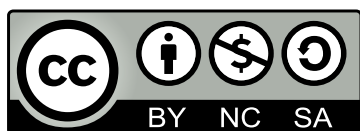


Matroguía de puerperio



Puerperio: atención a una etapa dinámica, liderada por matronas
¿Te animas a conocer un poco más?

FAMME 
Federación de Asociaciones de Matronas de España



Esta obra está sujeta a la licencia
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

ISBN: 978-84-09-57510-7

Diseño: Xavier Olona.
Barcelona, 2024.

Este documento debe citarse como:

Federación de Asociaciones de Matronas de España. (FAME), 2024
Matroguía de puerperio.

Presentación

El puerperio, como etapa clave en la vida de las mujeres que han decidido tener descendencia, necesita de una atención adecuada acorde a las últimas recomendaciones científicas. Se trata de una etapa de múltiples cambios y que afecta a diversas esferas de la salud de la mujer, la criatura recién nacida y su entorno. Siendo conscientes de que cada nueva familia precisa de un plan individualizado de atención integral y de un equipo liderado por la matrona como pieza clave en el apoyo a las fortalezas de la puérpera, que aborde las múltiples necesidades, dudas e inquietudes que surgen después del nacimiento, desde FAME, surge la necesidad de elaborar material propio, realizado por y para matronas. Por ello, hemos redactado esta guía básica, cuya esencia se centra en el puerperio como proceso fisiológico normal, en el cual se respeta su evolución natural.

Estas recomendaciones que os presentamos pretenden ayudar a las matronas en la atención que han de proporcionar a las mujeres, parejas y familias que se encuentran en este momento vital. En este sentido, FAME impulsa este documento y apuesta por contribuir en la actualización de la atención y la revisión, de manera estructurada, de la evidencia científica sobre la atención del puerperio, facilitando a las matronas información fiable, completa y actualizada que permita prestar cuidados de calidad, promoviendo la equidad y la seguridad en el proceso, así como informar a las personas para fomentar las decisiones informadas y compartidas.

Este documento ha supuesto un trabajo intenso de elaboración por parte de un conjunto de matronas con experiencia en atención al puerperio, así como de expertas en la búsqueda de la práctica profesional basada en la evidencia, con el objetivo de poder elaborar una guía completa, que cubra todas las esferas que rodean a este proceso y de esta manera poder contribuir a la actualización de la atención en el puerperio. Esperamos que estas recomendaciones basadas en la literatura científica sobre el puerperio contribuyan a la mejora de la atención, en el proceso de decisión de las matronas y en la comunicación que hemos de establecer con las personas que atendemos.

Desde FAME queremos agradecer su dedicación e implicación, trabajo y tiempo dedicado a todas las matronas que han colaborado en la elaboración de este documento, con el objetivo de que sirva de referencia para una buena praxis de las profesionales, así como fuente informativa para aquellas mujeres que desean información basada en la evidencia.

Coordinadora

Lucía Del Fresno Marqués

Grupo de trabajo Matroguía de Puerperio

Álvaro Rodríguez, Silvia. Asociación Galega de Matronas (AGAM).

Cordón Colchón, Juani. Asociación Profesional de Matronas Extremeñas (APMEX).

Del Fresno Marqués, Lucía. Asociación Profesional de Matronas de Asturias (APROMAP).

González Plaza, Elena. Associació Catalana de Llevadores (ACL).

Mejías Jiménez, Araceli. Asociación Navarra de Matronas (ANAMA)

Documento revisado por

Salomé Álvarez Rodríguez.

Daniel Morillas Guijarro.

Elena Palacio Bru.

Cristina Franco Antonio.

Francisca Postigo Mota.

Abreviaturas

ADN	Ácido desoxirribonucleico
AF	Anemia falciforme
AHC	Anticoncepción hormonal combinada
AMPD	Acetato de medroxiprogesterona
AP	Atención Primaria
ASG	Anticonceptivo sólo gestágeno
BOE	Boletín Oficial Estado
CPP	Contacto piel con piel
DPP	Depresión post parto
DIU	Dispositivo Intrauterino
DSCU	Donación de sangre de cordón umbilical
EEII	Extremidades inferiores
EHRN	Enfermedad hemorrágica del recién nacido
EPDS	Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo
EVA	Escala Visual Analógica
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas de España
FC	Frecuencia cardíaca
FQ	Fibrosis quística
GA-I	Acidemia glutárica tipo I
HC	Hipotiroidismo congénito
Hª C	Historia clínica
IHAN	Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento
IM	Intramuscular
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
IU	Incontinencia urinaria
LCHAD	Déficit de 3-hidroxi-acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga
LM	Lactancia materna
LME	Lactancia materna exclusiva
MCAD	Déficit de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media
MELA	Método lactancia amenorrea
MSG	Método solo gestágeno
OEA	Otoemisiones acústicas evocadas
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
PEATC-a	Potenciales Auditivos Evocados de Tronco Cerebral Automatizados
PKU	Fenilcetonuria
RN	Criatura recién nacida
SMSL	Síndrome de muerte súbita del lactante
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Suelo pélvico
TEV	Tromboembolismo venoso
TOC	Trastorno obsesivo compulsivo
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UPA	Acetato de ullipristal
VG	Violencia de género
VPM	Violencia de la pareja hacia la mujer

SUMARIO



Cada apartado del sumario
redirige al lugar donde se
encuentra el apartado en cuestión

1. Introducción

2. Objetivos

3. Aclarando conceptos sobre el puerperio La importancia de las habilidades de comunicación

4. Conociendo la primera etapa: puerperio inmediato

4.1 ¿Qué sucede con el neonato en el puerperio inmediato?

