución en que nuestro cuerpo intenta volver al estado previo al embarazo, pero las glándulas mamarias, si hemos optado por alimentar a nuestro hijo o hija con leche materna, serán la excepción. Lejos de involucionar experimentarán en este periodo su máximo desarrollo

pared del útero, y a las secreciones que se producen al cicatrizar la herida dejada por la placenta. Estas pérdidas se llaman «loquios»; irán cambiando su color y cantidad hasta pasado aproximadamente un mes y medio.

- Cambios en las mamas en caso de lactancia materna.
- Recuperación del tamaño del útero. En los primeros días pueden aparecer contracciones dolorosas, llamadas popularmente «entuerteros», más frecuentes en mujeres que han tenido más hijos/as y durante el amamantamiento.
- Debilidad del complejo abdominolumbopélvico (CALP).

Psicológicos

- Durante las primeras semanas tras el parto, en torno al 80% de las mujeres presentan lo que se conoce como «baby blues» o melancolía posparto: fluctuaciones del estado de ánimo

consistentes en tristeza, llanto, preocupación, falta de concentración y memoria, agotamiento... En general, no se considera un trastorno y suele desaparecer entre la segunda y tercera semana posparto. Se trata de un proceso adaptativo que no requiere tratamiento.

- Sin embargo, entre el 8% y el 15% de los casos evolucionan a depresión posparto, por lo que debes de estar atenta a la normalización de tu estado de ánimo. La **depresión posparto** se manifiesta como un sentimiento de tristeza continuada o irritabilidad excesiva, incapacidad para sentir placer o disfrute por las cosas, culpabilidad, sentimientos de ser mala madre, preocupación constante o excesiva por la salud del bebé o la capacidad para ser madre, incomodidad o rechazo hacia el bebé, ideas de hacerse daño a sí misma o al bebé, insomnio, cambios en el apetito con pérdida de



peso o aumento significativo. A diferencia de la tristeza puerperal, requiere valoración por un/a profesional de Salud Mental y tratamiento.

Para prevenir trastornos psicológicos más graves, es aconsejable cuidar la alimentación, practicar ejercicio físico, buscar personas de apoyo o grupos de ayuda mutua y respetar los momentos de reposo

Buscar momentos de descanso es esencial para nuestra salud mental. A veces esto resulta muy difícil con la llegada de un bebé, por lo que es especialmente importante compartir con tu pareja y tu entorno familiar el cuidado del bebé, así como todas tus emociones y preocupaciones, y no dudar en pedir ayuda si la necesitas, tanto a tu familia como al personal sanitario que te acompaña en este proceso.

Sociales

Se suele decir que «cuando nace un bebé, nace una madre». El nacimiento de un hijo y de una hija, por deseado y buscado que sea, implica una transformación, para nosotras y todo nuestro entorno. Debemos darnos tiempo para adaptarnos al nuevo rol, que será abrumador por momentos.

5.2 / Cuidados del puerperio

Todos estos cambios propios del puerperio precisarán de cuidados específicos y de un seguimiento profesional.

Si el puerperio se desarrolla con normalidad tu figura de referencia será la matrona de tu centro de salud. Deberás pedir cita nada más te den el alta hospitalaria para que te pueda valorar cuanto antes, especialmente si estás dando el pecho y necesitas resolver dudas respecto a la lactancia. Como mínimo serán necesarias dos revisiones que aumentarán si la situación lo requiere o tú lo demandas expresamente.

REVISIONES

PRIMERA

Entre el 4º - 8º día
posparto

- **Exploración física**
TA / Periné / Loquios / Mamas
- **Valoración del estado emocional y del vínculo**
- **Valoración de la criatura**
Peso actual / Coloración / Cribados
- **Asesoramiento lactancia materna o artificial**
Valoración de una toma (pecho o biberón)

SEGUNDA

Entre la 6ª - 8ª semana
posparto

- **Exploración física**
Valoración abdomino-pélvica
Diástasis de los rectos
Escala de Oxford
Periné [cicatrices, contracturas]
- **Valoración del estado emocional.** Test de Edimburgo
- **Valoración del apoyo familiar**
- **Asesoramiento en anticoncepción**
- **Asesoramiento lactancia materna o artificial**
Valoración de una toma (pecho o biberón)
- **Vacunación**
- **Cribados:**
cáncer de cérvix / violencia de género

5.2.1 / El suelo pélvico

El posparto es una de las fases de la vida de la mujer en la que con mayor frecuencia se produce la aparición de síntomas relacionados con el suelo pélvico. Esto es debido a, entre otros factores, el propio embarazo, la distensión de todas las estructuras como consecuencia del parto y la presencia de lesiones perineales por la realización de una episiotomía o aparición de un desgarro.

Las alteraciones relacionadas con disfunciones del suelo pélvico producen una gran pérdida de calidad de vida, siendo las siguientes las que se detectan con mayor frecuencia:

- Incontinencia urinaria.
- Prolapso de órganos pélvicos, caracterizado por la sensación de peso, sensación de cuerpo extraño o roce en la zona vaginal y vulvar.
- Dispareunia: Dolor asociado a las relaciones sexuales.

Es fundamental en la revisión posparto con la matrona la realización de una valoración de todas estas estructuras que permita dar las recomendaciones oportunas y si es necesario la derivación a un/a fisioterapeuta especializado en suelo pélvico y/o ginecología.

En el enlace de la página 76, del canal de Osakidetza, encontrarás una explicación sobre cómo realizar los ejercicios de Kegel:

5.2.2 / La actividad física.

A continuación, te proponemos una secuencia de ejercicios para que la vuelta a la actividad sea lenta y progresiva:

ESTADO	OBJETIVO	RECOMENDACIÓN	CONSEJO
POSPARTO INMEDIATO (24-48 horas)	Recuperación del trabajo de parto	• Aplica frío en la zona genital, máx. 15 min., 3 veces al día • Evita el estreñimiento (Postura facilitadora de defecación)	• Déjate cuidar • En caso de lactancia materna, puedes ayudarte de un cojín
POSPARTO PRECOZ (2-10 días)	Inicio del trabajo muscular	• Ejercicios de Kegel: 10 repeticiones, cada 3 horas • Ejercicios del músculo transverso	• Da paseos cortos • Puedes utilizar una faja de estabilización lumbopélvica
POSPARTO TARDÍO (10-40 días)		• Ejercicios de Kegel: 20 repeticiones, 4 veces día • Continuar con ejercitación del transverso	• Aumenta la distancia y velocidad de los paseos, un 10% por semana
A partir de los 40 días	Vuelta a la actividad	• Evita deportes de impacto (salto, carrera), inicio progresivo a partir de la semana 12 • Gimnasia Abdominal Hipopresiva • Se recomienda acudir a grupos de gimnasia posparto • Pilates, yoga	• Realiza una valoración del suelo pélvico con tu matrona • Si das el pecho, hazlo antes del ejercicio para mayor comodidad y protege el pecho con un sujetador apropiado • Si sales a correr con tu bebé debe ir en un carrito específico para la carrera • Si no puedes hacer ejercicio con tu bebé pide ayuda



Gimnasia abdominal hipopresiva

*Tras soltar todo el aire,
nos quedaremos en apnea
durante 10-15 segundos*



Postura facilitadora de la defecación

*Apoya los pies sobre un
taburete e inclina el cuerpo
hacia delante*

Ejercicios del músculo transverso.

El transverso del abdomen es la parte más profunda de nuestra «faja» abdominal, y actúa a modo de corsé dando soporte y sostén a nuestro cuerpo y nuestra columna. Un músculo transverso del abdomen fuerte es la base para un suelo pélvico sano. Al fortalecerlo, el ombligo debe moverse hacia dentro y hacia arriba.

Gimnasia abdominal hipopresiva.

Los hipopresivos son ejercicios posturales creados por el doctor belga Marcel Caufriez. Se basan en respiraciones que favorecen la disminución de la presión abdominal, actuando de forma refleja sobre el suelo pélvico y la pared abdominal.

Elementos:

- Autoelongación.
- Doble mentón.
- Hendidura de las fosas claviculares y separación de los omóplatos.
- Adelantamiento del eje de gravedad.

Postura facilitadora de la defecación

Similar a la posición de cuclillas. Evitará que tengas que realizar grandes esfuerzos durante la defecación.

En este enlace del canal de Osakidetza encontrarás una explicación sobre cómo realizar los ejercicios de Kegel:

HAZ
CLICK
SOBRE
EL ICONO



**IMPORTANTE****Signos de alerta ante los que consultar**

- **Fiebre:** En las primeras 24 horas tras el parto la temperatura puede subir hasta 38°C, sin que sea anormal; pasado este tiempo, si aparece fiebre se debe consultar.
- **Coágulos grandes,** y/o incremento del sangrado que acompaña a los loquios.
- Los **loquios adquieren mal olor** (el olor normal es similar al de la regla).
- **Dolor** en la zona baja del vientre.
- Dolor, tensión, y enrojecimiento en la zona de los puntos, si los hubiera.
- **Molestias al orinar,** ardor, o quemazón.
- **Dolor y enrojecimiento** de uno o ambos pechos, con o sin fiebre.
- Síntomas de **depresión pasadas 2-3 semanas,** con tristeza continuada, incomodidad o rechazo hacia su bebé, sentimientos de culpa, sensación de no poder salir adelante, pensamientos de hacerse daño a sí misma o al bebé y abandono de los cuidados.
- **Dolor torácico y sensación de falta de aire.** Podrían ser los primeros síntomas de un TEP que, como comentamos en la parte de cribados, constituye la principal causa de mortalidad materna en nuestro medio.



6/ ¿QUÉ CUIDADOS NECESITA TU HIJA O HIJO?

6.1 / Cuidados inmediatos tras el nacimiento

«Contacto piel con piel»

- Tras el nacimiento, tu bebé se encuentra bajo el influjo de las hormonas del parto, con los ojos muy abiertos, el sentido del olfato agudizado y los reflejos activos. Es importante conocer el valor de este período, que apenas dura dos horas, para asegurar y proteger ese primer contacto en el que tu hija o hijo y tú os miráis, os tocáis y os oléis. Será un momento inolvidable que facilitará, sin duda, el vínculo.
- Pensemos que el cuerpo de la madre es el «hábitat natural del bebé», ha sido su universo durante 9 meses, es todo lo que conoce. Estar en contacto con vosotras, escuchando vuestro



corazón, será la forma óptima de hacer el tránsito a la vida extrauterina.

- Este contacto piel con piel tiene innumerables beneficios: ayuda a estabilizar la temperatura y las constantes vitales de tu bebé, disminuye su llanto, le tranquiliza y facilita la instauración de la lactancia materna, si tu deseo es amamantar. La matrona

podrá ayudarlos en esos primeros momentos. Idealmente, la criatura busca y encuentra el pezón, se agarra de manera espontánea e inicia la primera toma.

- Si por el contrario has decidido no amamantar a tu bebé, preservar ese primer contacto seguirá siendo igual de importante. Como acabamos de mencionar, tiene muchos beneficios que trascienden el tipo de alimentación.
- Para poder efectuar el contacto piel con piel con seguridad, es necesario que tú y/o tu acompañante estéis alerta, observando la actividad, el tono, y el color de los labios de la criatura, y vigilando que no se obstruyan sus fosas nasales y que su respiración sea normal. La matrona os explicará cómo hacerlo. Si estás muy cansada o adormilada, esta vigilancia puede ser realizada por tu pareja o acompañante.

El resto de cuidados que describimos a continuación, incluido pesar a tu bebé, deben esperar a que transcurra el tiempo de contacto piel con piel.

- Administración de pomada oftálmica: Para prevenir infecciones oculares.
- Administración de vitamina K: Mediante inyección intramuscular única para prevenir la hemorragia por déficit de vitamina K.

Se desaconseja el baño en las primeras horas de vida.

6.2 / La alimentación de tu bebé

Durante el embarazo tienes tiempo para preparar y decidir el modo en que vas a alimentar a tu hija o hijo. Pide al personal sanitario que te informe sobre

Hay ocasiones en que la situación clínica de la madre y/o del bebé no nos permite hacer este contacto piel con piel tras el parto porque se requieren cuidados especiales que obligan a una separación. Aunque somos conscientes del valor que tienen estas 2 primeras horas de vida, queremos tranquilizaros. Pensad que tenéis toda una vida por delante. Poner al bebé desnudo en contacto con vuestro cuerpo es una práctica maravillosa, que os animamos a realizar siempre que os apetezca

las diferentes opciones, y que te enseñe las habilidades para amamantar si decides hacerlo.

Lactancia materna

La leche materna es la forma óptima de alimentar al bebé durante sus primeros meses de vida. Además de favorecer el desarrollo neurológico y afectivo del niño o la niña, cubre todas sus necesidades nutricionales, es el alimento de más fácil digestión y absorción, y aporta defensas naturales frente a las enfermedades infecciosas. Amamantar también es beneficioso para la madre, ya que acelera su recuperación tras el parto y protege de numerosas enfermedades.



Aunque amamantar es un hecho instintivo, requiere aprendizaje mutuo y acompasar los ritmos madre-bebé. Una vez instaurada, es una alimentación cómoda y segura, ya que está siempre preparada a la temperatura adecuada, y es la más económica para la familia.

Hay mujeres que deciden no amamantar a sus hijos/as, otras desean hacerlo, pero encuentran dificultades que imposibilitan la lactancia. No debes sentirte culpable por ello. Pide ayuda, y trata de entender por qué no ha sido posible

En el capítulo «Guía de lactancia materna» encontrarás información.

Lactancia artificial

Cuando la madre no puede o no desea dar el pecho, puede recurrir a la lactancia artificial.

