

ROCÍO GARCÍA-VISO

@rocio.matrona

EL
ARTE
DE
CREARTE

Desde el embarazo al parto

Rocío García-Viso
@rocio.matrona

El arte de crearte

Desde el embarazo al parto



ESPASA



La lectura abre horizontes, iguala oportunidades y construye una sociedad mejor.

La propiedad intelectual es clave en la creación de contenidos culturales porque sostiene el ecosistema de quienes escriben y de nuestras librerías.

Al comprar este libro estarás contribuyendo a mantener dicho ecosistema vivo y en crecimiento.

En **Grupo Planeta** agradecemos que nos ayudes a apoyar así la autonomía creativa de autoras y autores para que puedan seguir desempeñando su labor.

Dirígete a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesitas fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puedes contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

Queda expresamente prohibida la utilización o reproducción de este libro o de cualquiera de sus partes con el propósito de entrenar o alimentar sistemas o tecnologías de inteligencia artificial.

© Rocío García-Viso, 2024

© Editorial Planeta, S. A., 2024

Espasa, sello editorial de Editorial Planeta, S. A.

Avda. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona

www.planetadelibros.com

www.espasa.com

Adaptación de la cubierta: Booket / Área Editorial Grupo Planeta

Fotografía de la cubierta: Shutterstock

Diseño del interior: © María Pitironte

Primera edición en Colección Booket: septiembre de 2025

Depósito legal: B. 13.323-2025

ISBN: 978-84-670-7853-4

Impreso en España

Índice

<i>Hay tantas maternidades como madres</i>	12
--	----

1. PRIMER MES.

NACEMOS CON LOS ÓVULOS CONTADOS	14
El instinto maternal	15
La visita preconcepcional	18
Preparar un embarazo sano	23
El test de embarazo	25
Más allá de los porcentajes	28
¿Se puede elegir el sexo del bebé?	31

2. SEGUNDO MES.

LA IMPORTANCIA DE LO DIMINUTO	34
El único órgano temporal del cuerpo humano	35
Los primeros cambios y su relación con las hormonas sexuales	38
Lo que se empieza a sentir	40
Los antojos	44
Cuidado con la comida. Qué evitar	45
Si nada va mal, es que todo va bien	48
¿Dos huevos o uno con dos yemas?	51

3. TERCER MES.

¿DÓNDE ESTÁ LA BARRIGA?	54
¿Comer por dos?	55
¿Más ejercicio o menos?	59
El cordón umbilical	63
Bebé de terciopelo	65
Primeras pruebas rutinarias	65
El papel de la matrona	70

4. CUARTO MES.

EMPIEZA LA PRIMAVERA	76
Al ritmo de tus necesidades	77
El líquido amniótico. El bebé buceador	79
El calostro	81
La línea alba y otras cosas de la piel	83
Las relaciones sexuales	86
<i>Babymoon</i>	89

5. QUINTO MES.

LAS MARIPOSAS QUE VIENEN CON LA PRIMAVERA ..	93
La plasticidad cerebral de la matrescencia	96
Esta cita no es a ciegas. La ecografía morfológica	98
Lo que también puede ocurrir y cómo sospecharlo	102
Situaciones y sustancias cotidianas: qué sí y qué no	106
Tu bebé no es una tostada, pero está «untado en queso»	109

6. SEXTO MES.

LA DULZURA QUE TE TRAE A VECES EL EMBARAZO	111
Prueba de la glucosa	111

El inicio de una nueva etapa, la viabilidad fetal	119
Primeras olas con las que se puede navegar y con las que no. Parto prematuro	120
Vientre, corazón y voz	124
Del sueño al insomnio	126
 7. SÉPTIMO MES.	
LA MAL LLAMADA PREPARACIÓN AL PARTO	129
Conocer el suelo pélvico. Masaje perineal	133
Las vacunas	136
Chuparse el dedo	138
¿A quién se parecerá? ¿Ya tiene nombre?	139
 8. OCTAVO MES.	
¿EL TAMAÑO IMPORTA?	143
Seguimiento analítico y ecográfico	143
Cuando nadie lo ve	145
Dónde parir y cómo elegir	147
Preferencias, necesidades y deseos	153
Mi plan de parto	155
La bolsa del hospital, lo imprescindible y los por si acaso	160
 9. NOVENO MES.	
¿POR QUÉ NACEMOS PRONTO?	164
Exterogestación	164
Bebé de nalgas	166
Miedo al parto	171
Cultivo vagino-rectal	173
Los monitores	176
La realidad del tapón mucoso	177
Fecha improbable de parto. ¿Hasta cuándo? ..	178

