

Recomendaciones prácticas en Obstetricia y Ginecología

Cuidados del embarazo

Curso 2010-2011

Autores

Nicolás Mendoza Ladrón de Guevara.

Azahara Fernández Carbonell.

Cristina Rodríguez Roca.

Esther Aguilera Carbonell.

Luis Felipe Carnaval Parra.

**Departamento de Obstetricia y Ginecología,
Universidad de Granada**

ISBN: 978-84-338-5434-6 DEP. LEG.: GR 2749-2012

INDICE

1. Cuidados del pecho durante el embarazo
2. Cuidados del pecho durante la lactancia
3. Problemas con la lactancia materna
4. Lactancia en tándem
5. Fiebre Puerperal
6. "Romper aguas"
7. Hidratación durante el embarazo y la lactancia
8. La línea alba
9. ¿Qué es la dilatación?
10. Los entuertos.
11. La placenta
12. ¿Debo esperar algún tiempo antes del siguiente embarazo?
13. Relaciones sexuales después del parto
14. Trastornos del ánimo en el embarazo y el puerperio

INTRODUCCIÓN

Cuando explicamos a un paciente el porqué del síntoma que ha hecho que acuda a nuestra consulta, cómo vamos a diagnosticar su causa y qué remedios pondremos para aliviarlo, con demasiada frecuencia recurrimos al lenguaje con el que habitualmente hemos estudiado ese trastorno.

Pero el territorio que delimita el argot médico es, en exceso, cerrado a la comprensión fácil, y su abuso puede ensanchar más el preocupado ánimo de quien nos reclama ayuda. Quizá por ello abundan los manuales de Medicina *de estar por casa* y son tan poderosos los consejos de amigas o vecinas que saben explicar, con palabras *de la calle*, lo que les está pasando. Internet ha tomado nota de ello, y son cada vez más frecuentes las consultas y recomendaciones que utilizan un idioma médico inteligible.

Sin duda, la especialidad que más interés suscita en este tipo de consultas es la Obstetricia y Ginecología. No es de extrañar que la mayoría de esas preguntas *on line*, versen sobre cuestiones de embarazo, anticoncepción, reglas u hormonas

Con este propósito, algunas de las quejas o dudas más habituales en las consultas de Obstetricia y Ginecología se han traducido al lenguaje de la calle. Se trata de un trabajo realizado por los alumnos de 4º de Medicina de la Universidad de Granada, cuya misión fue mediar entre lo que preocupa a la población general y el contenido de sus libros y apuntes. Una misión que ha conseguido un doble provecho: la paciente obstétrica o ginecológica entiende mejor lo que le está pasando y el alumno capta lo realmente práctico de su estudio.

1

Cuidados del pecho durante el embarazo

- ¿Cuáles son los cambios que sufren las mamas durante el embarazo?
- Algunos consejos durante el embarazo
- Ejercicios específicos para el pecho durante el embarazo
- Cuidados del pecho durante la lactancia
- Técnicas y posiciones para amamantar
- Ejercicios específicos para el pecho durante la lactancia

Introducción

Durante el embarazo, es común que se produzcan cambios en los senos de todas las mujeres, si bien más acusados para unas que para otras, del tipo: aumento de su tamaño, aparición de estrías, las venas se vuelven más azuladas o aumento de su sensibilidad.

¿Cuáles son los cambios que sufren las mamas durante el embarazo?

- Crecimiento mamario

Los primeros cambios que se aprecian es el aumento del tamaño, debido al acumulo de grasa y al aumento de las glándulas. Es probable que se necesite una talla más de contorno del pecho en los dos o tres primeros meses del embarazo.

- Picazón y aparición de estrías.

Como consecuencia del crecimiento de los senos, se produce un estiramiento de la piel, y es el responsable de esa sensación de cosquilleo, picazón y de la aparición de estrías, típicas en el embarazo en otras localizaciones y que las mujeres describen como deformaciones de la superficie de la piel

- Cosquilleo y sensibilidad al tacto.

Muchas mujeres embarazadas sienten una especial sensibilidad en la zona lateral baja de sus senos y suele ser uno de los primeros signos de embarazo. La sensibilidad aumenta al tacto y llega a doler y a producir hinchazón.

- Venas más grandes.

No podemos olvidar que durante los nueve meses de embarazo el volumen de sangre aumenta, ésta fluye en mayor cantidad hacia los senos y todo un conjunto de venas que hasta ese momento eran imperceptible se hacen muy visibles, más azuladas.

- **Pezones y areolas**

Los pezones se vuelven más oscuros y prominentes, mientras la areola, que es la piel que los rodea, se vuelve también más oscura y de mayor tamaño.

Las pequeñas glándulas de la superficie (los pequeños bultitos o irregularidades) suelen segregar una sustancia aceitosa que sirve para lubricar el pezón y evitar su sequedad y la aparición de grietas.

- **Secreción de calostro.**

Es algo normal y no debe preocuparse si comienza a segregar calostro al inicio del embarazo. El calostro es una secreción natural que suele ser de consistencia espesa y amarilla durante la gestación y al acercarse el momento del parto, se torna más pálido y casi incolora.

Algunos consejos durante el embarazo

El momento de empezar a cuidar las mamas no es la lactancia, sino desde el principio del mismo embarazo que es cuando se están produciendo los principales cambios. Cuidar el pecho no solo beneficia a la futura mama si no también al recién nacido. Además, un buen cuidado del pecho ayuda también a la correcta recuperación después del parto y minimiza las posibles complicaciones o molestias que algunas madres tienen durante este periodo.

En general, no se necesitan cuidados especiales que no pueda hacer una misma sin la ayuda de los profesionales de la salud, basta con algunas recomendaciones sencillas como las siguientes:

1. **Use un sujetador especial.**

Existen sujetadores especiales para las futuras mamás, cuyo diseño alivia las molestias musculares que muchas veces se presentan durante el embarazo y el puerperio. Los mejores son los de algodón y con tirantes gruesos, preferiblemente aquellos que permiten adaptarse al aumento del tamaño del pecho, es decir los que tienen los ganchillos en la parte trasera.

Durante la noche los sostenes se pueden volver molestos, por eso otros especialmente creados para dormir y que pueden encontrar en las tiendas especializadas en ropa premamá. También se pueden usar almohadillas desechables o lavables si tiene secreción de calostro.

No olvide que lo más importante es comprarse un sujetador de una talla superior a su talla usual, para así evitar malestares debido a que éste quede demasiado ajustado y ejerza demasiada presión sobre sus pechos, que van a crecer y estarán más sensibles.

2. Hidratación

Es necesaria una buena hidratación diaria de los senos para evitar la aparición de estrías. Por eso es necesario dedicar unos minutos al día aplicando cremas hidratantes en forma de un suave masaje tanto del pecho como el pezón.

Se pueden usar cremas antiestrías a partir del tercer mes de gestación durante todo el embarazo y la lactancia.

3. Evite los jabones y elementos ásperos.

Pueden provocar sequedad en los pezones y su contorno, pues contribuyen a crear grietas dolorosas, ya que quita la grasa protectora secretada por las glándulas de Montgomery (se localizan en la areola que rodea al pezón).

4. Agua fría

Después de la ducha, un chorro de agua fría sobre cada pecho le ayudará a tonificar su piel.

5. Exposición al sol

Para fortalecer los pechos, sobre todo los pezones, se aconseja la exposición al sol y al aire, de vez en cuando pero por poco tiempo, sólo unos minutos y evitando las horas del mediodía donde la radiación solar es más intensa.

El método ALAS para el cuidado de los pechos resume estas recomendaciones, es el acrónimo de:

- Agua solamente durante el baño.

- Leche, aunque esto se realiza una vez que se está amamantando y consiste en la aplicación de unas gotas de este líquido sobre el pezón al terminar de alimentar al bebé.
- Aire durante algunos minutos un par de veces a la semana.
- Sol, también durante algunos minutos en la semana.

Ejercicios específicos para el pecho durante el embarazo

Para fortalecer los músculos del pecho y evitar en la medida de lo posible los dolores de espalda, es recomendable la realización de unos sencillos ejercicios, que deben practicarse en orden, sólo hasta que se sientan cierta tensión, respirando despacio y sin aguantar la respiración.

Ejercicio 1.

Con la cabeza en posición recta y la espalda derecha, una sus manos detrás de la espalda y sin dejar que los hombros caigan hacia delante, estire los brazos hacia arriba y hacia atrás. Aguante 10 segundos y después relájese.

Ejercicio 2.

Parada frente a una puerta, coloque ambas manos a la altura de los hombros en cualquiera de los dos lados del dintel. Mueva la parte superior de su cuerpo hasta que sienta un estiramiento cómodo. Mantenga su pecho y su cabeza arriba, con las rodillas levemente dobladas. Aguante 15 segundos y luego relájese.

Ejercicio 3.

Siéntese con los brazos colgando de manera relajada a los lados. Suba los hombros haciendo fuerza. Aguante 5 segundos y luego relájelos hacia abajo.

Nota

A pesar de los consejos y ejercicios que acabamos de darle, es muy importante que el médico revise los pechos durante las visitas, para descartar cualquier tipo de problema. Y si é no lo ha hecho, RECUERDESELO.

2

Cuidados del pecho durante la lactancia

Cuidados del pecho durante la lactancia

Durante las primeras semanas después del parto, el dolor y las grietas en los pezones son los principales problemas relacionados con la lactancia. Por eso es importante saber cómo prevenir y tratar estas dolencias para continuar de manera adecuada con la nutrición del bebé.

Algunos consejos para la lactancia

- Camine erguida para evitar dolores de espalda.
- Evite los masajes enérgicos, los jabones agresivos y las cremas y perfumes cuyo olor pueden alterar la lactancia del bebé.
- Procure que el bebé mame cuando se produce la subida de la leche.
- Cada vez que termine de amamantar a su hijo, higienice los pechos muy bien con una compresa con agua, y séquelos con otra compresa bien limpia.
- Utilice protectores para sus pezones, para evitar que la tela del sostén los lastimen, además debe usar sostenes limpios todos los días.
- no deje pasar grandes períodos de tiempo sin amamantar a su bebé, así no se te acumulará leche.
- Si nota que tus senos se han congestionado, retire el exceso de leche. Para ello, coloque una toalla humedecida en agua caliente sobre los senos y cuando los note más blandos, presiónelos con delicadeza para que salga la leche.
- No amamante siempre del mismo lado, es conveniente ir rotando, primero un pecho y luego el otro.
- No deje que su bebé utilice el pezón como chupete, cuando termine la toma retírelo suavemente introduciendo el meñique en su boca para separarlo del pezón.

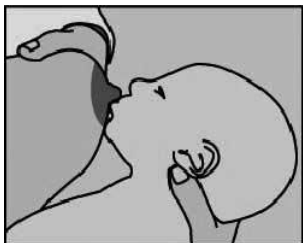
¿Cuál es la mejor ropa para amamantar?

Hay ropa diseñada especialmente para facilitar la lactancia. En las tiendas de maternidad puedes encontrar vestidos o blusas con aberturas para facilitarte dar el pecho.

Se recomienda usar dos piezas (pantalón o falda y blusa), y si la blusa tiene botones mucho mejor. Es preferible que los sujetadores de maternidad sean de algodón.

FORMAS DE LACTANCIA

La posición para amamantar es lo principal para que alimentar a tu hijo sea todo un éxito. Una lactancia correcta es donde el pecho y el bebé encajan de manera exacta.



Forma correcta

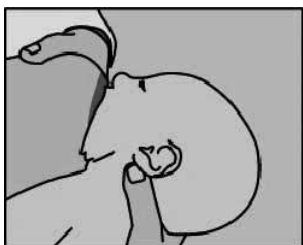
Una lactancia correcta comprende el pezón y la areola. Si el bebé solo succiona el pezón es muy probable que quede con hambre, porque no se están comprimiendo las glándulas que secretan leche. Asegúrate que tu bebé succione en el lugar correcto y no en otra parte del seno

1. Preparándose

Cuando encuentre una posición cómoda, toque suavemente la boca del niño con su pezón, hasta que ésta se abra bastante (como un bostezo). Esto evita que se pliegue el labio superior durante la alimentación. Una vez que el niño se acostumbre a comer, el solo hecho de sentir el pecho y el olor de la leche hará que se gire hacia el pezón.

2. Selle el trato

Cuando la boca esté bien abierta, acerque a su bebé; no lleve el pecho hacia el niño y no empuje la cabeza del bebé hacia el pecho. Deje que el niño tome la iniciativa



3. Revise la leche

Asegúrese de que el bebé no esté succionando su propio labio. Si se está chupando la lengua, pare la toma y con un dedo quite el pezón y retire la lengua antes de continuar. Si siente dolor en el pezón mientras amamanta, es mejor retirar al niño del pecho y volver a ponerlo nuevamente, y



si escucha que el bebé produce ruidos extraños durante la toma es porque no está lactando bien.

