

¿Mito o Hecho? De una madre latina a otra

Seamos honestos, estar embarazada no es tarea fácil, tener un bebé es sin duda alguna difícil, y cuidar de un recién nacido es aún más complicado. ¿Te ha pasado que incluso cuando sientes que todo va bien, siempre hay alguien sugiriendo cómo deberías hacer las cosas?

Quizás has escuchado algo como...

“Si haces esto _____, tu bebé dormirá mejor.”

“Yo he criado 4 niños y nunca me ha pasado eso...”.

“No deberías tomar café si piensas lactar al bebé.”

“Deberías considerar cambiar la dieta para perder peso más rápido.”

Estoy segura de que al menos uno de estos ejemplos te son familiares.□

Es común recibir sugerencias, pero a menudo dichas sugerencias vienen de aquellos más cercanos a nosotros como nuestros padres, hermanos, abuelos, cuñados, primos o los suegros y por tal razón tienden a sostener más validez para nosotros. □

Entonces, si nos lo dicen nuestros seres queridos, debe ser cierto, ¿no? La realidad es que no necesariamente, a continuación, hablaremos de algunos mitos y hechos comunes en nuestra comunidad latina sobre el periodo postparto.

Mitos y hechos comunes

#1 Añadir cereal a la botella del bebé lo hará dormir mejor, especialmente durante la noche.

¿Mito o Hecho? Esto es parcialmente un hecho, pero no necesariamente saludable para su bebé. Es posible que su bebé pueda dormir por períodos más largos ya que se encuentra digiriendo la comida por más tiempo. Al añadir cereal de arroz u otro cereal, aumentan las calorías de la comida y por consiguiente su bebé requiere más tiempo y esfuerzo en descomponer la comida en el tracto digestivo. Otra forma más clara de entender por qué su bebé parece dormir más es imaginando cuando usted come en exceso. Es probable que luego de una gran comida sienta cansancio y, por consiguiente, esté soñoliento ya que el cuerpo está descomponiendo la comida. Lo mismo ocurre con su bebé.

Por tanto, la próxima vez que escuche esta frase, no añada ningún tipo de cereal a la botella de su bebé, en especial durante los primeros 6 meses de vida. Esto, a menos que su pediatra así lo haya indicado. Lea más sobre la lactancia en el siguiente enlace:

<https://mothertobaby.org/es/baby-blog/estimulando-la-leche-para-el-bebe-la-oferta-y-demanda-de-la-lactancia/> .

#2 Deberías comenzar una dieta de líquidos tan pronto tengas al bebé para aumentar la producción de leche y bajar de peso más rápido.

¿Mito o Hecho? Mito, completamente mito. □

La mayoría llevamos escuchando durante todo el embarazo que debemos “comer por dos” ya que estamos cargando a un bebé en el vientre. Entonces, de la noche a la mañana, ¡nos dicen que debemos empezar a tomar líquidos nada más! Esto no sólo es un mito, sino que puede ser perjudicial para su salud, en especial para la lactancia ya que nuestro cuerpo debe ser bien nutrido e hidratado para poder establecer una buena producción de leche materna. □ Mantenemos una alimentación balanceada cuando incluimos alimentos de todos los grupos tales como: hidratos de carbono, frutas, vegetales, lácteos y proteínas (de origen animal o vegetal). De igual forma, es esencial pegarse a un bebé al pecho las veces que sea necesario para ayudar a establecer esa demanda de leche materna y por consiguiente producir más. Así es que, tome su agua y haga sus comidas para evitar la desnutrición o malnutrición. □

PD: Si desea saber más sobre la nutrición hable con un dietista registrado para ayudarlo a alcanzar sus metas. Lea más sobre la nutrición en el siguiente enlace: <https://mothertobaby.org/es/category/comida-y-bebidas/> .

