

# Cuidados en el embarazo y la lactancia

M.<sup>a</sup> Salud Girbés Llopis

Departamento de Enfermería. Universidad CEU Cardenal Herrera

## Estrategias para el cuidado prenatal: programas de salud

Las primeras actuaciones sobre la atención a la salud de las madres comenzaron a definirse en España a mediados de la década de 1980, y el marco legal para su desarrollo quedó establecido en el Decreto 147/1986 de Salud Materno Infantil. Desde entonces, los distintos gobiernos autonómicos, a través de sus servicios de salud, han desarrollado estrategias y acciones para el cuidado prenatal creando programas específicos para la promoción de la salud en el embarazo, parto y puerperio. La experiencia de estos años ha acreditado que existe una relación directa entre el desarrollo de programas dirigidos al control prenatal de todas las mujeres embarazadas de una comunidad, y la disminución de la mortalidad materna y perinatal.



©AUREMAR/FOTOLIA

Actualmente los objetivos de los programas se orientan hacia una atención más integral: no sólo es un objetivo la prevención y detección del riesgo, también la promoción y educación para la salud, adquiriendo un importante papel en los programas la educación

maternal ya que, en este momento, la mujer y su familia son particularmente receptivos a las acciones educativas para modificar sus comportamientos y su estilo de vida, contribuyendo a dar un mayor protagonismo a los padres en una maternidad deseada y responsable.

Sin embargo, la asistencia prenatal debe considerarse como la continuación de una asistencia sanitaria establecida desde las etapas más tempranas de la vida, y como una educación para la salud de la mujer que favorezca actitudes positivas hacia acontecimientos claves en su ciclo vital, como la menarquia, el embarazo, el parto, el climaterio y la sexualidad<sup>1</sup>.

## Planear el embarazo: consulta preconcepcional

Ninguna prevención es más completa, rentable y eficaz que la realizada en la atención preconcepcional, ya que el proceso de cuidado se inicia antes de que la mujer reconozca su gestación y tenga la oportunidad de acudir a un programa de asistencia prenatal, momento en que ya es tarde para evitar el impacto que diversas noxas pueden haber tenido sobre el embrión. Sin embargo, el alto porcentaje de embarazos que no son planificados es la principal limitación para implantar un programa de asistencia pregestacional eficaz, lo que no resta importancia al consejo profesional de cuidar el embarazo desde antes de su existencia. La identificación de una mujer con cualquier enfermedad crónica o con hábitos perjudiciales para su salud cuando planifica un embarazo permite tratar la enfermedad y proporcionar información para la toma de decisiones en relación con su futuro embarazo, de acuerdo con los riesgos identificados.

## módulo 1

Embarazo y lactancia

1. Cambios fisiológicos durante el embarazo y la lactancia
2. Patologías asociadas al embarazo y la lactancia
3. Farmacología y atención farmacéutica en la mujer embarazada
4. Manejo del dolor en el parto. Anestesia epidural
5. Utilización de fármacos en la mujer lactante y atención farmacéutica en la lactancia
6. Fitoterapia en el embarazo y la lactancia
7. Formulación magistral para la mujer embarazada y el lactante
8. Cuidados en el embarazo y la lactancia
9. Suelo pélvico en el embarazo, factores de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo
10. Alimentación saludable para la mujer en la gestación y la lactancia
11. Depresión posparto
12. Cordón umbilical

## Medidas preventivas

Deben adoptarse medidas preventivas y suplementar la dieta con folatos, para la prevención primaria de los defectos de tubo neural (DTN). La Sociedad española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)<sup>2</sup> y el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)<sup>3</sup> recomiendan administrar al menos 4 mg/día de ácido fólico a las mujeres con el antecedente de un embarazo afectado por un DTN, y en aquellas sin antecedentes 0,4 mg/día (que junto con los 0,25 mg aportados en la dieta alcanzarían los 0,6 mg recomendados en la gestación).

También la suplementación con yoduro potásico<sup>4</sup>, para asegurar una ingesta adecuada de yodo (250-300 µg/día) antes del comienzo del embarazo, y mejorar así el desarrollo neurológico del feto (fundamentalmente, evitar el cretinismo).

Asimismo, deben adoptarse medidas de protección frente a la exposición a determinados factores ambientales y laborales (productos químicos, radiaciones, etc.); revisar el estado de vacunación y dejar de fumar también son medidas recomendables en estos momentos.