10. EL PARTO

LAS OLAS QUE TE LLEVAN A LA ORILLA	183
Verano, mar y surf	183
¿Cuándo ir al hospital?	187
Parece que el Atlántico no llega nunca	190
El gran trabajo de las hormonas y de tu acompañante	192
¿Adelantar el momento del nacimiento?	195
Duración del parto. El Camino de Santiago ..	198
El movimiento	205
El dolor. Métodos de alivio	207
¿Se puede beber y comer?	215
El temido desgarro	216
Tipos: normal, con ayuda y cesárea	219
Alumbramiento y pinzamiento del cordón	220
El primer abrazo, su primera nota	223
 <i>Eres la mejor madre de su mundo</i>	 227
 <i>Agradecimientos</i>	 229

PRIMER 1 MES

Nacemos con los óvulos contados

Quizás no sabías esto, pero el ovocito —así se llama a los óvulos en las fases previas a su maduración— que dio lugar a quién eres ahora mismo estuvo en el vientre de tu abuela cuando gestó a tu madre. Parece rocambolesco, sin embargo, es tan sencillo como curioso.

Todas las mujeres nacemos con una cantidad finita de ovocitos inmaduros en los ovarios que han sido creados en la etapa fetal. En total suman más de un millón al nacimiento y van reduciéndose progresivamente con el paso de los años. De manera que en la pubertad tenemos alrededor de cuatrocientos mil o quinientos mil ovocitos.

En cada ciclo menstrual se desarrollará un ovocito para convertirse en óvulo y «prestarse» a la fecundación. Si esta no sucede, ese se desintegrará y acontecerá la menstruación, comenzando así un nuevo ciclo. De todos los ovocitos con los que nacemos solo cua-

trocientos o quinientos llegan a ovulación, el resto degenerará en el camino.

El período más fértil de la mujer abarca desde los dieciséis hasta los treinta años, porque tanto la cantidad como la calidad de los ovocitos es la óptima. La llamada reserva ovárica es el número de óvulos que tienes en un momento concreto y es importante a la hora de lograr embarazo.

La edad es un factor determinante para el descenso progresivo de esta reserva hasta su completo agotamiento cuando llega la siguiente etapa de la vida reproductiva de la mujer, llamada menopausia.

Hay más factores externos que también pueden afectar a dicha reserva, como son algunos tratamientos quirúrgicos, radiológicos o quimioterápicos, el estrés, la obesidad, ciertas patologías o infecciones pélvicas y la exposición a tóxicos, entre otros. A pesar de todo esto recuerda que para quedarte embarazada solo necesitas un ovocito.

EL INSTINTO MATERNAL

Se suele hablar del instinto maternal como un impulso de las mujeres en edad fértil por tener un hijo, la mayoría de las veces a modo de «proyecto vital» que se acerca. En realidad, eso habla más del deseo que del instinto.

El instinto materno existe, y su fundamento está en una hormona protagonista en el amor, el placer, la calma, el parto y la lactancia. Esta hormona es la oxitocina y te contaré con más detalle sobre ella cuando hablemos del parto.

El instinto materno es lo que ocurre en las hembras mamíferas cuando nace su cría en un ambiente en el que se sienten seguras.

*El ovocito que dio lugar a
quién eres ahora mismo estuvo
en el vientre de tu abuela
cuando gestó a tu madre.*

Es importante este último matiz porque si no es así, prevalece el instinto de supervivencia por encima del materno y entonces los niveles altos de oxitocina se retrasan.

