

MANUAL PARA LA MATRONA

en **SEGURIDAD** para
la embarazada y el recién
nacido hasta los 28 días

caídas • accidentes • deportes • viajes

porteo • colecho • SMLS • chupete • baño • quemaduras...





F A M E
 FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES
 DE MATRONAS DE ESPAÑA

**Fundación
 MAPFRE**

MANUAL PARA LA MATRONA

en **SEGURIDAD** para
 la embarazada y el recién
 nacido hasta los 28 días

AUTORES:

Irene Agea Cano

M^a del Carmen Cáceres Tena

Fernando Camarero Rodríguez

M^a Jesús Domínguez Simón

Isabel Durand Rincón

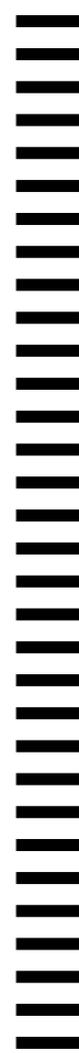
M^a José Fernández Cruz

David González Martínez

Paloma Martínez Serrano

Jesús Monclús González





ÍNDICE



ACCIDENTES Y CAÍDAS

- Prevención de accidentes y caídas 8
- Accidentes domésticos 10
- Ejercicio durante el embarazo 12
- Deportes de riesgo 14

VIAJES

- Embarazo y conducción segura 16
- Viajes en moto 19
- Embarazo y viajes en avión 20
- Como planificar un viaje 22



TRANSPORTAR AL BEBÉ CON SEGURIDAD

- Primer viaje del recién nacido y sistemas de retención infantil 24
- Porteo seguro 26

SEGURIDAD AL DORMIR

- Colecho seguro 32
- Síndrome de la muerte súbita del lactante 34

OTRAS RECOMENDACIONES

- Buen uso del chupete 38
- Caídas 41
- Baño 42
- Ropa 42
- Quemaduras 43
- Picaduras de insectos 44
- Golpe de calor 44



INTRODUCCIÓN

Este manual, elaborado por la FAME y Fundación MAPFRE, engloba los aspectos relacionados con la prevención de accidentes durante el embarazo y posparto. ¿Por qué es importante proporcionar a la mujer y su familia los elementos necesarios para la prevención de dichos accidentes?

Durante la gestación se producen una serie de modificaciones fisiológicas que hacen a la mujer gestante más susceptible a sufrir accidentes y lesiones. Las consecuencias de estos accidentes pueden afectar en mayor o menor medida al bienestar fetal. El puerperio y los primeros días de vida suponen, así mismo, períodos en los que es importante extremar las precauciones para evitar accidentes.

La matrona es la responsable de la salud e integridad de la mujer durante el embarazo y postparto, así como del recién nacido durante los primeros 28 días de vida. Por este motivo es fundamental que la matrona cuente con los conocimientos y materiales necesarios para transmitir la importancia de prevenir accidentes.

Por todo ello, queremos proporcionar a las matronas un material útil, práctico, de fácil manejo y basado en evidencia científica, para llevar a cabo la Educación para la Salud en materia de prevención de accidentes y lesiones durante el embarazo y posparto, así como en el recién nacido. Por otro lado, y no menos importante, este manual ha sido elaborado por matronas, lo que contribuye a incrementar el cuerpo propio de conocimientos de nuestra profesión.



ACCIDENTES Y CAÍDAS



PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y CAÍDAS

Muchos de los accidentes que sufre la mujer gestante ocurren en su domicilio y son similares a los de cualquier otra persona que no está en periodo de gestación, pero en el caso de la mujer embarazada, es importante poder evitarlos, ya que pueden afectar al curso de la gestación o pueden suponer problemas a la hora de programar o generar tratamientos adecuados (medicación durante el embarazo, posibilidad de determinadas técnicas de imagen, cirugías...).

Una de las causas más frecuentes de traumatismos en la embarazada son los accidentes de tráfico, seguido de agresiones, quemaduras y caídas.

La mayoría de las caídas que sufre la mujer embarazada tienen que ver con los cambios a nivel músculo esquelético y del desequilibrio o la inestabilidad que conllevan.



RECOMENDACIONES de la matrona ACCIDENTES Y CAÍDAS

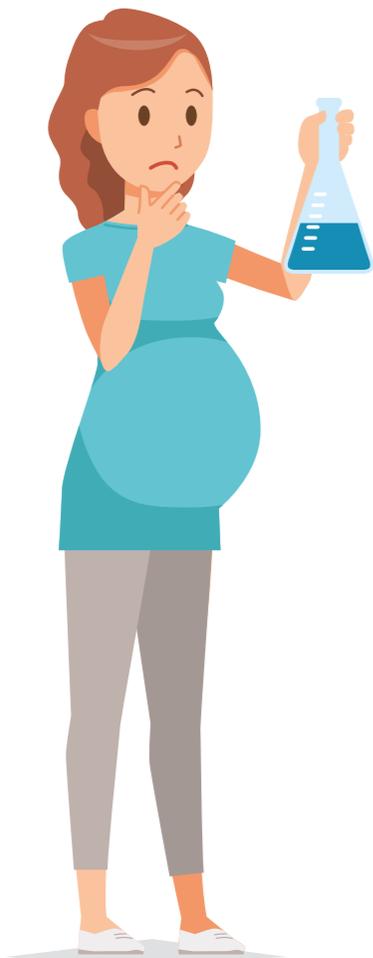
En su casa:

- Habitaciones y pasillos libres de objetos que puedan ocasionar caídas al tropezarse con ellos: cajas, cables, juguetes o cualquier objeto pequeño y con facilidad de desplazamiento.
- Barandillas adecuadas en balcones, duchas, bañeras y escaleras. Consistentes y bien sujetas. Agarrarse bien al subir y sobre todo al bajar escaleras, en especial si estas son de caracol.
- En caso de necesitar escalera para coger objetos situados en sitios altos, es preferible usar la escalera de tijera y evitar subirse a sillas o taburetes inestables.
- Retirar alfombras o poner un sistema antideslizante adecuado para evitar resbalones.
- Fijar bien cualquier mueble, sobre todo estanterías, espejos o cristales para evitar desprendimientos y que estos puedan ocasionar traumatismos o cortes.
- Evitar manipular circuitos eléctricos y aparatos en mal estado.

Fuera de casa:

- Usar zapatos cómodos y adecuados a cada terreno, ni planos ni altos, con adecuada sujeción y suela antideslizante. En verano procurar no usar sandalias tipo chanclas, no sujetan bien el pie, son más blandas y hay más peligro de tropezos y caídas.
- En días de lluvia procurar usar un calzado adecuado y andar por sitios seguros y no resbaladizos o mojados.
- Si viaja en coche, utilizar siempre que se pueda el cinturón de embarazada siguiendo las recomendaciones que se ofrecen más adelante en este manual. Si el viaje es largo, parar cada 2 horas a tomar aire, dar un paseo y tomar algo.
- Respetar las señales de tráfico como peatón. Usar los asientos reservados para embarazadas en los transportes públicos.
- Procurar caminar por calles con pavimento en buen estado y regular, bien iluminadas y con tránsito de gente, por si necesitamos ayuda y para que pueda ser fácil auxiliarnos.
- No cargar con bultos pesados o que impidan ver bien por donde se pisa ya que las lesiones por torceduras y malos apoyos suelen ser más habituales debido a la laxitud de los ligamentos durante este periodo.
- Planificar bien las tareas y recados que se van a realizar fuera de casa para evitar prisas e ir corriendo a los sitios, lo que genera fatiga y mayor riesgo de caídas.
- Evitar sitios con aglomeraciones de gente puesto que hay mayor riesgo de golpes y empujones.





ACCIDENTES DOMÉSTICOS

Los más habituales tienen que ver con las tareas rutinarias que se realizan cada día en el domicilio. Hay que asumir que determinadas tareas no van a poder ser realizadas como antes debido al estado de gestación, sobre todo en los tres últimos meses.

Las tareas más exigentes, que supongan mayor esfuerzo o riesgo para la salud física de la mujer embarazada deberán evitarse en la medida de lo posible o buscar ayuda de otras personas.

Dada la importancia de cualquier accidente, golpe o caída que puede sufrir la mujer durante el embarazo, **la atención médica debe ser inmediata**, multidisciplinar en muchos casos (médico AP, matrona, enfermera/o, ginecóloga/o y otras especialidades médicas) y debe valorarse siempre el bienestar materno-fetal mediante ecografía y RCTG según se considere.



RECOMENDACIONES de la matrona

ACCIDENTES DOMÉSTICOS

- A la hora de fregar suelos esperar a que estos estén completamente secos. Recoger cualquier líquido que haya podido derramarse lo antes posible. Ante suelos barnizados o encerados tener precaución.
- Hay productos de limpieza que tienen componentes muy fuertes, insecticidas, disolventes o pinturas que pueden ser inhalados y afectar al feto. Consultar siempre el etiquetado del producto o en su defecto al teléfono de ayuda a la embarazada (SITE) que ofrece la Fundación 1000 sobre defectos congénitos 918222436
- A la hora de colocar utensilios u otros objetos en estanterías, colocar los de uso frecuente y más pesados en las baldas más accesibles.
- A la hora de planchar coloca la plancha a la altura adecuada y que esta esté bien fijada. Adopta una postura correcta con un pie descansando sobre un pequeño taburete. Las lesiones relacionadas con la espalda son muy frecuentes.
- Evitar el manejo de líquidos y aceites muy calientes a la hora de cocinar y hacerlo en recipientes y cazuelas

adecuados. Precaución con el manejo de la olla a presión. Cuando la barriga sea ya prominente usar mejor los fuegos más alejados de nuestro cuerpo para evitar quemaduras y lesiones en la zona abdominal.

- En el cuarto de baño, los resbalones suelen ser la causa de la mayoría de accidentes. Hay que colocar alfombrillas correspondientes antideslizantes dentro y fuera de la ducha. Secarse bien y evitar andar con los pies mojados. Dejar toalla y ropa cerca y de fácil acceso. En el caso de tener la tensión baja evitar los baños o duchas prolongadas calientes y con humedad ambiental (vaho) ya que es más fácil marearse y caerse.
- Los cortes pueden ocurrir como a cualquier persona, pero en el caso de la embarazada es importante que cualquier objeto cortante o punzante que maneje esté limpio y no oxidado. Es aconsejable estar al día en el calendario vacunal.