## Cuidados en el embarazo

Son los cuidados que constituyen un programa con una serie de exámenes rutinarios (clínicos, ecográficos y analíticos) organizados a lo largo de los tres trimestres, coordinados con las sesiones de educación maternal, el ejercicio físico y el aprendizaje de técnicas de respiración y relajación.

Los centros de atención primaria constituyen la puerta de entrada natural al control sanitario de la gestación, iniciando una captación temprana, tanto desde las consultas de medicina familiar, como por parte de las matronas. El control del embarazo normal se coordina entre las matronas de atención primaria –donde se realiza la captación, los exámenes



de salud y la educación maternal– y los especialistas de obstetricia del nivel especializado, obstetras y matronas que se hacen cargo de la valoración y seguimiento de los embarazos de riesgo, los controles ecográficos y la asistencia al parto.

## Primera visita. Primer trimestre

La primera consulta prenatal debe realizarse en el curso de las 12 primeras semanas de gestación, idealmente antes de las 10-11 semanas<sup>5</sup>. Durante esta consulta, se valora el estado de salud de la mujer mediante la información que proporcionan:

- La historia clínica:
  - Antecedentes familiares: enfermedades hereditarias.
  - Antecedentes personales: reproductivos, condiciones sociodemográficas.
  - Datos de la gestación actual, fecha de la última menstruación y síntomas actuales.
- La exploración física:
  - Exploración general: peso, talla, presión arterial, estado nutricional, edemas, mamas.
  - Exploración obstétrica: especuloscopia, altura uterina, perímetro abdominal.
- Las pruebas complementarias:

- Análisis de orina: confirmación de embarazo cuando no haya diagnóstico previo. Glucosa, proteínas, cuerpos cetónicos anormales, sedimento y cultivo si procede.
- Análisis de sangre:
  - Grupo sanguíneo y Rh, prueba de Coombs indirecta para identificar la presencia de anticuerpos isoimunes en toda gestante.
  - Hemograma.
  - Bioquímica. Glucemia basal, ácido úrico, creatinina, transaminasas, hierro y ferritina.
  - Serología: IgG de rubeola, IgG de toxoplasma, antígeno de superficie de hepatitis B (AgHBs), VDRL o RPR y anticuerpos frente al VIH, para lo que se debe contar con el consentimiento informado de la gestante.

Tras la valoración inicial, los resultados nos permiten clasificar adecuadamente el nivel de riesgo. Entendemos como «embarazo de riesgo» aquel en el que, por existir durante la gestación determinados factores sociales, médicos, obstétricos o de otra índole, puede verse incrementada la morbimortalidad perinatal respecto a la de la población general. El factor ligado a un peor resultado perinatal recibe el nombre de «factor de riesgo» (tabla 1).

Con los datos obtenidos de la gestante tras la valoración, se propone una clasificación en cuatro grupos<sup>6</sup>:

- Riesgo bajo o 0, por exclusión de factores.
- Riesgo medio o 1.
- Riesgo alto o 2.
- Riesgo muy alto o 3.

La clasificación del riesgo en esta primera visita es determinante para organizar y ubicar los cuidados prenatales, ya que las gestantes de riesgo bajo son controladas desde atención primaria por la matrona.

Las de riesgo medio, tras la valoración por el especialista, también podrán ser controladas en atención

## Factores de riesgo en un embarazo

**Factores sociodemográficos**

- Edad materna: 15 años o menos
- Edad materna: 35 años o más
- Obesidad: IMC >29
- Delgadez: IMC <20
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Drogadicción
- Nivel socioeconómico bajo
- Riesgo laboral

**Embarazo actual**

- Hipertensión inducida por el embarazo
- Anemia grave
- Diabetes gestacional
- Infección urinaria de repetición
- Infección de transmisión perinatal
- Isoinmunización Rh
- Embarazo gemelar y múltiple
- Polihidramnios
- Oligohidramnios
- Hemorragia genital
- Placenta previa asintomática
- Crecimiento intrauterino restringido
- Defecto congénito fetal
- Estática fetal anormal a partir de la semana 36
- Amenaza de parto pretérmino
- Embarazo postérmino
- Rotura prematura de las membranas amnióticas
- Tumoración uterina
- Patología médico-quirúrgica grave