En este punto me gustaría que cambiases por un momento la mirada y te sintieses a partir de ahora lo suficientemente mamífera como para entender muchísimos de los procesos de maternidad que vas a sentir, pero no vas a poder explicar desde la razón.

Las mamíferas sentimos ese impulso —llamado instinto materno— por proteger a nuestras crías cuando, en contacto con ellas tras el nacimiento, sentimos que están indefensas y nos necesitan para sobrevivir. Pero el instinto no solo es materno. Esta maravillosa hormona es capaz de crecer en todas las personas que se vinculan estrechamente al bebé, aunque algunas necesitan más tiempo que otras para alcanzar dichos niveles de oxitocina.

Está científicamente comprobado que los niveles de oxitocina crecen en el padre, en los hermanos, abuelos y, por supuesto, también en las familias adoptivas, pues este instinto no tiene por qué estar relacionado de manera directa con el parentesco biológico.

¿Y cuándo se empieza a ser madre? A veces ocurre cuando comienzas la búsqueda de gestación, cuando ves el test positivo, cuando se escucha el latido fetal, en la primera ecografía, cuando empieza a asomar la tripa, con las primeras patadas, cuando nace, cuando le conoces y te reconoces... Ser madre es muchas cosas más que gestar y parir. Más adelante te hablaré sobre los cambios en el cerebro que ocurren en la mujer cuando es madre, pero en este punto quiero tratarlo desde la emoción y la sensación. También quiero que sepas que puedes empezar a ser/sentirte madre antes o después que las mujeres de tu entorno, incluso antes o después de tu embarazo, más allá de lo biológico. Así se es/siente ser madre, por ejemplo, en la tribu himba.

Hay una tribu africana del desierto de Namibia llamada himba donde la fecha del nacimiento de las personas no se toma como el día que nacieron y tampoco por el momento en el que fueron concebidos ni por el día del bautismo. En la tribu himba los niños empiezan a sumar días, meses o años de «vida» desde el día en que fueron «pensados» por su madre. De esta manera hay niños que nacen y crecen con varios años de vida antes del parto.

El día que la mujer piensa por primera vez en ese hijo se sienta sola bajo un árbol y se concentra hasta sentir cuál será la canción del niño que «quiere nacer». Después la comparte con el hombre que será el padre biológico y la cantan mientras comienzan a concebirlo.

Cuando la mujer está embarazada, enseña la canción del bebé que espera a toda la tribu para poder cantarla y darle la bienvenida cuando nazca. Tanto la fecha en la que su madre le pensó por primera vez como la canción le acompañarán toda su vida.

En esta tribu no es tan importante la edad desde el nacimiento del niño, sino el momento en el que floreció ese sentimiento en el cuerpo de una mujer que se sentía madre antes de concebirlo.

LA VISITA PRECONCEPCIONAL

La búsqueda de embarazo idealmente comienza con una visita preconcepcional a tu matrona o ginecóloga de referencia. En esta se hace un examen de salud general y ginecológico con el fin de asegurar que tu estado físico en ese momento es adecuado para el embarazo.

Hay ciertas vitaminas y nutrientes especialmente importantes en la etapa preconcepcional y en la gestación para el desarrollo del bebé. De ahí el interés de la individualización de las necesidades de suplementos alimenticios para asegurar su aporte. Las vitaminas y los nutrientes en la etapa preconcepcional y embarazo son:

ÁCIDO FÓLICO, FOLATO O VITAMINA B9

Es necesario para la síntesis de ADN y la producción de células en las primeras semanas. También interviene en el desarrollo del sistema nervioso central del feto y en el cierre de la columna. Su déficit también se asocia al aborto y a la depresión posparto. Por estos motivos los requerimientos de esta vitamina están aumentados en la búsqueda del embarazo, durante el mismo, e incluso en los primeros meses del posparto. Está presente en alto contenido en algunos alimentos antes de cocinarlos como las verduras de hoja verde, legumbres y frutos secos, entre otros. Aun pudiendo encontrarlo en algunos alimentos, el ácido fólico es el suplemento más importante en el embarazo y es recomendable tomarlo en su forma activa porque con mayor probabilidad es utilizado por el organismo.