4. Retírese suavemente

Cuando termine la toma, no deje al bebé en el pecho, retírelo con cuidado para evitar los daños del pezón.

Técnicas y posiciones para amamantar



- La más frecuente es la posición "básica", que consiste en poner al bebé de lado, frente al pezón. El cuerpo del bebé debe estar de frente al de la mamá, que queden estómago con estómago, con su oreja, hombro y cadera en línea recta, que la cabeza del bebé no se voltee de lado y se mantenga en línea recta con el resto de su cuerpo.



- En forma de cruz: Coja la cabeza del bebé con la mano opuesta al pecho que dará leche (si amamanta con el pecho derecho, sostenga la cabeza de su hijo con la mano izquierda). Ponga su muñeca entre los hombros del bebé, el pulgar detrás de una oreja y sus otros dedos detrás de la otra oreja y con la mano derecha coja el pecho izquierdo, con el pulgar debajo del pezón y la areola, en el lugar donde la nariz de su bebé va a tocar el pecho y el dedo índice en el lugar en el que la mandíbula del bebé va a tocar el pecho.

- Como en el fútbol americano: Útil para las mamás que tienen parto con cesárea pues evita poner al bebé contra el abdomen. Ponga al bebé a su lado en una posición semi sentada, de frente a usted, con sus piernas debajo del brazo derecho (si está amamantando con el pecho de ese mismo lado). Y ahora coja su cabeza con la mano derecha y tome su pecho con la mano izquierda.

- **Posición de cuna:** La cabeza del bebé reposa en la curva de su codo y con su mano coge el muslo o las nalgas del pequeño. Ponga el brazo bajo el bebé (si está amamantando con el pecho derecho, es el brazo izquierdo del recién nacido), y sáquelo de debajo de su brazo y alrededor de la cintura. Sostenga su pecho con la mano izquierda, si está amamantando con la mano derecha.



- **Acostada de lado:** Esta es una buena posición si quiere amamantar a media noche o cuando necesita un descanso. Acuéstese de lado con una almohada que sostenga su cabeza. Ponga al bebé de lado, frente a usted, estómago contra estómago.

Ejercicios específicos para el pecho durante la lactancia

Un poco de gimnasia puede ser suficiente para recuperar el tono y la firmeza en el pecho después de la lactancia. Los ejercicios que le proponemos son:

1. Eleve durante un minuto los hombros hacia las orejas.
2. Pesas: levante con las manos dos pesas de medio kilo cada una, realizando los siguientes movimientos:
 - Con los brazos a lo largo del cuerpo, eleve las pesas llevando los brazos a la altura de los hombros. Realice tres series de 15 repeticiones.
 - Extienda los brazos frente al esternón, a la altura de los hombros, y doble el antebrazo llevándolo hacia el pecho.
3. Otro ejercicio muy efectivo es el llamado "movimiento del cascanueces": una las palmas de las manos y ejercite una fuerte presión apretando la una contra la otra, como si quisiera romper una nuez con las manos.
4. Obtendrá mejores resultados si además se aplica una crema reafirmante para el pecho.

3

Problemas con la lactancia materna

- Grietas y mastitis.
- Situaciones donde se recomienda la retirada de la lactancia

GRIETAS

Son pequeñas erosiones en el pezón que aparecen sobre todo al principio de la lactancia. A veces son tan dolorosas que impiden dar de mamar, aunque lo habitual es que ese dolor dure sólo unos segundos y no continúa durante el resto de la toma.

¿Por qué aparecen las grietas?

Antes de que aparezcan las **grietas en los pezones** ocurre un proceso de desgaste de la mama, llamado **maceración**, cuya principal causa es la humedad continua del pezón entre una y otra toma. También puede deberse a una succión inadecuada por parte del bebé, al exceso de succión o a la irritación de la piel del pezón en contacto con la tela de la ropa o del sostén o con alguna crema que produzca alergia.

En todo caso, esa humedad y la continua succión reblandecen la piel de la areola y favorecen la formación de las grietas.

¿Qué signos y síntomas producen?

Aparte del dolor, las grietas se reconocen porque la piel del pezón toma un tono blanco y se arruga, parecido al que adquiere tras estar mucho tiempo en el agua.

¿Cómo prevenirlas?

Lo primero que hay que hacer es conseguir una **correcta posición del bebé** para recibir la leche, de esta manera se alivia el dolor cuando sus labios quedan paralelos a la herida o a la grieta del pezón, y así ésta se cierra al momento que el niño succione el alimento.

Es importante que el pezón y gran parte de la areola quede centrada en el interior de la boca del bebé, para ello acérquese al bebe de forma que su cabeza y su cuerpo queden alineados y no pueda girar el cuello para alimentarse.

Durante los primeros días, puede usar el mismo **calostro** colocando unas gotas sobre los pezones. El calostro posee propiedades cicatrizantes y antibacterianas que pueden ayudarla para la regeneración de las grietas y del propio pezón.

Posteriormente puede usar cremas especiales que no sean inadecuadas para el bebé: vigile que no tengan anestésicos locales o corticoides.

También se recomienda poner los pechos al sol alrededor de diez minutos entre dos y tres veces al día, si es invierno, puede bastar ser una fuente luminosa: una opción válida es usar la luz de una lámpara durante 10 o 15 minutos a 30 centímetros de distancia del pecho después de alimentar al bebé.

Complicaciones de las grietas

Existe un tipo de grieta que tarda un poco más de tiempo en curar, se debe al *muget*, un hongo común que habita en la boca de muchos lactantes, y que se manifiesta como restos de leche en la mucosa de la boca del bebé que no se pueden retirar. Cuando pase esto, acuda al especialista para que le aconseje algún tipo de fungicida que no dañe al bebé.

MASTITIS Y GALACTOFORITIS

¿Qué es la galactoforitis?

Realmente se trata de una forma leve de mastitis donde se produce la obstrucción de uno o varios conductos que transportan la leche hasta el pezón y que suele ocurrir en las primeras semanas de lactancia.

Se manifiesta como un pequeño bulto bajo la piel, que puede estar en cualquier parte del pecho, pero el sitio más habitual es cerca de la axila.

¿Qué es una mastitis?

Es la infección en uno o en ambos senos causada por la contaminación de una grieta del pezón, por la obstrucción de los conductos lactíferos o por una severa congestión de las glándulas mamarias. Lo más frecuente es que sean secundarias a las grietas del pezón

Existen dos tipos de mastitis: la puerperal (después del parto) y la no puerperal (independiente del embarazo y la lactancia). La **Mastitis Puerperal** es, por tanto, la infección de las mamas que se presenta dos o tres semanas después del parto, aunque también puede presentarse a partir de la primera semana.

¿Qué provoca una mastitis puerperal?

La mastitis se produce por la transmisión de gérmenes que invaden el tejido mamario. Generalmente, pasan desde la nariz, boca y garganta del bebé hacia los conductos de leche de los pechos a través de fisuras en los pezones.

Las madres que tienen mastitis durante **la lactancia**, seguramente se debe a un incorrecto vaciamiento de la leche al utilizar una mala **técnica al dar pecho**, acumulándose e infectándose después..

¿Existen situaciones que favorezcan la aparición de las mastitis?

Entre los factores de riesgo para padecer una mastitis en el puerperio se han descrito:

- El cansancio y el estrés posparto, que dificultan una buena alimentación y descanso, afectando después a sus defensas.
- Éxtasis lácteo.
- Traumatismo en el pezón.
- Técnica equivocada para amamantar.

¿Qué síntomas produce?

- Dolor o sensibilidad en una masa dura, localizada y enrojecida casi siempre en un solo seno.
- Fiebre, escalofríos y malestar general
- Absceso mamario.
- Aumento de la temperatura.
- Hipersensibilidad.

¿Cuándo acudir al médico?

Si al revisar sus pechos encuentra algún bulto con dolor, calor o irritación es recomendable consultar al médico, pues es probable que tengas mastitis, ya que la infección de las mamas necesitará de tratamiento antibiótico que debe ser seguro para el bebé.

Prevención de las mastitis puerperales (recomendaciones):

- No es necesario interrumpir la lactancia, pues la succión del bebé es lo que mejor ayuda a vaciar el pecho y es menos dolorosa que un sacaleches.

- Empieza la toma en el pecho dolorido y cada poco tiempo y con poca cantidad para que se vacíen las mamas.
- Importante conocer el **manejo eficaz de la lactancia**, tanto para alimentar adecuadamente al niño, como para mantener sanos los pechos.
- Aplícate toallitas húmedas y calientes directamente sobre los pechos y amamanta a tu bebé con mayor frecuencia.
- Si el bebé no consigue vaciar el pecho, hazlo con un extractor de leche. Y si no puedes soportar el dolor al amamantar debe extraerte la leche.
- Algo de descanso, horas de sueño y una disminución de la actividad física te ayudarán a recobrar las energías.
- Un consejo final es usar un sujetador sin aros para evitar la congestión sobre el pecho.

Tratamiento de las mastitis.

Será su médico quién indique cuándo y cómo iniciar un tratamiento, que consistirá en alguna de las siguientes medidas:

- Antibióticos.
- Drenaje quirúrgico si precisa.
- Analgesia.
- Usar sostén ajustado que proporcione un buen soporte.
- Hielo para aliviar las molestias.
- Calor para ayudar a la circulación.

Recuerda que tu **bebé** no corre peligro. Si padeces de mastitis no debes preocuparte por la salud de tu hijo, puesto que los gérmenes que originaron esta enfermedad provienen de su propia boca, por lo que no corre ningún tipo de peligro.

¿EN QUÉ SITUACIONES NO SE DEBE DAR EL PECHO AL LACTANTE?

1. Causas maternas

- Una grave enfermedad debilitante (como afección cardiaca, renal o anemia severa).
- Infección grave, como sida o tuberculosis, o posiblemente hepatitis B.
- Cuando la madre toma medicamentos que pueden pasar a la leche materna y pueden ser perjudicial para el bebé, como

drogas antitiroideas, quimioterápicos , algunos antihipertensivos; litio, tranquilizantes o sedantes.

- Abuso de drogas, incluyendo el uso de sedantes, anfetaminas, barbitúricos, heroína, metadona, cocaína o marihuana.
- Estar expuesto a ciertos químicos tóxicos en el lugar de trabajo.
- Inadecuado tejido glandular de los senos (no tiene nada que ver con el tamaño de los pechos) o lesión de los nervios de los pezones (por accidente o cirugía).
- Otras: Trabajo materno o preferencias maternas.

2. Causas neonatales

- Un desorden metabólico, como la fenilcetonuria o la intolerancia a la lactosa, que hace que el bebé no pueda digerir la leche materna.
- Una deformación de los labios, como labio partido o paladar hendido, que hace difícil o imposible tomar el pecho.

¿Cómo se detiene la lactancia?

Depende del momento en el que se decida dejar la lactancia:

- Si la supresión ya está decidida antes del parto, después del mismo en menos 24 horas, hay que inhibir la lactogénesis, mediante la toma de una serie de medicamentos, como son la Bromocriptina o la Cabergolida.
- Si la indicación surge una vez iniciada la lactancia, lo primero que hay que es inhibir el reflejo de succión, pues este es el que mantiene la producción de la leche, por lo tanto habrá que evitar cualquier estímulo sobre el pezón. Para evitar que la leche no vuelve a subir puede ser beneficioso vendarlas y la toma suplementaria de antiinflamatorios o analgésicos. En segundo lugar, podría plantearse la toma de alguno de los fármacos anteriormente comentados.

4

Lactancia en tándem

¿Puedo seguir amamantando si me quedo embarazada?

Este tipo de lactancia no perjudica la salud de la madre: dar el pecho no es incompatible en absoluto con el nuevo embarazo. El único inconveniente lo encontraríamos en el supuesto de que presentara una amenaza de aborto en el segundo embarazo. En este caso, la liberación de oxitocina que se produce tras la succión del pezón, podría dar lugar a contracciones uterinas que, en teoría podrían empeorar la situación de amenaza. Sin embargo, no debe preocuparse pues la estimulación uterina ceder espontáneamente en el momento en que el lactante suelta el pecho. Sólo en amenazas graves se podría interrumpir temporalmente.

Hay estudios de observación clínica que subrayan la inocuidad de este acto para el desarrollo intrauterino del feto. De igual manera, la madre iniciará la segunda lactancia tan pronto haya nacido su otro hijo.

Cuidados del pecho en la lactancia en tándem

Cuando una mujer se queda embarazada, aumenta la sensibilidad de sus mamas y hacer más molesta, incluso dolorosa las tomas de su lactante. Más aún si además tiene alguna grieta en el pezón o la glándula muy congestionada: es común que deje de amamantar algunas horas en espera de lo que le recomiende su médico o matrona.