**Antecedentes médicos**

- Hipertensión arterial
- Enfermedad renal
- Enfermedad cardíaca
- Diabetes mellitus
- Endocrinopatías
- Enfermedad respiratoria crónica
- Enfermedad hematológica
- Epilepsia y otras enfermedades neurológicas
- Enfermedad psiquiátrica
- Enfermedad hepática con insuficiencia
- Enfermedad autoinmunitaria con afectación sistémica
- Tromboembolismo
- Patología médico-quirúrgica grave

**Antecedentes reproductivos**

- Esterilidad en tratamiento al menos durante 2 años
- Aborto de repetición
- Antecedente de recién nacido pretérmino
- Antecedente de recién nacido con CIR 2
- Antecedente de muerte perinatal
- Antecedente de recién nacido con defecto congénito
- Hijo con lesión neurológica residual
- Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental)
- Incompetencia cervical
- Malformación uterina

primaria, individualizando cada caso. Las de riesgo alto o muy alto deben ser controladas en atención especializada.

La evaluación de los riesgos ha de ser un procedimiento continuo durante todo el embarazo y el parto, ya que pueden aparecer complicaciones que exijan derivar a la mujer a un nivel de cuidados más especializado.

**Ecografía transvaginal**

Se recomienda realizarla entre la semana 10 y la 14. Permite la confirmación de un embarazo intraute-

rino, conocer si el embarazo es único o múltiple, precisa la edad gestacional, la vitalidad del embrión, el lugar de implantación y valorar la existencia de malformaciones graves, y permite la medición del edema nucal (cuando es igual o mayor de 3 mm, es un marcador de cromosomopatías).

**Visitas sucesivas. Segundo y tercer trimestre**

El número de visitas a lo largo de la gestación según la OMS debe ser de 12 en las primíparas y de 10 en las

múltiparas, con la siguiente periodicidad: hasta la semana 37, cada 3 o 4 semanas, desde la semana 37 a la 40 cada 2 o 3 semanas. A partir de la semana 40, una o dos veces por semana.

Durante estas visitas, los cuidados son:

- Revisión de la dieta y prescripciones.
- Exploración física como en la primera visita.
- Exploración obstétrica: medición de la altura uterina, perímetro abdominal, frecuencia cardíaca fetal (FCF) (a partir de las semanas 18-20) y presencia de movimientos fetales.

**Pruebas complementarias**

En todas las visitas, analítica de orina: glucosa, proteínas y cuerpos cetónicos.

• **Analíticas**

– Semanas 24-28:

- Hemograma, glucemia basal, creatinina, ácido úrico y hierro.
- Cribado de diabetes gestacional-test de O'Sullivan: se realiza a todas las gestantes no diabéticas. Consiste en la administración de 50 g de glucosa y la determinación de la glucosa en plasma venoso a los 60 minutos. Si el resultado es <140 mg/dL, se considera normal. Si es ≥140 mg/dL, se le realizará una prueba de tolerancia de 3 horas con 100 g de glucosa. El diagnóstico de diabetes química implicará la derivación para control por el especialista. Si la curva de glucemia es normal, se repetirá la prueba de O'Sullivan en el tercer trimestre.
- Cuando la gestante es Rh negativo con anticuerpos negativos, ha de repetirse esta prueba en la semana 28 de gestación. Si persiste negativo, se realiza profilaxis sistémica de isoinmunización de Rh administrando inmunoglobulina anti-D.

- Semanas 35-37:
- Hemograma, glucemia basal, creatinina, ácido úrico y hierro más pruebas de coagulación
- Cultivo vaginal y rectal para el cribado de estreptococo B (*agalactae*), causante de infecciones bacterianas perinatales, cuya prevención es posible con una adecuada profilaxis en el parto (penicilina) en las mujeres que presentan riesgo de transmisión de la infección al recién nacido.
- Exploraciones ecográficas
- Segunda exploración. Se recomienda realizarla entre las semanas 18-20 de gestación. Objetivos: confirmar la vida fetal, el diagnóstico de malformaciones y la valoración de los anejos ovulares (placenta, cordón y líquido amniótico).
- Tercera exploración. Se recomienda entre las semanas 32-36 de gestación. Objetivos: estudio del crecimiento y la anatomía del feto, de los anejos ovulares y los movimientos fetales, y diagnóstico de la situación, presentación y posición fetal.

## Educación materna

El objetivo es facilitar la información y formación adecuadas a la mujer y su familia de todos los aspectos relevantes de la gestación, de manera que permita a los padres mantener una actitud participativa e implicarse en la toma de decisiones, y vivir de forma más satisfactoria el nacimiento de su hijo/a.