Formas y cantidades: folato activo (L-metilfolato, Metafolin o Quatrefolic): 400 µg/día preconcepcional —tres meses antes aproximadamente— y 600 µg/día durante el embarazo. Si hay factores de riesgo como diabetes, antecedentes de defectos del tubo neural o en tratamiento con anticonvulsivantes la dosis recomendada es más alta, alrededor de 5 mg/día de folato activo —5.000 µg/día—.

VITAMINA B12 O COBALAMINA

Unos niveles adecuados disminuyen el riesgo de defectos del sistema nervioso central del feto. Es posible encontrarla en el pescado,

*El ácido fólico es el
suplemento más importante
en el embarazo y es
recomendable tomarlo en
su forma activa porque
con mayor probabilidad es
utilizado por el organismo.*

la carne roja, la carne de aves, los huevos y la leche entre otros. Si no se consumen este tipo de alimentos y se sospecha o confirma el déficit de esta vitamina es importante valorar la suplementación de la misma.

Formas y cantidades: 2-6 mg/día.

VITAMINA D

Es muy común encontrar niveles bajos de esta vitamina en las mujeres y es importante tener unos adecuados preconcepcionales por su implicación en la fertilidad.

En el contexto del embarazo su déficit se asocia a complicaciones obstétricas relacionadas con la tensión arterial, la diabetes y la alteración del crecimiento intrauterino.

La vitamina D se obtiene, fundamentalmente, de la exposición directa al sol, si bien demasiado sol puede llevar al envejecimiento e incrementar los riesgos de cáncer de la piel. A través de la dieta también se puede favorecer el aumento de vitamina D, que encontramos en los lácteos, algunos pescados y el huevo, entre otros. En caso de deficiencia antes o durante el embarazo es recomendable un suplemento de esta vitamina adecuado a tus necesidades.

Formas y cantidades: D₃ o colecalciferol.

- Si los niveles de la analítica son normales: 600 UI/día.
- Si desconocemos los valores analíticos: 4.000 UI/día.
- En caso de déficit analítico (<20 mg/dl): 4.000-6.000 UI/día.

CALCIO

Mineral esencial para la formación de los huesos y, además, es fácil de obtener niveles adecuados a través de la dieta, asegurando el aporte de alimentos ricos en calcio —tres raciones al día—. Puedes

encontrarlo en alimentos como los lácteos, las sardinas, el huevo, los frutos secos y algunas frutas.

YODO

Un nutriente implicado en el correcto funcionamiento del tiroides de la madre cuyo déficit puede generar también alteraciones neurológicas en el bebé. En la gestación aumentan los requerimientos de este mineral. Se pueden conseguir niveles adecuados a través de la alimentación si, en los dos años previos a la gestación, se han consumido diariamente al menos tres raciones de leche o derivados, pescados, mariscos o huevo junto con sal yodada de uso diario.

Es también importante puntualizar, que su exceso puede resultar perjudicial y puede darse en el caso del consumo de algas tipo wakame o nori, pues un gramo de estas algas equivale a cinco veces más del límite de yodo diario recomendado. En caso de no cubrir estas necesidades a través de la dieta, es recomendable valorar la suplementación.

Cantidades: 100-250 mg/día.

OMEGA 3 DHA

Tiene un papel importante en la fertilidad porque mejora la calidad del ovocito y la implantación. En el embarazo favorecen el desarrollo cerebral y del sistema inmune del feto y su déficit está relacionado con el parto prematuro. Se puede encontrar en alimentos como el pescado azul, las nueces, las semillas de lino, la quinoa o el aguacate, entre otros. Si no se consume adecuadamente de forma habitual se puede suplementar.

Formas y cantidades: 1 g/día si no se consume a través de los alimentos.