Tanto por la incertidumbre en sí, como por la mayor sensibilidad mamaria, es una de las razones para dejar la lactancia natural. Otras veces, es la propia falta de continuidad la que acaba por inhibir la lactogénesis y, en definitiva, para el destete precoz de su hijo. Comoquiera que el dolor casi nunca es intenso y las interferencias con el nuevo embarazo nulas, se recomienda continuar dando el pecho. En caso necesario se puede administrar analgésicos suaves del tipo paracetamol, y como consejo para aliviar esas molestias, se puede cambiar la posición del lactante en la succión o disminuir la duración de la toma.

Es normal que la madre muestre emociones negativas después del nacimiento de un bebé no esperado, sobre todo si aún está amamantando a otro. Ajustarse a las nuevas necesidades de su vida, con más hijos, puede aflorar sentimientos de melancolía y agotamiento.

Sin embargo, mantener la lactancia aunque vuelva a quedarse embarazada tiene algunas ventajas:

- La madre ya es una experta, y no tiene la ansiedad de madre novata.
- Los pechos funcionan mejor que la primera vez y al aumentar la succión también producen más leche.
- La ingurgitación o mayor sensibilidad de los primeros días se ve disminuida porque el lactante ayuda a vaciar la mama.
- La succión del hermano mayor ayuda a la rápida subida de la leche, de modo que el recién nacido pierde menos peso durante sus primeros días de vida. Un pecho ya succionado se vacía más fácilmente y ayuda al hermano pequeño que aún está aprendiendo a mamar.

La leche

La producción de hormonas propias del embarazo (fundamentalmente los estrógenos y la progesterona) puede disminuir la cantidad de leche y modificar algo su sabor. Al final del embarazo, se vuelve a producir el calostro que necesita el nuevo recién nacido y que puede alterar también el sabor de la leche que ingiere el primero

Probablemente, el momento de mayor abandono de la lactancia en tándem sea precisamente este, si es que la mujer ha aguantado todo el embarazo amamantando. Se debe a la suma de las dudas maternas más el hecho de que muchos lactantes notan ese cambio de sabor debido al calostro y rechazan por si solos la toma, siendo excepcional quienes luego se reenganchan.

El estímulo que mantiene la producción de leche (lactogénesis) durante un embarazo es la succión del pezón por parte del lactante. El embarazo en sí, como consecuencia de esos cambios hormonales que hemos apuntado, tiende a disminuir progresivamente la producción de la leche. Por eso, las modificaciones en su sabor y textura son también importantes, ya que serán las que condicionen que el lactante no rechace la toma.

En este sentido, se estima que casi dos tercios de los lactantes se destetan durante el siguiente embarazo de su madre. Lo hacen sobre todo en el segundo trimestre, en parte porque la lactancia materna en nuestro medio no suele extenderse más allá de los tres meses, pero también coincidiendo con esa caída en la producción de leche. El resto

rechaza la leche materna hacia el final del segundo trimestre, bien porque ya no le satisface, bien porque repelen su nuevo sabor.

Las tomas

En el supuesto, cada vez menos frecuente, de que una madre esté amamantando a sus dos hijos, tendrá que organizar las tomas para que ambos queden satisfechos.

Si la inquietud radica en que el recién nacido esté suficientemente alimentado, no se preocupe, pues éste ganará el peso adecuado siempre que la toma se realice correctamente. El hermanito mayor seguirá succionando, incluso con más intensidad por notar cierta invasión de su espacio, pero no es impedimento para que no tenga suficiente leche para los dos. Nadie robará leche a nadie, hay leche de sobra, siempre que la mamá esté bien alimentada, y no demasiado delgada. En ocasiones de mayor nerviosismo por parte del lactante celoso, es atinado que la madre ponga límites y así su ansiedad disminuya poco a poco.

Infecciones

La lactancia en tándem no supone el contagio de enfermedades entre hermanos, al contrario, es probable que la madre comparta la misma inmunidad con sus hijos, consiguiendo que el pequeño reciba defensas contra los virus o bacterias de los que el mayor ya es portador. Por eso, si uno de los hermanos se enferma, no hay porqué reservar un pecho para él, pues los gérmenes ya se han compartido antes de presentar síntomas. Sólo en caso de una candidiasis o moniliasis (algodoncillo), que pasa de la madre al bebé y viceversa, o de algunas infecciones graves, altamente contagiosas, es conveniente que cada hermano tenga un pecho reservado para él.

En cuanto a las medidas preventivas para las infecciones de la glándula mamaria o su pezón, se recomiendan las mismas medidas que durante un embarazo simple, como el baño diario, el uso de ropa interior limpia o los cuidados específicos del pecho en este momento.

5

Fiebre Puerperal

¿Qué es la fiebre puerperal?

La infección puerperal se define como la afectación inflamatoria séptica, localizada o generalizada, que se produce en el puerperio como consecuencia de las modificaciones y heridas que en el aparato genital ocasionan el embarazo y parto.

Se considera que padece una infección puerperal toda mujer que en su periodo postparto presenta una temperatura superior o igual a 38°C en al menos dos determinaciones separadas por un intervalo de 6 horas, excluyendo las primeras 24 horas postparto.

Aunque desde la introducción de los antibióticos han disminuido considerablemente la frecuencia y gravedad de este tipo de infecciones, todavía suponen un gran problema clínico.

¿Cuál es la causa de la fiebre puerperal?

Suele tratarse de una infección polimicrobiana, esto es, con mezcla de diversos gérmenes que suelen habitar en el intestino, en el periné, en la vagina y en el cuello uterino, y que aprovechan la modificación de la flora habitual de la vagina y las lesiones del parto para colonizar el aparato genital femenino.

Hay bacterias aerobias implicadas como la *Escherichia Coli*, las especies de *Klebsiella*, *Proteus* y *Pseudomonas*. También anaerobias como las especies de *Peptoestreptococos*, *Peptococos*, *Bacteriodes* y *Clostridium*. Otras como el streptococo Beta hemolítico del grupo A, cuando está presente antes del parto puede causar graves infecciones en el recién nacido

¿Qué situaciones favorecen o empeoran la infección o fiebre puerperal?

La infección puerperal puede presentarse por diferentes factores, entre las causas más frecuentes se encuentran las hemorragias, la mala higiene genital, el parto largo y complicado, o que queden restos de placenta dentro del útero.

Otros factores de riesgo que favorecen o empeoran la fiebre puerperal son:

- La Anemia o la desnutrición,
- el déficit inmunológico o las enfermedades sistémicas.
- la ausencia de controles prenatales o el bajo nivel socioeconómico.
- La presencia de bacterias en el líquido amniótico en el momento de la cesárea
- El coito cerca del final del embarazo
- La Vaginosis bacteriana, una infección de transmisión sexual

¿Cómo se adquiere una infección puerperal?

Existen distintas formas de adquirir la infección:

- **Exógena:** por medio de instrumentos, ropa o manos de personal sanitario. Es la más grave
- **Endógena:** es una autoinfección por gérmenes propios de los genitales femeninos.

Puede presentarse en diferentes partes del aparato genital, como en el útero, en las heridas de la vagina o en la episiotomía, o la cicatriz de la cesárea.

¿Qué tipo de síntomas produce una infección puerperal?

Los síntomas de infección puerperal no suelen aparecer hasta que transcurren 3 o más días desde el parto, si aparecen antes es porque la infección ya estaba antes del parto; y si ocurre mucho después, es debido a otra causa distinta del parto.

La **fiebre** es el signo clave de la infección puerperal, por eso se le llama *fiebre puerperal* y se suele acompañar de malestar general y en algunos casos sudores y taquicardias.

En otras ocasiones, sobre todo cuando existen complicaciones o la infección se propaga, se acompañan de dolor abdominal, útero no contraído y dolor a la palpación del abdomen. Los **loquios** (secreciones vaginales postparto) suelen ser abundantes, purulentos y malolientes.

¿Cuándo se debe acudir al médico?

No todas las fiebres que se presentan tras el parto se deben a una infección, por ello si además de fiebre presenta dolor genital, hemorragia y mal olor de los loquios o secreciones vaginales, deberá

acudir al médico, ya que podría tratarse de una infección propagada más allá de la vagina o afectando a la mucosa que reviste el útero.

¿Cómo se realiza el diagnóstico de una fiebre puerperal?

Como su nombre indica, el dato clave para el diagnóstico es la fiebre. Para la confirmación diagnóstica se necesita que la temperatura oral supere los 38 grados centígrados en dos de los primeros diez días posparto o que pase de los 39 grados centígrados en las primeras 24 horas posparto.

En la exploración de los genitales, su médico podrá observar también la presencia de dolor, hipersensibilidad uterina, útero no contraído, loquios fétidos o purulentos y el cérvix abierto

Complicaciones de la fiebre puerperal

Si la infección no es prevenida o correctamente tratada, se pueden producir una serie de complicaciones a corto o largo plazo, entre las que destacamos:

- Endometritis: es la infección de la mucosa uterina que se manifiesta como un útero no contraído, loquios fétidos o purulentos, y puede acompañarse de dolor abdominal o hipersensibilidad.
- Miometritis: es una infección más avanzada del propio útero y son mayores los síntomas anteriores, con sangrado y secreción purulenta abundantes.
- Salpingitis: es una infección que alcanza las trompas de Fallopio. El dolor es mucho más intenso y se necesita ingreso urgente. A veces puede formarse un absceso y englobar incluso a los ovarios
- Celulitis pélvica: es un cuadro infeccioso grave que afecta a las paredes vaginales y que puede propagarse a los miembros inferiores.
- Tromboflebitis pélvica séptica: se trata de una infección de las venas que irrigan los genitales internos, sobre todo las ováricas, muy poco frecuente en la actualidad pero de gran gravedad.
- Pelviperitonitis: es la forma más avanzada y grave de la infección puerperal. En casos donde no se dispone de tratamiento antibiótico puede evolucionar a un shock séptico y la muerte de la madre..

Prevención de la fiebre puerperal

La mejor forma de prevenir la fiebre puerperal se hace evitando o tratando los factores que hemos mencionado en el apartado *¿Qué situaciones favorecen o empeoran la infección o fiebre puerperal?* De todos ellos, quizá el más importante sean las medidas que habitualmente se realizan en los partos, manteniendo las medidas de asepsia y otros cuidados perinatales.

Además, no debemos olvidar la propia higiene materna después del parto, junto a una buena alimentación, un descanso materno adecuado, y la protección de las relaciones inmediatamente después del parto..

Tratamiento

Para aliviar el dolor y bajar la fiebre se recomienda la toma de antipiréticos/ analgésicos, siguiendo siempre las recomendaciones de su médico.

En el caso de confirmar la existencia de una infección puerperal, se administrarán antibióticos para eliminar los microorganismos causantes. Frecuentemente se emplean fórmulas que combinan varios antibióticos, dependiendo de la sensibilidad mostrada frente a los gérmenes que provocaron la infección o de la posible alergia que presente la madre.

Por ejemplo, se pueden administrar conjuntamente, Penicilina y metronidazol, clindamicina y gentamicina, ampicilina sulbactam o cefalosporinas más clindamicina o metronidazol.

En muchos de esos casos, el tratamiento antibiótico debe administrarse dentro de un hospital, y si se complica se requiere de otras medidas más agresivas como la cirugía o el ingreso en unidades de cuidados intensivos.

6 "Romper aguas"

- ¿qué es el saco amniótico?
- ¿qué es el líquido amniótico?
- ¿qué es el tapón mucoso cervical?
- ¿Qué es romper aguas?
- ¿Por qué y cuándo se produce?
- ¿Qué se hace en este caso?
- ¿Qué síntomas produce la rotura de membranas?

¿Qué es el saco amniótico?

El saco amniótico es una estructura que termina de formarse alrededor del día 12 después de la fecundación y que se compone de una capa externa denominada corion y de una capa interna llamada amnios. Se trata de una especie de membrana que rodeará al feto y que cumplirá diferentes funciones, entre ellas la más importante es contener unas sustancias fluida denominada Líquido Amniótico. Esta cavidad va aumentando de tamaño durante el crecimiento embrionario así como también va aumentando el volumen de líquido amniótico.

¿Qué es el líquido amniótico?

Es un fluido que será producido por la membrana amniótica, cordón umbilical y aparato respiratorio, renal y respiratorio del feto. El aspecto y composición de esta sustancia va cambiando a lo largo del embarazo, así como su volumen, lo que le da información al médico sobre el normal desarrollo del embarazo y del grado de maduración del feto. Las principales funciones son:

- Medio protector y amortiguador.
- Regula la temperatura fetal.
- Interviene en el correcto desarrollo del pulmón y aparato digestivo.
- Protección frente a infecciones
- Evita adherencias entre el feto y el amnios
- Tiene cierta función en el desencadenamiento del parto.

El volumen del líquido amniótico alcanzará su máximo en la semana 32, y a partir de aquí irá decreciendo de forma fisiológica hasta el momento del parto.

¿Qué es el tapón mucoso cervical?