## Educación individualizada

La realiza la matrona en cada uno de los exámenes de salud en la consulta, mediante un diálogo abierto con la gestante y su pareja.

El contenido estará en función del momento del embarazo, sus conocimientos y hábitos o creencias que resulte aconsejable fomentar o evitar. La mayoría de los autores coinciden<sup>7</sup> en que, al principio del embarazo, las necesidades de información tie-

### CASO PRÁCTICO

#### Planteamiento

Irina M., de 15 años, acude a la consulta de la matrona del centro de salud acompañada por su madre. Ha sido remitida por el médico de familia para descartar un embarazo, ya que presenta astenia, pérdida de apetito, náuseas y amenorrea. La familia es inmigrante, y no dispone de recursos económicos suficientes; la paciente no está escolarizada, y actualmente está tramitando diversas ayudas por mediación del trabajador social del centro y del ayuntamiento.

#### Resolución

- Se la citó a la consulta para cumplimentar la historia clínica:
  - Antecedentes familiares: sin interés.
  - Antecedentes personales (sin interés): peso 39 kg y talla 1,45. Grupo sanguíneo A negativo. Calendario de vacunación incompleto. No fuma y no consume otras drogas. Condiciones sociodemográficas y culturales bajas.
  - Menarquia a los 12 años; no recordaba la fecha de la última regla, aunque reconocía haber mantenido relaciones sexuales esporádicamente, sin protección y sin pareja estable. Se realizó en la consulta análisis de orina-test de embarazo, con resultado positivo.
- Solicitud de analítica, que debía incluir grupo y Rh (confirmación) y valoración de anticuerpos irregulares, ya que se desconoce el grupo paterno; hemograma-bioquímica; glucemia basal, ácido úrico, creatinina, transaminasas, hierro y ferritina.
- Solicitud de serología: IgG de rubeola, IgG de toxoplasma, antígeno de superficie de hepatitis B (AgHBs), VDRL o RPR y anticuerpos frente al VIH.
- La valoración del riesgo situó a la paciente en un riesgo 2 o riesgo alto (nivel socioeconómico y edad materna), por lo que se decidió remitir a atención especializada para seguimiento.
- No se realizó exploración obstétrica, porque al remitir a atención especializada se procede a practicar ecografía, que datará por valoración fetal la edad gestacional y la fecha probable de parto.

nen como objeto confirmar el embarazo, comprender los cambios físicos que experimentan y reconocer las emociones y los sentimientos naturales que se producen.

También debe aportarse información sobre todos los aspectos que inciden en la gestación, como la alimentación, los riesgos asociados al consumo de alcohol, tabaco, drogas y fármacos, la actividad física y laboral, la higiene, el vestido y calzado, los viajes, la sexualidad y los síntomas y signos de alarma por los que debe consultar inmediatamente.

## Educación en grupo

Las actividades grupales son muy motivadoras, ya que ofrecen la oportunidad de intercambiar experiencias entre mujeres con preocupaciones comunes e intereses similares, que se proporcionan apoyo mutuo y comparten recursos.

Las sesiones deben realizarse en grupos reducidos, a ser posible de edad gestacional similar para facilitar la interrelación.

La educación materna se estructura en dos tipos de sesiones, unas de preparación física y otras de contenido teórico, que organiza la ma-

trona en colaboración con otros profesionales (sexólogos, pediatras, médicos de familia, obstetras...) para abordar temas específicos:

- Información sobre la reproducción, embarazo, parto y posparto.
- Explicar los cambios que se producen en el organismo materno durante los inicios del trabajo de parto y el parto.
- Establecer pautas de comportamiento adecuadas, potenciando los autocuidados durante el embarazo.
- Identificar los métodos que se emplean para valorar el progreso del parto.
- Exponer los motivos que justifican un parto operatorio.
- Identificación de actuaciones y recursos que permitan a la parturienta participar activamente durante el trabajo de parto.
- Cuidados durante el puerperio. Modificaciones físicas y psíquicas de la mujer en este periodo.
- Reestructuración familiar y vuelta a casa. Facilitar la asimilación del rol de paternidad.
- Sexualidad y planificación familiar.
- Inscripción en el Registro Civil, seguridad social, etc., del recién nacido.
- Información sobre los recursos y prestaciones en el sector sanitario: visita puerperal, grupos de posparto, de apoyo a la lactancia, etc.
- Potenciación de la lactancia materna, respetando en todo momento otras opciones por parte de la gestante. El objetivo es capacitar a las madres para que puedan hacer una elección informada. Se abordan aspectos como la subida de leche, composición y propiedades de la leche materna, la técnica y posturas correctas, etc.
- Legislación y reglamentación laboral sobre permisos en el embarazo, parto y puerperio.
- Cuidados necesarios del recién nacido: higiene, cuidados del cordón,