HIERRO

El embarazo es una etapa susceptible de tener anemia por los cambios cardiovasculares de la madre y, por tanto, aumentan las necesidades de hierro para poder formar glóbulos rojos. Es especialmente importante a partir del segundo trimestre. En ocasiones basta con tomar alimentos ricos en hierro como carne, pescado, verduras, legumbres y frutos secos —el hierro se absorbe mejor si acompañas estos alimentos de otros ricos en vitamina C—, pero en las mujeres con anemia o bajas reservas de hierro se recomienda la suplementación.

Formas y cantidades: 30-60 mg/día. Si se toma en forma de suplemento, hazlo preferiblemente entre comidas junto con vitamina C —cítricos—, y evita tomarlo con leche para favorecer su absorción.

MAGNESIO

Favorece la regulación hormonal, el crecimiento fetal y mejora la resistencia a la insulina de la mujer embarazada. Está presente en alimentos como las verduras de hoja verde, el aguacate o los frutos secos, entre otros. Gran parte de la población tiene déficit de este mineral, por lo que muy a menudo es aconsejable la suplementación.

Formas y cantidades: bisglicinato de magnesio 250-600 mg/día.

PREPARAR UN EMBARAZO SANO

¿Si estás buscando el embarazo debes comportarte como si lo estuvieras? La respuesta más prudente es sí. Lo más adecuado es que durante el período de búsqueda de gestación sigas las recomendaciones de autocuidado propias del embarazo, tales como:

- Iniciar una suplementación individualizada o, al menos, de ácido fólico activo y yodo, tal y como está desarrollado en el epígrafe anterior.
- Revisar antecedentes personales con tu médico y evitar tratamientos incompatibles con el embarazo.
- Evitar viajar a zonas que puedan generar situaciones de peligro para el embarazo, tales como lugares que requieran vacunas que puedan poner en riesgo el desarrollo fetal —de virus vivos atenuados como la fiebre amarilla— o áreas endémicas de enfermedades severas transmitidas por mosquitos y otros insectos vectores.
- Conocer y seguir las recomendaciones nutricionales.
- Abandonar hábitos tóxicos. Sobre los más habituales:
Tabaco. Es recomendable que abandones el hábito tabáquico antes del embarazo y evites estar en ambientes de humo. No es cierto que es más peligrosa la ansiedad por dejar de fumar que el efecto del tabaco sobre el feto. Si sientes ansiedad por este motivo, es mejor que pidas ayuda a que mantengas su consumo.

Alcohol. No hay cantidad de alcohol segura para el feto durante el embarazo. Cuando se consume alcohol en este período, este atraviesa la barrera placentaria poniéndose en contacto rápidamente con el feto. Y nadie le ofrecería a su bebé una cerveza o una copa de vino. El síndrome alcohólico fetal está descrito como una afección del niño derivada de la exposición durante el embarazo que provoca daño cerebral y problemas de crecimiento irreversibles. El alcohol en el embarazo debe ser cero.

Ambos aumentan el riesgo de aborto, malformaciones, problemas placentarios y bajo peso al nacer. Si has consumido algún tóxico antes de conocer la noticia de tu embarazo, pero ya lo estabas, no debes preocuparte, sino evitarlos a partir de ahora y, si es preciso, comunicárselo a tu ginecóloga-obstetra o matrona.

EL TEST DE EMBARAZO

No siempre el embarazo se planifica con antelación y tampoco siempre esto implica problemas de desarrollo embrionario. Aunque lo ideal es hacerla, si no hiciste consulta preconcepcional, lo más adecuado cuando conozcas la noticia del embarazo es que vayas a tu profesional de la salud de referencia para comenzar el autocuidado y autoconocimiento.

La matrona es el profesional de referencia en el cuidado del embarazo normal que trabaja en equipo con el/la obstetra, si bien cada mujer es libre de sentirse acompañada por quien elija.

¿Pero cómo confirmar que en efecto estás embarazada? Son numerosos los cambios que experimenta una mujer cuando se queda embarazada —cambios físicos, incremento de la frecuencia al orinar, náuseas, cansancio...—, pero el primer signo habitual es el retraso en el período menstrual.