#3 Consumir huevos luego de tener a un bebé hará que la leche huelga mal y su bebé no querrá amamantar

¿Mito o realidad? □

Si bien es cierto que hay comidas que requieren más tiempo de descomponer/ digerir y algunas de ellas dejan un residuo en la leche materna, esta frase es un mito. Como hemos mencionado anteriormente, si a usted le encanta comer huevos y los ha consumido durante su embarazo, no es recomendable detener su consumo luego del embarazo. Todo lo contrario, hay estudios que sugieren consumir alimentos altamente alergénicos como la leche, huevos, pescados, mariscos como los crustáceos, nueces, maní, trigo y soja, con la inclusión de sésamo como su noveno integrante) podrían ayudar a minimizar el riesgo de presentar alergias a alguno de ellos. Así es que, mantenga la práctica sana de consumo de alimentos y asegúrese de cocinar el huevo a las temperaturas adecuadas, 160°F. □

Conozca más sobre la sana alimentación en el siguiente enlace: <https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/carnes-y-mariscos/> .

#4 Tomar café durante la lactancia hará que su bebé se sienta incómodo con flatulencia y gases.

Esto es un hecho cuando el consumo de cafeína sobrepasa los niveles de 300 mg al día. Recuerde que el tener gases y sentirse incómodo con flatulencia es normal en los bebés por la falta de movimiento. Estos síntomas suelen sugerir que hay algún problema pero no necesariamente por el consumo de café. Una taza de café suele tener alrededor de 137 mg de cafeína por lo que, consumir una taza de café al día no necesariamente sugiere que su bebé vaya a tener

estos síntomas. A menudo el consumo en exceso de azúcar y la ingesta de hidratos de carbono complejos suelen ser algunas de las razones por la cual ocurre la flatulencia en primer lugar (ya que su digestión tarda más tiempo). A continuación, incluyo un enlace con más sobre el consumo de la cafeína durante el embarazo y la lactancia: <https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/la-cafeina/>.

Luego de hablar sobre algunos mitos que existen en nuestra cultura latina, espero que esta información le ayude a sentirte más segura a la hora de tomar ciertas decisiones. Si bien es cierto que no importa donde estemos, siempre escucharemos muchas de estas frases, pero si compartimos con otras personas y corregimos algunos de estos mitos, haremos la diferencia en nuestras familias y, por consiguiente, en la comunidad.

Luego de hablar sobre algunos mitos que existen en nuestra cultura latina, espero que esta información le ayude a sentirte más segura a la hora de tomar ciertas decisiones. Si bien es cierto que no importa donde estemos, siempre escucharemos muchas de estas frases, pero si compartimos con otras personas y corregimos algunos de estos mitos, haremos la diferencia en nuestras familias y, por consiguiente, en la comunidad.

Si tiene más dudas o preguntas, no dude en comunicarse con nosotros por texto, llamada, chat o correo electrónico. ¡En MotherToBaby estamos para ti!

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en [MotherToBaby.org](https://mothertobaby.org).

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 21 de noviembre de 2022.

¿Mito o Hecho? De una madre latina a otra

Por Kirstie Perrotta, MPH, MotherToBaby California y Lorrie Harris-Sagaribay, MPH, MotherToBaby North Carolina

Con las escuelas de nuevo en pleno auge, las actividades de otoño en marcha, y los niños reunidos una vez más en las aulas y otros entornos interiores, los padres, incluidas las que están embarazadas, han renovado las preguntas sobre el COVID-19 y las vacunas contra el COVID-19. MotherToBaby está observando un aumento en las preguntas de las

mujeres embarazadas que quieren protegerse tanto como sea posible a sí mismas y a sus familias. Aunque cada vez más mujeres confían en vacunarse contra el COVID-19 en el embarazo, continuamos recibiendo preguntas sobre la seguridad de la vacuna, así como consultas sobre la elegibilidad para los refuerzos actualizados. MotherToBaby se ha asociado con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para brindarle lo último sobre la vacunación para las embarazadas y para los niños.

¿Cuál es el impacto actual del COVID-19 y el embarazo?

En este momento de la pandemia, sabemos la importancia de tomar medidas para ayudar a prevenir una infección por COVID-19 en el embarazo. La investigación ha demostrado que las mujeres que están embarazadas tienen una mayor probabilidad de enfermarse gravemente, ser internadas en cuidados intensivos, y necesitar ser conectadas a un ventilador si contraen COVID-19. Algunos estudios han reportado una probabilidad ligeramente mayor de muerte. Los investigadores también han encontrado mayores posibilidades de efectos adversos en el embarazo en sí, incluido el parto prematuro, el mortinato (muerte fetal), y complicaciones como la preeclampsia.