Las glándulas del tejido cervical (parte final del útero que da salida a la vagina) van a aumentar considerablemente durante el embarazo, las cuales van a rellenarse de una sustancia viscosa que recibe el nombre de tapón mucoso y que sirve de "aislante" entre el interior del útero y la vagina.

Una vez explicados estos conceptos estamos en disposición de explicar ¿Qué es romper aguas?

¿Qué es romper aguas?

La rotura de aguas hace referencia a la rotura del saco amniótico y posterior salida del líquido amniótico. Este fenómeno está precedido de la expulsión del tapón mucoso, aunque a veces ambos procesos ocurren a la vez y es difícil distinguir uno de otro.

1º Expulsión del tapón mucoso: Se trata de la salida de una sustancia gelatinosa que en la mayoría de las ocasiones va acompañada de trazos hemáticos o pequeña hemorragia. Es la causa más frecuente de hemorragia en las últimas etapas del embarazo que se produce por la rotura de pequeñas venas al iniciarse el proceso de dilatación y borramiento del cuello uterino, es por tanto signo de la inminencia del parto. Suele estar acompañado de molestias sacrolumbares y abdominales, con menos frecuencia de contracciones, aunque si estas aparecen serán de carácter irregular.

2º Rotura del saco amniótico: Se produce por la presión que ejerce el feto al descender por el útero buscando el canal del parto, por lo tanto, dicha rotura tendrá lugar durante el trabajo de parto. De forma general, hablamos de inicio del parto cuando aparecen contracciones uterinas rítmicas cada 5-7 minutos de considerable entidad, el cuello está borrado en un 50% y dilatado 2 centímetros.

A medida que va descendiendo el feto este va creando dos compartimientos dentro del líquido amniótico, una anterior que recibirá el nombre de aguas anteriores y otra posterior que recibirá el nombre de aguas posteriores. El fenómeno también se produce cuando la presentación es de nalgas pero es mucho más manifiesta cuando la presentación es cefálica. Así pues, como la rotura suele producirse en la parte más declive de la cavidad uterina, cerca del cuello uterino, el líquido que sale tras la rotura de las membranas en este período será la

perteneciente a las aguas anteriores. La rotura es necesaria para la salida del feto.

¿Se puede producir en otro momento? ¿Qué es la rotura prematura de membranas?

Si bien es cierto que la pérdida de continuidad puede producirse precozmente, o todo lo contrario, hablamos entonces de **Rotura prematura de membranas**, aquella que se produce antes del inicio del trabajo del parto, cuya causa y gravedad viene condicionado por muchos factores como son:

- Lesión por alguna manipulación directa.
- Infección
- Mecánico: Por aumento de la presión intraamniótica como en los embarazos gemelares.
- Genético: Defectos genéticos.
- Causa desconocida

La gravedad de la rotura prematura de membranas depende de la semana de la gestación en la que se produce, de si existen antecedentes en embarazos anteriores, de si la mujer tiene otras enfermedades acompañantes o ciertos hábitos que predispongan a la infección. Se produce en el 12% de todas las gestaciones, de las cuales el 80% en gestaciones a término, aunque las de mayor importancia por la posible inmadurez del feto así como el aumento de probabilidad de infección y son aquellas que se dan en pretérmino.

¿Qué se hace en este caso?

Ante esta situación, dependiendo de la semana de gestación en la que se encuentre la mujer, el médico decidirá si terminar o no el embarazo. En el caso de que se decida finalizarlo, la inducción del parto no se ve modificada respecto a un parto normal. Si se opta por un tratamiento conservador, el especialista puede usar antibióticos o corticoides antes del parto, para evitar la infección y la inmadurez respiratoria del feto.

Rotura tardía de membranas:

Es aquella que se produce en el período expulsivo, después de la dilatación completa. Aunque es la rotura fisiológica, esto es, la que ocurriría si no interviniéramos en el parto, algunas veces puede resultar peligroso porque las membranas pueden pegarse a la nariz y boca del feto y dificultar su respiración, por eso es común que durante el parto, la

matrona realice una rotura artificial de las membranas (también llamada amniotomía).

¿Qué síntomas produce la rotura de membranas?

- Lo habitual es que la mujer embarazada note la salida de líquido a través de la vagina. Lo importante es describir cómo es su aspecto: por lo general son incoloras, pero pueden ir mezcladas con sangre, por el borramiento del cuello uterino, en cuyo caso el sangrado es escaso. Si el sangrado fuese abundante ya habría que pensar en otros procesos patológicos de la bolsa amniótica o la placenta.
- Si el aspecto de líquido es verdoso-oscuro, lo más probable es que se trate de meconio fetal (las deposiciones del feto), que aparece cuando ésta está sufriendo. En ese caso hay que acudir con premura a un centro hospitalario.
- El volumen de líquido también es variable en unas roturas y en otras. Por lo general, aumenta cuando hace algún esfuerzo, como andar o toser, y disminuye cuando está tumbada.
- La rotura puede ir acompañada de contracciones (sobre todo si se trata de una rotura prematura).
- Generalmente no huelen a nada. Algunas lo describen como olor a lavandina haciendo referencia a un "olor limpio".

En cualquier caso, ante la aparición de estos síntomas es conveniente acudir a la clínica u hospital más cercano.

7

Hidratación durante el embarazo y la lactancia

RESUMEN

La hidratación es de vital importancia en la vida cotidiana de cualquier persona, pero se vuelve especialmente importante durante el embarazo. Necesitamos conocer cuáles son esas necesidades diarias de líquidos y sales minerales, tanto en la gestación como posteriormente en la lactancia. Una hidratación correcta reportará beneficios tanto a la mujer como al feto. También es importante la reducción de bebidas no recomendables en estos periodos, como la cafeína o las bebidas con alto contenido calórico.

CONSIDERACIONES GENERALES: CAMBIOS DEL METABOLISMO HIDRICO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

- Durante el embarazo se produce un aumento del volumen general en todo el cuerpo, y en particular en el torrente sanguíneo, que aumenta aproximadamente un 45%, esto es, aproximadamente 1800 ml más, casi dos litros., Este incremento será imprescindible para el correcto funcionamiento del flujo entre el útero y la placenta. Parte de esta ganancia se debe al incremento de las células de la sangre (glóbulos rojos, blancos y plaquetas), pero la mayoría (litro y medio) se debe a un aumento del líquido propiamente dicho.
- La retención de agua es también un proceso normal durante el embarazo, mediado por el cambio hormonal, y característico en pies y tobillos, sobre todo en las últimas horas del día. Y al final de la gestación. Sin embargo, debemos estar alerta a la enfermedad hipertensiva y acudir al médico cuando la hinchazón aparezca en las manos o la cara.
- Hay otras causas de retención de líquidos que pueden coexistir con el embarazo: sedentarismo, estrés, inflamaciones, trastornos circulatorios o cardíacos. También el consumo de algunos fármacos, fundamentalmente los corticoides. Por el contrario, los factores climáticos asociados a las altas temperaturas pueden influir negativamente en el equilibrio hídrico en este periodo.
- Durante el embarazo, el cambio hormonal induce un cambio en el umbral de la sed, lo que significa que el organismo tarda más tiempo

en reaccionar a la pérdida hídrica. En consecuencia, se le recomienda beber frecuentemente aunque no tenga la sensación de sed.

- La leche materna tiene casi un 90% de contenido acuoso. por lo que la mujer durante la lactancia tendrá que ingerir una alta cantidad de líquido para asegurar el abastecimiento diario de leche y mantenerse ella misma hidratada.
- La mujer embarazada tendrá que aumentar la ingesta de líquidos a fin de compensar las necesidades de este período. Se estima que debe ingerir de 2,5 a 3 litros diarios, esto en medidas prácticas equivale a unos 10 vasos diarios.
- El agua no tiene calorías, por lo que no interfiere en nuestro cálculo de necesidades calóricas diarias ni en la ganancia de peso. Dos terceras partes del aumento de peso registrado al final de un embarazo son debidas al agua, tanto la retenida a nivel de tejidos y órganos como la debida al aumento del volumen sanguíneo. Se trata de un aumento transitorio que se perderá tras el parto y a lo largo del puerperio.
- La ingesta de agua es clave en estos periodos, pero no es la única fuente de hidratación. Otras bebidas deben aportar los minerales y azúcares de absorción rápida. Es el sitio para las bebidas isotónicas
- Ingerir durante el embarazo bebidas con alto contenido en minerales y bicarbonato sódico, a diferencia de lo que se piensa, no altera el equilibrio mineral de la gestante.
- Para mantener una correcta hidratación y evitar los procesos derivados de la deshidratación leve la diversidad de sabores puede ayudar a una ingesta diaria adecuada de líquidos.
- Además de los líquidos, ciertos alimentos con un alto porcentaje de agua nos pueden ayudar a mantener un buen nivel de hidratación, y contribuirán a facilitar el tránsito intestinal y evitar el estreñimiento. Este es el sitio de las frutas y verduras, necesarias en cualquier alimentación, imprescindibles durante el embarazo.
- Las mujeres embarazadas pueden realizar un suave ejercicio aeróbico (caminar, nadar...) sin exponerse directamente al sol, evitando las horas de más calor del día, sin realizar esfuerzos excesivos ni ejercicios que puedan desencadenar contracciones. Es tan importante la reposición de líquidos como la de sales minerales perdidas con la trasudación.

RECOMENDACIONES GENERALES

- El agua facilita el flujo de nutrientes hacia el torrente sanguíneo del feto y distribución por todo el organismo.
- El estreñimiento es un problema habitual que puede aparecer por primera vez durante la gestación o por el contrario empeorar un estreñimiento previo, así como también pueden verse afectadas las hemorroides, pero si la mujer toma una cantidad suficiente de líquidos frutas y verduras con gran contenido en fibra nos ayudará a prevenirlo.
- Beber líquidos a pequeños intervalos, además nos ayudará a prevenir la acidez creada por los jugos gástricos y las náuseas. Estos procesos se producen por varios procesos, especialmente por los cambios hormonales, y en el caso de la acidez se ve empeorada a medida que avanza la gestación ya irá comprimiendo cada vez el estómago.
- El aumento de la ingesta contribuye a aumentar la cantidad de orina, con lo que ayuda a depurar el cuerpo de toxinas, y reduce la incidencia de cálculos renales e infecciones de vías urinarias, que son más frecuentes en embarazadas.
- El agua y las bebidas isotónicas previenen la deshidratación, peligrosa si ocurre durante el embarazo, causando dolores de cabeza, náuseas e incluso contracciones en el tercer trimestre. Su mayor riesgo es reducir la irrigación del feto y, en consecuencia, del necesario aporte de nutrientes y oxígeno, situación que puede causar daños incluso irreversibles si se mantiene mucho tiempo.
- Durante la lactancia, aunque se recupera la sensación de la sed, también se debe incrementar el aporte de líquidos para cubrir el incremento de necesidades hídricas que supone la formación de la leche.
- En algunas situaciones especiales, como por ejemplo la hiperémesis (aumento de los vómitos ligados al embarazo) o cualquier proceso patológico del aparato digestivo (gastroenteritis), se produce una gran pérdida de sales minerales y líquidos con los vómitos o las diarreas. Las bebidas enriquecidas en sales minerales ayudan a asegurar un nivel óptimo de hidratación y tiene un efecto beneficioso en estas patologías. Además por su agradable sabor suelen ser bien toleradas y apetecibles.

RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA LA PRÁCTICA DE EJERCICIO DURANTE EL EMBARAZO:

- Ejercicio suave o moderado al menos 3 veces en semana. Un buen indicador de la intensidad es: si no puede hablar mientras hace ejercicio, quiere decir que lo está haciendo de una manera muy vigorosa.
- Adecuar la alimentación al gasto que hacemos con el ejercicio. Nunca pretender perder peso durante el embarazo, aunque si es verdad que podemos evidenciar una ganancia menor que otras gestantes porque evitamos entre otras cosas, una retención de líquidos excesiva.
- Reducir la intensidad del ejercicio a medida que avanza el embarazo. También si: se sienten cansadas, mareadas, con falta de aire...
- Si los ejercicios son con pesas, que sean de menos de 0,5 kg de peso y sin ellas al final del embarazo.
- Parar el ejercicio al empezar a sentir fatiga así como evitar actividades que hagan sudar en exceso, evitar por tanto las horas más calurosas del día y controlar nuestra temperatura corporal.
- Limitar los ejercicios que impliquen tumbarse de espalda especialmente en la segunda mitad del embarazo, ya que esto puede comprometer la vascularización del feto.
- Realizar ejercicios de Kegel: Están destinados a reforzar la zona de la pelvis, permitiéndonos una pronta recuperación de la zona tras el parto así como minimizar el riesgo de incontinencia urinaria. Consiste en realizar, sentada o estirada, contracciones en la zona pélvica inferior como si intentáramos evitar que saliera la orina, lo mantenemos unos 10-15 segundos y lo repetimos por lo menos 10 veces.
- Hacer estiramientos suaves.
- Evitar cambios bruscos de posición, ya que nuestro equilibrio y coordinación durante el embarazo disminuye así como ejercicios que nos hagan rebotar.
- Hidratarse antes durante y después de realizar ejercicio, aunque no tengamos especial sensación de sed.

