

ASISTENCIA PRENATAL AL EMBARAZO NORMAL

CONSULTA PREVIA AL EMBARAZO

La asistencia preconcepcional forma parte de la asistencia prenatal y su principal objetivo es promover la salud de la mujer y de su futura descendencia. Se basa en la promoción de la salud, la evaluación del riesgo reproductivo y en las acciones emprendidas en función de los riesgos y enfermedades descubiertos. La asistencia preconcepcional incorpora, junto con la preocupación por los problemas médicos y psicosociales, un mayor interés en los esfuerzos preventivos.

Se debe fomentar la implantación de la consulta previa al embarazo, especialmente útil en la prevención primaria de ciertas malformaciones congénitas, como los defectos del tubo neural, mediante la suplementación periconcepcional con folatos. La consulta preconcepcional se debe realizar dentro del año que precede al comienzo del embarazo, y las acciones que se desarrollan en esta consulta evitan la necesidad de su repetición en la primera consulta prenatal.

CONSULTA PRENATAL

La asistencia al embarazo comienza con la consulta prenatal, que debe realizarse en el curso del primer trimestre de la gestación, lo más tempranamente posible. Durante la primera consulta el médico debe realizar la historia clínica, obteniendo información sobre:

- Antecedentes familiares.
- Antecedentes médicos.
- Antecedentes reproductivos.
- Condiciones sociodemográficas.
- Historia menstrual.
- Síntomas asociados con el embarazo actual.
- Hábitos higienicodietéticos.

En la consulta prenatal se debe obtener información sobre los síntomas asociados con la evolución del embarazo y realizar una exploración física general, genital y mamaria, pruebas de laboratorio, exploraciones complementarias y evaluación del riesgo, además de proporcionar a la mujer información sobre:

- Alimentación.
- Riesgos asociados con el consumo de alcohol, tabaco, drogas y fármacos.
- Actividad física y laboral.
- Síntomas y signos que deben ser comunicados a su médico, etc.

Como guía de referencia se incluye el anexo 1.

La frecuencia de las consultas prenatales sucesivas está determinada por las necesidades individuales de cada mujer y los factores de riesgo asociados, y es aconsejable un cierto grado de flexibilidad. Generalmente una mujer con un embarazo que evoluciona sin complicaciones debe acudir a la consulta con la siguiente periodicidad:

- Hasta la semana 36: cada 4-6 semanas.
- De la semana 37 a la 41: cada 1-3 semanas.
- Despues de la semana 41: de una a tres veces por semana.

La mujer que presenta complicaciones médicas u obstétricas del embarazo puede necesitar una vigilancia más estrecha; en esta situación el intervalo entre las consultas está determinado por la naturaleza y gravedad del problema.

En cada nueva consulta se debe obtener información sobre la evolución del embarazo desde la consulta previa. Se recomienda realizar las exploraciones físicas, pruebas de laboratorio y exploraciones complementarias indicadas en la tabla 1.

VALORACIÓN DEL RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

La identificación de los factores de riesgo durante el embarazo tiene como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal y materna. Aunque existe una buena relación entre la existencia de factores de riesgo durante la gestación y el desarrollo de complicaciones, pueden ocurrir problemas en las embarazadas sin factores de riesgo; bajo riesgo no significa ausencia de riesgo.

La tabla 2 presenta una lista de factores de riesgo que pueden ser identificados mediante la historia clínica y la exploración física. Su existencia en un embarazo puede requerir una valoración adicional de la gestación, consultar con otros especialistas,