5. ¿Cómo actuar durante el puerperio clínico?

6. Atención a la criatura recién nacida sana durante la estancia hospitalaria/centro de nacimiento

6.1 Adaptación fisiológica al nacimiento

6.2 Cuidados de la criatura. ¿Qué se ha de valorar tras el parto?

6.3 Cribados preventivos

6.4 Características de las criaturas al nacimiento que conviene conocer

7. Alimentación de la criatura

7.1 Qué reporta la lactancia materna exclusiva (LME) en beneficio de las RN

7.2 Qué reporta la lactancia materna exclusiva (LME) en beneficio de las madres

7.3 Riesgos para la salud si se opta por la leche artificial

7.4 Lactancia materna. El mejor comienzo

7.5 Alimentación con fórmula

8. Puerperio en Atención Primaria.

- 8.1 Recomendaciones de frecuencia y tipo de visitas**
- 8.2 Valoración y cuidados del puerperio**
- 8.3 Cuidados de la RN en el domicilio**
- 8.4 Anticoncepción en el puerperio**
- 8.5 Programa de detección precoz de cáncer de cérvix**
- 8.6 Revisión del estado vacunal**

9. Corresponsabilidad en el cuidado de la criatura

10. Detección de violencia de género en el puerperio

Bibliografía

Anexos

- Anexo I. Escala EVA (Escala Visual Analógica)**
- Anexo II. Vigilancia de la RN en CPP**
- Anexo III. Señales de hambre**
- Anexo IV. Extracción de leche materna**
- Anexo V. Posturas para amamantar**
- Anexo VI. Herramientas observación toma**
- Anexo VII. Pautas de colecho seguro**
- Anexo VIII: Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS)**
- Anexo IX. Criterios de Elegibilidad de anticonceptivos de la OMS**
- Anexo X: Detección y manejo de la VG en el puerperio**

Capítulo 1

Introducción

Las semanas posteriores al nacimiento son un período crítico para la puérpera* y su criatura, y sientan las bases para optimizar su salud y bienestar a largo plazo. Para ello, la atención posparto se convierte en un proceso continuo y dinámico, con servicios, apoyo y cuidados adaptados a sus necesidades individuales, que favorecerán la asistencia integral para las familias en crecimiento.

La atención sanitaria de calidad conlleva la continuidad de cuidados, basada en la evidencia científica actual y nace con el objetivo de unificar la práctica asistencial en base a unos parámetros de excelencia clínica consensuados.

Esta guía básica se centra en el puerperio como proceso fisiológico normal, en el cual se respeta su evolución natural. En ella se reconoce el papel crucial de la puérpera en la toma de las decisiones informadas que le afectan en esta etapa.

La guía incluye recomendaciones basadas en la evidencia científica actual, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria durante este “cuarto trimestre” que supone el puerperio. Respetando y fomentando con seguridad la autonomía, confianza y autocuidado de las mujeres, favoreciendo el vínculo afectivo y apego seguro y evitando las intervenciones innecesarias que incluso pudiesen interferir en la seguridad deseada.

Responderá a preguntas clínicas básicas, a partir de la búsqueda estructurada de la literatura. Siendo pilares fundamentales las últimas Estrategias en salud sexual y reproductiva nacionales e internacionales, ofreciendo pautas tanto en atención hospitalaria/centro de nacimientos o domicilio, como primaria, con un enfoque biopsicosocial para una atención de calidad tras el parto.

Se introducen estrategias de mejora que se han venido desarrollando en los últimos años, como es la parentalidad positiva, la atención a la diversidad de tipos de familia, la violencia de género o a las familias en riesgo de exclusión social.

La población diana son las puérperas, las criaturas y acompañantes, sin olvidar la importancia del entorno profesional, familiar y social.

Esperamos que sirva como apoyo y orientación profesional en el abordaje seguro y eficiente de todos los aspectos que se nos presentan en el día a día tras el parto, tanto en el medio hospitalario/casa de nacimiento, como en el domicilio y atención primaria, para seguir contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial de las puérperas, las criaturas y sus familias, desde la prevención y el enfoque de género, en esta sociedad cambiante con nuevos retos biológicos y psicosociales.

Sin embargo, las situaciones que requieren atención complementaria, con cuidados específicos, quedan fuera del alcance de esta guía, basada en el bajo riesgo y la evolución fisiológica puerperal.

* La defensa de los derechos sexuales y reproductivos, la erradicación de cualquier tipo de discriminación y violencia, el respeto de la diversidad cultural, trabajando al mismo tiempo por desterrar las prácticas dañinas de cada cultura, forman parte de las obligaciones éticas de la matrona. Estamos comprometidas con el acompañamiento respetuoso y experto con perspectiva de género y desde el reconocimiento de los derechos de igualdad, equidad y dignidad de todas las personas. Este documento utiliza en general el modelo binario (hombre/mujer) en su redacción, pero queremos expresar nuestra voluntad de reconocimiento e inclusión de todas las realidades. Las matronas somos conocedoras, acompañamos y celebramos la diversidad, también la de familias, cuerpos, géneros, expresiones y orientaciones sexuales.

Capítulo 2

Objetivos

1. Identificar la mejor práctica clínica en la atención durante el puerperio de bajo riesgo.
2. Establecer un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia científica actual acerca de la atención en el puerperio.
3. Proporcionar información basada en la evidencia, sobre la atención perinatal en procesos sin complicaciones.

Capítulo 3

Aclarando conceptos sobre el puerperio. La importancia de las habilidades de comunicación

Clásicamente, el puerperio se define como el periodo que comprende desde el alumbramiento hasta la aparición de la primera menstruación. Coincide con la tradicionalmente llamada “cuarentena” en el post parto.