Se utilizará una leche en polvo llamada adaptada, humanizada o maternizada de inicio, que es la que permite cubrir adecuadamente las necesidades nutricionales en esta etapa. Tu pediatra te indicará el tipo de leche, la forma de preparar el biberón, así como la cantidad diaria recomendable, que dependerá de los días de vida y del peso del niño o la niña.

Hay diferentes tipos de tetinas, flujos y leches artificiales, se han de usar según la capacidad de succión y tolerancia de los bebés para evitar problemas de agarre, de deglución y de cólicos. Para preparar la leche se puede utilizar agua envasada o agua del grifo, que no será imprescindible hervir con anterioridad.

No obstante, la OMS y la FAO recomiendan para bebés hasta los 2 meses, prematuros e inmunodeprimidos, la ebullición del agua previa a la preparación del biberón. En ese caso habría que dejarla reposar durante 3 minutos y preparar el biberón a unos 70 grados, temperatura suficiente para destruir las bacterias que pueda haber en la leche en polvo.

Es muy importante mantener la proporción adecuada entre el agua y la leche en polvo; para ello se debe utilizar el cacito que viene en el bote de leche, llenarlo sin apretar, y poner una medida rasa de leche por cada 30 ml de agua. En un intento de respetar la proporción al máximo, se recomienda añadir la leche en polvo al agua y no al revés.

Las tomas deberán ofrecerse aproximadamente cada 3 ó 4 horas, siguiendo las señales de hambre del bebé. La cantidad de leche que tu bebé ingiere en

cada toma depende de su apetito, que no es uniforme; en ningún caso se debe forzar la ingesta. Se debe dar la toma con la niña o el niño semisentado/a, nunca acostado/a, y mantener la tetina casi horizontal para limitar la velocidad del flujo que será regulada por el bebé. Así lo recomienda el **método Kassing**:

- Debemos estimular el reflejo de búsqueda tocando las mejillas, los labios y la nariz.
- Introducir la tetina cuando la boca esté bien abierta.
- Retirar la tetina tras varias succiones, e iniciar de nuevo el proceso hasta que el o la niña se duerma o no quiera más leche.

La leche sobrante que no se haya consumido en las dos horas siguientes deberá ser desechada, para evitar la proliferación de posibles gérmenes contaminantes. Es aconsejable que sea la madre, o en su defecto el padre, quien ofrezca el biberón, sobre todo en las primeras semanas, tratando de acompañarlo del mayor contacto físico posible para facilitar el apego y proporcionar a ambos los beneficios físicos y psicológicos de este contacto.

6.3 / Pruebas para detectar algunas enfermedades congénitas

En los primeros días de vida se te ofrecerá la posibilidad de que tu hija o hijo pueda participar en dos programas de detección de enfermedades congénitas.

La participación es voluntaria, si bien es recomendable. Se trata de pruebas sin riesgo, que permiten detectar y tratar algunas enfermedades, antes de que tengan consecuencias graves para la



Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil



Programa de **Cribado Neonatal** del Principado de Asturias

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ
de enfermedades endocrino-metabólicas
y hematológicas en el período neonatal,
mediante la 'PRUEBA DEL TALÓN'.



salud de tu bebé, evitando o disminuyendo, según la enfermedad de que se trate, complicaciones graves, incluso la muerte. El personal sanitario que te atiende te explicará estos programas y podrá aclarar tus dudas, además de pedirte el consentimiento para realizarlas.

Las pruebas ofrecidas actualmente son:
Test de hipoacusia: Consiste en una prueba de audición que se realiza antes del alta hospitalaria para descartar la presencia de sordera.

Prueba del talón: Consiste en extraer una gota de sangre del talón a partir de las 48 horas de vida para descartar la presencia de algunas enfermedades como el hipotiroidismo, la fenilcetonuria, la fibrosis quística, u otras alteraciones metabólicas.



Para más información sobre estos programas consulta los siguientes enlaces:

Guía de Corresponsabilidad



Programa de Cribado Neonatal



6.4 / Cuidados corresponsables

Desde el nacimiento de toda criatura, nace una familia. En nuestro entorno podemos encontrar una gran diversidad de familias pues hay mujeres que abordan su maternidad en solitario, mientras otras lo hacen en el seno de una pareja que puede ser homosexual o heterosexual. Independientemente del tipo de familia que sea la tuya, será fundamental encontrar apoyos y repartir tareas, pues el compromiso de criar y cuidar a un/a hijo/a puede resultar abrumador.

El Plan Corresponsables es una nueva política pública del Ministerio de Igualdad que tiene por objeto iniciar el camino hacia la garantía del cuidado como un derecho en España desde la óptica de la igualdad entre mujeres y hombres.

En otro de los enlaces podrás consultar la Guía de Corresponsabilidad elaborada por el Ayuntamiento de Oviedo.





7/ GUÍA DE SALUD ORAL EN EL EMBARAZO Y LA PRIMERA INFANCIA

7.1 / El cuidado de la boca de la embarazada.

Cómo afecta el embarazo a tu boca

Tu boca, al igual que el resto de tu cuerpo, cambia con el embarazo, pero tranquila, no tienes que esperar problemas porque estés embarazada. Debes saber que el embarazo no «quita calcio al diente» y que no es cierto que el embarazo «estropee la boca» o que «cada embarazo cueste un diente».

Aunque son frases y creencias transmitidas de generación en generación, no hay base para seguir manteniéndolas. Su origen se remonta a épocas donde la higiene oral no estaba generalizada y era más difícil el acceso a los recursos sanitarios. Hoy no tiene por qué seguir ocurriendo, como te explicamos en este documento.

Cómo afecta el embarazo a la boca del bebé

El bebé cubre sus necesidades de calcio a través de los nutrientes que le aporta la madre, por lo que es importante que incluyas lácteos y otros alimentos ricos en este mineral en tu dieta con el fin de asegurar un buen aporte.

¿Voy a tener caries por estar embarazada?

No, salvo que descuides tu forma de comer y de cepillarte. Una buena higiene oral acompañando a una dieta no azucarada es suficiente para mantener tu boca sana durante todo este período.

Ahora bien, en el caso de que ya tuvieras caries antes de quedarte embarazada, es posible que estas lesiones en los dientes tengan tiempo para dar señales y gene-

rar molestias a lo largo del embarazo. Las revisiones periódicas antes del embarazo detectarían estas lesiones «ocultas».

Cómo afecta el embarazo a mis encías

Los cambios hormonales durante el embarazo aumentan la irrigación de las encías, por lo que éstas pueden sangrar más fácilmente que antes. Éste es el único cambio real que puede ocurrir en tu boca si tus encías estaban sanas antes de quedarte embarazada.

Si por el contrario ya tenías problemas en las encías antes del embarazo, éstos se harán más evidentes, con una tendencia mayor al sangrado o a la movilidad dentaria.

Presta atención a las siguientes señales:

- _Encías sensibles, hinchadas o enrojecidas.
- _Mayor tendencia al sangrado durante el cepillado, o al hacer la limpieza interdental.
- _Ligera movilidad de los dientes.
- _Dolor al cepillado.
- _Aumento a la sensibilidad al frío, dulces o ácidos.
- _No poder eliminar el mal aliento o el mal sabor de boca.

Pueden indicar que padeces problemas de encías, por lo que es aconsejable que las consultes con el/la dentista de tu centro de salud cuando acudas a las revisiones que hay previstas para ti.

En ocasiones puede aparecer un bulto en las encías, sobre todo entre los incisivos superiores, que crece durante el embarazo y que suele desaparecer

después del parto. Si aparece, es conveniente que lo consultes.

Cómo puedo cuidar mis dientes y encías durante el embarazo

Acude a la Unidad de Salud Bucodental (USBD) de tu centro de salud para hacer una revisión completa de tu boca. Allí, los/as dentistas e higienistas de la Unidad te explicarán las medidas básicas de dieta saludable e higiene oral durante el embarazo y la lactancia. También te orientarán sobre los tratamientos que puedas necesitar y si es necesario, te realizarán una limpieza profesional y una fluoración.

El **cepillado diario** es la medida principal para mantener la boca sana durante el embarazo. En la USBD, tu dentista o higienista te explicará cómo utilizar el cepillo, la seda y todo lo relacionado con el cuidado de tu boca:

- Realiza un cepillado completo (dientes, encías, carrillos y lengua), justo después de las tres comidas principales del día.
- La duración adecuada del cepillado es de 2 minutos, pero tómate tu tiempo y cepíllate sin prisas.
- Utiliza cepillos blandos. Puedes usar un cepillo eléctrico si lo prefieres.
- Cambia el cepillo cada 3 meses como mínimo, o antes si las cerdas están gastadas o abiertas.
- No apliques mucha presión, porque puedes dañar los dientes y las encías.
- Utiliza una pasta de dientes con flúor, empleando muy poca pasta en cada cepillado (como un guisante).
- Una vez al día, preferentemente por la noche, es importante completar el cepillado con la seda dental o los cepillos

inter-proximales, para la limpieza entre los dientes. También puedes usar un raspador lingual.

- Para comprobar si estás haciendo un buen cepillado, puedes emplear un revelador de placa dental dos o tres veces a la semana.

Otros consejos:

- Si padeces vómitos, no te cepilles inmediatamente después de haber vomitado. Simplemente enjuaga tu boca con agua para aclararla, y espera al menos 1 hora para volver a cepillarte.
- Puedes enjuagarte con colutorios (enjuagues) con soluciones que contengan flúor durante 1 minuto una vez al día.
- Si no puedes cepillarte los dientes después de comer o si notas acidez o mal sabor de boca, puede ser útil el consumo de chicles con xilitol. Aumentan la salivación y evitan una acidificación excesiva alrededor de los dientes que podría favorecer la caries. En la USBD de tu centro de salud podrán orientarte sobre el uso de estos productos.
- Recuerda la importancia de evitar el consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo. Además de alterar el crecimiento y desarrollo del feto, también producen problemas en la boca de la embarazada.

Los tratamientos de la boca durante el embarazo

Siempre que sea necesario se pueden realizar empastes, extracciones, limpiezas y tratamientos de la encía, sin ningún temor y sin necesidad de esperar a que des a luz. Si es posible, los tratamientos que precisas es mejor realizar-



IMPORTANTE

Revisiones en la USBD

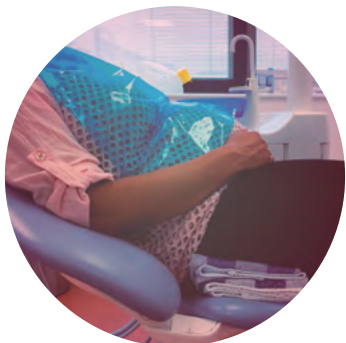
1 revisión durante el embarazo (+1er trimestre)
1 revisión posparto.

Embarazadas con «Riesgo Alto de Enfermedad Oral» tendrán revisiones cada 6 meses durante los 2 años que siguen al parto.

los durante el segundo trimestre de la gestación.

Necesitas ser atendida en una posición cómoda. La mejor posición en el dentista es la semisentada, no echada del todo, y con un cojín debajo de una de tus caderas.

La anestesia local y los materiales que se emplean en el dentista son seguros para al feto. Incluso se pueden hacer radiografías de la boca, siempre que se utilice una protección adecuada, y si es posible, se cuente con aparatos de ra-



diografía digital (éstos reducen en un 90% la radiación que emiten los aparatos convencionales).

Hay un gran número de fármacos que se pueden emplear durante el embarazo. Consulta siempre con el personal sanitario antes de consumir medicinas.

7.2 / El cuidado de la boca en la primera infancia

Cómo influye la alimentación sobre la boca de tu bebé

La lactancia materna es la mejor alimentación para la salud del bebé. Favorece el desarrollo y el funcionamiento correctos de las estructuras que forman su boca, su cara y su cráneo (dientes, huesos, músculos, etc.); y ayuda a coordinar la respiración y la alimentación.

Es mejor evitar el uso de chupetes y biberones durante el periodo de inicio de la lactancia materna y usarlos sólo cuando esté bien establecida, una vez cumpla 1 mes de vida. Es aconsejable, en general, que después de cumplir un año no se usen más los chupetes o tetinas. Prolongar el uso del chupete o la

succión de un dedo puede provocar malformación de la estructura de la boca y alteración de la erupción de los dientes y maloclusiones.

Recuerda que tanto la leche artificial como los zumos, contienen azúcares que pueden provocar caries en los primeros dientes. Si se deja al bebé de manera continuada con un biberón que contenga leche, zumo o cualquier otro preparado, se formarán unos ácidos en su boca que atacan el esmalte de los dientes y producen caries. Si el bebé necesita dormirse o jugar con un biberón, llénalo con agua.

No mojes nunca el chupete en miel, en azúcar o en zumo.

No des alimentos azucarados a los menores de 2 años ni tampoco añadidas azúcar ni miel a los alimentos complementarios durante toda la infancia.

Higiene oral durante la primera infancia

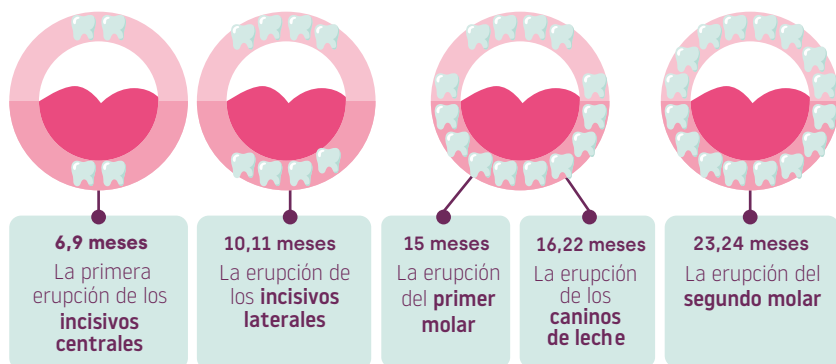
No se debe limpiar la boca del lactante que no tiene dientes. La leche humana es de gran complejidad biológica. Su interacción con la saliva del recién nacido es muy beneficiosa.