Tabla 1 Acciones a realizar durante la asistencia prenatal a un embarazo normal

<i>Acción</i>	<i>Primera consulta/trimestre</i>	<i>Segundo trimestre</i>	<i>Tercer trimestre</i>
Historia clínica	Sí	Actualizar en cada consulta	
Identificación riesgo	Sí	Actualizar en cada consulta	
Acciones informativas	Sí	Actualizar en cada consulta	
Exploración general y mamas	Sí	—	—
Exploración mamaria	Sí	—	—
Exploración genital	Sí	—	Sí, al término
Talla	Sí	—	—
Peso y presión arterial	En cada consulta		
Edema	En cada consulta		
Altura fondo uterino	En cada consulta		
Auscultación fetal	En cada consulta, a partir de las semanas 16-20 de gestación		
Movimientos fetales	En cada consulta, a partir de las semanas 16-20 de gestación		
Maniobras de Leopold	En cada consulta, a partir de la semana 28 de gestación		
Grupo ABO y Rh	Sí	—	—
Coombs indirecto	Sí, en la primera consulta, con independencia del grupo sanguíneo y factor Rh. Si la mujer es Rh negativa y la prueba es negativa repetir cada 4 semanas a partir de la semana 24 de gestación.		
Hemograma	Sí	Sí	Sí
Glucemia	Sí	Sí	Sí
Cribado de diabetes	Sí, según los criterios descritos en el texto		
Proteinuria	Sí	Sí	Sí
Cultivo de orina	Sí	—	—
Citología (triple toma)	Sí; anual, y cada dos años si son "negativas" tres años consecutivos.		
Rubéola	Sí	—	—
Sífilis (VDRL-RPR)	Sí	—	—*
Hepatitis B (HbsAg)	Sí	—	—*
Toxoplasmosis	Opcional, no existe acuerdo entre los miembros del grupo de trabajo.		
VIH	Sí	—	—*
Cultivo S. Agalactie	—	—	Sí, semanas 35-37
Ecografía	Sí, semanas 11-12	Sí, semanas 18-20	Sí, semanas 32-36

*Repetir en el tercer trimestre si el cribado inicial fue negativo y pertenece a un grupo de riesgo.

realizar exploraciones complementarias específicas o remitir a la mujer a un centro de asistencia especializada.

UTILIZACIÓN DE LA EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA

Durante un embarazo de curso normal se recomienda realizar tres exploraciones ecográficas. La mujer debe recibir información sobre la modalidad y los objetivos de la exploración ecográfica que se realiza en cada momento del embarazo. Se recomienda utilizar el modelo de informe de la ecografía obstétrica de nivel básico y el documento de consentimiento informado para la ecografía de diagnóstico

prenatal elaborados por la Sección de Ecografía de la SEGO.

Primera exploración ecográfica

Ecografía obstétrica de nivel básico del primer trimestre de la gestación que se recomienda realizar preferentemente entre las semanas 11 y 12 de gestación (tabla 3).

Segunda exploración ecográfica

Ecografía de diagnóstico prenatal que se recomienda realizar entre las semanas 18 y 20 de gesta-

Tabla 2 Factores de riesgo durante el embarazo

<i>Factores sociodemográficos</i>	<i>Antecedentes reproductivos</i>
Edad materna: 15 años o menos	Esterilidad en tratamiento al menos durante 2 años
Edad materna: 35 años o más	Aborto de repetición
Obesidad: IMC > 29*	Antecedente de nacido pretérmino
Delgadez: IMC < 20*	Antecedente de nacido con CIR
Tabaquismo	Antecedente de muerte perinatal
Alcoholismo	Antecedente de nacido con defecto congénito
Drogadicción	Hijo con lesión neurológica residual
Nivel socioeconómico bajo	Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental)
Riesgo laboral	Incompetencia cervical
	Malformación uterina
<i>Antecedentes médicos</i>	<i>Embarazo actual</i>
Hipertensión arterial	Hipertensión inducida por el embarazo
Enfermedad cardíaca	Anemia grave
Enfermedad renal	Diabetes gestacional
Diabetes mellitus	Infección urinaria de repetición
Endocrinopatías	Infección de transmisión perinatal
Enfermedad respiratoria crónica	Isoinmunización Rh
Enfermedad hematológica	Embarazo gemelar y múltiple
Epilepsia y otras enfermedades neurológicas	Polihidramnios
Enfermedad psiquiátrica	Oligohidramnios
Enfermedad hepática con insuficiencia	Hemorragia genital
Enfermedad autoinmune con afección sistémica	Placenta previa asintomática (diagnóstico ecográfico a partir de la semana 32)
Tromboembolia	Crecimiento intrauterino restringido
Enfermedad medicoquirúrgica grave	Defecto congénito fetal
	Estatística fetal anormal a partir de la semana 36
	Amenaza de parto pretérmino
	Embarazo postérmino
	Rotura prematura de las membranas amnióticas
	Tumoración uterina
	Patología medicoquirúrgica grave