La buena noticia es que un estudio reciente encontró que las mujeres embarazadas que recibieron dos dosis de una vacuna de ARNm contra el COVID-19 tuvieron tasas más bajas de muerte fetal que las que no fueron vacunadas. Además, aquellos que también recibieron un refuerzo tuvieron tasas más bajas de infección, hospitalización, y complicaciones del embarazo relacionadas con COVID-19 que aquellos que recibieron solamente las dos dosis primarias. Este hallazgo es tranquilizador de que mantenerse al día con las vacunas proporciona una buena protección en el embarazo en caso de una infección después de vacunarse.

¿Por qué las mujeres que están embarazadas y las que intentan crecer sus familias deberían considerar vacunarse contra el COVID-19?

La vacunación es la mejor manera de protegerse contra enfermarse gravemente, ser hospitalizado, y morir de COVID-19. Esto es cierto para todos, pero especialmente para aquellas que están embarazadas y otros que tienen un mayor riesgo de complicaciones por COVID-19. Vacunarse durante el embarazo tiene el beneficio adicional de transmitir anticuerpos al bebé en desarrollo, lo que se ha demostrado que reduce las posibilidades de infección u hospitalización del bebé con COVID-19 durante los primeros meses de vida.

Para aquellos que planean un embarazo, el período previo a la concepción es un buen momento para ponerse al día sobre las vacunas recomendadas, incluidas las vacunas contra el COVID-19. Esto ayuda a garantizar que los embarazos futuros comiencen lo más protegidos posible contra el COVID-19 y otras enfermedades prevenibles por vacunación. CDC tiene información útil aquí sobre las vacunas antes del embarazo: <https://www.cdc.gov/vaccines/pregnancy/vacc-before-sp.html>.

¿Cuáles son los efectos a largo plazo en el bebé cuando una mujer recibe una vacuna contra el COVID-19 durante el embarazo?

Tomará tiempo seguir a los hijos de las mujeres que fueron vacunadas en el embarazo para poder responder a esta

pregunta con datos. Sin embargo, según lo que se sabe sobre cómo funcionan estas y otras vacunas, no se espera que recibir una vacuna contra el COVID-19 durante el embarazo cause problemas a largo plazo para el niño. De hecho, un embarazo que se mantiene actualizado con las vacunas está más protegido y menos probable que tenga complicaciones de COVID-19 que podrían afectar el crecimiento y desarrollo futuro de un niño, como el parto prematuro. Además, los estudios han demostrado la protección de anticuerpos para el bebé después de la vacunación durante el embarazo. Y, por supuesto, la vacunación durante el embarazo continuará protegiendo a los padres después del parto mientras cuidan a su recién nacido.

¿Deben las mujeres que están embarazadas recibir un refuerzo actualizado?

Es común que las vacunas se actualicen con el tiempo para brindar una mejor protección contra las nuevas variantes que se propagan en la comunidad, al igual que la vacuna contra la gripe se actualiza cada año para proporcionar la mejor protección contra las cepas actuales de influenza. El refuerzo actualizado de COVID-19, que brinda protección adicional contra la variante Ómicron, también se conoce como bivalente. Las mujeres que están embarazadas deben recibir este último refuerzo para obtener la protección más actualizada contra COVID-19. Los CDC y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomiendan encarecidamente que las mujeres embarazadas se mantengan al día con las vacunas contra el COVID-19, incluidas las dosis de refuerzo.

Al igual que la mayoría de las otras personas, las mujeres embarazadas son elegibles para el refuerzo actualizado si han completado una serie primaria de vacunas contra el COVID-19 y han pasado al menos dos meses desde su última dosis (primaria o de refuerzo). El refuerzo actualizado se puede administrar en cualquier trimestre del embarazo. Cualquier persona que haya tenido una infección reciente por COVID-19 puede considerar retrasar el refuerzo hasta 3 meses desde el momento en que comenzaron sus síntomas o dieron positivo.

¿Se recomiendan las vacunas contra el COVID-19 en la lactancia?

Los estudios han encontrado que es poco probable que los componentes de las vacunas de ARNm contra el COVID-19 ingresen a la leche materna, y no se han reportado efectos secundarios graves para el bebé amamantado. En casos raros, puede haber una reducción temporal en el suministro de leche cuando una mujer recibe una vacuna de ARNm contra el COVID-19, pero se espera que el suministro vuelva a la normalidad dentro de uno o dos días. En más buenas noticias, se han encontrado anticuerpos contra el virus que causa COVID-19 en la leche materna de mujeres que han sido vacunadas con vacunas de ARNm durante la lactancia. Este es un hallazgo prometedor, aunque se necesita más investigación para saber cuánto y durante cuánto tiempo estos anticuerpos podrían proteger a un niño lactante contra el virus.