Es una etapa de transición, de duración variable, aproximadamente de 6 a 8 semanas, en la que se inician y consolidan procesos tan complejos como la lactancia o la adaptación entre la puérpera con su criatura, la pareja si la hubiere y su entorno.

En cuanto a la criatura recién nacida (RN), los cuidados de la matrona abarcan desde el nacimiento, durante la estancia hospitalaria, en la casa de nacimiento o domicilio, hasta los 28 días de vida ^{1,2}.

Clínicamente el puerperio se divide en tres periodos que, debido a la evolución en los cuidados y las altas precoces cada vez más extendidas, podríamos describirlos de la siguiente manera ^{3,4} :

- **Puerperio inmediato:** comprende las primeras 2 horas tras el alumbramiento y finalización de la atención al parto.
- **Puerperio clínico:** es el período que transcurre desde el final del puerperio inmediato hasta el alta del medio hospitalario o casa de nacimiento. La duración del ingreso varía según los diferentes protocolos, aunque suele oscilar entre 1 y 4 días, dependiendo de la vía de finalización de la gestación: parto vaginal o mediante cesárea y según el estado materno y del RN.
- **Puerperio tardío:** su final coincide con la aparición de la primera menstruación o regresión multiorgánica de la puérpera a su estado pregestacional, a excepción de la mama en los casos de lactancia materna (LM), que habitualmente condiciona la aparición más tardía de la primera menstruación.

Es fundamental en el inicio de esta guía, resaltar la importancia de cultivar las habilidades de comunicación por parte de las matronas, es decir, conocer e implementar estrategias verbales y no verbales que faciliten la comprensión y la relación con puérperas, acompañantes, familias y equipo.

La empatía, la escucha activa, el empleo de una información inteligible en el momento oportuno, clara, concisa y adecuada al nivel sociocultural, además de la comunicación no verbal, van a constituir elementos fundamentales en el mundo de la comunicación.

Se habla de empatía en referencia a la capacidad de entender cómo piensa o siente la otra persona, respetar, tomar conciencia de sus sentimientos, meterse en su experiencia y asumir su situación. Permite entender las intenciones de los demás y adelantarnos a sus reacciones o comportamientos.

La escucha activa, es mucho más que oír un mensaje. Las puérperas, tienen necesidad de ser escuchadas y comprendidas. Para que la comunicación con ellas resulte exitosa, será necesario que seamos capaces de interpretar adecuadamente el mensaje que nos han querido transmitir. Para ello, destacamos algunas acciones aconsejables que favorecen la escucha activa⁵:

1. Fijar la mirada, mostrando interés y respeto.
2. Inclinar ligeramente hacia la persona con quien se habla, respetando la distancia.
3. Mantener la mentalidad abierta, para comprender.
4. No interrumpir, ni hablar demasiado.
5. Asentir con la cabeza y con expresiones breves, “ajá, hum, continúe...”
6. Tomar apuntes si es necesario.
7. Al final, resumir lo que se ha comprendido en el mensaje (paráfrasis).

Se diferencian así mismo, dos tipos de habilidades en la comunicación que conviene desarrollar ⁶:

1. Las innatas: cualidades naturales, propias de cada persona.
2. Las aprendidas: aptitudes que pueden ser aprendidas y desarrolladas como entonación de la voz, fluidez al hablar, la expresión corporal y gestos o dirección de las miradas.

Una comunicación efectiva cuenta con la unión de tres elementos, fórmula v-v-v: elementos visuales, vocales y verbales ⁷.

Los elementos **visuales**: 55%, son enviados como estímulos al receptor para obtener un impacto favorable a través del contacto visual. Algunos de los más relevantes son la postura, movimientos, gestos, la expresión facial, el desplazamiento y el manejo de los espacios físicos.

Los elementos **vocales**: 38%, son las modulaciones que percibimos en la voz, como la entonación, velocidad, volumen, énfasis, el ritmo, pausas, control de la respiración, proyección y la resonancia.

Los elementos **verbales**: 7%, palabras y métodos lingüísticos que utilizamos para hablar, desde la forma de estructurar las ideas que formulamos, la selección del lenguaje y términos utilizados, hasta el contenido o significado que se obtiene del mensaje que transmitimos.

Las habilidades de comunicación no verbal constituyen así mismo un pilar fundamental en la comunicación, incluyen todo aquello que transmite algún significado no expresado por palabras ⁶:

- **El contacto visual**: denota verdad e inspira confianza y empatía.
- **Postura y movimientos**: la postura refleja el carácter. Moverse con naturalidad, sin exagerar, usando un estilo propio, son algunas de las recomendaciones eficaces del comunicador.
- **Los gestos y la expresión facial**: reflejan el entusiasmo, convencimiento, naturalidad y espontaneidad con la que decimos el mensaje.
- **La distancia emisor – receptor**: se tendrá en cuenta para no incomodar e intimidar.
- **La comunicación artefactual**: referida al mundo físico o espacio que rodea la interacción comunicativa, repercute también de manera positiva o negativa en la comunicación.
- **Paralingüística**: estudio de los elementos vocales y la influencia en el desarrollo de las habilidades de la voz en la comunicación oral.

Para finalizar este capítulo, incidir en la importancia del desarrollo personal en el ámbito de la comunicación, que va a facilitar a la matrona el feedback y entendimiento con la puerpera, circunstancias y entorno que la rodean, mejorando de este modo la calidad, calidez, humanización y continuidad de los cuidados durante el puerperio y asegurando que la puerpera sea escuchada y comprendida.