*IMC: índice de masa corporal (kg/m^2): se calcula como peso en kg/talla en m^2 .

CIR: crecimiento intrauterino restringido.

ción (tabla 4). En el caso de que los recursos disponibles, tanto técnicos como humanos, en función de la demanda asistencial no permitan realizar la exploración ecográfica de diagnóstico prenatal, se realizará una ecografía obstétrica básica en el mismo período de la gestación.

Tercera exploración ecográfica

Ecografía obstétrica de nivel básico del tercer trimestre de la gestación que se recomienda realizar preferentemente entre las semanas 32 y 36 de gestación (tabla 5).

CRIBADO DE LAS ANOMALÍAS FETALES

El objetivo es identificar las gestaciones con alto riesgo de defectos congénitos fetales y utilizar, si son aceptados por la mujer, los procedimientos de diagnóstico prenatal más adecuados para cada condición. Los defectos congénitos susceptibles de cribado prenatal son:

Anomalías estructurales

Dado que en la mayoría de las anomalías fetales estructurales no es posible realizar una identificación

Tabla 3 Exploración ecográfica del primer trimestre de la gestación

Modalidad	Exploración ecográfica obstétrica básica
Edad (semanas)	11-12 semanas
Objetivos	
Identificar el número de embriones	
En el caso de gestación gemelar, diagnóstico de cigosidad	
Identificar el latido cardíaco embrionario	
Estimar la edad de la gestación	
Detectar y medir la translucencia nucal (marcador de cromosomopatías fetales)	
Observación de la morfología embrionaria	
Identificar la existencia de patología del útero y de los anejos	
Contenido	
Estudio del saco gestacional y del embrión	
Número de embriones y/o sacos gestacionales	
Presencia o ausencia de embrión	
Evaluación de la vitalidad embrionaria	
Movimiento cardíaco	
Movimiento embrionario	
Medida de la longitud craneocaudal y estimación de la edad de la gestación	
Medida de la translucencia nucal	
Localización y característica del trofoblasto	
Observación de la morfología del embrión	
Estudio del útero y de los anejos	

de la población de riesgo a partir de indicadores clínicos, el cribado de las anomalías estructurales fetales se debe basar en la exploración ecográfica de diagnóstico prenatal realizada entre las semanas 18 y 20 de gestación.

En el caso de que se realice el cribado bioquímico para cromosomopatías del segundo trimestre, los valores elevados de alfafetoproteína deben utilizarse como indicadores de defectos de anomalías estructurales, especialmente defectos del cierre del tubo neural.

Cromosomopatías

El diagnóstico de las cromosomopatías fetales exige el estudio citogenético de células fetales. La estrategia actual de cribado de las cromosomopatías fetales intenta seleccionar a las mujeres con un grado de riesgo que justifique la utilización de procedimientos diagnósticos invasivos para obtener material celular y realizar el cariotipo fetal.

La selección para recomendar el acceso a las técnicas invasoras de diagnóstico prenatal se puede realizar utilizando:

Tabla 4 Exploración ecográfica del segundo trimestre de la gestación

Modalidad	Exploración ecográfica de diagnóstico prenatal
Edad (semanas)	18-20 semanas
Objetivos	
Diagnóstico de anomalías estructurales y marcadores de cromosomopatías	
Si no se ha realizado la ecografía de nivel básico del primer trimestre incluye sus objetivos	
Contenido	
Evaluación de la vitalidad embrionaria	
Movimiento cardíaco	
Movimiento embrionario	
Biometría fetal	
Diámetro biparietal	
Circunferenciacefálica(CC)	
Diámetro abdominal medio (DAM)	
Circunferencia abdominal (CA)	
Coeficiente CC/CA	
Longitud del fémur	
Evaluación de la anatomía fetal*	
Localización y características (gradación) de la placenta y cordón umbilical (número de vasos)	
Estimación del volumen del líquido amniótico	

*Según las recomendaciones de la Sección de Ecografía de la SEGO.