Los CDC, la Academia de Medicina de la Lactancia Materna, y la Academia Americana de Pediatría recomiendan que las mujeres que están amamantando se mantengan al día con las vacunas contra el COVID-19, incluidas las dosis de refuerzo.

¿Qué recursos ayudan a las mujeres embarazadas a tomar

decisiones informadas sobre cómo protegerse a sí mismas y a sus familias contra el COVID-19?

Si tiene preguntas sobre las vacunas contra el COVID-19 y otras exposiciones durante el embarazo y la lactancia, hable con su proveedor de atención de salud o **comuníquese** con un especialista de MotherToBaby. Puede encontrar recursos de MotherToBaby sobre el COVID-19 y las vacunas contra el COVID-19 en: <https://mothertobaby.org/es/>.

Para obtener orientación sobre los niños, recurrimos a Leandris C. Liburd, PhD, MPH, Director Asociado de Salud de las Minorías y Equidad en Salud de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en [MotherToBaby.org](https://mothertobaby.org) .

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 21 de noviembre de 2022.

¿Mito o Hecho? De una madre latina a otra

Aunque desearía no recordar bien el día, lo recuerdo. Yo era una becaria de medicina materno fetal en Nueva York y estaba sentada con mis dos hermosas compañeras. Cuando digo que mis compañeras eran hermosas, me refiero a eso por dentro y por fuera. Éramos un extraño conjunto de tres mosqueteros. Mujeres jóvenes, brillantes y profesionales, entrenándonos para cuidar a mujeres con embarazos de alto riesgo... y las tres estábamos embarazadas. Fue completamente imprevisto y muy inusual para las tres concebir, todo dentro de unas pocas semanas el uno del otro. Pero allí estábamos un día, sentadas en nuestros escritorios, hablando sobre nuestros proyectos de investigación individuales y ocasionalmente interponiendo en las conversaciones de los demás con entusiasmo sobre nuestros futuros bebés. Amaba tanto a mis dos colegas, y estaba tan emocionada de imaginar que seguiríamos las carreras del otro y veríamos crecer a nuestros hijos, todos similares en edad.

En medio de esta conversación, algo me hizo levantarme y decirles «¡Ahora vuelvo!» Todavía no sé qué me hizo hacerlo. Tenía una sensación difícil de describir, pero me hizo caminar a nuestra unidad de ultrasonido y pedirle a mi colega ecografista que por favor me hiciera un ultrasonido.

Estaba en la mesa de examen en cuestión de minutos. Pero su silencio de ella después de poner la sonda de ultrasonido en mi vientre se sintió como una eternidad. Otro ecografista entró en la sala. Lo sabía. Fue entonces cuando el mundo se me oscureció.

Ahora, soy médico y no puedo explicar esto. Por unos momentos, literalmente, el brillante día de Nueva York, la habitación, la gente en la habitación, se oscurecieron por completo. No podía ver. No perdí el conocimiento, pero no podía ver. En mi carrera, lamentablemente tuve que cuidar a innumerables mujeres que pasaron por un aborto espontáneo y en esa oscuridad, me pregunté si habían experimentado lo mismo. Unos momentos más tarde estaba de vuelta en la sala de ultrasonido, ahora enfrentando una ola de tristeza que me hizo desear estar en la oscuridad adormecida de nuevo.□

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos estima que el 26% de todos los embarazos terminan en un aborto espontáneo y una proporción significativa de ellos están en embarazos ya clínicamente reconocidos (cuando la persona embarazada ya sabe que está embarazada).

Aborto espontáneo vs. aborto

Las palabras aborto espontáneo y aborto a menudo se usan indistintamente. Por ejemplo, un aborto perdido en el campo de la obstetricia significa que el embarazo se detuvo naturalmente y que no hay latidos cardíacos o, si es lo suficientemente temprano en el embarazo, que no hay continuación del crecimiento o desarrollo fetal. Estos embarazos pueden pasar naturalmente con sangrado o pueden ser ayudados por un médico administrando medicamentos o realizando un procedimiento. Durante este tiempo, hay mucha discusión de posibles factores contribuyentes, incluida la genética anormal y el asesoramiento sobre la recurrencia para el próximo embarazo. Es un momento difícil y delicado para los pacientes. Lo conozco por ambos lados.