Capítulo 4

Conociendo la primera etapa: puerperio inmediato

Los modelos de atención al parto y puerperio liderados por matronas han mostrado beneficios para la puérpera y la RN. Actualmente, se está trabajando para crear e implementar centros de nacimiento en el territorio nacional vinculadas a un centro sanitario, las cuales estarán lideradas durante el proceso de parto de bajo riesgo y puerperio por matronas⁸.

El nacimiento es un proceso fisiológico en el que se debe favorecer el establecimiento del vínculo familiar, la coparentalidad y la estandarización de los cuidados basados en la última evidencia.

El nacimiento, supone un momento vital con gran connotación emocional. Tras el parto, se inicia una fase de mínima intervención y de continuo apoyo, observación y valoración, que confirme la favorable evolución y adaptación tanto de la puérpera como de su criatura promoviendo el contacto piel con piel (CPP), facilitando también el inicio de la LM, en caso de optar por este tipo de alimentación; con la supervisión y apoyo de la matrona, como profesional de referencia en el equipo multidisciplinar.

La atención durante esta etapa debe ser integral y personalizada acorde a las preferencias y necesidades manifestadas en el plan de nacimiento, teniendo en cuenta la diversidad cultural y religiosa de las personas, siempre que la situación clínica lo permita.

Se favorecerá el mantenimiento de un ambiente cálido, íntimo y confortable, que ayude al establecimiento del vínculo afectivo e inicio del apego seguro.

Tras el alumbramiento, es importante garantizar que puérpera y RN permanezcan juntas y facilitar el CPP (del que se habla más extensamente en el apartado de atención a la RN) siempre que sea posible y no haya circunstancias médicas, maternas, neonatales o culturales que lo desaconsejen. Asimismo, se recomienda mantener el acompañamiento continuo por la persona que la puérpera haya designado previamente.

En ocasiones, las personas pueden presentar dificultad en la adaptación al nuevo rol, pudiendo verse afectada la salud mental. Es fundamental que las matronas acompañen este proceso y detecten precozmente posibles desviaciones de la normalidad para poder actuar y/o derivar a tiempo si fuera necesario.

Se ha de prestar especial atención a las personas en situación de violencia de género o en situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social.

Por tanto, las matronas durante el posparto inmediato brindan cuidados con los siguientes objetivos:

- Vigilar y favorecer la adaptación de la RN a la vida extrauterina.
- Promover el vínculo afectivo entre la puérpera y su criatura.
- Valorar y acompañar en la adaptación a la nueva situación.
- Promover la lactancia materna.
- Identificar factores de riesgo y problemas de salud. Colaborar con el equipo en su abordaje y tratamiento.
- Atender las necesidades de las personas que en esta etapa se encuentren en situación de violencia de género.
- Garantizar la continuidad de los cuidados individualizados las primeras horas posparto y su posterior seguimiento.

La atención individualizada, tras la revisión de la historia clínica y la valoración de posibles factores de riesgo, abarca los siguientes aspectos^{1,9}:

- Valorar estado general y emocional; nivel de conciencia.
- Toma de constantes.
- Valoración de la involución uterina, tono y altura (globo de seguridad). Entuertos.
- Valorar cantidad y características de los loquios.
- Favorecer la micción espontánea.
- Valorar el estado del periné: episiotomía, desgarros o laceraciones, hematomas.
- Valorar la presencia de procesos hemorroidales.
- Vigilar y valorar la movilidad y sensibilidad de extremidades inferiores teniendo en cuenta el tipo de analgesia. Favorecer la deambulación precoz.
- Vigilancia de la vía venosa, así como del catéter epidural.
- Valoración del dolor, pudiendo emplear la escala EVA (ANEXO I. Escala EVA (Escala Visual Analógica), que resulta de fácil aplicación para valorar la evolución de esta variable y favorecer la implementación de medidas no farmacológicas o farmacológicas para prevenirlo o tratarlo¹⁰.
- Tolerancia ante la ingesta. Ofrecer agua, zumos claros o infusiones, si fuera necesario.

Todas estas actividades van encaminadas a la prevención y el diagnóstico precoz, ante la posibilidad de aparición de posibles complicaciones que con cierta frecuencia pueden surgir durante el puerperio, independientemente de que el parto haya transcurrido sin incidencias.

Recordamos a continuación los más prevalentes⁴:

1. Hemorragia posparto

La hemorragia posparto es la complicación más frecuente, y potencialmente una de las más graves. Para orientar diagnósticamente la causa del sangrado resulta de utilidad la regla de las 4 T: identificar si el sangrado es secundario a una atonía uterina (tono), a retención de restos placentarios (tejido), a posible lesión en el canal del parto (trauma) o por alteración de la coagulación (trombina), para poder actuar de manera eficaz y precoz en su resolución.

2. Alteraciones en la tensión arterial

Se recomienda controlar la tensión arterial al menos una vez en las primeras dos horas tras el alumbramiento, y realizar otra toma en las 6 horas posteriores al parto.

3. Tromboembolismo

Importante explorar las extremidades inferiores para descartar la posible aparición de signos o síntomas compatibles con eventos tromboembólicos, que cobran especial relevancia en las puérperas diagnosticadas de COVID-19, las cuales tienen mayor riesgo de presentar este tipo de complicaciones.

4. Infección

Cualquier intervención necesaria, se realizará en las condiciones de asepsia que el procedimiento requiera, minimizando de este modo el riesgo de infección puerperal, evento que acontece con relativa frecuencia.

4.1 ¿Qué sucede con el neonato en el puerperio inmediato?

En estas dos primeras horas los cuidados proporcionados a la RN están orientados a optimizar la adaptación a la vida extrauterina y se centran en:

- Valoración del estado general.
- Identificación: se recomienda la identificación desde el momento de la ligadura del cordón umbilical y evitar la separación de la puérpera y su criatura.