Ten en cuenta que los gérmenes que puedas tener en la boca llegan fácilmente a la de tu bebé, por lo que es muy importante que sigas dedicando tiempo al cuidado de tus dientes y encías. Cuanto más sana esté tu boca, más posibilidades tendrás de que lo esté la de tu bebé.

Evita chupar su chupete o sus cubiertos por la posible transmisión de bacterias

ERUPCIÓN DENTAL

Cronología de la erupción dental en niños



▲ **Observaremos** ▲

cariogénicas. Aunque se sabe que la caries no es una enfermedad transmisible, sí que se pueden transmitir bacterias de la madre, el padre o el cuidador/a que el bebé no tenía en la boca.

Una vez que le salgan los dientes, cepíllalos después de comer con un cepillo suave y pequeño adaptado a su edad.

El cepillado debe hacerse respetando las horas de sueño del bebé, sobre todo en menores de 12 meses. Si después de mamar o tomar el biberón el bebé se queda dormido, respeta su sueño. El hábito del cepillado se irá introduciendo poco a poco, ya que se pueden lavar los dientes en otros momentos del día.

Cuando tu hija o hijo haya cumplido un año, le podrás dar un cepillo para que empiece a familiarizarse con él, y en el momento que complete su dentición de leche, le podrás enseñar la correc-

ta técnica de cepillado que consiste en movimientos verticales desde la encía al diente, «del rojo al blanco».

El cepillado dental deberá ser supervisado por una persona adulta hasta los 8-9 años, sobre todo por la noche.

Es aconsejable usar pasta fluorada (con 1.000 a 1.500 ppm de flúor), en pequeñas cantidades, en la siguiente manera:

...A partir de la aparición de los primeros dientes, y hasta los 3 años, usa un «grano de arroz» de pasta (1000 ppm de flúor) en el cepillo.

...Desde los 3 años utiliza «un guisante» de pasta (1000 ppm de flúor y a partir de los 6 años 1500 ppm de flúor), en cada cepillado. En todos los casos, conviene vigilar que no trague la pasta, y que escupa el sobrante al finalizar el cepillado, sin enjuagar la boca.

Las lesiones de caries de primera infancia se localizan en los incisivos superiores, en la zona cercana a la encía, y en molares principalmente. Por eso es importante levantar el labio superior con los dedos mientras se cepillan los dientes del niño. Esto sirve para revisar los dientes superiores visualmente y para limpiar mejor la zona de mayor riesgo.

Los primeros dientes

Los dientes temporales (de leche) son fundamentales para la masticación completa de los alimentos y para for-

mar las palabras. Además, se ocupan de mantener el espacio y de guiar la salida de los dientes permanentes. Por estas razones es necesario conservarlos hasta que salgan los definitivos.

El primer diente de leche suele aparecer a los 6 meses y el último a los 24 meses, aunque estas edades pueden variar mucho de forma natural y sin que suponga nada extraño.

No hay pruebas concluyentes sobre la relación entre la aparición de los dientes de leche y diversas molestias.



8/ GUÍA DE LACTANCIA MATERNA

8.1 / Lactancia materna: una responsabilidad colectiva

La alimentación de tu hija/o es una decisión importante, una información adecuada puede ayudarte a conocer la trascendencia de tu elección, ya sea lactancia materna o lactancia artificial.

Cada vez son más las mujeres que deciden amamantar, porque sienten que la leche materna es mucho más que un alimento: se adapta a las necesidades de sus hijos o hijas en cada momento, les protege de enfermedades, y sus beneficios permanecen en el futuro.

En otros tiempos la lactancia materna era algo habitual, siendo frecuente ver desde la infancia cómo las madres amamantaban; actualmente no es así, por

¿Sabías que...?

La Organización Mundial de la Salud y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomiendan la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de vida; después se puede continuar amamantando hasta los dos años de manera complementaria al resto de la alimentación o hasta que madre e hija/o deseen

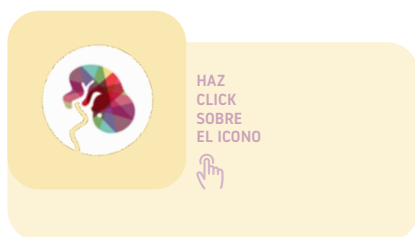


eso muchas mujeres y muchos/as profesionales sanitarios/as pueden saber poco sobre la lactancia.

El contenido de esta guía pretende ofrecer información práctica sobre la lactancia materna y el amamantamiento, así como ayudar a resolver dudas y a prevenir posibles problemas que puedan surgir.

8.2 / Las claves para amamantar

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) fue lanzada por la OMS y UNICEF en 1991 para animar a los hospitales, servicios de salud y, en particular, áreas de maternidad a adoptar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. ¡Échales un ojo en el enlace!



Los «10 pasos para una lactancia exitosa» resumen las acciones necesarias para apoyar la lactancia materna en las maternidades

Querer dar de mamar

Es importante saber que la leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer para la salud y el desarrollo de su hijo o hija. También es buena para la madre, la familia y la sociedad.

Es buena para tu hijo o hija:

- La leche materna es el único alimento que cubre todas las necesidades nutricionales durante los seis primeros meses de vida. Después sigue siendo importante, aunque necesita ser complementado con otros alimentos.
- Es el alimento de más fácil digestión y absorción, por eso son menos frecuentes los cólicos, las diarreas y el estreñimiento.
- Contiene defensas naturales por su especial composición, y le protege de infecciones, principalmente respiratorias y digestivas.
- Tiene un efecto protector sobre la muerte súbita del lactante. En general, disminuye las enfermedades y los ingresos hospitalarios durante la infancia.
- Disminuye el riesgo de algunas enfermedades en la edad adulta: Reduce o previene el riesgo de padecer alergias cuando hay predisposición genética, y a largo plazo disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades como diabetes, obesidad, y linfomas, entre otras.
- Favorece el desarrollo intelectual y afectivo: La lactancia materna estimula el desarrollo intelectual de tu bebé.

¿Sabías que...?

La lactancia materna es una potentísima herramienta de salud pública cuyos efectos trascienden lo particular, para tener impacto positivo sobre la economía, la ecología y la sociedad en su conjunto



Además, el contacto «piel con piel» facilita el establecimiento de un vínculo que influye positivamente sobre su desarrollo emocional y afectivo.

Es buena para la madre:

- Amamantar eleva la autoestima y la seguridad en sí misma de la madre.
- Previene y reduce la depresión posparto.
- El riesgo de anemia tras el parto es menor, y es más fácil recuperar el peso habitual.
- Disminuye el riesgo de cáncer de ovario y de mama.
- Disminuye el riesgo de sufrir fracturas de cadera después de la menopausia.

Es buena para la familia:

- Es muy cómoda, porque la leche está siempre preparada y a la temperatura adecuada.
- Es un alimento ecológico y gratuito.
- Si tu bebé es prematuro o tiene alguna enfermedad, la leche materna es el alimento que mejor va a tolerar y la mejor manera de protegerle mientras esté ingresado.

Iniciar lo antes posible la primera toma

- Durante las dos primeras horas de vida, la criatura recién nacida se encuentra alerta y activa, especial-

mente receptiva para iniciar la lactancia. Colocándola sobre ti, en contacto piel con piel, favoreceremos que haga su primera toma al pecho. Después suele quedarse dormida durante unas horas.

- Estar juntos «piel con piel», favorece la producción de leche y facilita la adaptación madre-bebé.
- La leche de las primeras tomas se llama **calostro** y tiene un aspecto más amarillento y espeso que la leche que se produce después. Es muy rico en proteínas, minerales, vitaminas, y sustancias protectoras frente a las infecciones. Aunque se produce en pequeña cantidad, su composición se adapta perfectamente a las necesidades nutricionales del niño o la niña en esta etapa: los primeros días no necesita más que el calostro.
- El calostro tiene efecto laxante, por lo que facilita la eliminación del meconio (deposiciones negruzcas y pegajosas), disminuyendo el riesgo de aparición de ictericia.
- Si es posible que tu bebé permanezca junto a ti en el hospital, será más fácil que pueda mamar cuando lo necesite, beneficiándose del calostro.

Si durante las primeras 2 horas de vida tu bebé no hace su primera toma al pecho, las personas que han atendido tu parto deberían ayudarte a extraer calostro manualmente.

Esto tendrá un doble efecto: será un estímulo para tu producción de leche posterior y nos permitirá ofrecer al bebé su primer alimento

Saber que los primeros días es necesaria mucha paciencia

- Los primeros días es necesario tener serenidad y paciencia. Ambos debéis aprender, tú a amamantar y tu bebé a mamar. Piensa que este aprendizaje es necesario y disfruta de los avances que vayáis logrando juntos «toma a toma».
- En los primeros días tu bebé necesita mamar con mucha frecuencia, por eso es normal que lo pida cada poco. Eso no significa que esté pasando hambre, es la manera que tiene de alimentarse y de estimular la producción de leche.
- No te desanimes si surgen dificultades, pide consejo profesional o en tu grupo de apoyo más cercano antes de suplementar con leche artificial o de abandonar la lactancia materna.

No tener prisa, buscar un ambiente íntimo y tranquilo

- Amamantar es un acto especial, lleno de ternura y de comunicación, pero

también puede generar sentimientos de frustración y angustia cuando surgen dificultades, sobre todo en los primeros días. No es habitual que todo sea perfecto desde la primera toma. Madre y bebé necesitan un tiempo para adaptarse y aprender juntos.

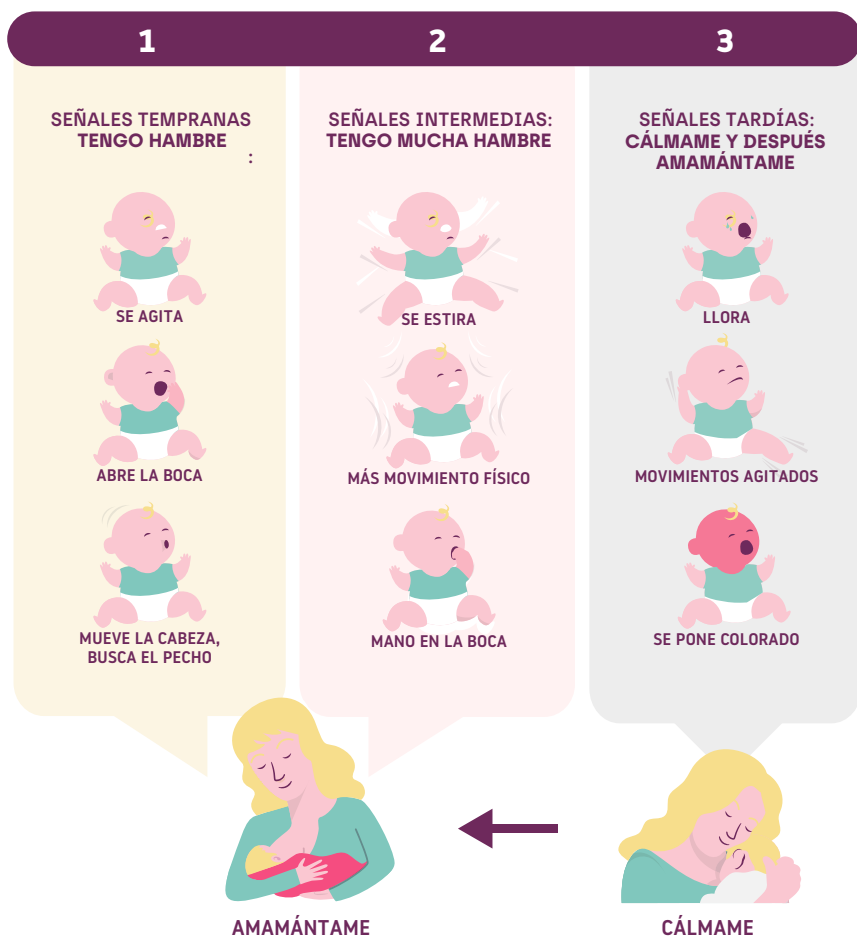
- La intimidad y la tranquilidad te van a ayudar a identificar lo que tu bebé y tu necesitáis, y a acompasar los ritmos entre ambos. No te sientas mal por buscar espacios y tiempos de intimidad, tus visitas deben entenderlo.

Tomas frecuentes, cuando tu hija o hijo lo pida

- Ofrécele el pecho siempre que muestre signos de querer mamar, como «buscar» moviendo la boca, chupeteando su puño y sacando la lengua.
- No conviene esperar a que llore. El llanto es un signo tardío de hambre, y si tu bebé está irritado o demasiado hambriento, es más difícil el agarre.
- Tu bebé puede llorar también por otras causas: necesidad de contacto físico, cólicos, frío, calor, mala postura, etc. Poco a poco irás aprendiendo a entender su lenguaje.
- Las **tomas frecuentes** ayudarán a que aumente la producción de leche. Lo habitual es que tu bebé pida el pecho **entre 8 y 12 veces al día**. Después de unas semanas suele ser todo más fácil, y cada bebé organiza su horario espontáneamente.
- Tanto el número de tomas como su duración son variables, por ello no hay que establecer reglas fijas.

¿Y por la noche?

- La producción de leche durante la noche es mayor, debido a que aumenta



la hormona estimulante de la misma, la prolactina.