EJERCICIO DURANTE EL EMBARAZO

El ejercicio físico en cualquier etapa de nuestra vida es uno de los pilares, junto con una dieta sana y equilibrada, para asegurarse una adecuada salud física y emocional. Es recomendable un ejercicio regular, al menos tres veces por semana, de corta duración y que no provoquen excesivo cansancio.

Debido a los cambios físicos y fisiológicos que ocurren durante la etapa de embarazo de la mujer, ésta debe adaptar su nivel e intensidad a las demandas de su nuevo estado, así como conocer los riesgos que puede o no asumir al realizar deportes y determinadas actividades deportivas.

Un ejercicio físico adecuado y controlado durante el embarazo asegura mayor bienestar para la madre y el desarrollo del feto, menos complicaciones durante el embarazo, parto y postparto en comparación con aquellas mujeres que no lo practican.

Es importante una correcta hidratación y ventilación apropiada para prevenir posibles efectos por el sobrecalentamiento corporal de la mujer embarazada.

La valoración individual de cada mujer para la práctica de ejercicio, así como una adecuada información desde

el inicio del embarazo es fundamental para adecuar un programa de ejercicio regular a cada mujer, teniendo en cuenta el tipo, la intensidad, la duración y la frecuencia del mismo.

Hay que saber que determinadas condiciones obstétricas podrían contraindicar la práctica de ejercicio en algún momento del embarazo. Es importante consultar siempre al profesional sanitario especializado

BENEFICIOS:

- Promueve un estilo de vida sano y activo.
- Favorece un adecuado equilibrio y coordinación corporal.
- Mejora el tono muscular para poder enfrentarse mejor al trabajo de parto y evita dolores musculares y ligamentosos durante el embarazo.
- Aumenta la sensación de bienestar físico y psicológico de la mujer evitando síntomas de ansiedad y depresión.
- Eliminación de líquidos evitando edemas.
- Control del aumento de peso.
- Ayuda al control de las cifras de glucemias.
- Mejora la digestión y evita el estreñimiento.
- El ejercicio físico reduce las complicaciones durante el embarazo y el parto.



RECOMENDACIONES de la matrona

EJERCICIO

- Durante la primera visita del embarazo realizar una adecuada anamnesis preguntando sobre hábitos físicos y tipo de ejercicio que hacía la mujer antes del embarazo. Tener en cuenta la historia médica y obstétrica para poder evaluar situaciones de riesgo o contraindicaciones de actividad física.
- Las mujeres que no han realizado ninguna actividad física previa, deberán empezar por rutinas fáciles y cómodas como andar o caminar de forma gradual en tiempo e intensidad 3-4 días a la semana.
- El límite de trabajo cardíaco durante el ejercicio físico en una mujer embarazada, no debe superar los 140 latidos/min. Aunque esto puede variar en función de la condición física de cada mujer. Resulta de utilidad un pulsómetro o pulsera de actividad.
- Realizar un pequeño calentamiento de unos 5 minutos y acabar la sesión de ejercicio con estiramientos y relajación. Esto evita posibles lesiones.
- El ejercicio físico no debería superar los 30-60 minutos y este debería realizarse en ambientes frescos y ventilados.
- En general se debe realizar ejercicio con una intensidad que permita hablar al mismo tiempo que se realiza.
- Mantener una correcta hidratación, bebiendo agua antes y después del ejercicio, aunque la mujer no tenga sed, para reponer la pérdida de líquidos debido al sudor.
- Evitar realizar ejercicio o deporte en ayunas. Es mejor comer un poco antes, y que sean alimentos ligeros.
- No realizar ejercicios de competición, con riesgo de caídas, golpes o impactos.
- No permanecer boca arriba mucho tiempo al realizar determinados ejercicios, sobre todo en el último trimestre.

EJERCICIOS RECOMENDADOS:

- ✿ Ejercicios aeróbicos como caminar, andar, nadar, baile suave y moderado de intensidad, remo, bicicleta estática y elíptica, estos últimos vigilando intensidad de la carga, que no sea alta.
- ✿ Programas de gimnasia conducida y controlada tanto en suelo como en agua.
- ✿ Pilates y yoga, siendo aconsejable que sean guiados por monitor especializado.
- ✿ Correr, solo en aquellas mujeres con entrenamiento previo, embarazos sin complicaciones y no más allá del segundo trimestre.



SITUACIONES EN LAS QUE ESTÁ DESAconsejado EL EJERCICIO:

- Amenaza de aborto.
- Sangrado vaginal.
- Placenta previa.
- Riesgo de parto prematuro.
- Rotura de membranas.
- Preeclamsia/HTA.
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Determinadas enfermedades maternas cardíacas, respiratorias o renales deberá consultar a su médico.

¿CUÁNDO DEBEMOS SUSPENDER EL EJERCICIO?:

- Sangrado vaginal.
- Pérdida de flujo o líquido vaginal.
- Contracciones uterinas regulares (6-8/horas).
- Movimiento fetal disminuido.
- Cefaleas fuertes y persistentes y/o trastornos visuales.
- Mareo, vértigo o debilidad.
- Hinchazón repentina de tobillos, manos o cara.
- Hinchazón, dolor o inflamación de la pantorrilla (descartar tromboflebitis).
- Dolor torácico, palpitaciones, cansancio excesivo.
- Dificultad para respirar.
- Aumento de la frecuencia cardíaca o de la tensión arterial una vez finalizado el ejercicio.
- Dolor abdominal, cadera, espalda o pubis.
- Aumento de peso insuficiente.

DEPORTES DE RIESGO

Hay que valorar siempre el tipo de deporte previo al estado de gestación y la intensidad a la que la mujer lo realizaba, para poder valorar la posibilidad de seguir realizándolo a menor intensidad o cesarlo.

En general, están desaconsejados cualquier actividad física que suponga riesgo de caídas, sobreesfuerzo muscular y/o articular, riesgo de lesiones abdominales, deportes de alto nivel de contacto corporal o que suponga peligro para la madre o el feto por sus condiciones extenuantes.

- Abdominales, salvo los que trabajan el músculo transverso, suaves y controlados, rectos superiores y oblicuos. No deben hacerse ejercicios como hacer las tijeras o bicicleta con las piernas, ya que pueden provocar contracciones y separar más los músculos rectos del abdomen (diástasis de rectos).
- Alpinismo/escalada/barranquismo.
- Atletismo de fondo.
- Ciclismo de carretera o montaña.
- Deportes de combate y artes marciales (karate, judo, boxeo, aikido, taekwondo...).
- Deportes de competición y contacto (futbol, tenis, padel, rugby, baloncesto...).



- Esquí acuático o en nieve.
- Equitación.
- Patinaje.
- Submarinismo y buceo (alto riesgo fetal por descompresión).
- Surf.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salud física, mental y ocupacional de la mujer embarazada. Gallo, M. Ed. Amolca 2013.
2. Guía de prevención de riesgos en el hogar. Junta de Andalucía. FACUA.
3. Manual básico de obstetricia y ginecología. Ed. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. 2017.
4. El ejercicio físico durante el embarazo. Barakat, R. Ed. Pearson. 2006.
5. Salud física, mental y ocupacional de la mujer embarazada (12). Colección de Medicina Fetal y Perinatal. Gallo, M. Ed. Amolca, 2013.
6. Ejercicio en el Embarazo. López Velasco, N. Ed. Lab. Italfarmaco. 2010.
7. Cuidados de salud durante el embarazo. Consejería de sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. 2011.
8. Guía de cuidados en el embarazo: consejos de su matrona. Dirección territorial de Ceuta. 2011.
9. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Pag. 262. 2014.
10. Ejercicio físico y deportes durante el embarazo. Ezcurdia, M. SEGO. Grupo de trabajo sobre asistencia al embarazo normal, Ca p. 11. 2001.
11. La actividad física durante el embarazo y su influencia durante el proceso de parto y en la recuperación posparto. Borreguero Cardeñosa, C. Revista REDUCA, serie matronas 4(5):1-42, 2012
12. "Que se puede esperar cuando se está esperando". Murkoff, H.; Eisenberg, A. Ed. Medici (2009)
13. "Embarazo semana a semana". Mc. Dougal, J. Ed Grijalbo Mondadori. 2002
14. "Nueve meses de espera". Dra. J. Ruiz vega. Ed. Temas de hoy. 2005
15. "Para una maternidad saludable. 9 meses para compartir". Comunidad de Madrid. 2012
16. <http://www.madrid.org/sumadepor-te/index.php/2016-02-19-07-17-00/informacion-y-recomendaciones/ejercicio-fisico-y-embarazo>.
17. "Exercise in pregnancy: Effect on fitness and obstetric outcomes. A randomized trial". Bradley B. Price, Saeid B. Amini, Kaelyn Kappeler. American College of Sports Medicine. 2012
18. "Aerobic exercise training during pregnancy reduces depressive symptoms in nulliparous women. A randomized trial". Angelo Fernando Robledo-Colonia, Natalia Sandoval-Restrepo, Yannier Ferley MosqueraValderrama, Celia Escobar-Hurtado and Robinson Ramírez-Vélez. Journal of Physiotherapy. 2012





Uso incorrecto

Uso correcto

Utilizar siempre cinturón de seguridad, tanto en asientos delanteros como traseros.

EMBARAZO Y CONDUCCIÓN SEGURA

La embarazada puede conducir sin problema durante la mayor parte del embarazo, pero debemos tener en cuenta que en caso de accidente son dos vidas las que corren riesgo.

En el **primer trimestre** el riesgo viene dado por la escasa cantidad del líquido amniótico, que más adelante supondrá un factor de protección.

Durante el final del segundo trimestre y todo el tercer trimestre el abdomen de la embarazada aumenta de forma considerable, lo cual puede entorpecer la conducción, ya que disminuye el espacio hasta el volante y se dificulta el correcto acceso a los pedales. Estas circunstancias pueden aumentar el riesgo si no tenemos en cuenta una serie de medidas de seguridad.