Una de las hormonas implicadas en el embarazo y que ayuda al diagnóstico es la llamada gonadotropina coriónica humana —hCG, según las siglas en inglés—. Esta hormona comienza a producirse desde que el cigoto se implanta en el útero tras la concepción y se incrementa con rapidez a lo largo de las primeras diez semanas de embarazo. Luego, una vez superado el primer trimestre, disminuye ligeramente. La información que nos da el test de embarazo hace referencia a si la hCG está presente o no en tu orina.

Curiosidad

Un dato peculiar sobre esto es que antes de que existieran estos test, a mediados del siglo pasado, se inventó una de las pruebas que se podían hacer para confirmar el embarazo conocido como «test de la rana». Consistía en inyectar orina fresca de una mujer en una especie de rana hembra y, si la mujer estaba embarazada —sus niveles de hCG eran elevados—, la rana ovulaba y ponía huevos en las siguientes veinticuatro horas.

¿Y cómo realizar el test de embarazo sin necesidad de ranas? En la actualidad, este test en orina que se realiza en casa se puede comprar en farmacias. Se lleva a cabo mediante la aplicación de unas gotas de orina en una tira química preparada y el resultado suele estar listo en pocos minutos. Es importante seguir las instrucciones que indique dicha prueba para conseguir la precisión del resultado, que oscila entre el 97-99% de acierto.

Aunque es poco frecuente, pueden darse también estos dos supuestos:

- *Falsos negativos.* A veces percibes síntomas de embarazo y el test sale negativo. Lo más probable es que estés realizando el test demasiado pronto y es buena idea dar un margen de unos días para volver a repetir la prueba.
- *Falsos positivos.* Es mucho menos habitual, pero algunos fármacos pueden generar aumento de la hormona hCG y esto dé lugar a un resultado positivo erróneo del test.

Entonces, te preguntarás ¿cuándo debo hacerlo? Aunque algunos test revelan niveles muy bajos de hCG y pueden detectarlo in-

cluso antes, los resultados son más fiables después del retraso menstrual. Es recomendable saber que el mejor momento para hacerse la prueba de embarazo es con la primera orina de la mañana, puesto que suele ser una más concentrada y el nivel de hCG más alto.

Otra manera más precisa de valorar los niveles de esta hormona sería haciéndote una prueba de sangre. A través de esta medición se podría conocer la existencia y cantidad de hCG incluso antes de que se produzca el retraso menstrual. Esta prueba suele utilizarse para valorar el seguimiento del embarazo en las primeras semanas cuando se está descartando alguna patología temprana del embarazo o cuando este se ha producido a través de técnicas de reproducción asistida.

En ocasiones estas «dos rayitas» son el final de un largo camino deseándolas; en otras, el principio de una aventura no planificada. Y en otras, la confirmación de esos cambios que ya sentías y, en definitiva, la información objetiva de que la vida crece en ti. Así lo vivió María:

Cuando empezamos a buscar embarazo, ya fantaseaba con la idea de hacerme un test y descubrir dos rayitas. Me imaginaba cómo sería contarlo, me imaginaba la alegría que sentiría, idealizaba ese momento. No sabía entonces que para que el positivo llegara serían necesarios cuatro años de búsqueda, bastantes test de embarazo negativos, muchas pruebas y dos tratamientos FIV.

Y entonces un día, lo que tanto había soñado y deseado, ocurrió: tenía mi ansiado positivo. Me sentí afortunada, sentí alegría, sentí miedo, me sentí abrumada, muy abrumada. Hasta ese día estaba acostumbrada al negativo, al duelo, a la desilusión y, de repente, estaba viviendo lo contrario, alegría,

felicidad, incertidumbre y un gran *shock* por saber que lo que estaba sintiendo en mi cuerpo era fruto del inicio de un embarazo.