En el caso de que los recursos disponibles, tanto técnicos como humanos, en función de la demanda asistencial no permitan realizar la exploración ecográfica de diagnóstico prenatal, se realizará una ecografía obstétrica básica en el mismo período de la gestación.

- Criterios clínicos y epidemiológicos: *a)* edad materna de 35 años o más en el momento del parto; *b)* antecedente de gestación previa con cromosomopatía; *c)* progenitor portador de una anomalía cromosómica, y *d)* antecedente de aborto de repetición o muerte fetal sin causa establecida.
- Cribado utilizando marcadores bioquímicos en suero materno (cribado bioquímico del primer y segundo trimestre).
- Cribado utilizando marcadores ecográficos (translucencia o pliegue nucal, etc.).
- Combinación de los métodos anteriores.

La elección del método de cribado de las cromosomopatías, su utilización de forma aislada o combinada, así como su grado de implantación, varía considerablemente entre las comunidades autónomas e incluso, dentro de éstas, entre las diferentes áreas de

Tabla 5 Exploración ecográfica del tercer trimestre de la gestación

Modalidad	Exploración ecográfica obstétrica básica
Edad (semanas)	32-36 semanas
Objetivos	
	Identificar la estática fetal
	Identificar el latido cardíaco fetal
	Estimar el crecimiento fetal y diagnosticar el crecimiento uterino restringido o la macrosomía fetal
	Diagnosticar anomalías de la localización de la placenta (placenta previa)
	Diagnosticar anomalías del volumen del líquido amniótico
Contenido	
	Evaluación de la estática fetal
	Evaluación de la vitalidad fetal
	Movimiento cardíaco
	Movimiento fetal
	Estimación del crecimiento fetal con la medida del
	Diámetro biparietal
	Circunferenciacefálica(CC)
	Circunferencia abdominal (CA)
	Diámetro abdominal medio (DAM)
	Cociente CC/CA
	Longitud del fémur
	Localización y características (gradación) de la placenta y cordón umbilical
	Estimación del volumen del líquido amniótico
	Observación de la anatomía fetal

asistencia sanitaria. En cualquier caso, si se ha implantado un programa de cribado basado en marcadores bioquímicos en suero materno o en marcadores ecográficos, el criterio epidemiológico de "edad materna de 35 años o más" puede ser modificado hacia una edad más avanzada.

Cuando los recursos sanitarios lo permitan, sería aconsejable ofertar a todas las mujeres con bajo riesgo epidemiológico o clínico uno de los siguientes procedimientos de cribado, de forma aislada o combinada:

- Cribado bioquímico del segundo trimestre basado en la determinación de alfa-fetoproteína y gonadotropina coriónica humana (β -HCG). En este caso, para que el programa tenga una eficiencia adecuada la determinación bioquímica se debe realizar entre las semanas 15^a y 16^a (edad gestacional precisada por ecografía) y basarse el cálculo del índice de estimación de riesgo, determinado en función de los marcadores y de la edad de la mujer. La utilización

de una prueba invasora para determinar el cariotipo fetal estaría justificada cuando el índice de riesgo obtenido en el momento del cribaje es igual o superior a 1/270 o 1/250. La elección de la prueba invasora (biopsia corial, amniocentesis o funiculocentesis) se hará en función de la edad de la gestación y la indicación específica de la técnica.

- Cribado utilizando marcadores ecográficos de cromosomopatías observados en el curso de la exploración ecográfica obstétrica básica del primer trimestre y/o en la exploración ecográfica de diagnóstico prenatal del segundo trimestre.