- Las tomas nocturnas son convenientes porque favorecen el establecimiento de la lactancia, y evitan la ingurgitación o inflamación excesiva de las mamas.
- El **colechito** puede facilitar las tomas nocturnas, si bien es necesario respetar una serie de normas para garantizar la seguridad del bebé.

Y tú, ¿colechas?

Lee esta información:





Posición en decúbito lateral.



Posición de rugby.



Colocación al pecho

Muchos bebés se agarran espontáneamente al pecho, sin embargo, si esto no es así puedes ayudarlo con las siguientes medidas:

- Siéntate o recuéstate, con la espalda ligeramente elevada.
- Colócale desnudo sobre tu piel, con la cabeza situada entre tus pechos. En algún momento, por instinto, comenzará a lamerte la piel, a chuparse los puños y a cabecear.
- Ponle un tope en los pies con tus manos, para que pueda impulsarse y desplazarse reptando hacia el pecho que elija.
- En ese momento tu bebé empezará la búsqueda del pezón, moviendo la cabeza de un lado a otro y abriendo la boca. A continuación, se agarrará solo, sin ayuda, aunque a veces necesite varios intentos para conseguirlo. En este proceso, el agarre no es inmediato. No tengas prisa y disfruta de su contacto.
- Una vez haya agarrado y esté mamando, la fuerza de la gravedad mantiene su cabeza bien pegada a tu pecho.

En nuestro imaginario colectivo seguramente esté la imagen de una madre alimentando a su bebé con biberón. Debemos recordarnos que el pecho no se ofrece como si fuera un biberón. El abanico de opciones es muy amplio y cada postura tendrá su momento y su indicación

Esta descripción se corresponde con la denominada «Posición de Crianza Biológica» o «Método Colson» (ver gráfico superior de la página anterior).

Otras posturas para amamantar:

- No hay una postura buena o mala para amamantar, la adecuada es la que funciona. Lo principal es que estés cómoda, con la espalda y los hombros relajados.
- Respecto a tu bebé, lo importante es que la posición que adopte permita que su nariz esté a la altura del pezón antes de realizar el agarre, y que no tenga que girar o flexionar el cuello para mamar. Su cabeza, cuello y espalda deben estar en la misma línea, con la cabeza ligeramente extendida hacia atrás.

En estas páginas

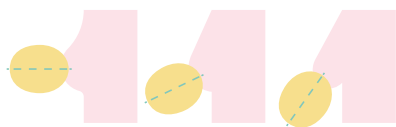
- Posición en decúbito lateral
- Posición de rugby
- Posición de cuna
- Posición de caballito



Posición de cuna.



Posición de caballito.



Cómo ofrecer el pecho:

- Sujeta el pecho en forma de «C», con el pulgar por encima de la areola y los otros dedos por debajo.
- Estimula a tu bebé rozándole varias veces encima del labio superior con el pezón, para que abra bien la boca.
- Cuando tenga la boca muy abierta, acércale al pecho con la mano con la que sujetas la parte alta de su espalda.
- A la hora de colocar a tu bebe debes respetar el eje de la dirección que toma tu pecho y tu pezón. (Imágenes del lateral).

Completar la toma del primer pecho, y ofrecer el segundo si lo necesita.

- Olvídate de los horarios rígidos y dale de mamar cada vez que tu bebé te lo pida, de día o de noche asegurándote de que haga al menos 8 tomas al día.
- La duración de las tomas será variable en función de su crecimiento.
- No necesitas separarle del pecho, cuando se haya saciado se soltará espontáneamente.
- Es importante que vacíe bien el pecho, ya que la leche del final es más rica en grasa. Esta leche es la que hace que tu bebé coja más peso y que espacie más la siguiente toma.
- Algunos bebés satisfacen su apetito mamando de un solo pecho, mientras que otros necesitan tomar de los dos.

No precipitarse en ofrecer suplementos de leche artificial y chupetes

- La succión del bebé y el vaciado del pecho son el estímulo más importante para mantener la lactancia materna.
- Si le ofreces leche artificial puede sentirse saciado y mamar menos veces y con menor interés.

OTROS ESCENARIOS

AMAMANTAR A GEMELOS

En caso de gemelos, el estímulo de la succión será el doble, y por lo tanto habrá el doble de producción de leche.

- Ten en cuenta que los ritmos de alimentación y la capacidad de succión de cada bebé pueden ser diferentes. Es prioritario afianzar de uno en uno sus tomas.
- Hasta que tus bebés y tú hayáis logrado cierto nivel de experiencia, te resultará más fácil amamantarles por separado. Aprovecha la ayuda de los/as profesionales y de tu familia los días de estancia en el hospital, para realizar este esfuerzo inicial.
- Después de 2 ó 3 semanas, cuando tus bebés hayan aprendido a mamar mejor, puedes iniciarlo simultáneamente.
- Estarás más cómoda con una almohada encima de tus piernas para apoyarlos. Las posiciones con tus bebés cruzados, o de doble rugby son las más utilizadas para amamantar simultáneamente a gemelos.
- El apoyo de la pareja, de la familia, y de tu entorno será fundamental.

AMAMANTAR EN CASO DE CESÁREA

La cesárea es una intervención quirúrgica mayor que permite el nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal.

- En caso de que te hayan practicado una cesárea, también puedes amamantar. Comienza tan pronto como te sientas capaz, y tu bebé muestre signos de tener hambre.
- Te resultará más cómodo amamantar tumbada en la cama de lado o en posición de rugby, evitando apoyar al bebé sobre la herida quirúrgica.
- Los primeros días, debido a las molestias de la intervención, quizás necesites ayuda para poner a tu bebé al pecho. Tu familia o el personal sanitario te pueden ayudar.
- Si la cesárea es programada, inicia, si es posible, a partir de la semana 37 de gestación extracción de calostro y conservación domiciliaria siguiendo las instrucciones que te indiquen los profesionales sanitarios.



Alimentación con cucharita.



Alimentación con vaso.



Alimentación con jeringa.

- Del mismo modo, se recomienda retrasar el uso del chupete hasta que la lactancia materna esté bien establecida (en torno a las cuatro semanas de vida).
- Si los primeros días tiene dificultad para agarrarse al pecho, no dudes en consultarlo, el personal sanitario te podrá asesorar.
- Puede ser aconsejable que extraigas la leche para ofrecérsela a tu bebé.
- Tu calostro (leche de los primeros días) o tu propia leche extraída, es el suplemento a ofrecer como primera opción. La extracción del calostro puede resultar más fácil si se hace de forma manual, ya que la cantidad producida es pequeña. La leche madura se puede extraer con el sacaleches.

Los **métodos de administración del suplemento** van a depender de las razones por las que la madre suplementa, cuánto tiempo le va a dar suplementos y sus propias preferencias. A continuación, se proponen los siguientes métodos:

- **Alimentación con cucharita:** Es adecuada para ofrecer pequeñas cantidades, por eso resulta de más utilidad en los primeros días de vida (extracción manual del calostro recogiendo en una cucharita que se le ofrecerá al bebé colocando ésta sobre su labio inferior para que pueda lamerla). En lugar de una cuchara se puede usar un biberón-cuchara.
- **Alimentación con vaso** (casero o comercializado): Se llena el vaso más o menos por la mitad, preferiblemente de tu leche extraída; sosteniendo al bebé en tu regazo en posición vertical (lo máximo posible), se coloca el vaso

sobre su labio inferior, inclinando éste hasta que la leche lo toque ligeramente. Deja que el bebé tome la leche a su propio ritmo. La leche no debe ser vertida en la boca del bebé, deja que introduzca la lengua en el vasito.

- **Alimentación con dedo-jeringa o dedo-sonda:** Coloca al bebé lo más vertical posible. Previo lavado de manos, introduce suavemente un dedo en su boca apoyando la yema en el paladar, presiona ligeramente la lengua hacia abajo y sólo cuando el bebé succione, inyecta la leche en su boca con una jeringa. Se puede utilizar la sonda de un relactador en sustitución de la jeringa.
- **Alimentación con relactador:** Este dispositivo permite que tu bebé reciba suplementos de leche (preferiblemente de leche materna extraída) mientras succiona tu pecho. Consiste en un contenedor de leche (ya sea una bolsa o una botella de plástico) que se cuelga de un cordón alrededor del cuello de la madre. A través de una válvula salen dos sondas que se extienden desde el contenedor a la punta del pezón de la madre, fijándose al pecho de ésta con cinta adhesiva. Cuando tu bebé succione obtendrá la leche del relactador junto con la leche del pecho. La succión ayuda a estimular la producción de leche materna y la leche del relactador actúa como recompensa para el bebé. Su manejo puede resultar difícil y es necesario mantener una limpieza adecuada del recipiente y las sondas después de cada uso.
- **Alimentación con biberón:** Ver método Kassing (Página 82).



Alimentación con relactador.



IMPORTANTE

Recuerda: Método Kassing

- Se debe dar la toma con la niña o el niño semisentado/a, nunca acostado/a, y mantener la tetina casi horizontal para limitar la velocidad del flujo que será regulada por el bebé.
- Debemos estimular el reflejo de búsqueda tocando las mejillas, los labios y la nariz.
- Introducir la tetina cuando la boca esté bien abierta.
- Retirar la tetina tras varias succiones, e iniciar de nuevo el proceso hasta que el niño se duerma o no quiera más leche.

Contar con apoyos será imprescindible para una lactancia exitosa



Enlace a la campaña de la OMS Semana Mundial de la Lactancia Materna 2023: *Amamantar y trabajar: ¡hagamos que sea posible!*

«Amamantar es más fácil cuando el lugar de trabajo ofrece apoyo para la lactancia y para extraerse leche».

www.who.int



SEÑALES DE QUE LA ALIMENTACIÓN VA BIEN

LA EDAD DEL BEBÉ	SEMANA 1							SEMANA 2	SEMANA 3
	1 DÍA	2 DÍA	3 DÍA	4 DÍA	5 DÍA	6 DÍA	7 DÍA	2	3
¿Con qué frecuencia debes amamantar? POR DÍA, DE PROMEDIO EN 24 H	 Por lo menos 8 veces al día el bebé succiona con fuerza de manera lenta y constante y traga con frecuencia								
El tamaño del estómago de tu bebé	 Cereza	 Nuez	 Albaricoque	 Huevo					
Pañales mojados Cuántos, de qué POR DÍA, DE PROMEDIO EN 24 H		 	  	   	   				
AL MENOS									
	1	2	3	4	6				
	Pañales mojados				Muy mojados, con orina clara, amarilla				
Pañales sucios Número y color de las heces POR DÍA, DE PROMEDIO EN 24 H	  1 ó 2	   3			   3				
	Negra, verde	Marrón, verde			Grandes, blandas y granulosas, amarillas				
El peso de tu bebé	Todos los bebés pierden peso los primeros días de vida. A partir del 4º día deben dejar de perder y empezar a ganar , de manera que el día 10º (como muy tarde el 14º) deberían pesar lo mismo que el día del parto.								
Otras señales	El bebé debe tener llanto fuerte, estar activo y despertarse con facilidad. Tus pechos se deben sentir más ligeros después de amamantar.								

Adaptación de la infografía elaborada por la **Asociación Amamantar**

8.3 / Cómo saber si toma suficiente cantidad de leche

En el siguiente enlace puedes consultar el documento original:

Cuando tu bebé toma suficiente cantidad de leche:

- Está saludable y con buen aspecto.
- Demanda el pecho y se queda relajado tras la toma.
- Moja los pañales de 5 a 8 veces al día y hace caca varias veces todos los días.
- Aumenta de peso con normalidad.



8.4 / Saber qué dificultades pueden aparecer y cómo encontrar soluciones

La lactancia materna es un proceso natural y fisiológico, pero no está exento de dificultades. Tiene una problemática y una patología propia que debemos identificar y abordar, pues puede complicar mucho la vivencia, hasta el punto de imposibilitarla.

Dificultades en el «agarre»

Si la colocación de tu bebé es correcta, no debes sentir dolor mientras amamantas. Dale tiempo para aprender, al principio puedes necesitar varios intentos.

Signos que pueden indicar dificultades en el agarre.

En el/la bebé:

- Se agarra al pecho con dificultad, se suelta del pecho fácilmente, no consigue un agarre profundo, o hace chasquidos al mamar.
- Hace tomas muy largas y frecuentes que parecen no terminar nunca.
- Se enfada y se frustra al pecho.
- Se cansa al pecho, se duerme. Al poco rato vuelve a despertar, mama y se cansa de nuevo.
- Tienes la sensación de que queda insatisfecho.
- Gana poco peso o se estanca.
- Se atraganta con facilidad.
- Tiene callo labial llamativo debido a la fuerza que ejerce para que no se le escape el pecho.

En la madre:

- Ingurgitación e inflamación de los pechos.
- Drenaje deficiente de los pechos.
- Escasa producción de leche por pobre estímulo y extracción.



Buen agarre, arriba. Mal agarre, abajo.



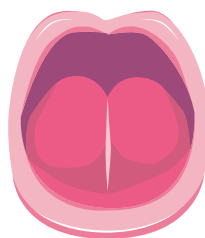
- Sientes dolor continuo cuando amamantas, o tienes los pezones agrietados.
- Tu pezón sale de la boca del bebé plano y blanquecino.
- Destete precoz.

Solucionar las dificultades en el agarre

- Si sientes dolor o te parece que tu bebé no está colocado en una buena posición, interrumpe la succión introduciendo tu dedo meñique por un lado de su boca y... ¡a empezar de nuevo!
- A veces los problemas de agarre se resuelven modificando la postura, si es sólo un problema funcional. Cuando es un problema estructural (ej., anquiloglosia) no se resuelve sólo así. Por eso, si persisten las molestias, consúltalo.