8

La línea alba

¿Qué es la hiperperpigmentación?

Se llama hiperpigmentación cutánea al aumento de la coloración de la piel. Su intensidad es variable aunque uniforme, y suele ser más profunda en mujeres de tez oscura. Puede producirse de forma localizada o generalizada, y aparece hasta en el 90% de las mujeres embarazadas. También se oscurecen las manchas preexistentes y las cicatrices recientes y los cambios son más llamativos en pacientes de piel oscura, aunque no se libran las mujeres de piel clara. A diferencia de otras enfermedades de la piel que puedan cursar con aumento de la coloración, en la hiperpigmentación fisiológica del embarazo no coexisten signos de inflamación como el aumento de la temperatura, la inflamación o el dolor.

Pigmentación de la Línea Alba

Tal vez el ejemplo más claro más claro es el oscurecimiento de la línea media abdominal inferior, la línea alba. Anatómicamente la línea alba es una estructura fibrosa localizada en la parte inferior del abdomen. Los músculos de la parte anterior del abdomen están recubiertos de una especie de vaina que se une en la parte anterior, dando lugar a esta estructura. Su equivalencia cutánea es una estría que se extiende desde el pubis hasta el esternón, y cuando se cuando se pigmenta pasa a llamarse **línea nigra**.

Esta pigmentación o línea nigra se describe desde muy temprano durante el embarazo, aunque puede no ser manifiesto hasta bien entrado éste, especialmente si se trata del primero, y tiende a aparecer en las gestaciones posteriores.

Cloasma o melasma

La pigmentación de la cara se llama cloasma o melasma, aunque en algunos ambientes lo denominan "máscara de embarazo" y se observa en más del 50% de las mujeres embarazadas. Se trata de manchas de color amarronado de bordes irregulares y distribución facial simétrica que suele presentarse en las zonas de la cara más expuestas al sol. La distribución más frecuente es la centrofacial (63%), una mancha que ocupa frente, nariz, mentón y labio superior. Algunas veces se extiende

hacia la cara anterior del tórax y la región posterior de los brazos y antebrazos. Igual que para la pigmentación de la línea alba, se da con más frecuencia en mujeres de piel oscura y tras la exposición al sol.

Otras zonas

Las zonas habitualmente más pigmentadas de la piel, como los pezones, las aréolas, las axilas, la cara interna de los muslos y los genitales externos, también intensifican su pigmentación durante el embarazo. Especialmente molesto, por su visible desagrado estético es el oscurecimiento del cuello en las embarazadas, aunque como otras pigmentaciones, suele disminuir de intensidad o desaparecer después del parto.

¿Por qué se produce?

El oscurecimiento de la piel se produce por una sustancia denominada **melanina**, producida por unas células que se encuentran en la piel y que se denominan melonocitos. La producción de melanina por estas células está estimulada por varios factores:

- La radiación ultravioleta.
- Las hormonas, fundamentalmente los esteroides sexuales. Las elevadas concentraciones de progesterona y estrógenos que se producen durante el embarazo son el desencadenante de esta variación. Además de ellas, la hormona estimuladora de los melanocitos se sintetiza en el cerebro como consecuencia de la exposición solar continuada, y también se encuentra aumentada durante el embarazo.
- Causa Genética: un ejemplo de predisposición genética lo tenemos en las mujeres de piel oscura.
- Otros: igual que ocurre con la toma de ciertos fármacos, algunos cosméticos pueden producir reacciones de fotosensibilidad y manifestarse como hiperpigmentación cutánea.

¿Cómo evitarlo?

Realmente no es posible evitarlo, ya que se trata de un cambio fisiológico del embarazo. Existen unas cremas despigmentantes con ácido azelaico (con o sin tretinoína) relativamente seguras, que se combinan con exfoliantes superficiales que contienen ácido glicólico para acelerar su efecto, pero no es recomendable usarlos durante el embarazo porque la causa sigue estando ahí. Es preferible esperar al final del embarazo, o

incluso al final de la lactancia. No olvidemos que estas lesiones suelen ser autolimitadas y desaparecen tras este periodo. De ninguna manera hacerlo sin la indicación o aprobación de un médico.

En cualquier caso, la clave para la prevención de la aparición gravedad de las manchas es evitar la exposición al sol. Por tal motivo les daremos unas recomendaciones para tomar el sol durante el embarazo

Recomendaciones para tomar el sol durante el embarazo:

- Evite la exposición solar en las horas de mayor intensidad (desde las 12 del mediodía hasta las 4 de la tarde)
- Reducir la duración de la exposición en la medida de lo posible (menos de 20 minutos)
- Utilizar una crema solar de alta protección (con un índice de protección igual o superior a 15), especialmente en las zonas más sensibles, capaces de bloquear la luz ultravioleta tanto A como B, principales responsables del daño de la piel. Aunque se encuentre al amparo de una sombrilla o bañándose, renueve la protección con frecuencia (aproximadamente cada 30 minutos).
- Protéjase la cabeza con un sombrero o pareo y use gafas de sol con protección de rayos UVA.
- Proteja toda la parte de la piel que pueda (pareo o camiseta), de esta manera también le aliviará del calor. Recuerde que durante el embarazo son mayores las necesidades de hidratación
- Evite las cremas auto-braceadoras, que pueden incrementar las zonas pigmentadas.
- Siga estas recomendaciones aunque el día esté nublado. A pesar de las nubes, se recibe el 80% de la radiación, y al no percibirse el calor puede quemar su piel y aumentar su pigmentación.

¿Cuándo desaparece?

Lo más frecuente es que las zonas más pigmentadas desaparezcan tras el parto. Esto es extensible a otros cambios observados en las uñas y el pelo. A veces, la recuperación del oscurecimiento cutáneo dura más tiempo de lo normal. Incluso hay manchas que no terminan de borrarse del todo, por ejemplo las de la cara (cloasma). Cuando tardan o no desaparecen, es preferible acudir a centros dermatológicos para ser tratada específicamente (cremas despigmentantes, terapia láser o incluso a la cirugía plástica), siempre con el consentimiento médico.

9

¿Qué es la dilatación?

- ¿Puede notar la mujer embarazada que está dilatando?
- ¿De qué forma se lleva a cabo este proceso?
- ¿A qué llaman sala de dilatación?
- ¿De qué forma se lleva a cabo este proceso?
- ¿Cómo se mide la dilatación?
- ¿Qué ocurrirá si el cuello no dilata lo suficiente?

Introducción

Se llama *dilatación* a la abertura del cuello uterino, aunque genéricamente utilizamos este término cuando nos referimos al periodo del embarazo o del parto que precede inmediatamente a la expulsión del feto.

La dilatación es un proceso fisiológico de duración variable. Es difícil adivinar cuándo ha comenzado, pero es usual que coincida o se preceda de la expulsión del *tampón mucoso*, algo que la mayoría de las mujeres que han parido reconocen con facilidad. Cuando se acompaña de la rotura de la bolsa amniótica (ver el capítulo "romper aguas"), la situación clínica es diferente y, en ese caso, la mujer debe acudir al hospital de referencia para ser valorada por su matrona u obstetra.

En ocasiones, si existen intereses materno-fetales para terminar un embarazo, se puede *inducir* farmacológicamente. A esta maniobra la llamamos comúnmente **inducción del parto**, utilizando para ello, preparados farmacológicos que semejan a la oxitocina, la hormona que provoca las contracciones uterinas.

¿Puede notar la mujer embarazada que está dilatando?

La dilatación en sí es un proceso que pasa inadvertido para la gestante, pero, como apuntábamos antes, puede se suele acompañar de otros hechos que sí son percibidos por ella:

- La Expulsión del tapón mucoso: Se trata de la salida de una sustancia gelatinosa que en la mayoría de las ocasiones va acompañada de trazos hemáticos o de una pequeña hemorragia. Se produce por la rotura de pequeñas venas cuando se inicia el

proceso de modificación cervical (dilatación y borramiento del cuello uterino) y suele acompañarse de otras molestias en forma de dolorimiento a nivel lumbo-sacro o abdominal o con claras contracciones uterinas. En definitiva, se trata de un signo de la inminencia del parto.

- Inicio de las contracciones uterinas del parto, que son más fuertes, rítmicas, frecuentes y dolorosas que las prodrómicas.
- Rotura de la bolsa: aunque puede preceder al inicio de la dilatación, suele tratarse de un hecho un poco más tardío. Consiste, como su nombre indica, en la rotura de las membranas que envuelven al feto en su vida intrauterina. Este hecho se percibe como la salida de un líquido claro (el líquido amniótico) por vagina.
- Descenso del feto a través de la pelvis materna: es un hecho que suele acompañar la dilatación, de hecho es la cabeza del feto, empujada en su descenso por las contracciones uterinas, la que va forzando la dilatación del cérvix.

¿De qué forma se lleva a cabo este proceso?

La dilatación es un proceso que requiere su tiempo. Académicamente distinguimos una serie de fases dentro del periodo de *dilatación*:

- Una *Fase latente* o inicial del parto, donde se producen contracciones leves o indoloras que dilatan al cérvix hasta los 3 cm.
- En la *Fase de trabajo activo* del parto, las contracciones son más rítmicas, intensas y dolorosas, y el cérvix se dilata desde los 4 a los 7 cm. A partir de los 3 cm es cuando decimos que una mujer embarazada *está de parto*.
- En la *Fase de aceleración rápida*, la cabeza del feto está encajada y provoca una dilatación rápida del cuello uterino dilata hasta permitir el paso completo de ella. Se estima que la dilatación alcanza los 10 cm. Pasada esta fase, la embarazada *está en expulsivo*.

Como antes apuntábamos, la duración de estas fases en las que se divide la *dilatación* tiene una gran variabilidad inter e intra-individual, esto es, es diferente para cada mujer e incluso para cada embarazo. Es por ello que la referencia de otras embarazadas con quien ha hablado o de otro

parto que ella misma haya tenido, sirven para poco. Generalmente, suelen ser más prolongados para las primerizas que para las que ya han tenido otros partos, y este detalle deben saberlo quienes se embarazan por primera vez, quienes menos deben alarmarse porque alguno de estos periodos puede alargarse muchas horas.

Tanto para el alivio psicológico de esta *espera* como para estar pendiente de otros tipos de bienestar materno o fetal, durante la dilatación es común que la futura mamá se encuentre rodeada de personas cualificadas y se pongan a su servicio los medios de control necesarios (registro cardiotocográfico, análisis de sangre, etc).

¿A qué llamamos *sala de dilatación*?

Cuando a una embarazada se la ingresa en la *sala de dilatación*, va a una habitación o zona del hospital donde se vigila estrechamente la fase activa de parto. Es una especie de UCI donde matronas y obstetras están alerta de cualquier complicación que ocurra durante este periodo. Es obvio que coincida o esté lindante a los paritorios, de hecho, en muchas maternidades, las habitaciones destinadas a la dilatación se convierten en auténticas salas de partos paritorios cuando se acerca el expulsivo.

Decíamos que la sala de dilatación es como una UCI porque la matrona acompañará a la embarazada y vigilará continuamente su estado del bienestar y el de su futuro bebé. El cómo lo haga dependerá de las características del propio parto: si las circunstancias lo permiten, podrá hacerlo sin *intervención* alguna, esto es, de la manera más natural y en las condiciones más amables posibles (a veces, el proceso de dilatación se realiza dentro de una bañera especialmente diseñada para este fin). En otras ocasiones, la gestante se verá "abrazada" por unos sensores que registran continuamente sus contracciones y el latido del corazón fetal (registro cardiotocográfico). Esas "correas" transmiten sus datos a un documento clínico que llamamos **partograma**, que nos sirve para valorar si la progresión de estas fases es la adecuada. En él, se apuntan también otras incidencias de la fase activa del parto y de su expulsivo como la tensión arterial, la temperatura, la hidratación, la glucemia, la hemorragia o el grado de dolor de la embarazada, que continuamente nos previenen de cualquier situación que altere o se desvíe de la normalidad de este periodo.

Lejos de que la sala de dilatación sea un lugar hostil, se diseñan como recintos agradable donde la mujer, no solo tiene asegurada una vigilancia adecuada de su estado de salud y la de su hijo, sino que además se le

permita la compañía de un familiar de confianza durante todo el proceso. Este, habitualmente, es el futuro padre, encargado del apoyo psicológico y para quien la experiencia refuerza su rol paterno.

¿Cómo se mide la dilatación?

La valoración de la dilatación cervical y del descenso de la presentación fetal se hace mediante la realización periódica (aproximadamente cada hora) de un **tacto vaginal** por parte de matrona u obstetra.

El plano en el que se encuentra la presentación fetal (la presentación es aquella parte del feto que se va a mostrar primero durante el parto: *la parte que se presenta*) nos determina cuál es el nivel de descenso del feto durante el parto.

