



FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI  
*Excelencia en Salud al servicio de la comunidad*

ISSN 1900-3560

Diciembre 2021 #306

# Carta de la salud

## Mitos y verdades sobre el embarazo

**Dr. Jaime López Tenorio**

Ginecólogo Obstetra, especialista en Medicina Materno Fetal.  
Coordinador Área de Medicina Materno Fetal.  
Departamento de Ginecología y Obstetricia. Fundación Valle del Lili.

**Juan Sebastián Barona Wiedmann**

Residente de cuarto año, Ginecología y Obstetricia,  
Universidad Icesi y Fundación Valle del Lili

## INTRODUCCIÓN

A lo largo del embarazo, resulta común para la mujer experimentar nerviosismo y ansiedad como resultado del asedio constante de información, tanto científica como popular asociada al proceso gestacional. Entre los medios de comunicación, las redes sociales, las búsquedas en internet, la familia y amigos, resulta difícil para la pareja navegar en un sinnúmero de recomendaciones en torno a qué deberían y no deberían hacer.

De la misma forma, para los trabajadores de la salud encargados de guiar el proceso gestacional, es importante asesorar acerca de la desinformación en torno a los hábitos alimenticios, estilo de vida, usos de medicamentos, el manejo de la actividad física y de las relaciones sexuales, así como de las creencias populares propias de la cultura latinoamericana.

Por lo anterior, a continuación, desarrollamos recomendaciones en torno a prácticas controversiales en el periodo gestacional. De la misma forma, se desmitificarán ciertas creencias populares al respecto.



## Vitaminas prenatales. suplementos para consumo antes del nacimiento

A excepción del ácido fólico, el hierro y el calcio, no hay evidencia certera en torno a mayores requerimientos en el embarazo.

Durante la gestación, el volumen sanguíneo aumenta en aproximadamente un 50% con respecto al volumen de una mujer no embarazada. Lo anterior, se genera por un aumento en la retención de líquidos que duplica el volumen circulatorio, este cambio requiere un aumento en la producción de glóbulos rojos (aumento del 25%). De esta forma, los requerimientos de hierro para suplir la demanda en la producción de glóbulos rojos, y permitir un equilibrio con el aumento de volumen, aumentan de forma exponencial en el embarazo.

El déficit de hierro es la principal causa de anemia en el mundo, con mayor frecuencia durante el embarazo. Con lo anterior, se ha descrito en países de bajos y medianos ingresos como Colombia, una prevalencia de anemia en mujeres embarazadas cursando el tercer trimestre de hasta el 27.4%.



Por la razón antes mencionada la administración de hierro, a partir de las 12 semanas del embarazo, es una práctica recomendada por diferentes sociedades científicas y con un significativo impacto en la prevención de la anemia.

Por otra parte, el ácido fólico se ha asociado directamente como un factor preventivo para evitar el desarrollo de malformaciones congénitas en el sistema nervioso central. Es el único agente que debe suministrarse durante los primeros tres meses de la gestación iniciándose idealmente desde dos meses antes de la concepción en los embarazos planeados.

Finalmente, de las principales causas de muerte materna en el mundo, y más aún en países en vía de desarrollo como Colombia, son los trastornos hipertensivos asociados al embarazo. Científicamente se ha establecido

una asociación entre el consumo diario de calcio y una disminución notable en el riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos en el embarazo. De esta forma, se recomienda una ingesta de calcio diaria a partir de las 14 semanas de gestación.

En mujeres con una adecuada ingesta alimenticia y una ganancia óptima de peso, el consumo de otros agentes vitamínicos no presenta ningún impacto clínico relevante.

## Nutrición y ganancia de peso:



El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia y La Organización Mundial de la Salud, recomiendan ganar algunos kilos en comparación al peso (específicamente al índice de masa corporal – IMC) con el que la mujer inicia el embarazo. Este último índice, se trata de una relación entre la talla de una persona y su peso, con lo que se logra establecer el rango de peso ideal individualizado.

Se ha establecido una asociación directa entre el peso materno y el peso fetal y neonatal. Una ganancia de peso materno por debajo del recomendado (Tabla 1.), se asocia a restricción en el crecimiento fetal intrauterino, así como a bajo peso al nacer y a múltiples consecuencias metabólicas y en el desarrollo del recién nacido.

Por otro lado, el sobrepeso y la obesidad en el embarazo se asocian a un sobre crecimiento (macrosomía) edel feto, con una mayor probabilidad de terminar en cesárea y con múltiples alteraciones metabólicas tanto en el feto como en el recién nacido. Además, esto también se asocia con un mayor riesgo de trastornos gestacionales adversos como diabetes gestacional, trastornos hipertensivos, hemorragia postparto, entre otros.