*Los cuidados de la criatura durante las dos primeras horas de vida se describen de manera más detallada en Atención a la criatura recién nacida sana durante la estancia hospitalaria/centro de nacimiento

- Favorecer el contacto piel con piel seguro.
- Posponer actuaciones profilácticas (ocular y de enfermedades hemorrágicas) y exploración antropométrica hasta finalizar el contacto piel con piel o después de realizar la primera toma.
- Favorecer el inicio de la lactancia materna si se opta por este tipo de alimentación.
- Promover un espacio íntimo y tranquilo, prestando cuidados individualizados y adaptados a la diversidad cultural y a las preferencias de la puérpera.

Tras este período de dos horas, que en la mayoría de los centros hospitalarios suele ser atendido en las áreas de partos, puérpera y RN serán trasladadas a la planta de hospitalización junto al acompañante.

Antes del traslado, la matrona ha de comprobar además de los aspectos ya descritos en el apartado de vigilancia postparto⁹:

- La evolución normal del binomio madre/RN.
- Retirada de la vía venosa si fuese preciso.
- Retirada del catéter de analgesia epidural (si se ha empleado).
- Comprobar la correcta identificación.
- Registro en H^a C, actividades e intervenciones realizadas quedarán registradas en la historia clínica materna y en la de la criatura.
- Traspaso de información a la unidad correspondiente. La transmisión de información constituye un pilar fundamental en la continuidad de cuidados.

Capítulo 5

¿Cómo actuar durante el puerperio clínico?

Tras el puerperio inmediato, se procede al traslado e ingreso conjunto de puérpera y criatura en la unidad de hospitalización. Su acompañante, podrá permanecer con ellas las 24 horas.

La acogida por el personal sanitario, presentación y acompañamiento, constituyen las primeras intervenciones ante el ingreso hospitalario.

Las matronas en planta, durante el puerperio, ofrecen cuidados con los siguientes objetivos:

- Favorecer el bienestar del binomio madre/RN, así como prevenir, identificar y abordar las posibles complicaciones
- Ofrecer información relevante, oportuna y personalizada que permita a la puérpera promover su propia salud y el bienestar de su criatura, para reconocer, detectar, actuar y responder a los problemas o dificultades que puedan surgir.
- Favorecer la adaptación familiar.
- Empoderar a la puérpera para el autocuidado y para el cuidado de la RN.
- Detectar o atender las necesidades que presentan las mujeres que se encuentran en situación de violencia de género o de especial vulnerabilidad.

Los cuidados y controles del puerperio clínico incluyen:

- Realizar la acogida de la puérpera y de su criatura.
- Realizar controles cada 12 horas, salvo signos y síntomas que requieran un control más exhaustivo.
- Valorar:
 - Constantes: temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca.
 - Estado general.
 - Pérdidas hemáticas, altura y tono uterino.
 - Estado del periné.
 - Vaciado vesical. Escapes involuntarios de orina.
 - Estreñimiento, presencia de hemorroides.
 - Dolor.
 - Estado emocional.

- Valorar y facilitar la deambulación precoz frecuente y la movilización de los miembros inferiores.
- Favorecer el descanso y la intimidad.
- Apoyar la LM.
- En el caso de que se opte por una alimentación artificial, se informará de cómo preparar y administrar en condiciones de seguridad un biberón con leche de fórmula, cantidades adecuadas e higiene (descrito en el apartado de alimentación de la RN).
- Valorar la necesidad de administrar inmunoglobulina anti-D en las 72 horas tras el nacimiento.
- Valorar la necesidad de administrar la vacuna de la rubéola.
- Realizar educación sanitaria. Proporcionar información, explicando la evolución habitual del puerperio y de sus cuidados. Signos y síntomas de alerta para acudir a urgencias o consultar en el centro de atención primaria (descritos en el capítulo de atención domiciliaria). Recursos de apoyo a la lactancia materna.

Recordar la importancia del registro en las respectivas H^aC, así como de facilitar el informe de alta.

Se ha de garantizar la continuidad y premura de la atención sanitaria tras el alta. Por ello, es de gran importancia coordinar la atención entre el centro hospitalario o centro de nacimiento y el centro de atención primaria de referencia ^{3,4,8,9}.

*Los cuidados de la RN, se describen en el siguiente apartado Atención a la criatura recién nacida sana durante la estancia hospitalaria/centro de nacimiento.

6.

Atención a la criatura recién nacida sana durante la estancia hospitalaria/centro de nacimiento



Capítulo 6

Atención a la criatura recién nacida sana durante la estancia hospitalaria/centro de nacimiento

Los cambios sociales y culturales que envuelven el proceso de atención a la RN conllevan la necesidad de que la matrona favorezca el respeto a la opinión materna informada, basada en la evidencia actualizada en el cuidado de la criatura desde el nacimiento, ofreciendo la máxima calidad asistencial y realización de todas las actuaciones que se requieran en condiciones de seguridad.

El modelo de atención liderado por matronas ha mostrado beneficios, como una estancia hospitalaria más corta o un mayor inicio de la lactancia materna, sin mayores eventos adversos ⁸. Por lo tanto, se recomienda que, durante el puerperio, la atención y cuidados a las madres y sus criaturas sean coordinados y prestados por una matrona, identificando aquellos casos que puedan requerir cuidados adicionales o atención especializada ^{8,11}.

Los cuidados se realizan en la habitación y en presencia de la familia.

Se instruirá en la valoración y cuidados de la RN, siendo recomendable que madres, acompañantes o familiares se involucren, contando con supervisión profesional. Favorecer el aprendizaje participativo facilitará la continuidad adecuada y segura de cuidados en el domicilio ¹².