Quería contarlo, aunque me daba miedo que si lo decía algo saliese mal, como si verbalizarlo tuviera la capacidad de modificar el curso del embarazo... ¡Fíjate que tontería! Entonces me dijeron algo que me ayudó mucho durante todo el embarazo y que me repetía cada vez que tenía miedo: mañana no sé qué pasará, pero hoy estoy embarazada, y ya por eso me siento feliz.

Así que me decidí a compartir mi felicidad con toda la gente que me quiere y que se alegraría tanto o más que yo misma por mi positivo. Y ahí ya empecé a soñar, a imaginar qué sentiría en mi cuerpo, cómo sería tener un bebé dentro, cómo cambiaría yo, cómo cambiaría nuestra vida. Empecé a fluir con el embarazo, otras preocupaciones pasaron en ese momento a un segundo plano, respiré profundo, cerré los ojos, cogí aire y dejé que todos los nudos que tenía dentro de deshicieran en forma de lágrimas porque ¡ESTOY EMBARAZADA! ¡Hay una vida creciendo en mí!

Hoy, escribiendo este relato, ha pasado un año de mi última regla, cuarenta y una semanas de embarazo, diez semanas de posparto, tengo una bebé preciosa durmiendo en mi regazo y todavía no me lo creo. ¡Soy mamá!

MÁS ALLÁ DE LOS PORCENTAJES

La posibilidad de embarazo de la raza humana en el primer mes de búsqueda intencionada es de entre un 20-25 % en parejas sanas, subiendo al 75-80 % a los seis meses, llegando al 85 % a lo largo de un año de búsqueda y al 90 % tras dos años de búsqueda de gestación.

Tras el plazo de un año de búsqueda activa de embarazo sería prudente hacer una consulta profesional para evaluar si existen problemas reproductivos como pueden ser la esterilidad o la infertilidad. Están a la orden del día estos dos conceptos y te voy a explicar brevemente el matiz que los distingue porque, aunque definen la dificultad para tener hijos, no son exactamente lo mismo:

- La esterilidad es la incapacidad para lograr un embarazo de manera natural en el plazo de un año. Y se diferencia la esterilidad primaria de la secundaria con relación a si nunca antes la pareja ha tenido hijos o si ya tiene alguno, pero en el momento actual no logra embarazo.
- La infertilidad es la incapacidad de llegar a tener un recién nacido vivo, en este caso la pareja consigue embarazo, pero posteriormente se interrumpe antes de la viabilidad del mismo.

Sin embargo, cuando la noticia de embarazo llega y el test en orina o en sangre sale positivo, ¿qué ocurre? Ocurre que, teóricamente, llevas embarazada cuatro semanas. Te cuento por qué: la fecha de última regla (FUR), aunque no es un dato certero, corresponde al primer día del ciclo en el que se produce el embarazo.

El primer día del ciclo ovárico de una mujer es el primer día de su menstruación y la FUR es el primer día de su última regla.

En torno a los catorce días de dicho inicio del ciclo se produce la ovulación, y en esos días cercanos a la ovulación se produce la fecundación del óvulo, si hay presencia de espermatozoides a ese nivel. Esto es, en cierta manera, inexacto, pues no todas las mujeres ovulan el mismo día del ciclo, si bien es una forma de generalizar el conteo de inicio del embarazo, que se sospecha con el retraso/inexistencia

de la siguiente menstruación y se confirma con el test positivo y el seguimiento ecográfico posterior.

Y tomando de referencia la fecha de última regla, ¿cuándo será el parto? Lo más coloquial es contar nueve meses desde la fecha de la última regla, pero a estas alturas habrás podido darte cuenta de que esto no son matemáticas, nada es exacto en la maternidad. El embarazo dura alrededor de cuarenta semanas, que corresponden a diez meses lunares de veintiocho días.

Los profesionales sanitarios medimos el embarazo en semanas porque es un dato más específico y aporta más información sobre el momento en el que te encuentras a lo largo del seguimiento del mismo. Esta tabla te hará sentir que tu matrona, tu entorno y tú habláis en el mismo idioma.