Debemos tener en cuenta que durante el embarazo se producen una serie de cambios fisiológicos que pueden alterar la capacidad de la gestante para conducir.

Los niveles de glucosa en sangre son más irregulares debido a una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, existiendo un mayor riesgo de hipoglucemias durante la conducción en las gestantes.

Debido al aumento del gasto cardíaco por una mayor volemia existe retención de líquidos, siendo ésta mayor en miembros inferiores, aunque aparece también en otros órganos. Como consecuencia la visión se encuentra alterada y los miembros más inflamados, lo cual va a influir directamente en el tiempo de reacción ante una circunstancia inesperada y en la facilidad de movimientos cuando la gestante conduce.

Se debe evitar la conducción brusca por pavimentos dificultosos.

Durante el tercer trimestre es conveniente viajar siempre acompañada.

En caso de no ser la conductora se recomienda viajar en los asientos traseros para mayor seguridad.

Se deberá descansar cada 1 o 2 horas a fin de prevenir calambres musculares y trombosis debido a hipercoagulabilidad durante la gestación. Ese descanso tendrá que durar, al menos, 10 minutos y la gestante caminará a fin de estimular la correcta circulación sanguínea.

Tras un parto normal es recomendable esperar tres semanas antes de empezar a conducir y seis semanas tras una cesárea.

Es obligatorio, pero sobre todo más seguro, utilizar siempre **cinturón de seguridad**, tanto en asientos delanteros como traseros. Diversos estudios han demostrado que en caso de accidente, la embarazada sin cinturón de segu-

ridad tiene cerca de un 3% más de riesgo de muerte del feto que aquella que lo lleva puesto.

El cinturón ha de estar correctamente colocado:

- La banda inferior ha de estar situada por debajo del vientre y justo por encima de los huesos de la pelvis.
- La banda superior debe estar situada entre las mamas, cruzando la clavícula, rodeando el abdomen y no sobre este. Tampoco debe colocarse bajo el brazo o la axila. Se debe evitar cualquier tipo de opresión sobre el vientre.
- No se deben utilizar dispositivos para mantener el cinturón holgado.
- La distancia entre el abdomen y el volante debe ser de al menos 20 cm. Si ésta es menor se recomienda evitar la conducción.

A la hora de planificar un viaje, la embarazada debe tener en cuenta los riesgos que supone la inmovilidad prolongada.

Los períodos largos de ayunas en la embarazada provocan hipoglucemias con frecuencia.

Es conveniente llevar agua, galletas y zumos para prevenir la deshidratación y la hipoglucemia, especialmente en viajes largos.

Dependiendo de la etapa del embarazo se sufrirán más o menos molestias debido al volumen abdominal, inflamación de los miembros inferiores y presencia de acidez gástrica.



CONSEJOS GENERALES

- El segundo trimestre es más seguro para viajar.
- Planificar descansos frecuentes durante la ruta.
- Ropa cómoda y holgada.
- Calzado adecuado.
- Llevar agua y tentempiés.
- Evitar bebidas gaseosas y comidas copiosas.
- Llevar protección solar.
- No olvidar la documentación del embarazo.
- Localizar los hospitales cercanos al lugar dónde nos desplazemos.

MAYOR RIESGO DE ACCIDENTE DEBIDO A:

- Alteraciones en la visión.
- Dificultad de acceso al volante y pedales por el aumento del volumen del abdomen.
- Riesgo de hipoglucemias.
- En caso de accidente sin uso del cinturón de seguridad mayor riesgo de pérdida del feto.



RECOMENDACIONES de la matrona

VIAJES EN COCHE

- Utilizar siempre el cinturón de seguridad, tanto en los asientos delanteros como traseros. Colocación correcta del cinturón de seguridad:
 - Banda superior: Por encima de la clavícula y entre las mamas. Nunca por debajo del brazo o en la axila.
 - Banda inferior: Por debajo del abdomen y sobre los huesos de la pelvis.
- No utilizar dispositivos que mantengan holgado el cinturón.
- Evitar opresión sobre el abdomen.
- El volante debe estar como mínimo a 20 cm del abdomen. Si esto no es posible se desaconseja la conducción.
- Evitar pavimentos irregulares y conducción brusca.
- A partir del tercer trimestre viajar acompañada.
- Descansar como mínimo cada 1 ó 2 horas y dar un paseo de 10 minutos.
- Hidratarse adecuadamente. Llevar galletas y zumos.
- Si no conduces procura viajar en los asientos traseros.
- Llevar siempre la documentación del embarazo.
- Acudir SIEMPRE a urgencias en caso de accidente.
- En caso de dudas consultar a su matrona.

VIAJES EN MOTO

La opinión de los expertos respecto a los viajes en moto es dispar. La embarazada no sufre mayor riesgo que una mujer no embarazada siempre y cuando no se produzca un accidente.

Pero es obvio que en caso de accidente el riesgo de pérdida fetal es extremadamente elevado. Los riesgos de rotura uterina, y desprendimiento prematuro de placenta por impacto directo en el abdomen son mucho mayores que cuando se viaja en un vehículo más protegido, por lo cual se recomienda informar adecuadamente a la mujer y desaconsejar los viajes en moto durante el embarazo.

Debemos tener en cuenta que, en caso de accidente, la mujer embarazada tiene unas connotaciones especiales debido a las modificaciones anatómicas y fisiológicas que sufre el cuerpo de la gestante. Todo ello conlleva un mayor riesgo de sufrir lesiones graves y complica la atención en caso de politraumatismo.

Durante el primer trimestre el abdomen no sería un impedimento para la conducción, pero el riesgo ante una caída seguiría siendo alto.

RIESGOS:

El riesgo de pérdida fetal en caso de caída es extremadamente elevado.

El riesgo para la gestante en caso de accidente puede tener consecuencias más comprometidas que en una mujer no gestante debido a las características especiales de la fisiología y anatomía de una embarazada.



RECOMENDACIONES de la matrona

VIAJES EN MOTO

- Durante el primer trimestre no hay contraindicaciones en embarazos de bajo riesgo.
- No se recomienda viajar en moto a partir del segundo trimestre.
- Llevar siempre la documentación del embarazo.
- Consultar siempre a su matrona.
- Acudir SIEMPRE a urgencias en caso de accidente.



EMBARAZO Y VIAJES EN AVIÓN

Para viajar en avión la embarazada deberá tener en cuenta una serie de recomendaciones que harán que su viaje sea más seguro y agradable.

El mayor riesgo está relacionado con la hipercoagulabilidad de la embarazada y la inmovilidad prolongada durante el vuelo, lo cual aumenta el riesgo de trombosis.

No se necesita ningún tipo de autorización o informe para viajar en avión antes de las 28 semanas, pero a partir de esta semana se necesita un certificado médico y firmar un documento que exime a la compañía de toda responsabilidad.

Aun así es conveniente que la embarazada se informe de la política de la compañía en la que va a volar, ya que cada una de ellas tiene una política diferente.

Hay que tener en cuenta que la Asociación de Transporte Aéreo Internacional (IATA) no recomienda volar a partir de la semana 36 (32 semanas en caso de embarazo múltiple).

LIMITACIONES DE LAS AEROLÍNEAS

AEROLÍNEA	FECHA DE GESTACIÓN LÍMITE	
	Embarazo simple	Embarazo múltiple
AEROLÍNEAS ARGENTINAS	Hasta parto inminente	Hasta parto inminente
AEROMÉXICO	38 semanas	38 semanas
AIR BERLÍN	36 semanas	36 semanas
AIR EUROPA	Sin límite	Sin límite
AIR FRANCE	Sin límite	Sin límite
ALITALIA	Sin límite	Sin límite
AMERICAN AIRLINES	Sin límite	Sin límite
AVIANCA	40 semanas	40 semanas
BRITISH AIRWAYS	36 semanas	32 semanas
DELTA AIRLINES	Sin límite	Sin límite
EASYJET	36 semanas	32 semanas
IBERIA	36 semanas	32 semanas
LATAM AIRLINES	37 semanas	37 semanas
LUFTANSA	Sin límite	28 semanas
RYANAIR	36 semanas	32 semanas
VOLOTEA	36 semanas	36 semanas
VUELING	36 semanas	36 semanas



RIESGOS:

El riesgo de trombosis es mayor en la gestante.

Dependiendo de la compañía aérea se deberá cumplir con una serie de requisitos antes de acceder al vuelo.



RECOMENDACIONES de la matrona

VIAJES EN AVIÓN

La gestante deberá tener ciertas precauciones durante el vuelo:

- Moverse, levantarse y masajear las piernas como mínimo cada hora.
- Elegir ropa cómoda y holgada para el vuelo.
- Beber agua y llevar algo de picar.
- Colocar el cinturón del asiento debajo del abdomen.
- Después de la semana 28 solicitar un certificado a su médico o matrona.
- Viajar siempre con toda la documentación de su embarazo.



COMO PLANIFICAR UN VIAJE

La embarazada debe planificar adecuadamente los viajes largos a fin de evitar riesgos y asegurarse un viaje confortable y sin sobresaltos.

Debe tener en cuenta la ruta a seguir, planificando descansos frecuentes (cada 1 ó 2 horas aproximadamente) que le permitan salir del vehículo y caminar unos 10 minutos.

La ropa para el viaje debe ser cómoda y holgada, que no presione el abdomen ni las articulaciones.

El calzado debe de ser adecuado, que sujete el pie suficientemente para evitar caídas y resbalones.

Es importante llevar agua y tentempiés para evitar largas horas de ayuno e hidratarse adecuadamente.

Evitar comidas copiosas y bebidas gaseosas que le harán sentir incómoda durante el viaje.

No se debe olvidar añadir a la maleta protección solar y la documentación del embarazo.

Por último es conveniente localizar los hospitales cercanos al lugar dónde se desplace y aquellos que pueda necesitar durante la ruta.