Embarazo ectópico

A veces, los embarazos deseados se presentan como embarazos ectópicos. Un embarazo ectópico es cuando un óvulo ya fertilizado se implanta y comienza a crecer fuera del útero en un área que no puede soportar adecuadamente el embarazo. La mayoría de los embarazos ectópicos (>90%) ocurren en la trompa de Falopio, pero no importa dónde se implante el embarazo, puede ser potencialmente mortal para la persona embarazada. Esto se debe a que la ubicación en la que se ha implantado el embarazo ectópico no puede crecer, expandirse y apoyar adecuadamente el embarazo nutricionalmente y puede provocar que la estructura se rompa y cause hemorragia interna. Si bien todos los abortos espontáneos pueden sentirse devastadores, un embarazo ectópico es una emergencia que requiere tratamiento inmediato por parte de un médico. Dependiendo del tamaño y desarrollo del embarazo ectópico y los síntomas de la paciente, el embarazo ectópico puede tratarse con medicamentos o mediante cirugía. Esto también da una gran sensación de pérdida para los pacientes porque a menudo estos embarazos eran muy deseados.

Es importante tener en cuenta que recibir tratamiento para un aborto espontáneo o un embarazo ectópico, ya sea mediante el uso de medicamentos o cirugía, no se considera una interrupción. Como obstetra de alto riesgo, sé que proporcionar una excelente atención médica para un aborto espontáneo, un embarazo ectópico o proporcionar acceso a la atención de aborto deseada es esencial para la salud y la seguridad de la persona embarazada.

Echando luz sobre la oscuridad

Con mi viaje personal de años de infertilidad y fertilizaciones in vitro, no hay muchos aspectos positivos de ese día soleado en Nueva York. Sin embargo, esa oscuridad personal echó luz sobre todo lo que mis pacientes en situaciones similares tuvieron que pasar. Hablo de mi historia abiertamente, si me preguntan. Cuando es apropiado, comparto con mis pacientes sobre mi pérdida y sobre la infertilidad. A través de mis pacientes me recuerdo que tenemos que hablar más sobre estas experiencias humanas. Para normalizarlos, para no sentirse solo. En cuanto a la experiencia de ese día, estoy agradecida por ese conocimiento y cuando tengo que ser la primera en decirle a mi paciente que acaba de tener una pérdida de embarazo, me acerco a ella y espero que mis palabras, mis acciones y mi comportamiento les muestren lo que estoy pensando en mi interior.... te veo y estoy contigo.

Las referencias

<https://www.acog.org/advocacy/abortion-is-essential>

<https://www.acog.org/advocacy/facts-are-important/understanding-ectopic-pregnancy>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532992/#:~:text=The%20American%20College%20of%20Obstetricians%20and%20Gynecologists%20%28ACOG%29,early%20pregnancy%20loss%20occurs%20in%20the%20first%20trimester>

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en MotherToBaby.org .

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 21 de noviembre de 2022.

¿Mito o Hecho? De una madre latina a otra

Era tarde un martes cuando llegó un chat del Dr. Rodríguez. «Mi paciente está tomando un medicamento para la epilepsia. Ella está planeando un embarazo y he visto por algunas fuentes que puede necesitar tomar más ácido fólico para ayudar a prevenir defectos de nacimiento. ¿Necesita tomar una dosis más alta?» Como especialistas en información de teratología, recibimos muchas consultas sobre el ácido fólico; y era comprensible por qué este proveedor de atención de salud estaba confundido, ya que las pautas no son exactamente claras.

¿Qué es el ácido fólico?