Anatomía Normal



Anatomía Alterada

Anquiloglosia

El frenillo lingual corto o anquiloglosia ocurre cuando el frenillo lingual es anormalmente corto y poco elástico y puede restringir los movimientos de la lengua, pudiendo ocasionar problemas en la lactancia tales como: dificultad de agarre, dificultad de succión, y una incorrecta transferencia de leche materna, junto con grietas y dolor materno en el pezón y areola. Todo esto, puede contribuir al desarrollo de mastitis y a la interrupción temprana de la lactancia materna.

La lengua con forma de corazón es sintomática de retracción central. Es una de las posibles manifestaciones de la anquiloglosia pero no la única. Si tienes alguno de los síntomas mencionados anteriormente, no dudes... ¡Consulta!



IMPORTANTE

Tratamiento de la anquiloglosia

Un/a profesional cualificado debe realizar una minuciosa valoración de tu lactancia, observando la toma. Éste/a te indicará la posición óptima y la técnica para mejorar el agarre como el amamantamiento con la cabeza en hiperextensión o con madre semirreclinada, la postura de caballito y la posición de rugby.

El tratamiento es quirúrgico (frenotomía) y se debe de realizar en el ámbito hospitalario.

Podría ser beneficiosa la fisioterapia antes y/o después de la intervención o incluso sin ella.

Dolor y grietas en el pezón

«La lactancia no duele». Si duele es precisa una valoración en un intento de identificar las posibles causas y buscar soluciones.

El dolor, las grietas y las erosiones son una de las principales causas de abandono de la lactancia materna en las primeras semanas. Es normal que notes ciertas molestias los primeros días, y puede resultar difícil distinguir entre la sensibilidad temporal común y el dolor persistente en el pezón.

- Aparece SENSIBILIDAD en los pezones de manera casi universal durante la primera semana posparto. Puede aplicarse la «regla de los 30 segundos»: Si el dolor sólo aparece cuando el bebé se agarra y dura entre 20 y 30 segundos puedes ignorarlo con seguridad.
- Hablamos de DOLOR persistente del pezón cuando dura más de dos semanas y no cede en ningún momento de la toma.

La causa más común de dolor durante la lactancia es la posición y el agarre inadecuados (agarre superficial y compresión anormal del pezón entre la lengua y el paladar duro) pero existen otras muchas causas como variaciones anatómicas del pezón y del lactante (anquilosis), desproporciones boca-pezón etc., que requieren valoración y apoyo profesional.

El dolor en el pezón puede estar asociado con cambios en la piel que incluyen:

- Eritema (enrojecimiento)
- Edema (hinchazón)
- Fisuras (grietas)



Este es el aspecto típico de una grieta. Observándola podemos deducir en qué postura estaba siendo amamantado el bebé cuando se produjo, porque será paralela a su labio superior.

De ahí la importancia de variar las posturas al pecho. Evitarás traumatizar siempre la misma zona

- Ampollas
- Cambios en el color de la piel
- Perlas de leche (conducto obstruido)
- Costra y descamación
- Pus y retraso en la cicatrización

Recomendaciones:

- Observa tu postura y la de tu bebé, probablemente haya algo que mejorar. Notarás que el agarre es eficaz porque, a pesar de la grieta, el dolor disminuye poco a poco mientras succiona.
- Observa el aspecto del pezón inmediatamente después de que el bebé se desprenda del pecho, si éste aparece



¿Sabes cómo colocar una pezonera?

- 1. Que esté húmeda para que tenga mayor adherencia.*
- 2. No hay que dejarla sobre el pecho sin más. Eviértela ligeramente como si fuera un calcetín.*
- 3. Estira un poco hacia los lados y centra el pezón.*
- 4. Con un poco de lanolina o aceite de oliva puedes terminar de fijar las alas*

pellizcado o comprimido nos puede indicar un mal agarre.

- Varía las posturas para modificar la posición de la mordida.
- Siempre que sea posible mantén los pezones limpios y secos. Usa agua y jabón una vez al día y si es posible deja secar al aire, les ayudará a sanar.
- Puede ser útil el uso de una pezonera del tamaño adecuado en casos concretos y con supervisión.
- En caso de persistir las grietas tras corregir la postura o si el dolor y la lesión hacen intolerable la lactancia materna directa al pecho, acude al centro de salud para descartar otras causas y recibir un asesoramiento adecuado.
- En ocasiones en preciso diferir la lactancia momentáneamente para favorecer la curación del pezón. Es decir, en lugar de poner al bebé al pecho, haríamos extracciones de forma manual o con sacaleches, evitando así seguir traumatizando el tejido.

Uso de Pezoneras

- Si tienes los pezones dolorosos o aparecen grietas en ellos, lo primero que debemos hacer es intentar corregir la posición de tu bebé para mamar.
- Si aun así las grietas persisten, puedes usar pezoneras que harán las veces de una segunda piel, dando descanso al pezón y facilitando su curación.
- Conviene que sean de silicona, porque ofrecen el máximo contacto con la piel. Existen de diferentes tamaños, desde 16 a 24 mm. Si las necesitas, deberás probarlas primero para ver cual se adapta mejor al tamaño de tu pezón. Para que la pezonera no se mueva durante la toma, conviene humedecerla antes de colocarla.

Separación del bebé por prematuridad o enfermedad.

El contacto madre-bebé y la cohabitación deben garantizarse durante el ingreso hospitalario por muchos motivos, uno de ellos es el impacto que tiene la separación sobre la lactancia materna.

Lamentablemente, hay circunstancias que obligan a la separación de la diada como es, por ejemplo, el ingreso de la criatura recién nacida en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) por enfermedad o por prematuridad. En estos casos, a la separación habrá que añadir otros escollos para la lactancia materna propios de las circunstancias clínicas de cada bebé (fatiga, debilidad, somnolencia, irritabilidad...) y los tratamientos que esté recibiendo.

Aunque los padres nunca deben tener la consideración de «visita», la interferencia que supone el ingreso es innegable. Amamantar a una criatura recién nacida prematura o enferma es un desafío, pero generalmente es posible y, sin duda, vale la pena, pues a los beneficios que tiene la lactancia materna para la población general habrá que añadir otros (prevención de: infecciones, retinopatía, enterocolitis necrotizante...), de manera que la leche materna alcanza la categoría de medicamento.

Casi con total seguridad, la extracción de leche se convertirá en una gran aliada de la lactancia, estimulando la producción materna y ofreciendo dosis extra de leche al bebé que puede tener dificultades para mamar inicialmente.

¿Sabías que...?

Las madres de bebés prematuros/as producen leche materna que es ligeramente diferente en composición, al menos durante las primeras semanas. Está diseñada para satisfacer las necesidades particulares de su bebé

Por diversos motivos, entre ellos el estrés, es muy probable que la producción materna no pueda cubrir los requerimientos de leche totales que tiene la criatura recién nacida de forma prematura. Ahí es donde entra en juego el Banco de Leche Materna de Asturias, desempeñando un papel muy importante. Para más información, puedes consultar la página 123.



Que tu bebé se pase el día durmiendo es típico de los dos primeros días de vida. Una vez superadas las dos primeras horas, los/as bebés suelen entrar en una fase de sueño profundo que dificulta alimentarles. En esta fase, la lactancia más que a demanda, debe ser ¡a oferta!



Un/a bebé que se muestra intranquilo/a durante las tomas y permanece irritable después de mamar, se escapa de lo que entendemos por un comportamiento normal y deseable en una criatura recién nacida sana.

¡No dudes en consultar!

Tu bebé se pasa el día durmiendo

- Despiértale cada 2-4 horas para darle de mamar. Procura que no tenga demasiada ropa, habla con él o ella para que se despierte antes de empezar la toma. Masajéale la espalda y acarícialo suavemente.
- Evita luces muy intensas para que pueda abrir los ojos y mirar a su alrededor.
- Puedes exprimir un poco de leche del pecho y mojar sus labios para que se anime a tomar.
- Si durante la toma hace muchas pausas, empuja suavemente su barbilla hacia arriba para estimular de nuevo la succión. También puedes acariciarle los pies.

Tu bebé está tan excitado/a que no consigue agarrarse al pecho

Intenta estar relajada y en un entorno sereno. Si tu bebé está muy irritado/a, conviene tranquilizarle antes de darle el pecho mediante caricias o contacto piel con piel. Recuerda: el llanto es una señal tardía de hambre.

Pechos congestionados

La plenitud de ambos pechos es un evento normal en las primeras semanas posparto, especialmente los primeros días. Entre el tercer y quinto día tras el nacimiento es frecuente que los pechos aumenten de tamaño y estén congestionados, duros y dolorosos.



Esta congestión también puede aparecer tarde en situaciones como, incorporación precoz al trabajo de la mujer, pérdida de apetito del lactante por enfermedad, restricción en las tomas, etc.

Recomendaciones en estos casos:

- Aplicar calor suave y masajear el pecho muy suavemente antes de la toma.
- Hacer un vaciado manual de las primeras gotas de leche para facilitar el agarre. En caso de dificultades de succión se podría completar el vaciado del pecho tras la toma con extracción manual o sacaleches (máx. 10 min).
- Poner frío entre las tomas
- Tomar anti-inflamatorios o analgésicos. En casos muy marcados o alergia/intolerancia a AINES se puede recurrir al uso de corticoides.
- Si la congestión es muy intensa tu bebé no puede adaptar bien la boca a la areola, y a veces solo podrá chupar del pezón con el riesgo de lesionarlo (grietas). En este caso puede ser de ayuda el masaje tipo drenaje linfático y la presión inversa suavizante.

Presión inversa suavizante

- Es una técnica sencilla que se realiza con los dedos y ayuda a liberar ten-

sión de la areola mamaria para facilitar el agarre del lactante.

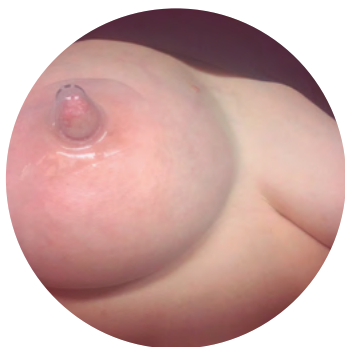
- Consiste en aplicar presión positiva sobre la areola mamaria, en la zona que rodea el pezón, con el propósito de desplazar la hinchazón hacia atrás y hacia el interior del pecho.
- Existen diferentes métodos según la persona que realiza la técnica y la posición de las manos.
- Es importante que las uñas estén siempre cortas y limpias para no dañar el pezón ni la areola.
- Tras la realización de la técnica, se debe poner al bebé al pecho.



IMPORTANTE

Ingurgitación patológica

Quando ésta causa gran incomodidad y pérdida de bienestar de la mujer e imposibilita al bebé agarrarse. Las prótesis mamarias pueden causar este cuadro. Se requieren medidas especiales.



Este es el aspecto típico de la mastitis aguda. Pero no todas las mastitis se identifican tan fácilmente. Las mastitis subagudas cursan con dolor sin enrojecimiento ni tumefacción, y en las subclínicas ni siquiera hay dolor, el síntoma principal es la disminución de producción de leche en el pecho afecto

Mastitis

El término mastitis significa literalmente «inflamación de la mama»; que puede estar asociada o no a infección y coincidir o no con la lactancia materna.

Generalmente suele ser unilateral. El 95% de los casos ocurre en los tres primeros meses, especialmente entre la 2ª y la 3ª semana posparto, pero puede sobrevenir en cualquier momento durante la lactancia. Su origen es multicausal: tomas infrecuentes, separación de la madre y el bebé, grietas, agarre inadecuado o succión débil, destete brusco, enfermedad de la madre o de la criatura.

Signos de alarma ante los que es conveniente consultar:

- Dolor intenso o pinchazos fuertes durante la toma.
- Enrojecimiento, tumefacción e induración de una o de las dos mamas.
- Fiebre, malestar general y escalofríos (se presentan en el 20% de los casos).
- Ganglios axilares engrosados.
- Disminución de la secreción láctea, generalmente más marcada en una de las mamas.
- El bebé está irritable o nervioso durante la toma.

Diagnóstico de certeza:

- Es posible confirmar el diagnóstico de mastitis con un cultivo de leche.

Tratamiento.

Medidas conservadoras:

- _Evita ropa ajustada y posturas que compriman el pecho.
- _Procura el descanso, la posición tumbada boca arriba puede favorecer que disminuya la inflamación.
- _Extracción fisiológica de la leche:

Empieza la toma por la mama afectada. Mantén el número de tomas habituales, no conviene aumentar la producción por encima de las necesidades de la criatura ya que podríamos empeorar el cuadro inflamatorio.

_Puedes vaciar un poco manualmente, antes de ofrecer el pecho a tu bebé si con esta medida se facilita el enganche y después de la toma hasta lograr cierto confort.

_Coloca al lactante en la mama de modo que la barbilla apunte a la obstrucción

_El frío tras la lactancia suele reducir el dolor y la inflamación, pero no lo apliques durante más de 10-15 min.

_Antinflamatorio vía oral.

Medicación específica:

Si tras 24h con estas medidas no se aprecia mejoría debes consultar con un



IMPORTANTE

No demorar su abordaje

La mastitis constituye la primera causa médica de abandono de la lactancia materna.

¡Su abordaje médico no debe demorarse más de 24 horas!

profesional sanitario. Tu médico valorará si necesitas medicación más específica según tu caso.

No es necesario abandonar la lactancia, tu leche sigue siendo adecuada a pesar de la mastitis. Los medicamentos que te hayan indicado serán compatibles.