Es recomendable recordar que el segundo trimestre de embarazo es el ideal para viajar ya que en el tercer trimestre el volumen del abdomen y la retención de líquidos provoca muchas molestias a la gestante.

RIESGOS:

A la hora de planificar un viaje la embarazada debe tener en cuenta los riesgos que supone la inmovilidad prolongada.

Los períodos largos de ayunas en la embarazada provocan hipoglucemias con frecuencia.

Dependiendo de la etapa del embarazo sufrirá más o menos molestias debido al volumen abdominal, inflamación de los miembros inferiores y presencia de acidez gástrica.



RECOMENDACIONES de la matrona

PLANIFICAR UN VIAJE

- El segundo trimestre es el ideal para viajar.
- Planificar descansos frecuentes durante la ruta.
- Ropa cómoda y holgada.
- Calzado adecuado.
- Llevar agua y tentempiés.
- Evitar bebidas gaseosas y comidas copiosas.
- Llevar protección solar.
- No olvidar la documentación del embarazo.
- Localizar los hospitales cercanos al lugar dónde nos desplazemos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bebés y viajes seguros en el coche. Fundación MAPFRE 2017. Disponible en: https://sillasdecoche.fundacionmapfre.org/infantiles/images/BEBES-Y-NINOS-SEGUROS-EN-EL-COCHE_tcm725-222841.pdf
2. Dirección General de Tráfico. Reglamento General de Circulación 2016.
3. Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Cinturón de seguridad, sistemas de retención infantil.
4. BOE. Núm. 171, sábado 18 de julio de 2015 Sec. I. Pág. 59887.
5. Revista dgt. es. Núm 144. Salud Vial.
6. Dirección General de Tráfico. Reglamento General de Circulación 2016.
7. Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Cinturón de seguridad, sistemas de retención infantil.
8. Dirección General de Tráfico. Reglamento General de Circulación 2016.
9. Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Cinturón de seguridad, sistemas de retención infantil.
10. <https://www.iata.org/Pages/default.aspx>
10. Embarazo y conducción. Fundación MAPFRE. https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/programas/seguridad-vial/medicos/sabias-que/embarazo-conduccion.jsp



TRANSPORTAR AL BEBÉ CON SEGURIDAD

PRIMER VIAJE DEL RECIÉN NACIDO Y SISTEMAS DE RETENCIÓN INFANTIL

El bebé debe viajar protegido mediante el uso de un sistema de retención infantil desde su primer viaje de la maternidad a casa. La familia debe planificar, por tanto, con antelación dicho viaje y asegurarse de disponer de una sillita para bebés y de saber cómo instalarla, familiarizándose y practicando dicha instalación.

Bajo ningún concepto se debe viajar con bebés en brazos. En caso de accidente sólo habría dos opciones: o el bebé saldría proyectado y se golpearía contra el vehículo o la calzada o, como alternativa, sería aplastado por la persona que le llevara en brazos.

Un aspecto fundamental es que los bebés recién nacidos y, en general, hasta que no cumplan 15 meses y pesen más de 10 kg no pueden viajar mirando hacia delante. En caso de frenazo o colisión frontal (la más peligrosa), y debido al mayor tamaño relativo de la cabeza de los bebés y que su cuello es más débil, podrían sufrir gravísimas lesiones. Viajar hacia atrás es más seguro también para todos los niños menores de 3-4 años de edad.



Las sillitas para bebés o portabebés se sujetan al coche bien mediante el cinturón de seguridad del vehículo, o bien con el sistema ISOFIX (en el caso de que tanto la sillita como el vehículo dispongan de dicho sistema). El sistema ISOFIX facilita notablemente la tarea de instalar el portabebés o la sillita en el vehículo, aumentando así la eficacia del sistema.



Sillas homologadas por la normativa R44

Grupo	Peso	Edad aproximada
Grupo 0	Hasta 10 kg	Hasta aprox. los 9 meses y casos especiales
Grupo 0+	Hasta 13 kg	Hasta aprox. los 15 meses
Grupo I	De 9 a 18 kg	Desde los 12 meses hasta los 3 o 4 años aprox.
Grupo II	De 15 a 25 kg	Aproximadamente, desde los 3 hasta los 7 años
Grupo III	De 22 a 36 kg	Aproximadamente, desde los 6 hasta los 12 años

Sillas homologadas por la normativa R129

Estatura	Edad aproximada
Hasta 60 cm	Únicamente casos especiales
Hasta 75 cm	Hasta aprox. los 15 meses
Hasta 105 cm	Desde los 12 meses hasta los 3 o 4 años aprox.
Más de 105 cm	Más de 4 años de edad aprox.



RECOMENDACIONES de la matrona

PRIMER VIAJE DEL RECIÉN NACIDO

- Los bebés deben viajar siempre en portabebés de seguridad mirando hacia atrás o en capazos igualmente homologados instalados a lo largo del asiento trasero.
- En el caso de los portabebés en los que el niño o la niña mira hacia atrás, la inclinación del asiento es muy importante: el bebé no debe viajar demasiado erguido (la cabeza podría caer hacia el esternón) ni demasiado tumbado (el portabebé no le protegería de modo óptimo). Una posición intermedia entre la horizontal y la vertical es lo aconsejable, aunque siempre resulta imprescindible consultar el manual de instrucciones de la sillita.
- Nunca debe instalarse un asiento de este tipo frente a un airbag frontal, excepto si este ha sido desactivado. La apertura del airbag es tan violenta que lanzaría la silla y a su frágil ocupante hacia atrás a una velocidad extremadamente alta.
- Si se usan los capazos homologados para su uso en el coche, el bebé viaja acostado. Por lo general, solo se aconseja el uso de este tipo de capazos en caso de niños y niñas con necesidades especiales y siempre por recomendación de un profesional de la salud.

PORTEO SEGURO

En el ámbito de la crianza, se utiliza el término portear para indicar la práctica de llevar cerca (pegado al cuerpo) a un bebé con la intención de desplazarse de forma conjunta.

Portear al bebé permite realizar contacto piel con piel que aporta los siguientes beneficios:

Favorece la lactancia materna por el acceso inmediato al pecho materno, facilita la adaptación del recién nacido al medio, la regulación de su frecuencia cardíaca, su temperatura corporal y reduce el llanto. Favorece la conciliación del sueño del bebé, siendo de mayor duración y calidad. El bebé oye los latidos del corazón materno y su voz, respiración, etc. reduciendo el estrés y favoreciendo un estado de relajación y correcta oxigenación. Genera sentimientos de confianza en el bebé, lo que favorece el establecimiento del vínculo afectivo y su integración familiar (padres adoptivos), contribuyendo al proceso de socialización.

Con el porteo además, se alivia el reflujo gastroesofágico, se facilita la expulsión de gases y el movimiento intestinal. Al moverse:

- Se estimula el desarrollo de conexiones neuronales y la maduración del sistema vestibular (equilibrio).
- Proporciona una mayor tolerancia al dolor.
- Disminuye el estrés, optimiza el funcionamiento de las defensas y previene la plagiocefalia postural o deformación de la cabeza.
- Aumenta la autoestima materna y reduce la depresión postparto.
- Se integra al padre en la crianza, al ser una práctica que puede llevar a cabo.
- Mejora la accesibilidad a los espacios donde el carrito no llega.
- Proporciona autonomía al porteador para desplazarse y realizar otras tareas.
- Los bebés aprenden a distinguir situaciones peligrosas, interpretando las señales que le transmite su madre.

¿CÓMO PORTEAR CORRECTAMENTE?:

A

AJUSTADO

Firme, no apretado. Ajustar al bebé bien pegado al cuerpo del porteador (bebé y porteador se mueven en "bloque").

B

BESADO

Altura que pueda ser besado por su madre. La altura del bebé sería aquella desde la que la madre pudiera dar un beso a la cabecita.

E

EXAMINADO

Debe estar a la vista del porteador en todo momento.

D

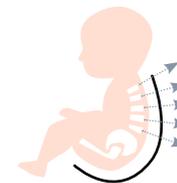
CARA LADEADA

Cara de lado, la barbilla del bebé debe estar apartada de pecho de la madre.

C

ESPALDA CURVADA

La espalda del recién nacido tiene forma de "C", la posición del bebé será con su **barriguita pegada a nuestro cuerpo**. NUNCA apoyar la espalda para no forzar el estiramiento de la columna.



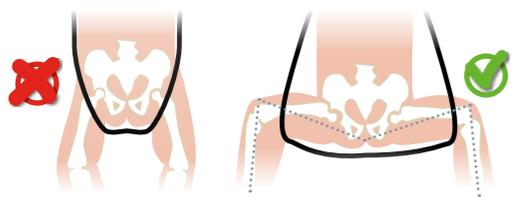
Aunque el porteo puede ser realizado por cualquier persona, se hace más referencia a la madre, ya que suele ser la persona que portea con mayor frecuencia, sobre todo las primeras semanas de vida.

POSICIÓN

La posición del bebé respecto al porteador puede ser: de frente, a la espalda o a horcajadas sobre las caderas del porteador, pero siempre con la barriguita del bebé en contacto con la persona que lo porta.

La mejor posición para portear a bebés más grandes es a horcajadas, mirando hacia adentro, en posición vertical, sosteniendo especialmente la parte superior de la espalda.

Las **piernas deben estar flexionadas como una ranita, formando una "M"** (rodillas más altas que el culete). El asiento del portabebé debe cubrir las nalgas del bebé y llegar desde la parte posterior de una rodilla hasta la otra, dejando libres las piernas desde la rodilla, que colgarán verticalmente y podrá moverse.



SEGURIDAD

- Información adecuada: su matrona le puede informar y adiestrar en los distintos sistemas de porteo.
- Elegir los portabebés fabricados con materiales naturales, flexibles y transpirables: tipo de tela (algodón, fibras naturales).
- Debe permitir supervisar continuamente al bebé. No cubrir la cabeza ni la cara del bebé con tela.
- Mantener la cabecita ladeada para no ocluir las vías respiratorias, su mejilla contra el pecho de la madre, la cabeza ligeramente extendida y el cuello bien apoyado.
- El sistema de porteo debe ser firme, sujeto a la madre, pero no excesivamente apretado.
- Debe ser cómodo para la madre: reparto del peso del bebé en caderas (no en zona lumbar), pegado al cuerpo de la madre, situarlo a la altura media entre tórax y abdomen materno.
- Al inclinarse o agacharse, doblar la rodillas y sujetar al bebé con los brazos.
- Precaución especial en bebés prematuros, bajo peso al nacer, con problemas de salud o problemas respiratorios (como un resfriado) y bebés con bajo tono muscular.