## Índice de masa corporal al inicio del embarazo (Kg/m<sup>2</sup>)

Bajo peso (IMC < 18.5)	12 - 18 kg
Peso normal (IMC 18.5-24.9)	10 - 12 kg
Sobrepeso (IMC 25-29.9)	7 - 10 kg
Obesidad (IMC > 30)	6 - 7 kg

## Ganancia de peso recomendada en todo el embarazo (Kg)

**Tabla 1. Recomendaciones para ganancia de peso según IMC inicial durante el embarazo.**

Cabe resaltar que que popularmente se aconseja un aumento significativo en el consumo calórico de la mujer embarazada. Sin embargo, es claro que lo anterior debe hacerse de forma individualizada, según sean las condiciones de peso y talla iniciales de cada mujer. De ser necesario, debe establecerse una dieta guiada por profesionales entrenados en el área.

### Algunos alimentos:

La gran mayoría de restricciones alimentarias asociadas al embarazo, están encaminadas a evitar el desarrollo de infecciones por Toxoplasma y Listeria.

Para reducir el riesgo de toxoplasmosis, la mujer en embarazo debe evitar el consumo de carne mal cocida. Así mismo, debe asegurarse el consumo de frutas y vegetales adecuadamente lavadas. El contacto de estos últimos alimentos con las heces de animales como los gatos podría permitir la ingesta del parásito.

De la misma forma, para evitar el contacto con la Listeria, se debe evitar el consumo de productos lácteos no pasteurizados y de vegetales no lavados.

El consumo de pescado (no crudo) se debe reforzar de forma positiva durante el embarazo, ante su amplio contenido de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (DHA y Omega-3) y la estrecha relación entre estos últimos compuestos y el beneficio en el neuro-desarrollo fetal. Sin embargo, lo anterior, debe ponerse en una balanza con la potencial carga de mercurio que este alimento puede traer y su alto riesgo de alteraciones neurológicas.

Dentro de los pescados de consumo común con menor carga de mercurio, se encuentran el salmón, el pargo, la trucha, las anchoas y las sardinas, así como otras formas de comida de mar como los camarones y las ostras.

Con el fin de lograr un equilibrio entre los beneficios y riesgos del consumo de pescado, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, recomienda un consumo promedio entre 2 a 3 veces por semana.

### Consumo de sustancias: Alcohol, tabaco, marihuana:

El uso de diversos psicoactivos como los expuestos, se asocian a múltiples eventos adversos en el desarrollo embrionario y fetal, así como en el curso del embarazo.

El síndrome de alcohol fetal, consiste en un grupo de efectos que pueden ocurrir a un individuo que estuvo expuesto de forma prenatal al alcohol y que puede cursar entonces con complicaciones durante toda su vida. Consta de las tres características faciales (pliegues palpebrales cortos, labio superior delgado, filtrum labial liso), alteraciones en funciones neurológicas y retraso en el crecimiento.

El consumo de tabaco durante el embarazo se encuentra asociado con el desarrollo de trabajo de parto prematuro, desprendimiento prematuro de la placenta, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer y óbito fetal (muerte fetal intrauterina).

A pesar de que gran parte de los efectos secundarios del tabaco en el embarazo se encuentran asociados a la nicotina, las diferentes sociedades científicas permiten el uso de elementos con nicotina en mujeres con dependencia al uso de tabaco, para soportar el embarazo sin su consumo. En teoría, se considera que los parches o la goma de mascar con nicotina, pueden administrar menor dosis del compuesto en comparación con el uso de tabaco y, evitan el consumo de otros múltiples agentes nocivos que vienen con el tabaquismo.

El consumo de sustancias psicoactivas ilegales representa un riesgo muy alto, siendo la marihuana la de mayor uso indebido en el embarazo. El uso crónico de esta sustancia, se se relaciona con desórdenes emocionales en la mujer, perjudicando así su estado gestacional y postparto. Además, tiende a asociarse a otra serie de factores adversos para la gestación como al consumo de más psicoactivos, bajo nivel socioeconómico, malnutrición y pobre ingesta de ácido fólico. Lo anterior, en conjunto, se ha asociado de forma directa al desarrollo de parto pretérmino y de bajo peso al nacer.