En Obstetricia se utilizan cuatro líneas que nos marcan cuatro planos paralelos para delimitar la altura de la presentación fetal. Son los llamados *planos de Hodge* y que frecuentemente entran en la jerga que una mujer escucha durante su parto:

- El Primer plano queda delimitado por una línea ficticia que va desde la parte superior de la sínfisis del pubis por delante hasta el promontorio del hueso sacro por detrás. Cuando la cabeza del feto traspasa esta línea decimos que está *encajada*.
- El segundo plano se sitúa por debajo y paralelo al anterior, y va desde la parte inferior de la sínfisis del pubis hasta la segunda vértebra sacra.
- El tercer plano se sitúa por debajo y paralelo al anterior y se dibuja a nivel de donde están las espinas ciáticas, una parte de los huesos de la pelvis.
- El cuarto plano se sitúa por debajo y paralelo al anterior y se dibuja a nivel del vértice del hueso sacro. Pasar el cuarto plano equivale a estar en expulsivo y generalmente la dilatación se ha completado.

Saber en qué posición se halla la presentación fetal es importante para determinar si existe o no desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis materna, o para comprobar la progresión adecuada del parto. La información que la gestante y sus familiares reciben del plano por el que avanza la presentación del feto les ayuda a entender que el proceso lleva su tiempo y les acorta la ansiedad en esos momentos que se perciben como *interminables*.

¿Qué ocurrirá si el cuello no dilata lo suficiente?

Si se trata de una primeriza, recordemos que los periodos de dilatación y expulsivo son más lentos, y no debería preocuparse porque el proceso transcurra más pesadamente de lo que ella esperaba. Tampoco si en un segundo parto, la experiencia se haya alargado más de lo teóricamente calculado. Insistimos: icada parto es diferente!

En cualquier caso, si la dilatación se retrasa o se estanca, serán los datos extraídos de esa vigilancia continua los que nos marquen si hay que emplear otras maniobras médicas o simplemente vamos a seguir esperando.

Algunas de esas *maniobras* que se intentan evitar en los partos naturales pero que son inevitables en otras ocasiones, pasan por la rotura artificial de la bolsa amniótica (*amniorrexís o amniotomía*) o la administración de fármacos para estimular la contractilidad uterina. La amniotomía desencadena contracciones de parto al estimularse con ella la liberación de oxitocina. Si se ha decidido el empleo de fármacos para acortar las fases del parto, es bueno saber que existen diferentes preparados y vías de administración indicadas para cada caso. Aquí la individualización también es importante. A unas embarazadas se les puede administrar protaglandinas por vía vaginal, pero lo más común y conocido es la infusión en vena de la propia hormona del parto, la oxitocina, lo que en términos coloquiales se llama "el goteo" .

La oxitocina es una hormona natural que se libera durante el embarazo y cuyos niveles van creciendo progresivamente hasta después del expulsivo. En la clínica se emplea en estas situaciones de parto lento o estancado y cuando se necesita, el control cardiotocográfico es más riguroso si cabe. Su administración se realiza mediante bombas de infusión que la matrona cuidadosamente controla. Con ellas se evita la perfusión inadecuada y la aparición de contracciones demasiado fuertes o frecuentes que pudieran deteriorar el bienestar materno o fetal. En rigor, el uso de la oxitocina está limitado a las situaciones donde se han descartado otros procesos que entorpecen la progresión de un parto normal.

10

Los entuertos.

- ¿Qué son los entuertos?
- ¿Por qué se producen?
- ¿Todas las mujeres tienen entuertos?
- ¿Cuándo se producen?
- ¿Cómo podemos evitarlos?

¿Qué son los entuertos?

Los entuertos son contracciones intensas, frecuentes y dolorosas que se producen después del parto y cuya función es la de impedir la hemorragia materna en el sitio donde antes se implantaba la placenta.

¿Por qué se producen los entuertos?

Los entuertos se producen por una respuesta fisiológica del organismo materno, no se tratan, por tanto de procesos patológicos.

En cualquier mujer, antes de quedarse embarazada, su útero pesa unos 70 gramos y mide unos siete centímetros aproximadamente. Durante el embarazo, este órgano aumenta de tamaño hasta dimensiones que permitan alojar al feto y sus anejos (líquido amniótico, cordón umbilical y placenta), es por ello que llega a pesar casi un kilogramo y a medir hasta 70 centímetros. Uno de estos anejos fetales, la placenta, es fundamental para el crecimiento fetal durante el embarazo. Por la placenta le llega la sangre oxigenada y cargada de nutrientes procedente de su madre y, a través de ella, el feto expulsa el anhídrido carbónico y las sustancias de desecho resultantes de su metabolismo.

¿Cuáles son los hechos que preceden a los entuertos?

Después del parto, el feto no necesita la placenta porque toma el oxígeno por su propia cuenta del aire inspirado. No obstante, sigue necesitando a su madre para alimentarse, bien de su pecho, bien mediante otra lactancia artificial. En definitiva, la placenta no es necesaria y por eso el útero tiende a expulsarla, desprendiéndola de su inserción aprovechando las mismas contracciones del parto. A este mecanismo de expulsión de la

placenta se le llama **alumbramiento** y ocurre dentro de la media hora después del nacimiento del feto.

De igual manera, en el periodo posterior al parto, tampoco es necesario que el útero mantenga el tamaño que alcanzó durante el embarazo y vuelve a su posición y a sus dimensiones normales, así los requerimientos energéticos se distribuyen a otros órganos del cuerpo materno (como por ejemplo a las glándulas mamarias). El lecho donde estaba la placenta había sido hasta entonces un lugar de intercambio sanguíneo entre madre y feto, y después del alumbramiento presenta multitud de vasos sanguíneos abiertos. Si no fuese por las contracciones uterinas se arriesgaría- por el sangrado incontrolado- la vida de la madre, además de permitir el ascenso de los gérmenes procedentes de la vagina y el exterior hacia el torrente circulatorio. Comoquiera que el útero es un órgano muscular, lo apropiado es su contracción continua y eficaz para evitar la hemorragia y la infección.

En general, la expulsión de la placenta se produce en bloque, pero puede ocurrir que quedan partes de ella (cotiledones) o membranas sin expulsar en el interior del útero. Con el tiempo son un excelente caldo de cultivo para los gérmenes que han colonizado la vagina durante el parto y pueden provocar una infección en el periodo puerperal (infección puerperal). De nuevo, ese mecanismo de defensa que utiliza el útero- las contracciones potentes de sus fibras nerviosas- intentará expulsar esos restos y evitar los efectos secundarios.

En consecuencia, llamamos entuertos a las contracciones doloras que percibe la madre después del alumbramiento, tanto más intensas cuanto más cercanas al parto sean. Su frecuencia de aparición, su grado de intensidad y su percepción como fenómeno doloroso no deben considerarse, en absoluto, como elementos patológicos, si bien algunas veces se requiere su alivio con fármacos analgésicos. Recuerde que los entuertos tiene una misión defensiva, en tanto:

- Evitan la hemorragia materna: al contraerse el útero, los vasos de lecho placentario se cierran.
- Expulsan pequeños coágulos y restos de placenta y membranas, evitando así la infección.
- Permiten recuperar la posición, el tamaño y el volumen del útero hasta dimensiones previas al embarazo.

¿Todas las mujeres tienen entuertos?

Todas las mujeres después del parto tienen contracciones uterinas, pero no siempre se acompañan de dolor. Las quejas por entuertos son más frecuentes entre las primerizas que en las que ya han tenido más hijos. En esto influye a veces una cuestión psicológica: el desconocimiento de lo que les está pasando. Los entuertos se hacen más dolorosos a partir del segundo y sucesivos embarazos porque el útero se encuentra más distendido y necesita de contracciones más firmes. En segundos y sucesivos partos, las mujeres siguen notando el dolor de sus entuertos, pero el componente psicológico es menor (menor miedo a lo desconocido) y suelen acudir menos en busca de ayuda médica.

En cualquier caso, si el dolor de los entuertos es intenso, se pueden tratar con la toma del analgésico adecuado a la lactancia. En este sentido, existen situaciones donde los entuertos (y el dolor) son más intensos, como por ejemplo en embarazos múltiples (gemelares o trillizos) o cuando se ha parido a un feto de gran tamaño (macrosoma). En ambos casos, la sobredistensión uterina obliga a más frecuentes e intensas contracciones de sus fibras musculares. En las mujeres que han sido sometidas a una cesárea, los entuertos suelen ser más dolorosos porque a la contracción uterina se le suma el dolor de la propia cicatriz.

¿Cuándo se producen los entuertos?

Los entuertos se producen durante los cinco o seis primeros días después del parto, pero su mayor intensidad se percibe en las primeras 24- 48 horas. En el caso de que se prolonguen más allá de los seis días, entonces debe consultar con su médico para descartar cualquier proceso patológico, principalmente la existencia de una infección intrauterina (**fiebre puerperal**).

También es frecuente que los entuertos se intensifiquen o reaparezcan durante la lactancia. En ese caso no hay motivos para preocuparse porque se trata de un fenómeno fisiológico secundario a la respuesta de la musculatura uterina a la liberación de la oxitocina, que se produce en el cerebro materno tras la succión del pezón. Como lo hace en el útero, esta hormona actúa de manera contráctil sobre las glándulas mamarias permitiendo la salida de la leche. La oxitocina es, en consecuencia, la encargada de la contracción uterina y de la lactogénesis. Es por ello que una rápida succión después del parto favorece la contracción uterina, y evita las complicaciones anteriormente mencionadas. La oxitocina es también la hormona que se libera con el orgasmo, en las relaciones sexuales. Para algunas mujeres, la sensación uterina cuando da el pecho

es una sensación placentera parecida a la que alcanza en el clímax de una relación sexual.

¿Se pueden evitar los entuertos? ¿Se pueden tratar?

Los entuertos no se pueden evitar. Ya hemos advertido que son un mecanismo fisiológico de defensa frente a la hemorragia y la infección, por lo que son deseables para la salud materna. Además, medicamente no existe la posibilidad de eliminar esas contracciones. En muchas ocasiones, la queja por los entuertos obedece a un miedo a lo desconocido y sus molestias desaparecen cuando se ha explicado el porqué del dolor. En ocasiones, cuando los entuertos son verdaderamente dolorosos o en cualquier otra situación que se requiera un alivio del dolor, se pueden emplear los analgésicos apropiados para esta etapa. En ese caso debe ser un médico quien deba prescribirlos.

11

La placenta

La placenta es un órgano presente en todos los mamíferos cuya misión principal es actuar de intermediario en el intercambio de sustancias entre la madre y el feto.

Este órgano termina su formación hacia el tercer mes de embarazo, que consta de una parte fetal, una materna y entre ellas un espacio que se rellena de sangre materna, siendo este el lugar donde se produce el intercambio.

La placenta tiene una forma de lenteja gigante que se adhiere al interior del útero, tiene entre 15 – 20 cm y pesa más o menos 500 g. De la parte fetal de la placenta, va a salir un cordón que se une al abdomen del feto, este será el cordón umbilical.

¿Por qué es tan importante la placenta?

La placenta va a cumplir gran diversidad de funciones, como pueden ser:

- Intercambio de gases, semejante a la función de los pulmones en el adulto.
- Pase de nutrientes, como la que realiza el intestino.
- Depuración de sustancias de la sangre fetal, haciendo una función semejante a la que realizan los riñones.
- Funciones metabólicas como las del hígado.
- Actúa como órgano de almacenamiento, de azúcares, grasa, proteínas...
- Funciones endocrinas y paracrinas, es decir, se encarga de producir y liberar hormonas.

Pero esta placenta no va a mantener su eficacia a lo largo de tiempo, sino que su actividad a partir del último mes y medio, va a disminuir gradualmente, no obstante, esto no significa enfermedad alguna, sino que forma parte de las etapas por las cuales ha de pasar.

¿Se puede afectar la funcionalidad de la placenta?

Por lo que hemos comentado aquí, la placenta es un órgano de vital importancia en el desarrollo del futuro bebé, por lo cual se han de tener una serie de cuidados, para garantizar su mejor funcionamiento, así pues podemos hablar de varias sustancias que son peligrosas:

- Tabaco: acelera el envejecimiento placentario e induce depósitos de proteínas y calcio, de manera que la superficie a través de la cual se realiza el intercambio, se vuelve más gruesa, entorpeciendo el mismo. De esta forma podemos ver niños con peso menor al nacer, debido a la mala oxigenación de la sangre de la madre, así como a la dificultad del intercambio en la placenta, tanto de oxígeno como de nutrientes. También es importante comentar que el tabaco puede empeorar enfermedades como la placenta previa (enfermedad en la cual la placenta se localiza en otra zona de útero, impidiendo el parto). Es importante recalcar que el tabaco no solo afecta la placenta, sino también el feto y la lactancia.
- Alcohol: puede disminuir la producción de proteínas y el paso de azúcares y aminoácidos a través de la placenta, así mismo disminuye la llegada de sangre al feto.
- Otros: drogas, malos hábitos alimenticios, actividades físicas intensas, etc. pueden afectar tanto la función como la estructura de la placenta.