La seguridad del porteo puede verse comprometida si no se realiza correctamente, por lo que se recomienda

EVITAR:

- Bebé: Espalda curva con la barbilla apoyada en el pecho.
- Tener la cara presionada contra la tela del fular o contra el cuerpo de la madre, para no restringir la vía aérea del bebé.
- Llevar al bebé apoyado sobre sus genitales, con las piernas rectas colgando para no restringir la vía aérea del bebé.
- Los sistemas tipo bolsa que se describen como "útero" o "capullo", colocan al bebé en posición fetal tumbados, con la espalda curvada hacia delante a nivel del cuello (tráquea) y pueden bloquear las vías respiratorias y es potencialmente muy peligroso.
- Llevar al bebé en posición de cuna además dificulta el correcto desarrollo de la cadera.
- Si se usa la posición tumbada para amamantarlo, se recomienda colocar en posición vertical inmediatamente después.
- Evitar adornos y/o partes metálicas que puedan lesionar al bebé o que se puedan desprender.
- Los porteadores no deben abrocharse la cremallera de sus abrigos alrededor de un bebé mientras es portado. Para proteger del frío, usar ropa de abrigo para el bebé y/o cobertores de porteo.
- No abrigar demasiado al bebé y no usar portabebé en circunstancias de mucho calor.
- No hacer movimientos bruscos como saltar o correr porque puede producir daño en el cuello, columna y/o cerebro del bebé.
- No usar portabebés mientras se conduce algún automóvil o bicicleta.
- Extremar precauciones para evitar caídas del porteador. No realizar tareas peligrosas mientras se porta.
- No usar un portabebé que no se encuentre en perfecto estado.





TIPO PORTABEBÉ	MOCHILA ERGONÓMICA	MEI TAI	FULAR	BANDOLERA DE ANILLAS	POUCH. FULAR TIPO BOLSA
EDAD/KG	0 meses hasta 15-20Kg	0 meses hasta 3 años Ideal a partir de 5-6 meses	Elástico: 0 meses/ bebés menor peso No elástico: bebés mayores	0 meses en adelante	0 meses en adelante
POSICIÓN	De frente, a la espalda y a la cadera	De frente, a la espalda y a la cadera	Tumbado (sólo amamantando), de frente, a la espalda y a la cadera	Tumbado (sólo amamantando), de frente, a la espalda y a la cadera	Tumbado (sólo amamantando), de frente, a la espalda y a la cadera
USO	Trayectos largos, tareas en casa, paseos	Trayectos largos, tareas en casa, paseos	Tareas en casa, paseos, amamantar	Tareas en casa, paseos, amamantar	Trayectos cortos o usos breves, amamantar
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> • Reparto del peso uniforme • Fácil uso • Niños que caminan suben y bajan fácilmente • Capucha para sostener la cabeza • Mejor aceptado por la figura paterna 	<ul style="list-style-type: none"> • Reparto del peso uniforme • Mejor aceptado por la figura paterna 	<ul style="list-style-type: none"> • Reparto del peso uniforme • Buena sujeción • Se adapta al crecimiento del bebé • Favorece la lactancia materna • Con anillas se transforma en bandolera 	<ul style="list-style-type: none"> • Sujeción firme y reparto del peso uniforme • Se adapta a porteador y bebé con anillas • Favorece la lactancia materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Poco espacio de almacenaje • Se pone y se quita con rapidez y facilidad
INCONVENIENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta 5-6 meses requiere adaptadores 	<ul style="list-style-type: none"> • No buena sujeción de la cabeza • Base ancha, debe llevar sus piernas en M, dentro de la tela (no es lo ideal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Precisa práctica • Si la tela es muy larga, colocación y realización de nudos más difícil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Precisa práctica • El peso recae en caderas y sólo un hombro, más cansado en niños mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se ajusta la tela • Cambio de talla conforme crece el bebé • No buena sujeción de la cabeza (hasta 6 m)

BIBLIOGRAFÍA

1. Bebés y viajes seguros en el coche. Fundación MAPFRE 2017. Disponible en: https://silasdecoche.fundacionmapfre.org/infantiles/images/BEBES-Y-NINOS-SEGUROS-EN-EL-COCHES_tcm725-222841.pdf
2. Midwifery News 2013 March 26-27. [Acceso el 27 de Julio de 2018]. Disponible en: <https://www.midwife.org.nz>
3. Barr RG, Bakeman R, Konner M. et al. Crying in Kung infants: a test of the cultural specificity hypothesis. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1991;33:601-610.
4. TheBabyWearer.com. Página web: <http://the-babywearer.com/>
5. The sling pages. Página web: <https://slingpages.slinginglondon.co.uk>
6. Babywearing International. Página web: <http://babywearinginternational.org/>
7. Blois M. Babywearing. The Benefits and Beauty of This Ancient Tradition. Pharmasoft Publishing, 2005 Texas, USA.
8. Consumer NZ. Making Decision easy. 2010. [Acceso el 30 de Julio 2018]. Disponible en: <http://www.consumer.org.nz/news/view/baby-sling-warning>
9. International Hip Dysplasia Institute (IHDI). [Acceso el 15 de Julio de 2018]. Disponible en: <http://www.hipdysplasia.org/developmental-dysplasia-of-the-hip/prevention/baby-carriers-seats-and-other-equipment/>
10. Kirkilionis E. Carrying babies facing away from the parents body – is this truly positive for baby? In *Mothering Magazine*, July/August 2006. 136.
11. VanHout IC. Beloved Burden. Babywearing around the world. Amsterdam: Royal Tropical Institute. 1993. [Acceso el 20 de Julio de 2018]. Disponible en: <http://dunedinbabywearinglibrary.wordpress.com/>
12. Health Promotion Guideline 1: Safe Sleep Environment Guideline for Infants 0 to 12 Months of Age. Perinatal Services BC, Vancouver, Canadá 2011. [Acceso el 28 de Julio de 2018]. Disponible en: <https://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/HealthPromotion/SafeSleepGuideline.pdf>
13. Herrera A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index Enferm [Internet]*. 2013 Jun; 22(1-2):79-82.
14. Guía para elegir un portabebé. Red Canguro. Documento electrónico. [Acceso el 26 de Julio de 2018]. Disponible en: <https://redcanguro.wordpress.com/2008/07/16/guia-para-elegir-un-portabebes/>
15. Merlo Longhi ME. Porteo. *Medicina Naturista*, 2014; 8(2):37-40.
16. Smart J. Carry on baby. *The Royal College of Midwives* 2015. [Acceso el 29 de Julio de 2018]. Disponible en: <https://www.rcm.org.uk>
16. Addison S. Babywearing. *Safety and Education. International Journal of Childbirth Education* June 2010;25(2):16-17.

SEGURIDAD AL DORMIR

COLECHO SEGURO

Se define colecho a la circunstancia en la cual el niño duerme en la misma cama junto a su madre u otros miembros de la familia, todas las noches, durante al menos, cuatro horas.

El colecho se ha practicado desde hace miles de años y se ha mantenido en muchas culturas. Ha ayudado a los recién nacidos a sobrevivir proporcionándoles calor, alimento, seguridad y creando un vínculo con sus progenitores para que no fueran abandonados. Es a partir del siglo XX cuando los recién nacidos son separados de sus madres con el traslado del parto, de la casa a los hospitales, en la mayoría de países industrializados.

En inglés nos podemos encontrar más palabras definiendo varias situaciones de comportamientos para dormir. Co-sleeping: que hace referencia a que un adulto y un bebe duermen juntos en cualquier superficie como una cama,

silla o sofá en algunos estudios lo consideran un término confuso, Bed-sharing: que hace referencia a compartir una cama con uno o ambos padres estando él bebe y los padres dormidos (se asemeja a nuestro "colecho") y sofa-sharing: cuando comparten un sofá.

El lugar más seguro para que el recién nacido duerma durante los 6 primeros meses, es en una cuna en la habitación de los padres. A pesar de ello muchos padres deciden hacer colecho con sus hijos. Las guías de práctica clínica sugieren que el colecho es seguro tanto en la planta de maternidad como en casa, siguiendo unas normas sencillas y que es una práctica que fomenta la lactancia materna, que es a su vez factor protector del Síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL). En países asiáticos como Japón o Hong-Kong, en donde el colecho es una práctica cultural incorporada, es donde se observa la incidencia más baja del SMSL.

Sí que parece que hay consenso en cuanto a las madres que amamantan y no presentan otros factores de riesgo, de que el colecho es beneficioso tanto para iniciar como para mantener la lactancia materna que a su vez es protectora del SMSL y una vez informados los padres de las condiciones seguras para practicar el colecho.

Se deben tener en cuenta los valores y preferencias de las madres que amamantan, sus dudas y preocupaciones cuando se aborda el tema del colecho en el hogar.

El colecho ES SEGURO si se cumple lo siguiente:

1. El lactante nació a término y sin problemas graves de salud.
2. El lactante es amamantado en exclusiva y a demanda (la lactancia artificial aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante).
3. Ninguno de los adultos que va a compartir cama con el lactante fuma (aunque no lo haga en presencia del mismo).
4. Ninguno de los progenitores que va a compartir cama con el lactante ha consumido alguna bebida alcohólica, drogas o medicamentos que provoquen un sueño más profundo del habitual.
5. Ninguno de los progenitores que va a compartir la cama con el lactante sufre obesidad mórbida.
6. Todos los adultos que duermen en la cama saben que el lactante comparte la cama con ellos.
7. El lactante duerme siempre acostado en decúbito supino (boca arriba). Dormir en decúbito prono o lateral aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante.
8. El lactante duerme con ropa ligera y la temperatura de la habitación no es superior a 20°C.
9. La cabeza del lactante no está tapada.
10. La superficie para dormir es firme y no hay en ella:
 - Edredones pesados tipo patchwork, mantas eléctricas, almohadones, peluches, cordones y otros elementos que puedan impedir respirar al lactante en algún momento durante la noche.
 - Espacios por donde el lactante pueda caer o quedar atrapado.