DIFICULTADES EN LA LACTANCIA MATERNA

Cuando surgen dificultades en la lactancia materna y la diada madre-bebé necesita ayuda, la base de cualquier intervención, independientemente de cual sea la causa, será:

- **Asegurar que el bebé está correctamente alimentado.** Un bebé que se debilita progresivamente porque no recibe suficiente alimento, difícilmente podrá mamar del pecho de su madre.
- **Proteger la producción de leche.** Si no podemos poner al bebé al pecho o lo ponemos pero este no ejerce un estímulo efectivo, será fundamental estimular periódicamente el pecho para mantener la producción. **Ahí entra en juego la extracción de leche.**
- **Preservar el enfoque al pecho.** El pecho es el lugar natural donde se desarrolla la lactancia materna, y al que vamos a querer volver más pronto que tarde. Esto debemos tenerlo muy presente en cualquier intervención que realicemos.

**IMPORTANTE****Técnica de extracción****Preparación:**

- Busca un lugar donde te sientas cómoda.
- Prepara líquidos para beber.
- Lava tus manos antes de tocar el pecho.
- Prepara el recipiente recolector: jeringa, vasito, bolsas de plástico de uso alimentario y cierre hermético.
- Si es posible ten al bebé piel con piel, o al menos colócate cerca de él/ella o de algún objeto o fotografía suya.
- Puedes aplicar calor, ya sea ducha o baño caliente o el empleo de una compresa caliente.
- Realiza un masaje preparatorio.

**8.5 / Saber cómo extraer y conservar tu leche****¿Cuándo resulta útil?**

Es conveniente saber cómo extraer y conservar tu leche en algunas situaciones:

- Cuando tu hijo o hija no está a tu lado en los primeros días.
- Si tienes molestias o dolor debido a la ingurgitación mamaria.
- Ante un bebé somnoliento que no logra un agarre efectivo.
- Si es necesario diferir la lactancia.
- Si deseas hacer un banco de leche propio o donarla a un banco de leche público.
- En caso de relactación o lactancia inducida.

¿Cuándo comienzo a extraer?, ¿Cuántas veces?, ¿Cuánto tiempo?

- Las extracciones diarias dependen de la causa concreta y se tendrá que individualizar el caso.
- Tras la primera estimulación en las primeras dos horas de vida, es recomendable mantener intervalos no mayores de 3 horas (al menos 8 extracciones al día) respetando el descanso nocturno de unas 5-6 horas.
- Cuando la extracción sustituye todas las tomas extraer durante 15-20 min un mínimo de 6/8 veces al día; cuando es para complementar las tomas directas es recomendable 2/4 veces al día 10 minutos post-toma.
- Mejor desde el amanecer hasta primeras horas de la tarde.
- Si estás en el inicio de la lactancia, la cantidad de leche extraída es poca; no la tires, ofrécésela con una cucharita o vasito.
- Pasados unos días irás adquiriendo más práctica y la extracción será más fácil.

Tipos de masaje preparatorio

Conviene que sea suave, a modo de caricia. En ningún caso debe provocar dolor o molestias:

- Haz pequeños círculos presionando el pecho desde el exterior hasta el pezón, modificando el radio alrededor del pecho.
- Ejerce un movimiento de ángulos para así abarcar todo el pecho.
- Coloca ambas manos en el pecho, en sentido opuesto y ejerciendo presión en una de ellas como si estuviéramos amasando el pecho y modifica la posición de las manos.
- Realiza sacudidas suaves en ambos pechos inclinándote hacia delante.



Extracción manual

Puede parecer más laboriosa, pero muchas madres la consideran cómoda y más natural. Tiene especial interés en los primeros días de lactancia coincidiendo con la fase de calostro, que es más denso y menos cuantioso que la leche madura

Técnica:

- Coloca el pulgar y los dedos índice y medio formando una «C» a unos 3-4 cm. por detrás del pezón y empuja con los dedos hacia las costillas, después comprime el pecho entre el pulgar y los otros dedos.
- Repite el movimiento de forma rítmica.
- Gira la posición de los dedos sobre el pecho, para vaciar bien todas las zonas.
- Es muy posible que las primeras veces tan sólo se extraigan gotas.

Si te has quedado con dudas puedes visualizar este vídeo realizado por el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza:





Extracción mecánica

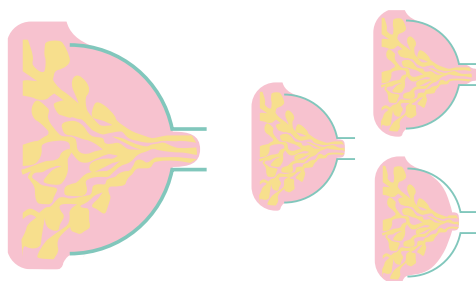
¿Qué tipo de «sacaleches»?

Tanto los modelos manuales como los eléctricos, son eficaces. Permiten la extracción en dos fases: una fase rápida para iniciar la bajada de leche y otra fase lenta, que extrae la leche de una forma suave y eficaz, imitando el ritmo natural de succión del bebé.

- **Manuales:** Los más recomendables son los modelos con «palanca». No es adecuado el modelo de bocina.
- **Eléctricos:** Si te vas a reincorporar al trabajo o vas a estar alejada de tu bebé un tiempo largo, es mejor este tipo. Permite la extracción de manera más rápida y cómoda. Funcionan con red eléctrica o a pilas.
- **Eléctricos dobles:** Son más rápidos y sacan la leche de los dos pechos a la vez. Tienen especial interés para bebés hospitalizados, que han nacido pretérmino, o cuando son dos.

Consideraciones importantes

- Es recomendable utilizar el máximo vacío que resulte tolerable.
- Los embudos deben adaptarse a la anatomía de mama y pezón.
- Unos embudos que no se ajustan adecuadamente pueden conllevar extracción de leche incompleta, lesión en el pezón y dolor.
- Hay tamaños diferentes. Las medidas del túnel del embudo van de los 24 a 36 mm. Tu tamaño de embudo ideal puede variar de un pecho a otro, a lo largo del día o de la lactancia. Para saber si estás utilizando una talla adecuada, sigue los siguientes pasos:
_Debes colocarte de manera que el pezón se encuentre bien centrado siguiendo la anatomía natural del pecho.



Es importante sostenerlo con firmeza e inclinarte ligeramente hacia delante para favorecer la salida de la leche.

_Cuando empieces la extracción comprueba que el pezón se mueve libremente en el túnel.

_Tienes que notar movimientos rítmicos en el pecho mientras realizas la extracción.

_En ningún caso debes sentir dolor o molestia; de ser así debes revisar el tamaño del embudo y la fuerza de succión.

_Al finalizar la extracción, sentirás que el pecho se ha vaciado.

Conservación

- Utiliza un recipiente limpio de vidrio o plástico de uso alimentario.
- Etiqueta el recipiente con la fecha de extracción.
- Refrigérala cuanto antes en el fondo del frigorífico evitando la puerta de la nevera.
- Si se quiere congelar, se recomienda en las primeras 24h desde la extracción.
- Puede mezclarse en un mismo recipiente la leche extraída en distintas tomas durante 24 horas, manteniéndola refrigerada.

TIPO DE LECHE MATERNA	A TEMPERATURA AMBIENTE	REFRIGERADOR O NEVERA	CONGELADOR
Recién extraída en recipiente cerrado	6-8 horas a 25 °C o menos [Idealmente 3-4 Horas]	72 horas idealmente y hasta un máximo de 5 días	Congeladores de nevera [*]: 2 semanas Congelador de puertas separadas **: 3 meses Congelador con Ta < -19°C ***: 6-12 meses
Descongelada en la nevera	4 horas	24 horas	No volver a congelar
Descongelada en agua caliente	Lo que dure la toma, lo que sobre se desecha	4 horas hasta la próxima toma	No volver a congelar

- Es útil guardar la leche en pequeñas cantidades (60-120ml).
- Evita llenar los recipientes hasta arriba, por riesgo de rotura al expandirse durante la congelación.

Cómo calentar la leche extraída

Si necesitas calentar la leche antes de dársela a tu bebé, puedes hacerlo poniendo el biberón cerrado bajo el chorro de agua caliente, o dentro de un recipiente con agua caliente no expuesto al fuego. Recuerda que no debes calentarla al fuego, al baño maría, ni en el microondas, ya que las altas temperaturas destruyen los anticuerpos.

Recuerda que la leche materna no sale caliente del cuerpo de la madre, por lo que nuestro objetivo no será tanto "calentar" la leche extraída como descongelarla si es que estaba en el congelador, y templarla, si estaba en la nevera.



RECOMENDACIONES

ES RECOMENDABLE

- Descongelar la leche más antigua.
- Ponerla en el frigorífico, al menos 12 h. antes de su uso. Una vez descongelada puede usarse en las siguientes 24 horas, manteniéndola refrigerada.
- O ponerla bajo el chorro del grifo de agua caliente. Una vez descongelada puede refrigerarse y usarse en las siguientes 4 horas.
- Una vez esté descongelada, remover bien la leche.
- Podremos mezclar en una misma toma la leche extraída en distintas fechas.

LO QUE SE DEBE EVITAR

- No se debe calentar al fuego, ni al baño maría, ni en el microondas, ya que las temperaturas altas destruyen los anticuerpos.
- No se debe volver a congelar.

8.6 / Recuerda que no estás sola

Al principio, puedes sentirte cansada, desbordada y con menos energía. En estas situaciones puede ser de gran ayuda:

- Buscar apoyo en las personas que te rodean.
- Aunque solo tú puedes darle el pecho, el resto de las tareas tales como tranquilizar al bebé, cambiarle los pañales, sacarle de paseo, bañarle, ir a la compra, o realizar tareas del hogar, son responsabilidad de toda la familia. Si tienes más hijas o hijos, se sentirán importantes si les pides colaboración.
- Consultar las dudas:

_Los y las profesionales de salud: Están implicados en apoyar la lactancia materna; en tu centro de salud encontrarás profesionales que pueden asesorarte.

_Los grupos de apoyo: Son asociaciones de madres que ofrecen información y apoyo a las mujeres que quieren amamantar a sus hijos o hijas. Ofrecen distintos servicios y actividades, relacionados con aspectos prácticos y cotidianos de la lactancia. Al final de la guía, en el directorio de contactos, se ofrecen teléfonos y direcciones Web que pueden ser de tu interés.

Como complemento a toda esta información, te dejamos en el enlace la «Guía para las madres que amamantan» elaborada por Osakidetza en 2017:



BANCO DE LECHE MATERNA DE ASTURIAS

1 / ¿Qué es un banco de leche humana?

Es una unidad especializada donde la leche humana donada por madres seleccionadas se recibe, se procesa, se almacena y se distribuye a niños/as hospitalizados/as que no disponen de leche de su madre.

2 / ¿Cuáles son los objetivos de los Bancos de Leche Humana?

Proporcionar leche humana a lactantes hospitalizados que carecen de leche de su madre, especialmente neonatos prematuros o enfermos, así como apoyar a las madres que quieren amamantar a sus hijos/as con el objetivo final de promocionar la lactancia materna.

3 / ¿Por qué es mejor la leche humana donada que la fórmula artificial?

Porque se tolera mejor, protege a los/as recién nacidos/as enfermos/as o prematuros/as contra los problemas intestinales graves y disminuye el riesgo de infección en lactantes hospitalizados, mejorando sus posibilidades de recuperación y desarrollo.

4 / ¿Es segura la leche humana donada?

Sí, el banco de leche garantiza su seguridad al seguir las recomendaciones internacionales de funcionamiento: se seleccionan a las donantes con criterios rigurosos, se pasteuriza la leche y se analiza para garantizar su calidad.

5 / ¿Cómo funciona el Banco de Leche Materna de Asturias?

Ubicado en el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Cuenta con dos Centros Satélites para la recogida: Unidades de Neonatología de los Hospitales Universitarios de Cabueñes y Avilés. Atendido por personal especializado, y dotado con los medios necesarios para realizar la selección de donantes, pasteurización, conservación y distribución de la leche, garantizando su seguridad, trazabilidad y calidad nutricional. Se prescribe por criterio médico a los niños/as hospitalizados/as en el HUCA y en la Unidad de Neonatología de Cabueñes, al que se distribuye.

6 / ¿Quién puede ser donante de leche?

Cualquier mujer lactante que esté sana, lleve un estilo de vida saludable y, además, quiera donar leche de forma voluntaria y altruista.

7 / ¿Qué situaciones contraindican la donación?

El consumo de tóxicos [drogas, tabaco, alcohol o cafeína en exceso], la ingesta de ciertos medicamentos o productos de parafarmacia, algunas infecciones, cirugías o transfusiones de productos sanguíneos recientes y conductas de riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

8 / ¿Qué hay que hacer para ser donante de leche?

Basta con acudir a la Consulta del Banco de Leche Materna y realizar una entrevista y encuesta de salud y estilo de vida, además de firmar un consentimiento informado. También será necesario realizarte un análisis de sangre para descartar infecciones como VIH, hepatitis o sífilis.

9 / ¿Cuándo es recomendable comenzar la donación?

Una vez que la lactancia de tu hijo/a esté establecida, en general pasadas 3-4 semanas tras el parto.

+ INFO

Oviedo

 985 652 456

 bancodelecheneohuca@sespa.es

Gijón

 607 478 658

 bancodeleche.area5@sespa.es

Avilés

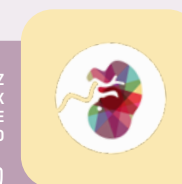
 985 123 000

 secretaria.pediatría@sespa.es

¡DONA
LECHE,
REGALA
VIDA!



HAZ
CLICK
SOBRE
EL ICONO





9/ PROTECCIÓN DEL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN EL TRABAJO. DERECHOS

El derecho a la protección de la salud y a la no discriminación son dos derechos fundamentales expresados en la Constitución Española.