Enfermedades monogénicas hereditarias

En este caso, los antecedentes (árbol genealógico) de la pareja permiten establecer un grupo de riesgo. El estudio del caso índice y la identificación de portadores con los métodos de genética molecular disponibles, antes del inicio de la gestación, permiten establecer las indicaciones de las pruebas diagnósticas de la enfermedad.

CRIBADO DE LA DIABETES GESTACIONAL

Se utilizará la prueba de O'Sullivan basada en la determinación de la glucemia en plasma venoso 60 min después de la ingesta de 50 g de glucosa, en cualquier momento del día y con independencia de que exista o no toma previa de alimentos. La prueba se realizará:

- Durante el primer trimestre del embarazo cuando exista uno de los siguientes factores de riesgo: *a*) edad igual o superior a 35 años; *b*) obesidad (índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m²); *c*) intolerancia glucídica o diabetes gestacional previas; *d*) antecedente de diabetes en familiares de primer grado; *e*) antecedente de hijo nacido con macrosomía, y *f*) glucemia basal entre 100 y 125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l).
- Durante el segundo trimestre del embarazo (24-28 semanas) a todas las gestantes no diagnosticadas previamente, existan o no factores de riesgo.

580

- Durante el tercer trimestre del embarazo en aquellas gestante en que no se ha realizado previamente. Cuando se establece el diagnóstico de macrosomía fetal o polihidramnios se realizará una prueba de sobrecarga oral de glucosa.

Ante una prueba de O'Sullivan positiva (igual o superior a 140 mg/dl o 7,8 mmol/l) se realizará la confirmación diagnóstica con la prueba de sobrecarga oral de glucosa.

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DEL ESTADO FETAL DURANTE EL EMBARAZO

Sólo están indicados en la mujer con complicaciones médicas u obstétricas durante la gestación, cuando existe el riesgo de afección del estado del feto. En estas situaciones la selección del método, la edad de la gestación en que se comienza a utilizar y la periodicidad con que se usa depende de cada situación clínica individual.

En un embarazo normal, es opcional, la utilización de la monitorización fetal no estresante (test basal) como método de evaluación del estado fetal antes del parto a partir de la semana 40 de gestación.

ANEXO 1. ACCIONES INFORMATIVAS Y PROMOTORAS DE LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO

La consulta prenatal tiene por finalidad cuidar del estado de salud de la madre y de su hijo. Es conveniente que en cuanto sospeche que está embarazada acuda a la consulta de su médico. Más adelante, aunque usted se encuentre bien debe asistir a las consultas programadas de forma periódica. De esta forma es posible conocer si su embarazo evoluciona con normalidad, valorar si existe algún factor de riesgo, programar los análisis y exploraciones, recibir a su debido tiempo las recomendaciones oportunas y, en algunos casos, informar sobre la posibilidad de realizar el diagnóstico prenatal de determinadas anomalías fetales.

Alimentación

Durante el embarazo la alimentación debe ser completa y variada para conservar su salud y la de

su hijo. A lo largo del embarazo su peso aumentará entre 9 y 13 kg. Es recomendable:

- Que los alimentos, como la carne o el pescado, sean cocinados a la plancha, al horno, hervidos o al vapor, sobre todo si existe un aumento de peso excesivo.
- Que aumente de forma moderada el consumo de frutas, verduras, pan, con preferencia integral, arroz, pasta y legumbres.
- Que tome entre medio y un litro de leche al día, preferiblemente desnatada, o su equivalente en yogur o queso fresco.
- Que reduzca el consumo de los alimentos con excesiva cantidad de grasa de origen animal, como tocino, mantequilla, embutidos, etc.
- Que reduzca el consumo de los alimentos con mucho azúcar, como pasteles, dulces, especialmente aquellos prefabricados, caramelos, chocolate, etc.