Fuente: Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017.



RECOMENDACIONES de la matrona

COLECHO SEGURO

La matrona debería, en todas las consultas prenatales y postparto, informar a los padres, aunque no hayan planificado practicar colecho con sus bebés, de las condiciones que favorecen un colecho seguro. La matrona debería también apoyar a aquellas madres que amamantan y sin riesgo en su decisión de practicar el colecho seguro.

La matrona debería recomendar NO hacer colecho si no se cumplen esas condiciones, advirtiéndoles de que es peligroso dormir en sofás, sillas y/o si han consumido medicamentos y/o alcohol o si los padres son fumadores. Solo evitando esto, las muertes asociadas al colecho y SMSL se reducirían en un 90% según un estudio en el sudoeste de Inglaterra. Tampoco se debe practicar colecho con los recién nacidos pretérmino.

Se debe informar a los padres que presenten factores de riesgo, que existen artículos de puericultura como las cunas sidecar homologadas, que además de facilitar la lactancia materna, favorecen un colecho seguro y no interfieren en las tomas. También se puede practicar la "co-habitación" o "room-sharing" con la cuna del bebé donde duermen los padres.

SINDROME DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (SMSL)

El síndrome de la muerte súbita del lactante se define como la muerte súbita de un lactante de menos de un año, cuya causa permanece inexplicada después de una minuciosa investigación del caso que incluya autopsia completa, examen del lugar de fallecimiento y revisión de la historia clínica.

Uno de los periodos en la vida en los que se centra la mayor incidencia de muerte súbita es en los primeros 6 meses de edad y existe un predominio en varones.

La incidencia de muerte en lactantes por SMSL en la mayoría de países industrializados de la Unión Europea varía entre 0,2 - 0,5 por 1.000 nacidos vivos, en España la incidencia no está bien establecida, se carece de estudios epidemiológicos de buena calidad metodológica que aporten cifras fiables y permitan su comparación con el resto de Europa.

Hay una serie de factores que aumentan o disminuyen el riesgo de que se desencadene este fatal desenlace.

FACTORES DE RIESGO

Factores maternos

- Hábito de fumar en la madre.
- Edad de la madre (menor de 20 años).
- Consumo de drogas durante la gestación (incluido alcohol).
- Complicaciones durante la gestación y/o en el parto: anemia, desprendimiento precoz de placenta y otros.

Factores dependientes del niño

- Prematuridad y bajo peso al nacimiento.
- Ser hermano de una víctima de SMSI.
- Provenir de gestación múltiple: gemelaridad.
- Antecedente de apnea.

Factores ambientales

- Posición prona (o de lado) durante el sueño.
- Ambiente que rodea al sueño: dormir sobre superficie blanda, colecho y otros.

SMSI: síndrome de la muerte súbita infantil.

FACTORES PROTECTORES

- Lactancia materna.
- Vacunación.
- Compartir habitación con el niño, pero no la cama.
- Temperatura adecuada de la habitación y correctamente aireada.
- Uso de chupete.

Fuente: Libro blanco de la muerte súbita infantil. 3ª Edición.



RECOMENDACIONES de la matrona

SMSL

Posición de decúbito supino al dormir (evitar la posición prono hasta los 6 meses de edad). Es el principal factor de riesgo modificable. Solo se aconsejaría decúbito prono en caso de una indicación médica específica como un reflujo gastroesofágico grave, malformaciones craneofaciales de la vía aérea superior. El decúbito lateral tampoco se considera seguro.

Esta medida tan efectiva para reducir el SMSL ha aumentado la incidencia de plagiocefalia (deformación causada por la presión constante en un área del cráneo, generalmente el occipucio). La matrona debe dar recomendaciones para prevenirla dando consejos como:

- Animar a poner al lactante boca abajo cuando esté despierto y sea vigilado y así también sirve para estimular el desarrollo motor.
- Animar a coger al lactante erguido en vez de que pase mucho tiempo en los portabebés o hamacas.
- Cambiar la posición de la cabeza del lactante cuando esté dormido (cada semana hacia un lado).
- Especial cuidado si el lactante tiene lesiones neurológicas o retraso del desarrollo psicomotor.

Las campañas para evitar el decúbito prono durante el sueño en los lactantes producen una disminución del 30 al 50% en la tasa de mortalidad por SMSL en todos los países donde se ha conseguido disminuir drásticamente la prevalencia de esta postura.

Promoción de la lactancia materna exclusiva, y debería extenderse según las recomendaciones de la OMS hasta los 6 meses, dado que hay una alta incidencia según los estudios de SMSL en este tramo de edad. No ser alimentado con lactancia materna puede ser un factor de riesgo.

No fumar en la gestación ni tras el nacimiento y desaconsejar el tabaquismo en el domicilio.

Evitar el uso de alcohol y drogas durante el embarazo y después del nacimiento.

Dormir en una superficie firme (cuna o cuna side-car) en la misma habitación que los padres co-habitación o "room-sharing" durante los 6 primeros meses es un factor protector del SMSL.

Considerar un chupete a la hora de la siesta y a la hora

de acostarse. Recordar que, en aquellos recién nacidos alimentados con pecho, debe estar bien establecida la lactancia materna (en torno al mes) antes de introducir el chupete.

Control perinatal a la mujer y lactante.

Evitar objetos blandos como peluches, mantas, edredones, colchas sueltas en la cama, el colchón debe estar ajustado para evitar atrapamientos.

Evitar el exceso de calor, controlar la temperatura de la habitación donde va a dormir el lactante (20-22°C) y cabeza descubierta del lactante al dormir.

Cumplir el calendario de vacunación.

Si los padres desean realizar colecho asegurarse que practican el **colecho seguro**.

No usar monitores cardiorrespiratorios a nivel domiciliario como estrategia para reducir el riesgo de SMSL.

Difundir las campañas nacionales para reducir los riesgos de SMSL, incluyendo una mayor atención a un ambiente seguro para dormir y a las maneras de reducir los riesgos de todas las muertes infantiles relacionadas con el sueño, como el SMSL, la asfixia y otras muertes accidentales. Pediatras, médicos de familia y todo el personal sanitario deben participar activamente en esta campaña.

Cunas, moisés y demás objetos de sueño deben **cumplir la normativa estándar**.

La matrona y otros profesionales de la salud en contacto con madres gestantes y recién nacidos, debería dar información basada en la mejor evidencia disponible, para promover un ambiente seguro para dormir y reducir así el riesgo de SMSL.

El primer paso sería informarse, a través de las consultas antenatales, de cómo cada pareja planea la crianza de su bebe y aprovechar todas las consultas sucesivas para dar los consejos adecuados, que ayudarán a que él bebe duerma en un ambiente seguro, creando así una conciencia y asegurándose que los padres tomaran decisiones informadas.

No debemos olvidar ser respetuosos con las decisiones de los padres ante la crianza de sus hijos, tanto en el tipo de alimentación como en las costumbres de dormir, y no debemos olvidar las diferentes culturas que nos rodean.

Tanto el tipo de alimentación como el colecho no seguro, suponen un factor de riesgo para el SMSL, pero no hay evidencia fuerte suficiente que lo corrobore, por tanto, si los padres aún teniendo la información lo deciden así, les deberemos ayudar con recomendaciones adecuadas para que estas prácticas sean más seguras.

BIBLIOGRAFÍA

- maternidadSaludCiencia.pdf. [citado 29 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>
- The Evidence for Skin to Skin Care after a Cesarean. [citado 20 de julio de 2018]. Disponible en: <https://evidencebasedbirth.com/the-evidence-for-skin-to-skin-care-after-a-cesarean/>
- Jenik - Colecho y síndrome de muerte súbita del lactante .pdf. [citado 9 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.sids.org.ar/pdf/228.pdf>. Colecho y síndrome de muerte súbita del lactante: una relación conflictiva.
- Colecho en el hogar, lactancia materna y muerte súbita del lactante. Recomendaciones para los profesionales de la salud. Archivos Argentinos de Pediatría. Octubre 2017 [citado 3 de julio de 2018];115(5). Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2017/v115n5a33s.pdf>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Postnatal care up to 8 weeks after birth. July 2006 (actualizado en Enero de 2017). [citado 28 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG37>
- Co-sleeping guide for health professionals. The Baby Friendly Initiative. Baby Friendly Initiative. [citado 19 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/sleep-and-night-time-resources/co-sleeping-and/sids/>
- Moon, RY. Task force on sudden infant death syndrome. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. Pediatrics. 2016;138(5).
- Blair PS, Sidebotham P, Pease A, Fleming PJ. Bed-Sharing in the Absence of Hazardous Circumstances: Is There a Risk of Sudden Infant Death Syndrome? An Analysis from Two Case-Control Studies Conducted in the UK. PLoS One [Internet]. Septiembre 2014 [citado 3 de julio de 2018];9(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4169572/>
- Landa Rivera L, Díaz-Gómez M, Gómez Papi A, Paricio Talayero JM, Pallás Alonso C, Hernández Aguilar MT, et al. El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante: Dormir con los padres. Pediatría Atención Primaria. Marzo 2012;14(53):53-60.
- previnfad_smsl.pdf. [citado 29 de abril de 2018]. Disponible en: http://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad_smsl.pdf
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Gaw CE, Chounthirath T, Midgett J, Quinlan K, Smith GA. Types of Objects in the Sleep Environment Associated With Infant Suffocation and Strangulation. Acad Pediatr. December 2017;17(8):893-901.
- McIntosh CG, Tonkin SL, Gunn AJ. Randomized controlled trial of a car safety seat insert to reduce hypoxia in term infants. Pediatrics. August 2013;132(2):326-31.
- Norma UNE. [citado 20 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.aenor.com/normas-y-libros/buscador-de-normas/UNE?c=N0059631>
- cuidadosDesdeNacimiento.pdf. [citado 19 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
- Beckwith JB. Defining the sudden infant death syndrome. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003 Mar;157(3):286-90.
- Grupo de Trabajo para el Estudio de la Muerte Súbita Infantil-AEP. Libro blanco de la muerte súbita. 3ª Ed. Madrid 2013. [citado 15 de junio de 2018].