El ácido fólico es la forma de folato hecha en laboratorio. El folato es una vitamina B9. El folato y el ácido fólico ayudan al cuerpo a crear nuevas células y pueden reducir la probabilidad de tener un hijo con una clase de defectos de nacimiento llamados defectos del tubo neural, que son problemas con el cerebro y la médula espinal. El tubo neural se forma muy temprano en el embarazo (alrededor de 4 a 6 semanas después del primer día del último período menstrual), por lo que es importante que cualquiera persona que pueda quedar embarazada obtenga suficiente ácido fólico al menos un mes **ANTES de** quedar embarazada. En los Estados Unidos, muchos de nuestros alimentos, como los cereales para el desayuno, el pan, la pasta, y el arroz, están fortificados con ácido fólico, lo que significa que la vitamina se ha agregado a los alimentos. Según los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC), los programas de fortificación con ácido fólico han llevado a una disminución del 35% en la tasa de defectos del tubo neural. También obtenemos folato, que es la forma natural de la vitamina B9, de alimentos como verduras de hoja verde oscura, frijoles, cítricos, y nueces. Sin embargo, solo alrededor del 50% de esta forma es biodisponible (capaz de ser absorbida y utilizada por el cuerpo), por lo que organizaciones como los CDC y los Institutos Nacionales de Salud (NIH) recomiendan la ingesta adicional, en forma de suplemento.

¿Cuánto se necesita?

Los CDC recomiendan que todas las mujeres en edad reproductiva reciban al menos 400 mcg (0.4 mg) de ácido fólico cada día. Una vez embarazada, organizaciones como los NIH y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) recomiendan que las mujeres embarazadas obtengan de 600 a 800 mcg (0.6 a 0.8 mg) de ácido fólico por día. Esta cantidad generalmente se puede satisfacer tomando una vitamina prenatal de venta libre; no se recomienda una cantidad más alta para la mayoría de las mujeres embarazadas.

Las mujeres que han tenido previamente un embarazo afectado por un defecto del tubo neural (NTD) deben tomar una dosis más alta de ácido fólico si planean quedar embarazadas nuevamente. Los CDC y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomiendan 4,000 mcg (4 mg) por día para estas mujeres. Esta dosis más alta debe iniciarse al menos un mes antes de quedar embarazada y debe continuarse durante los primeros tres meses de embarazo.

Entonces, ¿qué pasa con la paciente del Dr. Rodríguez que estaba tomando un medicamento antiepiléptico (DEA) para su trastorno convulsivo? Muchos, pero no todos, de los medicamentos de la clase de DEA se conocen como «antagonistas del ácido fólico.» Esto significa que pueden interferir con la manera en que el cuerpo absorbe y utiliza esta importante vitamina. Si alguien queda embarazada mientras toma un antagonista del ácido fólico, puede tener niveles más bajos de ácido fólico en su cuerpo, y su embarazo podría tener un mayor riesgo de defectos del tubo neural. Dicho esto, no hay una gran investigación que demuestre que tomar ácido fólico adicional reduciría el riesgo de NTD para las mujeres que toman antagonistas del ácido fólico. Entonces, ¿debería una mujer que toma un DEA seguir con los 400 mcg por día que ya se recomienda para todos, o tomar más en caso de que pueda ser útil?

Veamos las recomendaciones profesionales actuales:

- Las **pautas** de la Academia Americana de Neurología y la Sociedad Americana de Epilepsia establecen que todas las mujeres en edad fértil, con o sin epilepsia, deben complementarse con al menos 400 mcg (0.4 mg) de ácido fólico por día antes de la concepción y durante el embarazo. Continúan diciendo que no hay suficientes datos para saber si tomar ácido fólico en dosis superiores a 400 mcg ofrece mayores beneficios protectores para las mujeres con FAE.
- El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) **recomienda** 4000 mcg (4 mg) de ácido fólico por día para las mujeres con mayor riesgo de tener un bebé con un NTD, que incluye a las mujeres con trastornos convulsivos.
- Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) solo **recomiendan** una dosis más alta de ácido fólico para aquellas con antecedentes de un embarazo afectado por un NTD.
- El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Oficina de Salud de la Mujer) **recomienda** hablar con su médico para determinar la dosis correcta de ácido fólico si está tomando un medicamento para la epilepsia.