Alcohol, tabaco y drogas

Durante el embarazo debe evitar las bebidas alcohólicas y el consumo de otras drogas por ser perjudiciales para usted y, especialmente, para su hijo. Igualmente resulta nocivo el consumo de tabaco, por lo que si es fumadora deberá dejar de fumar.

Medicamentos y radiaciones

Debe evitar tomar cualquier tipo de medicamento durante el embarazo, salvo que haya sido aconsejado por su médico. La exposición a radiaciones (rayos X) puede ser peligrosa para su hijo, por lo que solamente deberán realizarse las radiografías estrictamente necesarias y/o autorizadas por su médico.

Higiene, vestido y calzado

Durante el embarazo es aconsejable que cumpla las siguientes recomendaciones:

- Cuide su higiene personal. Es recomendable la ducha diaria, ya que durante la gestación aumenta la sudación y el flujo vaginal.

- Extreme la limpieza de la boca. Es aconsejable que se limpие los dientes después de cada comida. Se le recomienda visitar a su odontólogo para realizar una revisión y limpieza bucales.
- Utilice vestidos cómodos y holgados. El calzado debe ser confortable; evite tanto los zapatos con tacón alto como los excesivamente planos.
- La faja puede atrofiar la musculatura abdominal, por lo que no es necesario su empleo, salvo en los casos en que su médico se lo aconseje.
- Las medias y calcetines que causen compresión local de la pierna pueden favorecer el desarrollo de varices, por lo que no son aconsejables.

Trabajo

Durante el embarazo puede desarrollar su trabajo habitual, siempre que no cause fatiga física o psíquica excesiva, hasta el octavo mes de gestación. A partir de este momento debe reducir la actividad física, siendo recomendable el descanso laboral en las últimas semanas de gestación. No es aconsejable que en su trabajo maneje productos tóxicos o esté expuesta a radiaciones.

Deportes

Durante el embarazo la mujer sana tiene una tolerancia menor al esfuerzo físico. Es conveniente realizar un ejercicio moderado. Se aconseja el paseo, la natación y los ejercicios aprendidos en los cursos de educación maternal. No se recomienda la práctica de deportes violentos, de competición o que causen fatiga.

Viajes

Los viajes en general no están contraindicados. No es aconsejable realizar viajes a lugares con escasos servicios sanitarios. Hacia el final de la gestación debe evitar los viajes largos. No están contraindicados los viajes en avión.

Relaciones sexuales

Si su embarazo cursa con normalidad no es necesario modificar o interrumpir sus hábitos sexuales,

siempre y cuando no resulten molestos para usted. Cuando el vientre comienza a crecer el coito en la postura clásica puede resultar incómodo; si es así, puede adoptar posiciones que le resulten más cómodas.

Debe evitar las relaciones sexuales cuando existe hemorragia genital, amenaza de parto prematuro o rotura de la bolsa de las aguas. Se recomienda evitar el coito en las últimas 2 o 3 semanas de embarazo.

Cambios esperados en su organismo

Aunque el embarazo es una etapa normal de su vida, puede apreciar que ocurren cambios en su organismo, cuyo significado y repercusión son:

- Puede sentirse más sensible y emotiva, y en ocasiones cansada y fatigada.
- Observará una mayor pigmentación de la piel y, a veces, la aparición de estrías.
- Las mamas aumentan de tamaño, el pezón es más sensible y puede aparecer leche antes de terminar el embarazo. No es aconsejable la manipulación del pezón.
- Las náuseas y los vómitos, sobre todo por las mañanas, son frecuentes durante los primeros 3 meses del embarazo, así como el ardor de estómago en la segunda mitad del embarazo. Consulte a su médico en todos los casos.
- El estreñimiento y las hemorroides son frecuentes. Procure tomar una dieta rica en fibra, zumos y líquidos. No tome laxantes sin consultar con su médico.
- Las varices son frecuentes sobre todo al final de la gestación. Evite las ropas ajustadas. No permanezca parada de pie durante períodos prolongados. Descanse con las piernas elevadas. Es aconsejable utilizar medias elásticas hasta la cintura. La hinchazón de pies y tobillos a lo largo del día no es un signo preocupante.
- Los dolores de espalda aparecen principalmente al final del embarazo, cuando la mujer gestante modifica su postura corporal por el crecimiento del feto. Procure utilizar asientos con respaldo recto, evitar cargas pesadas y utilizar un colchón duro para su descanso.
- Durante el embarazo aumenta la necesidad y frecuencia de orinar, lo que puede obligarla a levantarse por la noche.