Se debe registrar en la Hª. C de la RN: el peso diario, la temperatura, las tomas, así como las deposiciones y micciones anotadas por la familia u objetivadas por el personal.

Después de las primeras 24 horas de vida, la criatura se puede bañar; también se pesa a diario, controlando la temperatura.

Se fomenta la cohabitación y no se debe separar a la diada a no ser que las circunstancias lo requieran ^{13,15}. En cuyo caso es importante asegurar la correcta identificación de la criatura.

Asimismo, tanto en la estancia hospitalaria, tras el parto en centro de nacimiento o en domicilio, se recomienda realizar el primer seguimiento dentro de las primeras 24 horas siguientes al mismo. En dicha visita se recomienda realizar la exploración física completa de la criatura, sin olvidar que los cuidados de la matrona a la RN sana tienen como objetivos:

- Continuidad de cuidados, valorando el estado general de la criatura ^{8,14,15}.
- Evitar la medicalización no necesaria.
- Proteger la intimidad y apoyar los vínculos y apego materno filiales.
- Detección precoz de posibles complicaciones.
- Fomentar la coparentalidad y asesoramiento de las madres, acompañantes o familia en los cuidados de las criaturas, para garantizar su adecuado desarrollo.

6.1 Adaptación fisiológica al nacimiento

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un recién nacido es aquel que tiene menos de 28 días. Se entiende por RN sano: neonato a término que no precisa reanimación, o ésta ha sido breve y con respuesta satisfactoria (buena transición a la vida extrauterina, adecuada regulación térmica y ausencia de signos de distrés) y con historia familiar, materna, gestacional y perinatal sin riesgo ².

La RN debe hacer importantes adaptaciones para su transición a la vida extrauterina. La matrona ha de conocer los ajustes normales de su función respiratoria, circulatoria y de otros aparatos o sistemas en esta transición, para identificar cualquier desviación de la normalidad, y asegurar su derivación a los profesionales adecuados ^{14,16,17}.

En su adaptación a la vida fuera del útero y una vez que el cordón umbilical ha sido ligado, debe establecer la ventilación pulmonar, la capacidad de respirar autónomamente, lo que se acompaña de cambios circulatorios ¹⁶.

El líquido de los pulmones se reemplaza por aire y se inicia la circulación pulmonar. La sangre comienza a circular por los pulmones para oxigenarse y para filtrarse en el hígado.

En esta transición de adaptación, se deben cerrar las derivaciones fetales: el conducto arterioso, el agujero oval y el conducto venoso, aumentar el flujo sanguíneo pulmonar y la redistribución del gasto cardíaco. En este proceso además debe mantener la temperatura de su cuerpo y realizar otros procesos metabólicos como la eliminación de toxinas.

Se describen a continuación algunos de los principales cambios que suceden tras el nacimiento ^{16,18,19}.

Cambios cardiorrespiratorios

Los cambios en el entramado circulatorio son debidos a:

- Comienzo de la respiración (la oxigenación de la sangre deja de ser en la placenta para llevarse a cabo en los pulmones).
- Interrupción de la circulación placentaria .

Los principales cambios en el proceso de adaptación del aparato circulatorio de la RN son:

- La obliteración de las arterias umbilicales.
- La obliteración de la vena umbilical y el conducto venoso de Arancio: el cierre se produce poco después de que lo hagan las arterias umbilicales (esto quiere decir que la RN puede recibir sangre placentaria un poco de tiempo después del nacimiento).
- La obliteración del conducto arterioso de Botal.
- El cierre del agujero oval: se debe a un aumento de las presiones en la aurícula izquierda y una consecuente bajada de las presiones en la aurícula derecha. Este cambio de presiones hace que el “septum primum” presione sobre el “septum secundum” cerrando la comunicación interauricular. La aposición constante provoca la fusión de ambos tabiques en el primer año de vida. El llanto de la criatura puede producir derivaciones de derecha a izquierda, que explican los periodos de cianosis. En un 20% de las RN el cierre no es definitivo o total (agujero oval permeable).

El inicio de la respiración se influencia por múltiples factores:

- Factores químicos: acidosis por la disminución de pH, aumento del nivel de dióxido de carbono, disminución del nivel de oxígeno por el ligamiento del cordón umbilical.
- Factores térmicos: ambiente más frío.
- Factores sensoriales: secar, abrazar y mecánicos: compresión y descompresión del pecho a su paso por el canal del parto. Estos estímulos envían mensajes al centro respiratorio del cerebro de la RN.

Otros cambios en la adaptación a la vida extrauterina son:

- **Cambios digestivos.** Desde el nacimiento tiene capacidad de succión y deglución.
- **Cambios urinarios.** La filtración glomerular y el gasto urinario son bajos al nacimiento.
- **Cambios inmunitarios.** Posee una inmunidad natural procedente de su madre.
- **Cambios hematológicos.** La presión parcial de oxígeno está elevada tras el inicio de la respiración pulmonar.

6.2 Cuidados de la criatura. Qué se ha de valorar tras el parto

La primera valoración física y la evaluación de su adaptación a la vida extrauterina se inicia en el mismo lugar donde ha tenido lugar el parto (unidad de partos, UTPR, habitación, domicilio...), mientras se procura un ambiente cálido e íntimo en CPP, con el objetivo de identificar condiciones que precisen derivación y atención inmediata. Estos cuidados se prestarán de manera personalizada y adaptados a la diversidad cultural y preferencias de la puérpera.