Tan claro como el chocolate, ¿verdad? El consenso actual parece ser que no hay consenso. Algunos grupos recomiendan una dosis más alta, mientras que otros no. En situaciones como esta, donde no hay un consenso claro de los grupos profesionales, todo se reduce a sopesar los riesgos frente a los beneficios. Los riesgos incluyen el hecho de que las dosis más altas de ácido fólico no están bien estudiadas en el embarazo, podrían enmascarar una deficiencia de la vitamina B-12, y en realidad pueden hacer que algunos medicamentos sean menos efectivos. Los beneficios de tomar más son teóricos (no probados). Una dosis más alta de ácido fólico podría ser protectora para prevenir defectos de nacimiento mientras se toma un antagonista del ácido fólico, pero no hay suficiente investigación para saber si esto es cierto. En última instancia, se necesitarán muchos más datos para llegar a pautas claras para las mujeres con epilepsia.

Debido a que la paciente del Dr. Rodríguez estaba tomando carbamazepina, un antagonista del ácido fólico que se asocia con una mayor probabilidad de defectos del tubo neural, decidió que tendría una discusión exhaustiva sobre el riesgo frente a los beneficios de tomar una dosis más alta de ácido fólico con su paciente antes de que ella quedara embarazada. Rodríguez se alegró de no haber pasado por alto ninguna recomendación general para las mujeres que

necesitan tomar medicamentos para controlar sus trastornos convulsivos durante el embarazo. Terminó su charla diciendo: «Puede ser un desafío mantenerse al día con todas las recomendaciones. Estoy muy contenta de tener acceso a MotherToBaby para poder hacer preguntas como esta».

Los especialistas de MotherToBaby siempre estamos encantados de revisar los últimos datos y recomendaciones profesionales con los proveedores de atención de salud y los pacientes por igual. Si tiene preguntas sobre el ácido fólico, los medicamentos para la epilepsia, o cualquier otra exposición durante el embarazo o la lactancia, no dude en ponerse en contacto con nosotros.

[¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en MotherToBaby.org](#) .

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 21 de noviembre de 2022.

¿Mito o Hecho? De una madre latina a otra

¡El verano está aquí! Para aquellas de nosotras que estamos embarazadas (y actualmente estoy en mi tercer trimestre de embarazo), el calor y la humedad son solo una receta para la miseria. ¿Pero sabes quién ama el calor y la humedad? Levadura. Y el verano es el tiempo ideal para las infecciones vaginales por hongos.

¿Qué es una infección de hongo vaginal?

Las infecciones vaginales por hongos son causadas por un crecimiento excesivo de un hongo llamado Candida. Todas las mujeres tienen una mezcla equilibrada de hongos (levaduras) y bacterias que crecen naturalmente dentro o alrededor de la vagina. Si se interrumpe este equilibrio natural, la levadura puede «crecer demasiado» y causar una infección. Otros nombres para la infección de hongo vaginal son “candidiasis vaginal”, “candidiasis vulvovaginal” o “vaginitis candidiásica”.

La mayoría de las veces, las infecciones por hongos son aleatorias, pero hay algunas cosas que pueden alterar este equilibrio y aumentar la posibilidad de una infección vaginal por hongos. A la levadura le encanta crecer en condiciones húmedas y mojadas, por lo que cosas simples como no cambiarse el traje de baño mojado o los pantalones de yoga sudorosos durante mucho tiempo pueden aumentar las posibilidades de una infección por levaduras. Los cambios en las hormonas también pueden aumentar la posibilidad de una infección por hongos. El cambio en las hormonas es la razón por la que las infecciones por hongos también ocurren con más frecuencia durante el embarazo.

¿Cómo sé si tengo una candidiasis?

Los signos de una candidiasis pueden incluir picazón, ardor y enrojecimiento alrededor de la abertura de la vagina, dolor o molestias al orinar o al tener relaciones sexuales, y flujo vaginal blanco o amarillo «como requesón».

Sin embargo, es importante saber que los signos de una candidiasis pueden ser muy similares a los de otras infecciones vaginales o enfermedades de transmisión sexual. Debido a esto, si tiene los síntomas anteriores durante el embarazo, no asuma que es causado por una infección por hongos (incluso si ha tenido infecciones por hongos anteriormente). Llame y visite a su obstetra o partera para confirmar que se trata de hongos y no de otra infección, como vaginosis bacteriana o una enfermedad de transmisión sexual.

Para confirmar que se trata de una candidiasis, su proveedor de atención médica puede realizar un examen pélvico y tomar una pequeña muestra del flujo vaginal para examinarla en el consultorio o enviarla a un laboratorio antes de recomendar tratamientos.

¿Las infecciones por hongos son dañinas?