582 Prevención de las enfermedades infecciosas transmisibles al feto

Existen algunas infecciones que cuando afectan a la madre durante el embarazo pueden ser peligrosas para el feto. Es recomendable que utilice algunas medidas para evitar los mecanismos posibles de contagio:

- Tenga precauciones en el contacto con gatos y otros animales domésticos.
- No coma carne ni huevos crudos o poco cocinados, ni embutidos poco curados, lávese las manos después de tocar la carne en la cocina y evite comer verduras frescas sin lavar adecuadamente.
- Evite el contacto con enfermos infecciosos de cualquier tipo y no se exponga al riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual, aconsejándose, en estos casos, la utilización del preservativo.

Cursos de preparación maternal

Es una actividad que se propone para que la pareja pueda vivir activamente y colaborar en el embarazo y parto de su hijo. Con la información dada en los cursos se intenta disminuir el miedo al parto, explicar el desarrollo del embarazo, el parto y los métodos de asistencia, así como la atención al recién nacido. Por otra parte, se enseña la forma práctica de relajarse y a realizar la respiración adecuada en cada momento del parto para ayudar a su evolución y disminuir el dolor.

Cuándo debe acudir a la consulta

Además de las consultas periódicas recomendadas debe poner en conocimiento de su médico cualquier anomalía, especialmente:

- Vómitos intensos y persistentes.
- Diarrea.
- Dolor al orinar.
- Dolor de cabeza no habitual.
- Hinchazón en una región diferente a los pies y tobillos por la tarde, o en estos lugares si no desaparece con el reposo nocturno.

Cuándo debe acudir a la clínica o al hospital

Deberá acudir inmediatamente a su médico, a la clínica o al hospital, si observa, en cualquier momento de su embarazo:

- Hemorragia por los genitales.
- Pérdida de líquido por los genitales.
- Dolor abdominal intenso.
- Contracciones uterinas intensas.
- Fiebre elevada.
- Dolor de cabeza muy intenso.

Cuándo debe sospechar que comienza el parto

Deberá acudir a la clínica o al hospital, por la posibilidad de que esté comenzando el parto, si presenta:

- Contracciones uterinas rítmicas, progresivamente más intensas y con una frecuencia de al menos 2 en 10 min durante 30 min.
- Pérdida de líquido por la vagina (sospecha de rotura de la bolsa de las aguas).
- Pérdida de sangre por la vagina.

Lactancia materna

Desde este momento debe saber que la lactancia materna se considera la alimentación mejor y más segura para su hijo. Debe iniciarse cuanto antes después del parto. Durante la lactancia debe aumentar ligeramente la ingesta de líquidos y calorías, sobre todo a base de leche. La mujer que lacta debe seguir absteniéndose de fumar y beber alcohol. Debe evitar el uso de cualquier medicamento que no haya sido indicado por su médico, ya que casi en su totalidad pasan a la leche y pueden perjudicar a su hijo. Evite también la coliflor, las coles de Bruselas y los espárragos, ya que dan un sabor desagradable a la leche. La lactancia materna no se puede considerar un método que evite el embarazo.

Puerperio

Durante el puerperio, los primeros 40 días después del parto, se debe evitar el coito. Cuidará sus

mamas, lavando sus manos y pezones antes y después de cada tetada. Finalizado este período deberá ponerse en contacto con su médico o centro de sa-

lud con el fin de recibir los cuidados pertinentes e información adecuada sobre planificación familiar si así lo desea.