Estos solo fueron algunos ejemplos (los más frecuentes) de sustancias que pueden impedir el buen funcionamiento placentario. Debido a todo esto es importante que la mujer embarazada tenga una serie de cuidados desde el principio de la gestación, pero también fuera de ella, ya que su buen estado físico y mental, favorecen un buen devenir del embarazo.

Visto que la placenta es un órgano susceptible de sufrir enfermedades ¿Cuáles son las más frecuentes que podemos encontrar?

- Placenta previa: normalmente la placenta se inserta en la parte superior y posterior de la cavidad uterina, en este caso hablamos de placenta previa, cuando la inserción de la placenta se produce cerca o sobre el orificio cervical interno, por lo que la placenta impediría el desarrollo del parto normal. Es una indicación de cesárea.
- Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta o abruptio placentae: es la separación de la placenta de su inserción en el epitelio de la cavidad uterina, la decidua. Esto puede dar lugar a hemorragias, dolor, hipertensión uterina y alteración del estado general materno. La mayoría de los casos requiere una cesárea urgente.

Aunque también hay otras que son menos frecuentes, como son:

- Mola hidatiforme: es una anomalía en el desarrollo de la placenta, donde el tejido que dará lugar a la placenta crece de manera anormal.
- Mola invasora: es cuando la mola hidatiforme afecta el miometrio y tejidos vecinos.
- Coriocarcinoma: es un tumor maligno del tejido que dará lugar a la placenta.
- Placentas múltiples en gestaciones únicas: cuando la placenta está dividida en varias partes.
- Acretismo placentario: es la adherencia patológica de la placenta por detrás del epitelio de la cavidad uterina, la decidua. En este caso se puede observar una retención placentaria tras la expulsión del feto. Será causas de hemorragias importantes y requiere legrado uterino.

12

¿Debo esperar algún tiempo antes del siguiente embarazo?

Durante el embarazo, el parto y el puerperio, la mujer experimenta un importante cambio a nivel físico y psicológico. Aunque la percepción de las modificaciones “negativas” (ganancia de peso, hinchazón, dolor, limitación física) sea evidente, otra serie de aspectos “positivos”, como el mero hecho de sentirse embarazada, afloran de inmediato en la toma de decisiones acerca de su planificación familiar. Además, se integran otras responsabilidades de tipo social, fundamentalmente para con su hijo recién nacido o con los familiares más allegados que la harán modificar sus hábitos de vida.

Con todo, no extraña que el balance de estos cambios se incline por el lado positivo y muchas mujeres (más sus parejas) se animen prontamente a un nuevo embarazo. A veces incluso en el mismo momento del parto. Es por ello que, desde ese preciso instante, nos enfrentemos a preguntas del tipo:

- ¿Cuándo puedo reanudar las relaciones sexuales?
- ¿Cuánto tiempo esperar para quedarme de nuevo embarazada?
- ¿Supone algún riesgo para mí o para el futuro bebé quedarme embarazada antes de ese tiempo?
- ¿Hasta qué punto influye la edad para concebir un nuevo hijo?
- ¿Influirá un nuevo embarazo en los cuidados de mi bebé?
- ¿Qué ocurre cuando he padecido un aborto?
- ¿Y si me hicieron un parto instrumental o una cesárea?

¿Cuándo debo reanudar las relaciones sexuales después del parto?

El inicio de las relaciones dependerá del tipo de parto y de las posibles complicaciones que hayan surgido tras él, generalmente en forma de heridas, hematomas o infecciones vaginales y perineales. Aunque algunos especialistas recomiendan iniciar las relaciones sexuales cuando la pelvis ha recuperado su estado previo al embarazo, en realidad se pueden mantener desde el momento en que se hayan cicatrizado esas

heridas. Comoquiera que la secuela más frecuente es la **episiotomía** (incisión que se hace en determinadas ocasiones para favorecer la salida del feto), y que ésta cicatriza en unas tres semanas, este es el tiempo medio de espera para recuperar la actividad sexual completa.

En algunos medios es común que la mujer que acaba de tener un hijo acuda a una revisión al mes del parto (revisión puerperal), donde matrona o médico explorarán el estado del periné y la vagina y podrán descartar que no exista ningún riesgo con el coito.

Por otro lado, es común que el dolor durante las relaciones se mantenga tras el parto aunque no existan heridas ni infecciones en la zona genital. Se suele describir como una molestia en el momento de la penetración (el término médico es **dispareunia**) y ocurren generalmente en mujeres que están dando el pecho. Uno de los cambios hormonales que sufren las mujeres en el postparto inmediato y en la lactancia es el déficit de estrógenos, las hormonas encargadas del trofismo de los órganos sexuales. La **sequedad vaginal** originada por este descenso de los estrógenos es ya de por sí una razón para rechazar las relaciones sexuales, pero en la mayoría de las ocasiones trasciende un miedo al daño interno que justifica la inapetencia. Como otros muchos, es uno de los temores propios de la desinformación y es por ello importante que se hagan esas revisiones postparto, donde médico o matrona pueden resolver esta u otras dudas que seguro afloran durante este periodo.

Uno de los recursos para aliviar las molestias de la sequedad vaginal es el uso de los preparados locales que usan las mujeres después de la menopausia. En rigor, la sequedad vaginal obedece al mismo descenso de los estrógenos que se aprecia cuando desaparecen las menstruaciones y su remedio, en consecuencia, es parecido. Sin embargo, para evitar el paso a la leche de los preparados estrogénicos usados en algunas presentaciones, lo mejor es optar por cremas hidratantes específicas no hormonadas. Son fáciles de adquirir en las farmacias, su aplicación es sencilla y se acompañan de una mejoría casi inmediata. Evidentemente, la vuelta a las menstruaciones después del parto nos indica que se ha restablecido el cambio hormonal y las molestias por sequedad ceden o desaparecen.

En el supuesto de que los dolores con las relaciones persistan, o cuando se refieran no al momento de la penetración sino que se provocan durante el coito o después de él (hablamos entonces de **coitalgia**), es posible que persistan lesiones en alguna zona de la vagina o de los genitales internos y entonces es recomendable acudir al especialista.

¿Cuánto tiempo esperar para quedarme de nuevo embarazada?

Aunque la principal decisión deba tomarse en pareja y el principal criterio sea que su relación marche bien y permita el aumento de la familia, así como que se procure un beneficio para los hijos que vendrán y los que ya se tienen, desde el punto de vista médico también se recomiendan unos mínimos antes de intentar un nuevo embarazo. No existe consenso para recomendar el plazo de este tiempo, pero parecen convenientes entre 20 y 48 meses, siempre por encima de los nueve meses.

El sentido de esta espera tiene una doble explicación fisiológica y psicológica. Por un lado, es necesario para que la mujer vuelva a reponerse de los cambios físicos acontecidos durante el anterior embarazo y puerperio. El componente psicológico se refiere al hecho de afrontar una nueva maternidad, en donde también es importante la participación y preparación del padre. Con todo, durante el primer año de la crianza es cuando más exigencias encontrarán los nuevos padres.

Desde la perspectiva del bebé, los primeros años de su vida son trascendentales en la creación de vínculos afectivos con sus padres, lo que debe tenerse en cuenta para delimitar ese tiempo de espera en la planificación familiar. Quizá a partir de los dos años es cuando el niño o la niña se hacen más independientes y emprenden otras relaciones fuera de su círculo íntimo. También es el momento de otras independencias: su vocabulario aumenta, dan sus primeros pasos o dejan los pañales. Por tal razón, aunque los celos siempre estarán presentes, es menos difícil la llegada de otro hermano a la familia.

En general, se han observado una serie de ventajas al respetar este tiempo mínimo entre embarazos:

- El parto prematuro y el bajo peso al nacimiento son menos frecuentes.
- El hijo anterior se desarrollará mejor porque se le dedica más atención.
- La madre tendrá más tiempo para adaptarse a su bebé y a su desarrollo, y más energía y se sentirá menos estresada cuando llegue el siguiente.
- Los hijos están mejor preparados para ir a la guardería o al colegio.
- La familia tiene más tiempo para adaptarse al nuevo miembro.

- Los padres tienen más tiempo para dedicarse entre sí o para ellos mismos.
- Las familias tienen menos estrés económico.

¿Supone algún riesgo para mí o para el futuro bebé quedarme embarazada antes de ese tiempo recomendado?

Se piensa que si una mujer queda embarazada antes de los nueve meses de su último parto, no ha terminado de recuperarse de las secuelas del anterior embarazo, por lo que su siguiente hijo puede no recibir los suficientes nutrientes. En consecuencia, no se produce un adecuado desarrollo intrauterino del siguiente feto, por eso se ha observado que son más frecuentes complicaciones como:

- Los nacidos con bajo peso.
- Los fetos pequeños para su edad gestacional.
- Los partos pretérminos.

¿Hasta qué punto influye la edad para concebir un nuevo hijo?

La edad es el principal factor limitante en la fertilidad femenina. Gran parte de la atención a las parejas estériles en los países de nuestro entorno europeo se destina a la atención de mujeres con problemas de edad para quedarse embarazadas. Una de las recomendaciones más consensuadas por las sociedades científicas es la de intentar el embarazo antes de cumplir los 35 años.

Enlazando con la pregunta anterior, si una mujer tiene más de 35 años y desea una nueva gestación, se recomienda intentarlo de nuevo nada más superado ese tiempo mínimo de nueve meses que antes acordábamos .

¿Influirá un nuevo embarazo en los cuidados del bebé?

Sin duda sí, porque un nuevo embarazo implica limitar la actividad normal de una mujer, tanto la laboral como y la de su crianza. Si educar a un hijo requiere atención y tiempo, hacerlo con las limitaciones que produce un nuevo embarazo puede convertir ambas experiencias en agotadoras. Es por ello que, antes de planificar un nuevo embarazo, la madre se haya asegurado de que su bebé tenga la suficiente autonomía y pueda adaptarse a la nueva situación.

En el caso es que mantenga la lactancia cuando se vuelve a quedar embarazada, es posible que la producción de leche se vea disminuida por este hecho. El obstáculo de un vientre abombado resulta incomodo para

madre y lactante y es en frecuente que sea el motivo del destete. Sin embargo, la ***lactancia en tándem*** (amamantar los dos niños a la vez) puede tener sus beneficios para madre e hijos (ver artículo correspondiente).

¿Y si ha padecido un aborto? ¿Y si el parto fue instrumental o le practicaron una cesárea?

Estas son preguntas frecuentes que observamos en la clínica y que preocupan a mujeres y médicos. Cuando se ha padecido un aborto, no existe razón para demorar un nuevo embarazo más allá del tiempo que se recomienda en el informe de alta hospitalaria, y éste dependerá de la edad gestacional en que se produjo la pérdida más de si fue necesario o no la práctica de un legrado uterino. Aunque tras un **legrado uterino** se puede conseguir un nuevo embarazo enseguida, se recomienda esperar como mínimo a la siguiente regla.

Dependiendo del tiempo de embarazo en que tuvo lugar el aborto, también es prudente que la pareja deje más tiempo conforme más avanzado fue aquél. Aparte del tiempo para el duelo, también se dejarán unos días o semanas para evaluar los riesgos de un nuevo embarazo, para analizar cuál fue la causa y para calmar los miedos y la ansiedad ante la posibilidad de una nueva pérdida.

Con respecto a los partos instrumentales o las cesáreas, el tiempo de recuperación mínimo que hemos convenido en marcar en 9 meses como mínimo se debería aumentar en aquellas situaciones donde hubiesen existido complicaciones, máxime si se tuvo que practicar una cesárea. En este último caso, la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología recomienda que pasen al menos 18 meses entre la cesárea y el siguiente parto, lo que implica que se debe ser riguroso en la espera de, al menos 9 meses, para planificar un nuevo embarazo.

La principal razón a este aplazamiento radica en el aumento de riesgo de rotura uterina que se tiene cuando se ha producido un embarazo inmediatamente después de una cesárea. La cicatrización de la herida quirúrgica necesita de ese tiempo mínimo para volver a soportar las condiciones de una nueva gestación.

13

Relaciones sexuales después del parto

- ¿Corre algún peligro el feto en las relaciones sexuales al final del embarazo?
- ¿Hasta cuándo se puede practicar el coito sin peligro de parto prematuro?
- Contraindicaciones del coito en estas parte del embarazo y puerperio.
- ¿Cuándo se puede volver a iniciar las relaciones sexuales después del parto?
- Anticoncepción después del parto.

¿Corre algún peligro el feto en las relaciones sexuales al final del embarazo?

Muchas veces durante el embarazo se teme a tener relaciones sexuales por miedo a dañar al feto, pero esto es un temor infundado.