OTRAS RECOMENDACIONES

BUEN USO DEL CHUPETE

La succión del recién nacido se desarrolla y tiene su expresión dentro del útero, preparando al recién nacido para el cercano amamantamiento y para poder sobrevivir en el exterior de este.

Hay momentos en los que el recién nacido no necesita alimentarse, pero si calmarse, ante situaciones que le producen intranquilidad o estrés. Los recién nacidos, para ello, utilizan la succión "no nutritiva" que estimula el reflejo de eyección y les hace estar en forma cuando se lleva a cabo la succión "nutritiva". La succión "no nutritiva" se diferencia de la que alimenta, en que es más rápida y superficial. Para favorecer esta succión y satisfacer esta necesidad de calmarse aparece el chupete.

El chupete, como lo conocemos hoy, se patenta en EEUU a principios del siglo XX, aunque el uso de esa succión ya existía hace miles de años. El uso del chupete sirve al bebé para conciliar el sueño, disminuir el dolor y el estrés, y calmar el llanto. Es muy apreciado por los padres, ya que el llanto de su recién nacido les causa inquietud y ansiedad. Conocer las características del chupete, el buen uso del mismo y los beneficios y riesgos, les ayudará a conocer más, y utilizar mejor, este artículo tan apreciado.

2018]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_.pdf

18. previnfad_smsl.pdf. [citado 29 de abril de 2018]. Disponible en: http://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad_smsl.pdf

19. SafeSleepGuideline.pdf. [citado 21 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/HealthPromotion/SafeSleepGuideline.pdf>

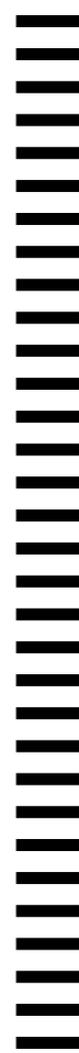
20. Moon, RY. Task force on sudden infant death syndrome. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*. 2016;138(5).

21. Bronfin DR. Misshapen Heads in Babies: Position or Pathology? *Ochsner J*. October 2001;3(4):191-9.

22. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. November 2005;116(5):1245-55.

23. Lee SY, Sirieix CM, Nattie E, Li A. Pre- and early postnatal nicotine exposure exacerbates autoresuscitation failure in serotonin-deficient rat neonates. *The Journal of Physiology*. [citado 21 de julio de 2018];0(0). Disponible en: <https://physoc.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1113/JP275885>

24. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Postnatal care up to 8 weeks after birth. July 2006 (actualizado en Enero de 2017). [citado 28 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG37>



CARACTERÍSTICAS DEL CHUPETE

- Se recomienda leer las instrucciones del fabricante ya que pueden variar y es importante para una buena utilización y mantenimiento del chupete.
- Inspeccionar el chupete antes del uso:
 - Tirar del chupete en todas las direcciones.
 - Desechar el chupete al primer signo de deterioro o fragilidad.
 - Utilizar solo chupetes que cumplan la normativa 12586.
- El chupete puede ser de silicona, látex o polipropileno. No se ofrecerá el de látex a aquellos niños alérgicos a este. La forma puede ser aplanada o anatómica y hay diferentes tamaños, por tanto, se debe adaptar a la edad y preferencias del niño.
- El chupete debe ser de una sola pieza.

- El disco que sujeta la tetina tiene que ser lo suficientemente grande como para que el niño no pueda tragárselo (43mm x 43mm) y disponer, al menos, de 2 orificios para facilitar el paso de aire y evitar problemas en caso de que, de todas formas, el niño llegase a tragárselo.
- El chupete debe estar exento de puntas o bordes cortantes, y no pueden tener partes desmontables ni llevar autoadhesivos ni etiquetas. El disco o el escudo será rígido o semirrígido, con la flexibilidad suficiente para evitar los traumatismos, pero sin aumentar el riesgo de aspiración. Tendrá además una anilla para agarrarlo fácilmente en caso de atragantamiento.
- Limpiar el chupete cada vez que se termine de usar o si cae al suelo. No se recomienda el lavavajillas, porque los detergentes pueden dañar el material.

Formas de chupete recomendadas



Tetina anatómica de caucho



Tetina fisiológica de caucho



Tetina de silicona



Escudo de plástico



Escudo de caucho



BUEN USO DEL CHUPETE

- El chupete se debe cambiar con frecuencia o cuando se vea deteriorado.
- No colgar el chupete alrededor del cuello del recién nacido con cintas o cordones, o sujetar a la ropa por riesgo de estrangulación, sobretodo mientras este duerme.
- Se pueden usar broches que cumplan la normativa para sujetar el chupete, este solo se debe unir a la ropa y si el recién nacido no está durmiendo. No usar el broche como juguete o mordedor.
- No sujetar peluches al chupete por riesgo de sofocación o asfixia.
- Se han detectado la presencia de N-nitrosaminas y sus precursores N-nitrosables en algunas tetinas de goma. Por su efecto carcinógeno los chupetes y tetinas deben seguir la normativa.
- No introducir el chupete en ninguna sustancia (medicinas, azúcar, miel...) y no chuparlo, ya que puede producir caries al bebé. La segunda causa de producción de la caries es a través de bacterias como el *Streptococcus Mutans* y el *Lactobacillus*. Son bacterias relacionadas con las caries. Aquellas personas con alta concentración de éstas tienen mayor riesgo de sufrir caries y transmitirlas a sus hijos por la saliva entre 18 y 36 meses de edad a través de besos, chupar la cuchara o el chupete del bebé. Es importante destacar que los niños nacen sin esta bacteria, pero la van adquiriendo en mayor o menor medida a través del tiempo. Tener bacterias de distintos tipos en la boca es normal, pero cuando se produce un exceso es peligroso.



RECOMENDACIONES de la matrona

CHUPETE

La decisión del uso o no del chupete forma parte, en última instancia de la familia, por tanto, la matrona debe dar una información objetiva y basada en la mejor evidencia disponible hasta el momento, para que los padres tomen la mejor decisión de acuerdo a su estilo de vida.

No se debe forzar al recién nacido a utilizar el chupete y no se debe reintroducir el chupete si se le ha caído durante el sueño.

IMPORTANTE: La matrona y otros profesionales de la salud deberían aconsejar evitar el uso del chupete durante el primer mes para facilitar el buen inicio de la lactancia materna. **NO entregar o aconsejar** el uso del chupete en las maternidades (salvo indicación médica). El paso 9 de la IHAN vuelve a recordar no dar a los niños alimentados al pecho biberones, tetinas o chupetes. En otras literaturas encontramos que es suficiente no introducir el chupete antes de los 15 días, todo esto teniendo en cuenta que no hay evidencia suficientemente firme para asegurar que el chupete influye en el mantenimiento de la lactancia materna.

El chupete, según algunos estudios y en muchas guías se ha declarado como factor protector del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) pero tampoco hay evidencia suficiente para asegurar fehacientemente que el chupete disminuye el riesgo del SMSL en mujeres que amamantan, por lo que mientras sigan tomando el pecho no se debería ofrecer de forma rutinaria. No obstante, los estudios

aconsejan no retirar el chupete a aquellos niños ya acostumbrados a usarlo durante el sueño por lo menos hasta los 6 meses de vida. La forma fisiológica en la que el chupete reduce el SMSL se desconoce aunque hay muchas teorías. En recién nacidos que toman lactancia artificial sí que parece que es importante recomendar el uso del chupete para disminuir el riesgo de SMSL.

La matrona debe ofrecer información sobre el uso correcto del chupete para evitar los accidentes infantiles relacionados con este.

En cualquier caso, la matrona debería aconsejar que se retire el chupete al año de vida para evitar posibles efectos no deseados: maloclusiones dentarias, caries, aumento de otitis media, aumento de candidas, en concreto la *candida albicans* o infecciones gastrointestinales. Los niños con otitis media crónica o recurrente se les debería restringir el uso del chupete. Las maloclusiones dentales asociadas al chupete cesan con la retirada del mismo.



Nunca se debe dejar a los bebés sin vigilancia en cualquier lugar alto.



CAÍDAS

Las caídas representan uno de los accidentes más frecuentes de todos, aunque la mayoría de las veces con pocas consecuencias, lo que hace que se le dé menor importancia de la que debería. La caída puede dar lugar a una contusión, a una herida, una fractura o incluso un golpe en la cabeza, siendo este último el que más riesgo conlleva. Hay que tener cuidado con la cuna y al transportar al bebé.

- Nunca se debe dejar a los bebés sin vigilancia sobre sillas, camas, sofás, cambiadores, mesas, etc. Son frecuentes las caídas que se producen desde cualquier lugar alto en el que se deje solo al niño.
- Cuidado cuando se lleva al niño en brazos para evitar las caídas, no se debe jugar con él lanzándolo hacia arriba.
- El lugar más seguro para dormir es en la misma habitación de los padres, en su propia cuna. Es conveniente tener siempre levantados los barrotes de la cuna.
- Es importante asegurarse de que tanto la cuna como el cochecito, la sillita del coche y la mochila portabebés, cumplen con las medidas de seguridad establecidas por los organismos pertinentes. Cuando va en el cochecito o la sillita de paseo, debe ir siempre bien sujeto.

BAÑO



El baño es una parte importante del cuidado del bebé. Sin embargo, la presencia de elementos como la temperatura o la electricidad requieren un especial cuidado para minimizar los riesgos.