Como veremos en los siguientes apartados, en estas dos primeras horas, además, se realizará la identificación materno filial desde el momento de la ligadura del cordón umbilical y se evitará la separación de la puérpera y su criatura. Debemos favorecer el inicio de la LM si se opta por este tipo de alimentación, de manera precoz ^{20,21}.

Finalmente, conviene posponer actuaciones profilácticas (ocular y de enfermedades hemorrágicas) así como la exploración antropométrica hasta finalizar el contacto piel con piel o después de realizar la primera toma ^{8,22}.

Entre los cuidados inmediatos de la matrona a la RN después del nacimiento se encuentran los siguientes ^{1,23}:

6.2.1 Valoración y mantenimiento de la función cardiorrespiratoria

El test de APGAR permite evaluar la adaptación de la RN a la vida extrauterina.

Se realiza inmediatamente después del nacimiento, piel con piel, no es necesaria la separación, en los minutos 1 y 5 de vida ¹⁷.

Valora los cinco parámetros descritos en la tabla I. Cada ítem se puntúa de 0-2 puntos, obteniendo una escala de 0-10 puntos.

Siempre que la puntuación sea igual o superior a 7, habitualmente, no se precisarán maniobras de reanimación ^{16,19}.

Es importante que la matrona muestre destreza en el entrenamiento y mantenga actualizados los conocimientos referentes a los algoritmos de reanimación neonatal, por si ésta fuese necesaria ¹⁷.

Tabla I. Test de APGAR**Aspecto/ Apariencia (color de la piel)**

Coloración azul-grisácea o palidez intensa

Color normal, pero manos y pies azulados

Color rosado, incluidas manos y pies

Frecuencia cardíaca (Pulso)

Ausente

< 100 latidos por minuto

Normal > 100 latidos por minuto

Gestos/irritabilidad (respuesta refleja a los estímulos)

Ausente. Sin respuesta a estímulos

Leve gesto facial o respuestas discretas ante el estímulo

Se retira, estornuda, tose, llora

Actividad (tono muscular)

Sin movimiento. Tono laxo

Brazos y piernas flexionados, con poco movimiento

Activo. Movimientos espontáneos

Respiración (ritmo y esfuerzo)

Ausente (sin respiración)

Respiración lenta o irregular. Llanto débil

Normal. Llanto adecuado

6.2.2 Favorecer la termorregulación

La matrona debe favorecer la termorregulación de la criatura para prevenir la pérdida de calor. Se recomienda mantener la temperatura ambiental entre 25 y 28 grados Celsius.

La expansión de los pulmones tras el nacimiento requiere agente pulmonar tensioactivo, cuya producción se inhibe en caso de sufrimiento por frío. Si éste persiste, se activa la producción de calor por medio de la grasa parda. Si continúa, se puede producir acidosis, hipoglucemia, ictericia y dificultad respiratoria.

El área de superficie corporal de la RN es grande respecto a su peso. Su piel está humedecida por el líquido amniótico, es delgada, con escasa grasa subcutánea, los vasos sanguíneos están cerca de la superficie y fuera del útero se expone a un medio más frío. La pérdida de calor se produce de diversas formas: evaporación, conducción, convección e irradiación ^{16,19}.

Para evitarla, la matrona secará a la RN, la colocará en CPP con su madre, cubierta por un paño tibio, colocará un gorro y evitará el baño.

Se tendrá precaución con cualquier objeto, manos, estetoscopio o ropas, que estén a menor temperatura que su piel, así como posibles corrientes de aire, aire acondicionado, puertas y ventanas ^{21,24,25}.

6.2.3 Fomentar el establecimiento del vínculo afectivo: contacto piel con piel (CPP) seguro.

Se recomienda que la diada madre/RN mantengan CPP seguro, sin interrupciones, inmediatamente después del nacimiento, ya que ayuda a la adaptación a la vida extrauterina y a establecer el vínculo afectivo.

Por ello, se debe fomentar en todas las criaturas, independientemente del tipo de alimentación que vayan a recibir posteriormente y de la vía de finalización del parto (vaginal u abdominal en caso de cesárea), al menos hasta que haya realizado la primera toma de pecho e idealmente durante todo el tiempo que ambas deseen.

El contacto precoz tras el nacimiento reduce el estrés y favorece la termorregulación. Las RN lloran menos, tienen glucemias más altas y su frecuencia cardíaca y respiratoria son significativamente menores. Las madres se sienten menos ansiosas; lo que supone la primera regulación de emociones entre ambos. Como consecuencia del trabajo del parto, la noradrenalina hace que la criatura esté en alerta tranquila y que comience el denominado período sensible.

La sensibilidad de la piel de la areola y del tórax materno está aumentada y el contacto con la RN da lugar a un aumento de secreción de oxitocina que contribuye a intensificar los sentimientos de amor. Además, como respuesta al estrés y al dolor, madre y RN han sintetizado endorfinas, que juegan también un papel decisivo en el establecimiento del vínculo afectivo. Si la madre se ha vinculado con su criatura, le será más fácil responder con sensibilidad a sus necesidades, favoreciendo la relación de apego seguro.

Como el cuerpo de la madre queda impregnado por el líquido amniótico, la RN reconoce su entorno, huele a su madre, la toca y comienza a moverse hacia el pecho. Según se va acercando, huele el líquido que producen las glándulas de Montgomery de la areola materna y ese olor estimula en el cerebro una zona llamada amígdala. Cuando se activa esta zona, el cerebro “reconoce que está a salvo, que todo está bien”. A su vez, se activa la zona visual del córtex, abre los ojos, y busca la cara de su madre y el contacto visual con ella. Se produce así la impronta, el primer paso del vínculo materno-filial.

Cuanto más se prolonga esta situación armoniosa en las primeras semanas, más se van fijando en el cerebro de la criatura las conductas de desarrollo emocional y social positivo²³. Durante este periodo, se recomienda que la matrona mantenga una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible.