### Cafeína:

Existen varios estudios con adecuado poder estadístico que descartan un impacto negativo del consumo bajo a moderado de café durante el embarazo. Sin embargo, algunas publicaciones afirman que un consumo superior a 10 tazas de café al día, podría tener relación con un aumento en la tasa de abortos espontáneos durante el primer trimestre del embarazo.

### Actividad física:

Existe evidencia suficiente y de adecuada validez que comprueba los múltiples efectos benéficos que trae el realizar ejercicio aeróbico y de acondicionamiento de fuerza en embarazos sin factores de riesgo.

Sin embargo, se recomienda evitar actividades de alto impacto y de alto contacto físico como escalar, equitación, Rugby, boxeo o diversas artes marciales.

En general, se recomienda la realización diaria de 20 a 30 minutos de ejercicio de moderada intensidad, entre 4 a 5 veces por semana. No existe un punto de corte en frecuencia cardíaca establecido para mantener durante la realización de actividad física.

### Piscinas y uso de Jacuzzis:

El uso del Jacuzzi se encuentra asociado a un aumento significativo en la temperatura corporal materna. Lo anterior, es un factor de riesgo para el desarrollo de abortos espontáneos y de malformaciones congénitas.

Diversos estudios han demostrado cómo la exposición a estas aguas calientes, puede presentar un incremento en el riesgo hasta del doble para la pérdida gestacional por debajo de las 20 semanas de gestación.

Por su parte, el uso de piscinas de temperatura normal no se encuentra contraindicado durante la gestación. Es más, la natación resulta ser uno de los deportes de mayor beneficio durante el embarazo.

### Tintes para el cabello:

Los estudios son controversiales, ante el surgimiento de productos recientes con baja absorción en el cuerpo materno. Sin embargo, es sabido que el uso de amonio durante el embarazo se encuentra en estrecha relación con un riesgo elevado para pérdida gestacional y para bajo peso al nacer. De esta forma, se recomienda no usar productos con este compuesto durante el periodo gestacional.

### Relaciones sexuales:

Las relaciones sexuales y el orgasmo femenino no se encuentran asociados con un incremento en el riesgo de pérdida gestacional o de parto pretérmino.

Sin embargo, en algunos casos como el sangrado de segundo y tercer trimestre (principalmente asociado a placenta previa) o en pacientes con ruptura prematura de membranas, la mayoría de sociedades científicas recomiendan evitar la penetración vaginal.

### Aspectos relacionados con el control prenatal: Basados en las recomendaciones impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia.

#### ¿Cuándo se debe iniciar?

La primera cita del control prenatal debe realizarse en el primer trimestre, idealmente antes de las 10 semanas de gestación.

#### ¿Cuántas citas y con qué frecuencia?

Para una mujer que cursa con su primer embarazo, se sugiere realizar un programa con un total de 10 citas; separadas entre sí por 4 semanas, con las últimas 2 separadas por 2 semanas. Para una mujer que cursa con su segundo embarazo en adelante, el programa puede reducirse a un total de 7 citas de control prenatal.

#### ¿Quién debe llevar el control prenatal?

Si la mujer cursa con un embarazo de bajo riesgo, el control prenatal puede ser realizado en las instituciones prestadoras de salud por un médico general o por personal de enfermería con capacitación en el área materno-perinatal. Sin embargo, siempre en las semanas 28 a 30 y luego 34 a 36, toda paciente debe ser valorada por un especialista en Ginecología y Obstetricia.

Embarazos de alto riesgo, deben ser controlados en su totalidad por especialistas de Ginecología y Obstetricia.

## COMITÉ EDITORIAL

- Dra. Marcela Granados • Dr. Jorge M. Madriñán
- Dr. Luis A. Escobar • Dra. Diana A. Prieto
- Dra. Zamira Montoya • Dr. César A. Arango
- Dr. Fernando Sanabria • Dr. Ludwig Luis Antonio Albornoz
- Dra. Mónica A. Villegas • Enfermera, Julia A. Leal
- Nutricionista, Jeannina Escalante Flórez
- Coordinadora de Comunicaciones, María Isabel Sánchez
- Comunicadora, Susana Serrano • Abogado, Camilo A. García

Dirección: Cr. 98 # 18-49

Tel: (602) 331 9090 - Santiago de Cali

E-mail: [cartadelasalud@fv.org.co](mailto:cartadelasalud@fv.org.co)

Citas: [centraldecitas@fv.org.co](mailto:centraldecitas@fv.org.co)

Versión digital disponible en

[www.valledelili.org/cartadelasalud](http://www.valledelili.org/cartadelasalud)

Diagramación: Daniela Gutiérrez Calderón



FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI  
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.