La salud reproductiva debe ser protegida en todos los ámbitos, incluido el laboral, garantizando puestos de trabajo seguros y saludables, exentos de riesgos, una mejor calidad de vida y de trabajo y una mejor salud para la población trabajadora actual y futura. Concretamente, la protección de la maternidad en la empresa debe preservar la salud de la trabajadora y de su futuro bebé, así como su empleo.

Los cambios fisiológicos y anatómicos que ocurren durante el embarazo, las posibles complicaciones ligadas al mismo, al parto o a la lactancia

pueden interferir en la capacidad para desarrollo del trabajo. Por otro lado, las condiciones en las que se desempeña la actividad laboral pueden repercutir en la salud de la mujer embarazada, en el curso del embarazo, en el futuro del bebé y en la lactancia.

Los riesgos laborales específicos para la mujer trabajadora durante el embarazo, parto y lactancia pueden ser riesgos en la seguridad, en la higiene, ergonómicos, psicosociales, de contacto con sustancias químicas o por las condiciones de trabajo (estresores, jornadas prolongadas, trabajos sedentarios, trabajo nocturno o a turnos).

La normativa vigente establece la obligación de hacer efectiva una maternidad segura y saludable en el trabajo.

En caso de que sospeches riesgo para el embarazo y/o la lactancia en tu puesto de trabajo, **debes consultar al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de tu empresa** que es el responsable de efectuar la evaluación de éstos, así como de recomendar las medidas correctoras, tales como adaptación o cambio del puesto de trabajo, y si éstas no son posibles, de ayudar a iniciar el procedimiento de obtención del Subsidio por riesgo durante el embarazo y/o la lactancia del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

La protección a la maternidad aparece regulada en el artículo 26 de la Ley 31/1995, de prevención de riesgos laborales, modificado posteriormente por la Ley 39/1999, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral, tanto para los trabajadores como para las trabajadoras. En los casos en los que esta evaluación de riesgos lo señale, la ley obliga a las empresas a la adaptación de las condiciones, adaptación del tiempo de trabajo, o al cambio de puesto de trabajo. En caso de que esa adaptación o cambio no sea posible, procede un permiso retribuido, a cargo de la Seguridad Social o de la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de tu empresa evaluará aquellas condiciones de trabajo que, por su naturaleza, grado y duración de la exposición, puedan influir negativamente en la salud y seguridad de las trabajadoras que estén embarazadas o que estén preparando su embarazo, o sobre la salud y seguridad del feto o la lactancia materna.

Trabajar más de 10 horas al día, permanecer de pie más de 4 horas, levantar grandes pesos, o estar expuesta a niveles de fatiga elevados, se asocia a efectos adversos en el embarazo tales como partos prematuros, bajo peso al nacer, e HTA. Debes tener en cuenta que estos tiempos hacen referencia al total de trabajos realizados a lo largo del día, sin distinción entre trabajos remunerados o trabajos de cuidados (los trabajos no remunerados que se realizan para cuidar a otras personas o para mantener el hogar). Por eso es aconsejable que tengas en cuenta tu actividad total diaria y que planifiques periodos de descanso y ocio para evitar sobrecargas.

A continuación, se presentan de manera resumida, las prestaciones y/o permisos a los que las trabajadoras y trabajadores tienen derecho durante el embarazo y después del parto, en la fecha de elaboración de esta guía. Es aconsejable que en el momento que seas conocedora que estás embarazada, vayas consultando el procedimiento de obtención de estos permisos, y recopilando si es posible, los formularios de solicitud que vas a necesitar para ello. Puedes encontrar información detallada y actualizada, en los centros de atención e información del INSS, o en los folletos informativos y en la página Web de este organismo: <https://sede.seg-social.gob.es/> apartado «Prestaciones de la seguridad social»

9.1 / Prestación por riesgo durante el embarazo y/o durante la lactancia natural

La prestación consiste en:

- Suspensión temporal de contrato con derecho a reserva del puesto de trabajo

jo, y a prestación económica a cargo de la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de tu empresa, del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), o del Instituto Social de la Marina, según proceda.

- Percepción de un subsidio equivalente al 100% de la base reguladora de contingencias profesionales.
- La empresa mantiene la cotización de la trabajadora a la Seguridad Social.
- En caso de riesgo durante el embarazo, la trabajadora tiene derecho a la prestación hasta el día del parto, fecha que debe comunicar a la empresa.
- En caso de riesgo durante la lactancia natural, la trabajadora tiene derecho a la prestación hasta que el niño o niña cumpla 9 meses. No es necesaria la incorporación al puesto de trabajo para realizar la solicitud de la misma. Esta prestación se interrumpe durante el permiso por maternidad.

Quién tiene derecho, cuándo y cómo

- Cuándo: En el caso de que las condiciones de trabajo impliquen riesgo para el embarazo y/o para la lactan-

cia, y no sea posible para la empresa la adaptación de las condiciones laborales, del tiempo de trabajo, o un cambio de puesto que no conlleve estos riesgos.

- Beneficiarias: Trabajadoras por cuenta ajena o por cuenta propia (incluido el trabajo en el hogar), dadas de alta en cualquier régimen de la Seguridad Social en la fecha que inicien la suspensión. No requiere un periodo mínimo de cotización.
- Información: Puedes solicitarla en el servicio de prevención de riesgos laborales de tu empresa (evaluación de riesgos).

9.2 / Permisos para exámenes prenatales y clases de preparación del parto

- Cuando sea necesario realizar los exámenes prenatales y/o asistir a las sesiones grupales de educación parental dentro de la jornada laboral, tienes derecho a permisos por el tiempo indispensable para ello, de acuerdo con lo que esté establecido en el convenio de tu empresa.
- Debes avisar previamente a la empresa, justificando que no es posible realizar estas actividades fuera del horario de trabajo.

9.3 / Permiso retribuido por nacimiento y cuidado del menor

- A partir del 1/1/2021 la duración total para cada progenitor es de 16 semanas, ampliable según supuestos: 6 semanas obligatorias, ininterrumpidas y a jornada completa, inmediatamente posteriores a la fecha de la

Recuerda: no es lo mismo riesgo por embarazo que embarazo de riesgo. Si la causa de tus problemas de salud con el embarazo no la origina tu trabajo, no puedes acceder a esta prestación y tendrás que solicitar una baja médica normal

**IMPORTANTE****Permisos en vigor desde 30/06/23**

- Permiso retribuido de hasta 5 días por accidente, enfermedad grave, ingreso u hospitalización del menor.
- Permiso retribuido de hasta 4 días al año por causa de fuerza mayor cuando sea necesario por motivos familiares urgentes o imprevisibles. Se podrá disfrutar por horas.
- Permiso no retribuido de hasta 8 semanas, hasta que el menor cumpla los 8 años. Se puede disfrutar de forma continua o discontinua y a tiempo completo o parcial.

resolución judicial o decisión administrativa. Las 10 semanas restantes, en periodos semanales, de forma acumulada o interrumpida, dentro de los 12 meses siguientes a la resolución judicial o decisión administrativa.

- El pasado 18 de octubre de 2024 el Tribunal Supremo ha reconocido el derecho de las familias monoparentales encabezadas por empleados públicos a extender los permisos por nacimiento de un/a hijo/a de las 16 semanas a las 26 para evitar la discriminación del recién nacido/a.

- La prestación económica consistirá en un subsidio equivalente al 100 por ciento de la base reguladora, que será la base de cotización por contingencias comunes del mes inmediatamente anterior al mes previo al del hecho causante dividida entre el número de días a que dicha cotización se refiera.

Quien tiene derecho

- Serán beneficiarias las personas trabajadoras por cuenta ajena o propia, cualquiera que sea su sexo, siempre que, se encuentren en situación de alta o asimilada al alta, disfruten de los periodos de descanso/permiso por nacimiento y cuidado de menor y acrediten los periodos mínimos de cotización exigibles en cada caso.
- En caso de fallecimiento de la madre, el padre (o el otro progenitor) podrá hacer uso de la totalidad del permiso/baja de maternidad o de la parte que reste computado desde la fecha del parto. No se descuenta la parte que la madre hubiere disfrutado con anterioridad al parto.
- En caso de fallecimiento del bebé, la madre tendrá derecho igualmente a disfrutar el permiso/baja de maternidad, como si éste no se hubiera producido. No obstante, una vez transcurridas las 6 semanas posteriores al parto (descanso obligatorio), la madre puede solicitar reincorporarse a su puesto de trabajo, si así lo desea.

9.4 / Permisos y prestaciones, en caso de hospitalización de tu bebé

- Si tu bebé precisa hospitalización a continuación del parto por un período

do superior a 7 días, el permiso por nacimiento y cuidado del menor se ampliará en tantos días como éste se encuentre hospitalizado, con un máximo de trece semanas adicionales, ampliables en convenio colectivo.

9.5 / Permiso retribuido por lactancia

La prestación consiste en

- Una hora de permiso retribuido al día, que se puede dividir en dos medias horas a elección de los progenitores, hasta que su bebé cumpla 9 meses. En caso de parto prematuro, los nueve meses se cuentan a partir de la semana 40 de gestación.
- Este permiso se puede acumular en jornadas completas.
- El derecho es el mismo con independencia del tipo de lactancia, natural o artificial, al igual que si el hijo o hija es biológico o adoptado. Es compatible con la reducción de jornada si la has solicitado, y tiene particularidades en el trabajo a turnos, y en partos múltiples.

Quién tiene derecho

- Cualquiera de los dos progenitores, según decisión de la madre, en caso de que ambos trabajen.
- Si lo disfruta el padre, la norma permite hacerlo durante la baja maternal de la madre.

9.6 / Excedencia por cuidado del menor, no retribuida:

Consiste en

- Un permiso sin sueldo que puedes solicitar en cualquier momento a partir del nacimiento, hasta que el niño o la niña cumpla 3 años.
- No es necesario que precises la duración del permiso en el momento de



solicitarlo. Cuando decidas reincorporarte al trabajo, deberás preavisar con dos semanas al menos de antelación.

- La empresa tiene la obligación de reservarte tu puesto de trabajo durante el primer año de excedencia.
- Durante el segundo y el tercer año de excedencia sigues conservando el derecho a reingresar en la empresa, pero en este caso ésta no tiene obligación de ofrecerte el mismo puesto de trabajo que tenías, sino uno que se corresponda con el mismo grupo profesional o categoría equivalente.
- El periodo de excedencia computa a efectos de antigüedad y no modifica el contrato de trabajo ni la categoría laboral del trabajador o trabajadora.
- Los dos primeros años de excedencia para el cuidado de hijos se consideran como cotizados a la Seguridad Social a efectos del derecho a prestaciones.

Quién tiene derecho

Cualquiera de los dos progenitores.

9.7 / Reducción de jornada no retribuida, por cuidado del menor:

Consiste en

- Reducción de la jornada laboral entre un medio y un octavo de la misma, para cuidar a un hijo o una hija menor de 12 años.
- La reducción del salario dependerá de lo establecido en el convenio de tu empresa.
- La solicitud se puede efectuar en cualquier momento antes de que la niña o el niño cumpla esa edad.

Quién tiene derecho

Cualquiera de los dos progenitores.

9.8 / Deducción por maternidad y otras prestaciones

- La ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) regula la deducción por maternidad por hijos menores de 3 años, nacidos o adoptados en territorio español. Los

Estaríamos hablando de una deducción de 100 euros al mes, 1200 euros al año, durante los 3 primeros años de vida del hijo o hija.

contribuyentes del IRPF con derecho a esta deducción pueden solicitar el abono anticipado de la misma. Información y solicitudes: Oficinas de la Agencia Tributaria, o en la página web www.agenciatributaria.es.