## Puntos clave

- La estrategia más efectiva para disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil es el cuidado prenatal.
- El cuidado prenatal debe entenderse desde la adolescencia y antes incluso de la gestación.
- Los cuidados prenatales se organizan y estructuran en programas que contienen las intervenciones necesarias, los niveles de asistencia en que deben realizarse y el personal especializado que las lleva a cabo.
- Actualmente, el enfoque de los objetivos de un programa de embarazo, parto y puerperio va más allá de la prevención y detección del riesgo, ya que da un mayor protagonismo a los padres, de modo que mediante la educación para la salud sean capaces del autocuidado.
- La educación materna constituye la estrategia de promoción y educación para la salud en el embarazo. Se estructura en sesiones teóricas y grupales de información y formación sobre todos los aspectos que rodean al proceso, y en sesiones prácticas de ejercicio, gimnasia respiratoria y técnicas de relajación.

©I. HABUR/ISTOCKPHOTO



necesidades afectivas y de comunicación, patologías más frecuentes, visitas pediátricas, calendario de vacunación, prevención y tratamiento de accidentes, etc.

### Sesiones prácticas

Igual que las sesiones teóricas, se realizan en grupo y se aconseja la participación de los padres, consisten en:

- Preparación física para el embarazo y el parto. Son sesiones de ejer-

cicio físico con el objetivo de trabajar grupos musculares concretos (cuello, hombros, columna vertebral, abdominales, suelo pélvico...). La práctica de ejercicios de control muscular prepara el cuerpo para la actividad progresiva del parto. También se trabaja la higiene postural en el embarazo y fuera de él.

- Técnicas de respiración. La mujer aprende unos ejercicios respiratorios y valora cómo repercuten a ni-

vel corporal; debe participar activamente la pareja, ya que ello aumentará la sensación de control y resistencia de la situación en ambos.

- Técnicas de relajación. El conocimiento y dominio de alguna técnica de relajación es sumamente beneficioso durante el embarazo y el parto, ya que mediante estas técnicas la embarazada podrá reducir molestias, nerviosismo, tensión, cansancio y angustia, pudiendo controlar de manera más adecuada el dolor. Deben llevarse a cabo en un ambiente adecuado, con ropa cómoda, luz tenue y una temperatura adecuada; la utilización de una música suave es optativa. En definitiva, para la mujer embarazada, saber que puede respirar con sosiego y mantener el cuerpo relaja-

do en momentos de tensión le dará seguridad para afrontar la tensión, la ansiedad y las contracciones cuando llegue el momento del parto<sup>8</sup>.

## Bibliografía

1. Carrasco S, Iglesias M. Consulta Prenatal. En: Fabre E, Ed. Manual de asistencia al embarazo normal. Zaragoza: EbroLibro, 1993; 117-137.
2. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recomendaciones sobre suplementación con ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural. Inf Ter Sist Nac Salud. 2001; 25: 66-67.
3. American College of Obstetricians and Gynecologist. Neural Tube Defects (ACOG). Washington DC: ACOG Practice Bulletin, 2003; 44.
4. Morreale de Escobar, Escobar del Rey. El yodo durante la gestación, lactancia y primera infancia. Cantidades mínimas y máximas: de microgramos a gramos. Progr Diag Trat Prenat. 2005; 17(3): 111-117.
5. Cabero II. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. SEGO. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2003; 1.
6. Dirección general para la Salud Pública. Servicio de Salud infantil y de la Mujer. Consellería de Sanitat. Generalitat valenciana. Control Básico del Embarazo en la Comunidad valenciana. Manual para Profesionales Sanitarios, 2002
7. Moreno C. Cuidados de salud en el embarazo normal. En: Donat F Ed. Enfermería maternal y ginecológica. Barcelona: Editorial Masson, 2006; 227-247.
8. Endrino V, Pastrana JM, Rodríguez F. Embarazo, parto y puerperio. 2.ª Ed. Madrid: Formación continuada Logoss, 2005; 334.

---

¡Acceda a [www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com) para responder a las preguntas del test de evaluación!