- Antes de comenzar es conveniente preparar todo lo que se vaya a necesitar: toalla, jabón, ropa de cambio, cremas, etc.
- No llenar mucho la bañera, basta con 5-10 centímetros.
- La temperatura del agua debe ser agradable (36-38°C). Asegurarse de que no quema introduciendo el codo y comprobando que no está ni fría ni caliente.
- La temperatura ambiente debe ser también agradable (20-22°C), evitando las corrientes de aire. Si se utilizan calentadores eléctricos cuidado con los enchufes y el agua.
- Se recomienda no alargar el baño más de 5 minutos en los recién nacidos sobre todo si el cordón umbilical no se ha desprendido aún. A medida que el bebé va creciendo se puede alargar el tiempo del baño, incluyendo algún juego, pero sin disminuir el control durante todo el proceso.

ROPA



En su primer mes de vida el bebé todavía no mantiene su temperatura como los adultos, por lo que es importante evitar el calentamiento excesivo o la pérdida de calor dado que su sistema de termorregulación es inmaduro.

- Debe ser cómoda, sin pliegues y lo suficientemente amplia como para permitir su movimiento y que no le comprima, evitando que sude. Es preferible elegir prendas fáciles de poner y quitar de una sola pieza (abiertos por detrás o por debajo) y evitar las abiertas por delante con botones pequeños. No se debe colgar ningún objeto del cuello, ni colgantes, ni lazos.
- El niño no necesita más ropa de la que pueda precisar un adulto. El recién nacido suele tener las manos y los pies fríos, debido a la inmadurez de su sistema circulatorio periférico, pero ello no quiere decir que tengan frío. Abrigar demasiado al bebé es tan perjudicial como ponerle poca ropa. No se debe ponerle guantes, que dificultan la exploración táctil, el contacto con la boca y con la piel de la madre.
- El gorro, los guantes y los calcetines se utilizarán cuando las temperaturas sean bajas o exista riesgo de hipotermia.

QUEMADURAS



Las quemaduras son una lesión que causa alteraciones que van desde el enrojecimiento hasta el daño permanente de la piel. En el recién nacido pueden llegar a poner en peligro su vida, aparte de ser dolorosas y dejar cicatrices difíciles de reparar.

La piel de los niños es quince veces más sensible que la del adulto, por lo que se producen lesiones con temperaturas más bajas y con mayor profundidad. Los bebés son especialmente sensibles, y aquellos con piel y ojos claros se queman con más facilidad.

- Los bebés menores de 6 meses no deben exponerse directamente al sol, y en las zonas que quedan al descubierto, como cara o manos, puede aplicarse un fotoprotector de factor 15 o superior, aunque esté nublado.
- Evitar exponerle al sol desde las 12:00 a las 16:00 horas.
- Aplicar al bebé crema protectora solar media hora antes de la exposición y luego cada 2 horas.
- El reflejo del sol en el agua, arena y nieve puede aumentar esa fuerza solar.

Los líquidos y el agua caliente en contacto con la piel producen escaldaduras. Estas son las quemaduras más frecuentes en la infancia, sobre todo en los niños menores de 2 años.

Los líquidos calientes suelen estar en la cocina (sopas, caldos, aceites y guisos), por lo que hay que tener especial cuidado cuando el bebé esté cerca mientras se cocine. Hay que estar atento también a la hora del baño y en la preparación de biberones.

En la cocina

- Evitar la presencia del niño en la cocina, sobre todo si se está cocinando.
- Vigilar que los mangos de las sartenes u otros utensilios no sobresalgan del mueble de cocina.
- Se debe tener mucho cuidado cuando se circula con líquidos calientes por la casa.

En los biberones

- Los calienta-biberones son más aconsejables ya que calientan los líquidos más uniformemente, a diferencia del microondas.
- Hay que comprobar la temperatura del biberón siempre. Por ejemplo, derramando unas gotitas sobre la parte interior de la muñeca.
- Los grumos pueden adquirir altas temperaturas, hay que disolver toda la mezcla antes de administrarla.
- Mantener siempre una correcta proporción de agua/leche al preparar el biberón: 1 cacito raso de leche cada 30cc de agua para evitar cuadros de deshidratación

PICADURAS DE INSECTOS



Las picaduras de insectos (abejas, avispas, mosquitos, etc.) o arácnidos son muy frecuentes y generalmente benignas, aunque, excepcionalmente, pueden ocasionar reacciones alérgicas graves.

Las reacciones locales son las más frecuentes: tipo habón, pápulas e incluso placas necróticas dependiendo del agente causal. Su tratamiento incluye cuidados de la lesión, antihistamínicos orales para disminuir el picor y corticoides tópicos u orales según el caso. Las sistémicas, que implican una mayor gravedad y síntomas más allá de la zona afectada, requieren tratamiento en servicios sanitarios especializados.

- Evitar el contacto con los insectos potencialmente peligrosos.
- Usar repelentes comercializados y mosquiteras.
- Llevar ropa de manga larga y pantalón largo si se va al campo, evitando que sean de colores vivos.
- No usar perfumes.
- No agitarse ni ponerse nervioso ante la presencia de abejas o avispas, esto les atrae.

GOLPE DE CALOR

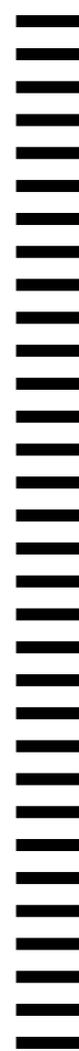


El golpe de calor es producido por el efecto del calor ambiental.

Se caracteriza porque la temperatura corporal sube por encima de los 40 °C acompañándose de un fallo en el funcionamiento de la termorregulación e incluso de algunos órganos.

Los síntomas que puede producir serán: fiebre, alteraciones del estado de consciencia, y a diferencia de la insolación, la piel estará seca y muy caliente.

- Lo más importante es hidratar bien a los niños, para ello es bueno ofrecer el pecho frecuentemente si se opta por la lactancia materna o un biberón de agua si no está con lactancia materna.
- Vestir apropiadamente a los niños con ropa que permita la transpiración, ligera, holgada y de color claro, que refleja el sol. También se puede utilizar un sombrero o una gorra.
- Planear actividades al aire libre a primera hora de la mañana o a última de la tarde, evitando así las horas fuertes de sol.
- Tomar descansos frecuentes en la sombra para permitir que el cuerpo se enfríe de forma natural.



No se debe dejar nunca a un niño solo en el interior de un vehículo.

- En casa, se debe mantener el interior lo más fresco posible, especialmente en verano, bajando las persianas para que las habitaciones queden en penumbra y hacer uso de ventiladores o aire acondicionado.
- Es conveniente no permanecer en coches estacionados o cerrados, de hacerlo, mantener las ventanillas abiertas o poner el aire acondicionado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Recomendaciones sobre el uso del chupete.pdf. [citado 17 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.sids.org.ar/imagenes/consejos/chupete.pdf>
2. Lozano de la Torre MJ, Pallás Alonso CR, Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J, Arena Ansótegui J, Ares Segura S, et al. Uso del chupete y lactancia materna. Anales de Pediatría. Abril 2011;74(4):271.
3. Norma UNE. [citado 17 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.une.org/encuentra-tu-norma/busca-tu-norma/norma/?c=N0054064>
4. Martínez Sánchez L, Díaz González EP, García-Tornel Florensa S, Gaspà Martí J. Uso del chupete: beneficios y riesgos. Anales de Pediatría. Enero 2000;53(6):580-5.
5. previnfad_smsl.pdf. [citado 29 de abril de 2018]. Disponible en: http://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad_smsl.pdf
6. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. Pediatrics. November 2005;116(5):1245-55.
7. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics. November 2011;128(5):1030-9.
8. Norma UNE. [citado 31 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.une.org/encuentra-tu-norma/busca-tu-norma/norma/?c=N0048322>



9. Norma UNE. [citado 31 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.aenor.com/normas-y-libros/buscador-de-normas/UNE?c=N0059539>
10. Society CP. Recommendations for the use of pacifiers. Canadian Paediatric Society. [citado 22 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.cps.ca/en/documents/position/pacifiers>
11. The Canadian guide to clinical preventive health care / prepared by the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. : H21-117/1994E-PDF - Government of Canada Publications - Canada.ca. [citado 31 de julio de 2018]. Disponible en: <http://publications.gc.ca/site/eng/9.699650/publication.html>
12. Proyecto Tesis Final Dra. Carolina Moya.pdf. [citado 31 de julio de 2018]. Disponible en: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/4815/1/PROYECTO%20TESIS%20FINAL%20DRA.%20CAROLINA%20MOYA.pdf>
13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
14. Pasos para ser IHAN – Hospitales. IHan. [citado 21 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.ihan.es/que-es-ihan/pasos/pasos-para-ser-ihan-hospitales/>
15. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. August 2016;(8):CD007202.
16. Adair SM. Pacifier use in children: a review of recent literature. *Pediatr Dent*. October 2003;25(5):449-58.
17. Asociación Española de Pediatría. Guía práctica para padres: Desde el nacimiento hasta los 3 años. 2014. https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia_practica_padres_aep_1.pdf
18. Guía cómo ayudar a prevenir lesiones por accidentes de tráfico nº 5. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud de la sociedad española de medicina de familia y comunitaria. Ministerio de Sanidad y consumo. http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/accidentes/docs/GUIA_PREV_ACC_TR_AFICO.pdf
19. Asociación Española de Pediatría y Fundación MAPFRE. Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas en la edad infantil. 2016. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/guia-padres-prevencion-lesiones-no-intencionadas.pdf>
20. Gobierno de Aragón: Departamento de Salud y Consumo. Cuidame: guía para padres y madres. http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/13_SaludPublica/04_Publicaciones/Guia_cuidame_castellano2.pdf
21. Mirada Vives, Alicia et al. Guía de cuidados de la piel del recién nacido y del bebé: Recomendaciones basadas en la evidencia y en las buenas prácticas. *Matronas Prof*. 2013; 14 (4 Supl): 1-50.
22. Cuidados de las criaturas en los primeros meses de vida. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Barcelona, 2015.
23. Hospital Universitario 12 de octubre. Guía de Cuidados del Recién Nacido en las plantas de Maternidad. Madrid, 2008.
24. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Guía práctica de primeros auxilios para padres. Madrid: Ergon; 2017.



F A M E

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES
DE MATRONAS DE ESPAÑA

Fundación
MAPFRE