El feto se encuentra rodeado por una bolsa llena de líquido que actúa como un colchón protector de todos los golpes que sufra en el interior del abdomen materno. Además, el feto está protegido por un tapón mucoso que se encuentra en el cuello uterino que impide el paso de infecciones desde la vagina.

Lo único en lo que se tiene que tener más cuidado con la postura: la clásica dejara de ser cómoda en cuanto crezca un poco el vientre de la mujer, por lo cual se deberán buscar otras posturas más cómodas o intentar no ejercer demasiado peso o presión sobre él.

También es normal que después del orgasmo, el útero se ponga duro y que aparezcan pequeñas contracciones, pero no hay que preocuparse por ellas porque no suponen ningún peligro para el feto.

Sin embargo, si la mujer embarazada empieza a sangrar tras las relaciones sexuales, debe consultarlo con su médico.

¿Hasta cuándo se puede practicar el coito sin peligro de parto prematuro?

En general, una mujer cuyo embarazo curse sin complicaciones y que aún no haya desprendido el tapón mucoso (la expulsión del tapón mucoso se produce antes de iniciarse el parto y la mujer nota por la

vagina una especie de moco de color marrón oscuro), ni ha roto la bolsa amniótica ("romper aguas") puede mantener relaciones sexuales de forma normal hasta la semana 36 de embarazo, es decir, faltando 4 semanas para la fecha probable de parto.

Siempre en las 3 o 4 últimas semanas de embarazo no se recomienda tener relaciones sexuales por miedo a que éstas desencadenen el parto. Por el contrario, se ha demostrado que hasta la semana 36 de un embarazo normal, no existe relación entre el coito y el desencadenamiento prematuro del parto, por eso se puede practicar con normalidad hasta esa fecha.

Contraindicaciones del coito en estas partes del embarazo y el puerperio.

Hemos visto que el sexo se puede practicar hasta la semana 36 de embarazo sin problema, pero hay una serie de excepciones en las se deben tener precauciones o abstenerse de ellas:

- Cuando la mujer tenga hemorragias vaginales, por escasas que sean estas, se debe contraindicar el coito en el embarazo.
- Si la mujer ha expulsado el tapón mucoso o ha roto aguas (rotura de la bolsa amniótica) se debe contraindicar el coito por riesgo de infecciones.
- Se debe contraindicar la práctica de relaciones sexuales en el primer trimestre de embarazo si la mujer ha tenido abortos o amenazas de abortos embarazos anteriores.
- Si la mujer tiene amenaza de parto prematuro se recomienda abstenerse de las relaciones sexuales.
- Si la mujer tiene antecedentes de partos prematuros, se aconseja que eviten las relaciones sexuales entre las 8-12 últimas semanas del embarazo (los 2-3 últimos meses)
- Si la mujer está embarazada de gemelos se recomienda que no practique sexo en los tres últimos meses del embarazo.
- Cuando la mujer tenga alto de riesgo de hemorragia, por ejemplo por una placenta previa o por un desprendimiento de placenta, se recomienda la abstinencia completa de relaciones sexuales durante el embarazo.

¿Se modifica el deseo sexual de una pareja que está esperando un hijo?

El embarazo induce cambios vasculares, musculares y neurológicos que afectan a la percepción de la sexualidad. Con todo, podemos afirmar que, gracias a estos cambios, la mujer incrementa de la libido durante su embarazo. La vagina, además, aumenta su flexibilidad y lubricación y las mamas se hacen más sensibles.

Sin embargo, no es de extrañar que no se perciba hasta bien adentrado el embarazo y que el deseo sexual disminuya durante el primer trimestre debido al cansancio, la tensión mamaria y las náuseas propias de este periodo. Cercano al momento del parto es probable que se pierda el interés sexual a causa del volumen abdominal, pero sobre todo por las dudas y temores acerca de cómo será el parto, cómo nacerá el bebe, si podrá trabajar después.

Comoquiera que la mujer embarazada también resulta atractiva para el varón y que el sexo refuerza los lazos afectivos sin dañar al feto (se libera oxitocina pero en cantidades insuficientes para provocar contracciones uterinas), casi todo el embarazo, y sobre todo su parte central, es un momento perfecto para la sexualidad.

¿Cuándo se puede volver a iniciar las relaciones sexuales después del parto?

En general, se recomienda reiniciar las relaciones sexuales una vez la episiotomía, cuando se haya hecho, esté completamente cicatrizada. También se recomienda la espera hasta que la pelvis vuelva a su estado normal previo al embarazo, por lo que es prudente esperar 3 o 4 semanas después del parto para iniciar las relaciones sexuales, tiempo que se tarda en consolidar estos procesos.

De todas formas, se recomienda que antes de reanudar las relaciones sexuales, la mujer vaya a la revisión puerperal (revisión que se produce en la mujer embarazada después del parto) para que el médico o la matrona compruebe que todo va bien y que no hay ningún inconveniente para la práctica sexual.

Es normal que mientras la mujer le está dando el pecho al niño o hasta que le vuelva la regla, que note sequedad en la vagina, y que esto le puede producir molestias en la práctica sexual. Esta sequedad vaginal está producida por la disminución de los niveles hormonales que se producen después del parto. Para evitar estas molestias, se pueden utilizar aceites y cremas lubricantes hasta que se recupere la lubricación natural de la vagina.

Algunas mujeres, al reiniciar las relaciones sexuales después del parto, sienten dolor, dolor que antes de quedarse embarazadas no sentían. Si esto ocurre, debe consultarlo con su médico, porque puede ser por varias causas, porque la episiotomía no esté bien cicatrizada, por temor a quedarse de nuevo embarazada, etc.

Anticoncepción después del parto.

Si la lactancia natural es la única alimentación que recibe el bebé y con ello se sobrentiende que se cumplen las horas de las tomas, es probable que la mujer no ovule y, en consecuencia, tampoco menstrúe. A este método anticonceptivo se le denomina MELA, pero es altamente inseguro, por lo que la pareja debe tomar otras medidas anticonceptivas si mantienen relaciones sexuales y no quiere quedarse de nuevo embarazada.

Los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse durante este periodo son:

- Métodos de barrera (preservativo y diafragma vaginal): pueden utilizarse sin ningún riesgo.
- Métodos hormonales: dependiendo de si se está dando o no el pecho, pueden ser de un tipo u otro. En la lactancia natural están contraindicados los anticonceptivos hormonales combinados, pero son de elección los que llevan sólo gestágenos.
- Dispositivo intrauterino (DIU): también puede utilizarse después del parto siempre y cuando sea aprobado por determinados controles médicos.

14

Trastornos del ánimo en el embarazo y el puerperio¹

- ¿Cuáles son los trastornos del ánimo que afectan al embarazo?
- Tristeza, melancolía puerperal, *maternity blues*.
- Depresión postparto
- Psicosis puerperal

¿Cuáles son los trastornos del ánimo que afectan al embarazo?

Las alteraciones mentales del embarazo y postparto son conocidas desde hace muchos años y, sin embargo, es poco lo que se ha investigado para descubrir su naturaleza, su prevención y su tratamiento.

A pesar de su alta prevalencia, los tratados de Medicina en general, y los de Obstetricia en particular, dedican escasa documentación a esta patología, quizá porque algunos síntomas son superponibles a los que presenta una mujer después de haber dado a luz, quizá porque no existe acuerdo sobre los mecanismos exactos que la producen.

Las alteraciones psiquiátricas del puerperio pueden manifestarse de tres formas clínicas: la tristeza, melancolía o *maternity blues*, la depresión postparto y la psicosis puerperal.

Tristeza, melancolía puerperal, *maternity blues*

Se trata del cuadro más leve y frecuente entre los trastornos del ánimo de la mujer en el puerperio. Se estima que una de cada tres mujeres como mínimo van a padecer una situación como ésta; incluso en algunas series se calcula que tres de cada cuatro mujeres presenta algún grado de este tipo de alteración del ánimo.

La sintomatología típica de la melancolía o *maternity blues* incluye síntomas comunes como la labilidad emocional, la irritabilidad, el llanto fácil o la ansiedad. En ocasiones se acompaña de trastornos del sueño y hasta del apetito o la conducta alimentaria. En cuanto a su aparición, varía entre las que lo padecen a las pocas horas de dar a luz y las que lo manifiestan después de una semana del parto. Por lo común, se suelen

¹ **Isabel López Chicheri, Mercedes Vélez** Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada

presentar a los cuatro o cinco días, aproximadamente cuando la mujer ha abandonado el hospital y llega a casa.

Por su poca intensidad y leve impacto futuro, no suelen necesitar de tratamiento médico ni psiquiátrico. Responden muy bien al apoyo psicológico que prestan médicos, pero sobre todo matronas y enfermeras. En general, tanto la familia como el personal sanitario que las atiende puede resolver estos ligeros trastornos del ánimo con una actitud comprensiva, tranquilizante e informativa de lo que *le está pasando*. De esta manera, se le infunde a la mujer que lo padece sentimientos de seguridad respecto a su recién estrenada maternidad.

Depresión postparto

La depresión postparto ha sido descrita como una depresión atípica que se presenta después del nacimiento de un hijo. Su frecuencia es inferior al cuadro de la melancolía que hemos visto y alcanza a una de cada diez mujeres que han pasado por la experiencia de un parto.

El cuadro clínico comienza con una sensación de decaimiento y desconsuelo acompañada de sentimientos de inadecuación e incapacidad para cuidar del recién nacido. Suele manifestarse también un poco más tarde que la melancolía, aproximadamente hacia el mes del parto, pero su clínica no es claramente manifiesta hasta pasados cuatro o cinco meses, cuando afloran los síntomas típicos de cualquier depresión, esto es, ánimo progresivamente decaído, disminución creciente del apetito, pérdida del interés por todo, aislamiento social, desamparo, dificultad para conciliar y mantener el sueño, energía disminuida, excesivos sentimientos de culpa y recurrentes pensamientos de muerte.

El tratamiento de la depresión debe realizarlo el Psiquiatra, quien aplicará técnicas de psicoterapia y medicación antidepressiva específica, fundamentalmente en forma de inhibidores de la recaptación de la serotonina como la fluoxetina o la paroxetina. En caso del empleo de estos u otros fármacos antidepressivos o antipsicóticos, está recomendada la suspensión la lactancia, por el riesgo de su paso a la leche materna, en cuyo caso también hay que solicitar consejo al pediatra para el uso de otras leches.

Psicosis puerperal

La psicosis puerperal o del postparto es el cuadro psiquiátrico más grave de cuantos puede presentar una mujer después de dar a luz. Aunque apenas afecta a una o dos de cada cien mujeres embarazadas, su

repercusión en el estado mental futuro es alta y necesitan un ingreso inmediato en unidades especializadas.

Por lo general, ocurren a las dos o tres semanas del parto, aunque algunas formas tardías aplazan su presentación hasta dos o tres años después del nacimiento.

Afectan fundamentalmente a mujeres con antecedentes personales o familiares de enfermedad psiquiátrica. También son más frecuentes en las primíparas (las que han dado a luz por primera vez), aunque quienes la han padecido tienen más riesgo de volver a sufrirla en embarazos sucesivos: aproximadamente una de cada tres mujeres con psicosis postparto presenta una nueva psicosis en el embarazo siguiente.

Clínicamente, la psicosis es difícil de diferenciar de otros trastornos del ánimo cuando empieza a dar los primeros síntomas, y puede iniciarse como un cuadro de inestabilidad emocional, inseguridad, indecisión y sentimientos de desamparo; muy parecido al que hemos descrito como *maternity blues*. Sin embargo, a medida que evoluciona la psicosis, afloran otras manifestaciones que la diferencian del *maternity blues* y deben ser atendidas con rapidez, como la desorientación, la agitación, la ansiedad, la pérdida de la memoria, la falta de concentración y la dificultad para realizar todo tipo de cálculos.

En pleno cuadro psicótico, predominan las ideas de contenido paranoide, bien ideas de grandeza o bien de posesión de poderes sobrenaturales. Otras veces se presentan manifestaciones catatónicas, alucinaciones auditivas o visuales, e incluso el delirio. Los síntomas son más marcados por la noche.

El **tratamiento** de la psicosis puerperal debe ser lo más precoz posible para evitar el deterioro mental. Su abordaje debe ser multidisciplinar: enfermería, médico de familia, obstetra y psiquiatra. Comoquiera que es posible que desemboque en un intento de suicidio e incluso de infanticidio, el diagnóstico debe hacerse cuanto antes y ante su sospecha, ingresar a la paciente en unidades de procesos psiquiátricos agudos.

El tratamiento de estas situaciones es, evidentemente especializado, basado en la conjunción de las psicoterapias de apoyo, las terapias cognitivas y psicológicas, y el uso de medicamentos antipsicóticos como el haloperidol o la trifluoperacina. Como ocurría con la medicación

antidepresiva, en ocasiones se recomienda también la supresión de la lactancia.