Aparte de ser incómodas y, a veces, dolorosas, las infecciones por hongos no suelen causar complicaciones en el embarazo o para el bebé durante el embarazo por el riesgo de fondo. Sabemos que cada embarazo comienza con un 3-5% de probabilidad de tener un defecto de nacimiento y un 10-15% de probabilidad de aborto espontáneo. Esto se llama el riesgo de fondo.

Sin embargo, si no se trata, una candidiasis podría pasar a la boca de su bebé durante el parto y causar que el bebé tenga una condición llamada Candidiasis Oral o Algodoncillo. El bebé puede entonces devolverle la candidiasis si amamanta (causando candidiasis en los pezones). En muy raras ocasiones, una candidiasis en los bebés puede volverse grave porque su sistema inmunológico aún no está bien desarrollado.

Las infecciones por hongos también pueden causar infecciones en todo el cuerpo y complicaciones graves en las mujeres embarazadas, especialmente en aquellas que tienen un sistema inmunitario debilitado debido a otros problemas de salud.

¿Cómo trato una candidiasis?

¡La buena noticia es que las infecciones por hongos suelen ser fáciles de tratar y hay tratamientos que se pueden usar durante el embarazo! Las infecciones por hongos se tratan por vía tópica (colocando un medicamento antimicótico en la vagina) o por vía oral (tomando una pastilla).

- Medicamentos orales: el antimicótico oral más común que se usa para tratar las infecciones por hongos se llama fluconazol (Diflucan®) y generalmente se administra una sola dosis de 150 mg. Es poco probable que el uso de una sola dosis baja de fluconazol oral durante el embarazo aumente en gran medida la posibilidad de anomalías congénitas o complicaciones. Sin embargo, el uso de dosis altas de fluconazol durante muchas semanas en el primer trimestre del embarazo podría estar asociado con un aumento en la posibilidad de anomalías congénitas y aborto espontáneo. Debido a esto, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) publicaron pautas para tratar las infecciones vaginales por hongos durante el embarazo y estas pautas recomiendan terapias tópicas en lugar de medicamentos orales. Para más detalles, visite nuestra hoja informativa <https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/fluconazol/pdf/>
- Medicamentos tópicos: las terapias tópicas más comunes incluyen antimicóticos llamados “azols” y generalmente se usan durante un período de 7 días. Hay muchos tipos de medicamentos azólicos, pero los más comunes son el clotrimazol o el miconazol (los nombres comerciales comunes incluyen Monistat®, Micatin® y Mitrazole®). Para más detalles, visite nuestra hoja informativa <https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/el-miconazoleclotrimazole/pdf/>

Algunos de estos medicamentos tópicos también están disponibles sin receta (sin receta). No debe usar un medicamento de venta libre para la candidiasis sin hablar primero con su médico. Como mencionamos antes, hay otras infecciones que pueden simular una infección por levaduras y ¡no querrás tratar la infección equivocada! Si ha usado un medicamento de venta libre y sus síntomas no desaparecen, consulte a su obstetra o partera.

En raras ocasiones, algunas mujeres pueden tener infecciones por hongos más complicadas que duran mucho tiempo o reaparecen más de cuatro veces al año. Estos pueden tener que ser tratados de manera diferente.

¿Hay algo que pueda hacer para prevenir una infección por hongos?

Hay algunas cosas que se pueden hacer para ayudar a reducir la probabilidad de que se desarrolle una infección. Asegúrese de hablar con su obstetra o partera sobre otras formas de reducir la posibilidad de infecciones por hongos.

Algunos de estos incluyen:

- Cambiar la ropa mojada (como un traje de baño o mallas sudadas) tan pronto como pueda.

- Use agua tibia para limpiar el exterior del área vaginal. Evite el uso de tampones y toallas sanitarias perfumadas. Evite los aerosoles de higiene y las duchas vaginales.
- Dormir sin ropa interior o en pijamas sueltas.

Desafortunadamente, no puede controlar las hormonas del embarazo, por lo que no es posible prevenir por completo las infecciones por hongos. ¡Pero cuanto antes reciba tratamiento, antes podrá volver a disfrutar de las miserias regulares de estar embarazada durante el verano!

-

-

-

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en [MotherToBaby.org](https://www.MotherToBaby.org) .

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 21 de noviembre de 2022.