- Existen también prestaciones dirigidas a familias numerosas, monoparentales, parto múltiple y/o madre con una discapacidad superior al 65%, cuya cuantía suele depender del número de hijos/as y de los ingresos familiares. Información y solicitudes en las oficinas del INSS o en el siguiente enlace:



HAZ
CLICK
SOBRE
EL ICONO





10/ DIRECTORIO DE REFERENCIAS PRÁCTICAS



IMPORTANTE

Teléfonos y ubicación

Servicio de Información Telefónica a la Embarazada (SITE)

918 22 24 36 en horario de 9 a 15 horas, de lunes a viernes

Protección Civil, Urgencias

112

Hospitales del SESPA con partos y asistencia obstétrica de urgencia

LOCALIDAD	HOSPITAL	TELÉFONO
Jarrio	Jarrio	985 639 300
Cangas del Narcea	Carmen y Severo Ochoa	985 812 112
Avilés	Universitario San Agustín	985 123 000
Oviedo	Universitario Central de Asturias	985 108 000
Gijón	Universitario de Cabueñes	985 185 000
Arriendas	Del Oriente de Asturias Fco. Grande Covián	985 840 032
Mieres	Vital Álvarez Buylla	985 458 500
Langreo	Valle del Nalón	985 652 000

Centros de Atención e Información de la Seguridad Social en Asturias

LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL
Avilés	C/ Eloy Fernández Caravera, 3	33400
Cangas del Narcea	C/ Cuesta de la Vega, s/n	33800
Gijón	Pza. del Carmen, 6	33206
Grado	C/ Eulogio Díaz Miranda, 45 bajo	33820
Sama de Langreo	Pza. Soto Torres, 7	33900
Luarca	C/ Gil Parrondo Rico, s/n - Edif. Villa Tarsila	33700
Llanes	Ctra. De Pancar s/n	33500
Mieres	C/ Ramón Pérez de Ayala, 25	33600
Oviedo	C/ Doctor Alfredo Martínez, 6 bajo	33005
Pola de Lena	C/ Ramón Pérez de Ayala, 22 B	33630
Teléfono de información: 901 16 65 65 / 91 5421176 Teléfono cita previa: 901 106570 / 91 5412530		

Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales 985 10 82 75
Servicio de Salud Laboral 985 10 82 90
Protección contra el maltrato (sin rastro en la factura): 016
Instituto Asturiano de la Mujer (IAM) 985 96 20 10
Centro de Crisis para Víctimas de Agresiones Sexuales 677 98 59 85

Centros Asesores de la Mujer por Comarcas y localidades

CENTRO / C.P	DIRECCIÓN	TELÉFONOS	E-MAIL
Aller y Lena Moreda, 33670	Avda. Tartiere, 32	652 38 34 51 648 66 87 97	cam@aller.es
Avilés 33402	C/ Ferrería, 27	985 52 75 46	pbmartinez@avilés.es
Cangas del Narcea 33800	C/ Uria, 13 bº	985 81 05 60	amujer@ ayto-cnarcea.es
Corvera 33404	C/ Rubén Darío, 1	985 09 00 24 684 68 85 95 684 68 85 96	cam@ayto-corvera
Gijón 33202	C/ Canga Argüelles, 16-18	985 18 16 29	cam@gijon.es
Langreo 33930	C/ Celestino Cabeza,	984 18 66 18 984 18 66 66	centroasesormujer@ ayto-langreo.es
Laviana Pola de Laviana 33980	C/ Joaquín Iglesias, 1	985 60 25 25 985 67 01 22	mujer@ ayto-laviana.es
Llanes 33500	Edificio del INEM C/ Pancar s/n 3ª	985 84 50 21 985 86 15 28 684 66 87 07 684 66 87 04	asesora@ayunta mientodellanes.com psicologa@ayunta mientodellanes.com
Llanera 33424	C/ Carbayu, 3	684 68 88 46 684 62 16 53	centroasesormujer@ llanera.es
Mieres 33600	C/ Jerónino Ibrán, 19 bº	985 46 39 53	sonia@ ayto-mieres.es
Oviedo 33011	C/ Río Nalón, 37	985 11 55 54	centroasesormujer@ oviedo.es
Piloña Infiesto, 33530	C/ Covadonga, 42	985 71 16 52	asesoracam@ ayto-pilona.es psicologacam@ ayto-pilona.es
Siero Pola de Siero, 33510	C/ Ramón y Cajal, 19	985 72 46 28 985 26 21 69	evamv@ayto-siero.es
Teverga 33111	C/ Dr. Gª Miranda, 9, 3ª planta	619 37 47 26	cammujer@ aytoteverga.org
Valdés Luarca, 33700	C/ Barrionuevo 14, 1º	985 47 01 77 985 63 00 94	cam@ ayto-valdes.net
Vegadeo 33770	Plza. del Ayto. s/n	985 47 64 61 674 42 18 53	cam@vegadeo.es

CENTRO / C.P	DIRECCIÓN	TELÉFONOS	E-MAIL
Mancomunidad de las Cinco Villas Pravia, 33120	Ayto. de Pravia, entresuelo, escalera dcha. Plza. Marquesa de Casa Valdés	609 88 20 91 985 58 85 71 985 58 30 03 609 88 20 91	camcincovillas@ bajonalon.org
Mancomunidad de la Sidra Nava, 33529	Ctra. Nava-Villaviciosa, Km2, Escuela de Paraes s/n	637 89 85 76 638 84 95 43	cam@lacomarca delasidra.com psicologa@ lacomarcadelasidra. com

Apoyo a madres migrantes

ENTIDAD	DIRECCIÓN		TELÉFONOS
ACCEM	Oviedo	C/ Rayo, nº11-13	985 23 28 62
	Gijón	C/ Saavedra 4, oficina 1	985 16 56 77
ASTURIAS ACOGEE	Oviedo	C/ Tenderina Baja, 200 1º	691 58 42 28
CRUZ ROJA	Avilés	C/ Jovellanos, 1	985 51 00 67
	Gijón	C/ De les Cigarreres, 38	985 31 93 13
	Grado	C/ Tras los Hórreos, 9	985750030
	Langreo	C/ Leopoldo Fdez. Nespral, 25	985691642
	Lugones	C/ Severo Ochoa	
	Mieres	C/ Ramón y Cajal, 8	985 46 40 00
	Moreda	Avda. Constitución, 33	985 48 00 76
	Oviedo	C/ Martínez Vigil, 36	985 20 82 15
	Pola de Laviana	C/ De la Libertad, 2A	985 60 10 44
	Pola de Siero	C/ Casimiro Argüelles 9-11	985 72 22 57
	Tapia de Casariego	C/ Puerto s/n	985 47 10 05
	Villaviciosa	Pza. Patios, 1D	985 89 27 14
MANOS EXTENDIDAS	Oviedo	C/ Monte Gamonal, 44 bº izq	985 11 77 92

Apoyo a la lactancia materna

GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN ASTURIAS		
	Asociación de mujeres de apoyo a la lactancia materna.	
	www.amamantarasturias.org	
	DÓNDE	CUÁNDO
	Avilés	1 ^{er} viernes de mes
	LUGAR	
	CS El Quirinal	
	Gijón	2 ^o viernes de mes
	Centro Nívola	
	Oviedo	3 ^{er} viernes de mes
	Hotel Asociaciones Santullano	
	Asociación profesional de matronas del Principado de Asturias	
	www.apromap.com	
	Grupos de apoyo a la lactancia y el posparto	
	DÓNDE	CUÁNDO
	Oviedo	1 ^{er} jueves de mes
	Hotel Asociaciones Santullano	
	Gijón	4 ^o jueves de mes
	Centro Municipal La Arena	
	Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna, en el Occidente de Asturias	
	www.facebook.com/lactamor	
	Encuentros entre madres	
	DÓNDE	CUÁNDO
	Navia	
	Local de Animación Sociocultural	

Otros recursos

IHAN	www.ihan.es/grupos-apoyo/
La Liga de la Leche internacional	www.lalecheleague.org
FEDALMA	www.fedalma.org
Alba lactancia materna	www.albalactanciamaterna.org
LACTAPP	www.lactapp.es
Consulta de Fármacos y Lactancia Materna	www.e-lactancia.org
Alianza mundial prolactancia materna (WABA)	www.waba.org.my
El Parto es Nuestro	www.elpartoesnuestro.es
Haurdun	www.haurdun.wordpress.com

Organismos

IHAN	Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia
	www.ihan.es
UNICEF	En español
	www.unicef.org/spanish/ffl/04/1.htm

Asociaciones de profesionales sanitarios

AEPED	Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría		
	www.aeped.es/comite-lactancia-materna		
AEBLH	Asociación Española de Bancos de Leche Humana		
	www.unicef.org/spanish/ffl/04/1.htm		
	Banco de Leche Materna de Asturias		
	DÓNDE	TELÉFONO	MAIL
	Oviedo	985 652 456	bancodelecheneohuca@sespa.es
	Gijón	607 478 658	bancodelechearea5@sespa.es
	Avilés	985 123 000	secretaria.pediatría@sespa.es
AECCLM	Asociación española de consultoras certificadas de lactancia materna		
	www.ibclc.es		
APILAM	Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna		
	www.apilam.org / www.e-lactancia.org / www.telamos.org		

Otras páginas de interés

BRAZOS VACÍOS	Asociación. Grupo de Apoyo al Duelo Perinatal.
	asociacionbrazosvacios@gmail.com / 657 316 645
MADRES SOLTERAS POR ELECCIÓN	Asociación
	www.madresolterasporeleccion.org / asturias@asociacionmspe.org
MATRONAS	Área V. Servicio de Salud del Principado de Asturias
	https://matronasarea5.wordpress.com/

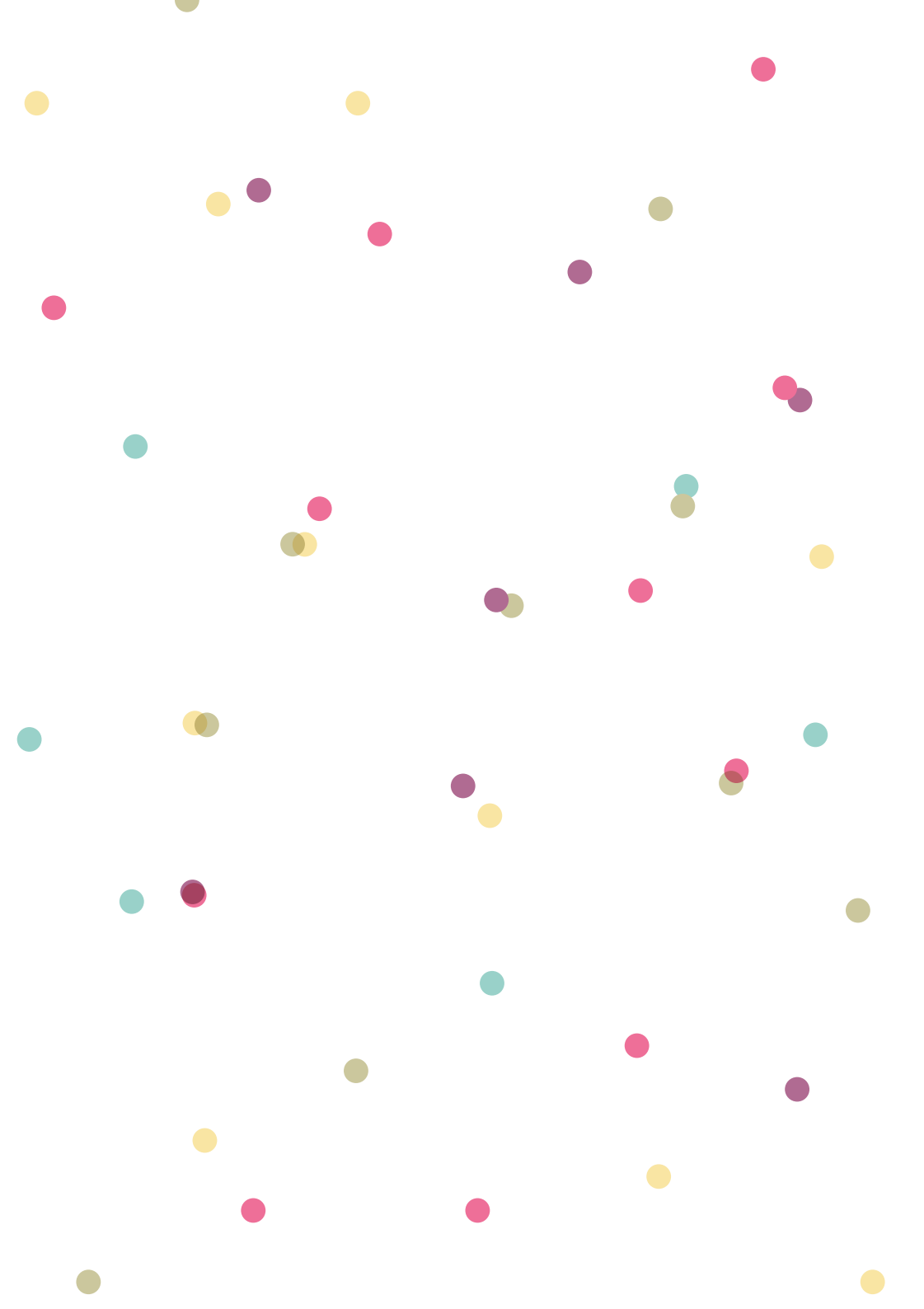
11/ ABREVIATURAS UTILIZADAS

AINES	Anti-inflamatorios No Esteroideos
CALP	Complejo abdominolumbopélvico
CMV	Citomegalovirus
DM	Diabetes Mellitus
dTpa	Vacuna contra la difteria, tétanos y tosferina
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FPP	Fecha probable de parto
FUR	Fecha de última regla
IHAN	Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.
HTA	Hipertensión Arterial
HBPM	Heparina de bajo peso molecular
HUCA	Hospital Universitario Central de Asturias
IMC	Índice de masa corporal
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IRPF	Impuesto sobre la renta de las persona físicas
OMS	Organización Mundial de la Salud
SGB	Streptococco grupo B
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TEP	Tromboembolismo pulmonar
TPNI	Test prenatal no invasivo
TSOG	Test de sobrecarga oral de glucosa.
TVP	Trombosis venosa profunda
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
USBD	Unidad de Salud Bucodental
VCE	Versión cefálica externa
VHB	Virus de Hepatitis B
VIH	Virus de Inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano

12/ WEBGRAFÍA

PÁGINAS, CONTENIDO Y ENLACES EN UN CLICK

	17 Ser madre en Asturias 	23 Versión Cefálica Externa 
27 Vacunas especiales 	32 Recomendaciones dietéticas 	32 Desayuno saludable 
38 Recomendaciones del Ministerio 	39 Rutina de ejercicios 	41 Masaje perineal 
44 Sexualidades 	45 Guía embarazada fumadora 	48 Mapa Zika 
51 Centros Asesores de la Mujer 	52 Programa de Atención Psicosocial 	54 Guía Plena Inclusión 
76 Ejercicios de Kegel 	83 Corresponsabilidad 	83 Cribado neonatal 
94 Claves para amamantar 	97 ¿Colechas? 	104 Amamantar y trabajar 
106 ¿Toma suficiente leche? 	117 Extracción manual de leche 	121 Guía para las madres que amamantan 
123 ¡Dona leche! 	130 Oficinas del INSS 	138 Banco de leche materna 





Principado de
Asturias

Consejería
de Salud



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Estrategia de Salud
de las Mujeres de Asturias
2024 - 2030