Primer trimestre	mes 1	semana 1-4
	mes 2	semana 5-8
	mes 3	semana 9-13
Segundo trimestre	mes 4	semana 14-17
	mes 5	semana 18-22
	mes 6	semana 23-27
Tercer trimestre	mes 7	semana 28-31
	mes 8	semana 32-35
	mes 9	semana 36-40
	mes 10	semana 41-42

Para calcular la fecha probable de parto (FPP) —que más adelante definiremos como «fecha improbable de parto»— podemos utilizar la regla de Naegele, que no es más que una fórmula para

obtener la fecha correspondiente a doscientos ochenta días después de una fecha inicial. A la fecha de última regla le añadimos un año, le restamos tres meses y le sumamos siete días:

$$\text{FPP} = \text{FUR} + 7 \text{ días} + 1 \text{ año} - 3 \text{ meses}$$

De manera que, si tu fecha de última regla fue el 1 de febrero de 2024, tu fecha probable de parto será el 8 de noviembre de 2024.

¿SE PUEDE ELEGIR EL SEXO DEL BEBÉ?

Esta gran pregunta surgió en los años setenta del siglo pasado, cuando el doctor Shettles descubrió que los espermatozoides masculinos y femeninos poseían diferentes características.

Te explico con algo más de detalle qué es esto de los espermatozoides masculinos y femeninos. Las mujeres tenemos un mapa cromosómico XX y los hombres XY. Los óvulos y los espermatozoides contienen la mitad de la carga cromosómica. Y en cuanto a los cromosomas que determinan el sexo, el óvulo siempre porta el cromosoma X, mientras que el espermatozoide puede portar el cromosoma X —niña— o el cromosoma Y —niño—. Cuando se fecunda el óvulo, los cromosomas se unen y, si son XY, será de sexo masculino, mientras que, si son XX, será de sexo femenino.

Las probabilidades de concebir un niño o una niña no son azar, pues es cierto que las características de los espermatozoides X-Y son diferentes y la población mundial no es exactamente del 50-50 %. El equilibrio natural es casi perfecto, pero corresponde a unos porcentajes del 50,5 % de hombres y del 49,5 % de mujeres.

El doctor Shettles descubrió que el espermatozoide con carga cromosómica masculina es más pequeño, se mueve más rápido y

*El embarazo dura alrededor
de cuarenta semanas, que
corresponden a diez meses
lunares de veintiocho días.*

tiene una vida media más corta que el espermatozoide con carga cromosómica femenina. Entonces formuló el método Shettle, en el que describe cómo todo se «decide» en el camino hacia el óvulo. Es decir, en los Juegos Olímpicos los espermatozoides Y serían los ganadores de los cien metros lisos y los espermatozoides X serían grandes maratonianos. Dijo que si en la búsqueda de embarazo tienes relaciones sexuales durante la ovulación, el espermatozoide masculino tiene más posibilidades de fecundar el óvulo —porque es supuestamente más rápido—. Por el contrario, como el espermatozoide con carga cromosómica femenina es más resistente y vive más, si las relaciones coitales se producen previas a la ovulación, en los primeros días fértiles, estos espermatozoides tienen, supuestamente, más probabilidades de fecundar el óvulo y concebir una niña.

Este doctor también indicó que la posición sexual y el pH de la vagina podrían, por el mismo motivo de las características de los espermatozoides, influir en la concepción de ambos sexos.

Hay otra teoría, creada por Adriana Baretta, bioquímica argentina, que da nombre al método Baretta y que sostiene la «elección» del sexo del bebé en función de la dieta alimentaria de la madre y el momento de la concepción, pues hace especial referencia a las características del moco cervical —que dará lugar al famoso tapón mucoso del que hablaremos más adelante— y la capacidad de los espermatozoides para atravesarlo.

Lo cierto es que a pesar de que son teorías fascinantes, ninguna de ellas está sustentada por evidencia científica de peso, por lo que, por el momento, este tema tiene más de mito que de verdad. Y quiero matizar que en este apartado me he referido constantemente al sexo biológico del bebé, asumiendo en realidad que la sexualidad no está solamente definida por los cromosomas.