Para un CPP seguro, la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al parto normal del Ministerio de Sanidad y Política Social²² recomienda:

- Retirar el paño utilizado para secar a la RN y cubrir con un muletón seco y caliente, que no sobrepase los hombros del bebé para permitir el contacto visual.
- Colocar a la madre semi incorporada abrazando a su criatura en posición prona entre sus pechos. RN con las extremidades abiertas, flexionadas y la cabeza ladeada, ligeramente extendida, apoyada en el pecho materno, evitando la flexión e hiperextensión del cuello.
- Favorecer el contacto visual entre madre-RN.
- Realizar pinzamiento tardío del cordón, a los dos minutos o cuando deje de latir.
- Colocación de la pinza en el cordón sin interferir el CPP.
- Recoger sangre de cordón según el procedimiento habitual para grupo, prueba de Coombs, Rh fetal o gases.
- El CPP no debe interferir en la realización del alumbramiento dirigido.
- Vigilancia continua del bienestar de la diada, evaluando en esta su coloración, respiración y tono muscular.
- Acompañar a la madre en el postparto, ayudándola a encontrar una postura cómoda que le permita interactuar con su criatura, respetando sus deseos e intimidad.

Concluir afirmando que el CPP en óptimas condiciones de seguridad, favorece el inicio de la lactancia, ayuda a la adaptación a la vida extrauterina y a establecer el vínculo afectivo. Por ello, se debe fomentar en todos las RN, siempre que el estado materno y de la criatura sea adecuado ^{26,29}.

6.2.4 Clampaje y corte del cordón umbilical

El cordón umbilical ha de ser cortado en condiciones de asepsia y pinzado con seguridad. La matrona, clampa el cordón umbilical con una pinza desechable, para evitar la pérdida de sangre. Se observan en su interior dos arterias y una vena, cubiertas por la gelatina de Wharton ²³. Como medida general, se recomienda realizar el pinzamiento tardío de cordón cuando deje de latir.

En caso de que la mujer desee realizar la donación de sangre de cordón umbilical (DSCU), el pinzamiento se realizará al minuto del nacimiento ^{30,31}, para permitir la recogida de una muestra suficiente.

6.2.5 Determinación de gases arteriales en sangre de cordón

La determinación de gases arteriales en sangre del cordón resulta de utilidad diagnóstica y pronóstica en situaciones de compromiso de la oxigenación y perfusión fetal ⁹.

6.2.6 Identificación de la RN

La identificación materno filial es un derecho y un deber. Como medida de seguridad, la matrona identificará a la criatura tras el nacimiento según los protocolos vigentes en cada centro. Las pulseras de identificación (que se colocan en el tobillo de la RN y muñeca de la madre), serán verificadas por ésta, e incluyen información sobre los datos de la madre, de la criatura, número de Hª C, sexo, fecha y hora de nacimiento ^{13,32,33}.

Para la identificación, tradicionalmente, se recogen las huellas de la RN con la huella digital o dactilar de la madre. En los últimos años, se han incorporado las pulseras y pinzas umbilicales homologadas, así como sistemas de huella dactilar digitalizada, o pruebas sanguíneas, mejorando de este modo la fiabilidad y seguridad del procedimiento.

Mediante diferentes órdenes ministeriales³⁴ se han establecido los modelos oficiales de cuestionarios para la declaración del nacimiento al Registro Civil.

Los protocolos actuales de análisis del ADN por medio de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) permiten establecer identificaciones rápidas, fiables y económicas a partir de muestras mínimas de sangre de la madre y del cordón umbilical.

Antes de cualquier separación física de la diada, ha de colocarse en ambas un sistema de identificación que incluya sus datos personales y que se mantendrá visible hasta el alta hospitalaria ^{13,21,24}.

6.2.7. Inicio precoz de la lactancia materna

Si la puérpera lo desea, conviene facilitar la primera toma con agarre espontáneo ³⁵.

*En Alimentación de la criatura., que aborda la alimentación de la RN, se detallan las recomendaciones actuales al respecto.

6.2.8 Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido (RHRN)

Debe ofrecerse a todas las madres, acompañantes o familia, información sobre la necesidad de administrar vitamina K, como medida preventiva de la denominada enfermedad hemorrágica del recién nacido ^{4,32}.

Se recomienda administrar 1 mg de vitamina K intramuscular en la parte media anterior del músculo vasto exterior en RN sanas a término, en una dosis única.

Si por deseo materno no se realiza la profilaxis vía intramuscular, se recomienda como alternativa, administrar tres dosis de 2 mg de vitamina K oral al nacimiento, entre el cuarto y el sexto día de vida y entre las cuatro y seis semanas de vida ^{36,37}.

6.2.9 Profilaxis de la oftalmia neonatal

La matrona realizará el cuidado profiláctico de los ojos como prevención de infecciones tipo gonorrea o clamidia que, al pasar por el canal del parto, pueden provocar conjuntivitis, lesiones ulcerosas o ceguera ¹⁷.

Se recomienda la administración de un antibiótico tópico en la criatura tras el parto para reducir el riesgo de conjuntivitis neonatal. Se utilizará la aplicación tópica ocular de: pomada de eritromicina al 0,5%, pomada de tetraciclina al 1%, solución de nitrato de plata al 1% o povidona iodada al 2,5% ^{4,22}.

El peso, administración de vitamina K, profilaxis ocular y vacuna de la hepatitis B si precisa, pueden esperar a ser realizadas tras las primeras dos horas o cuando haya finalizado la primera toma ^{37,38}, respetando el tiempo de CPP que favorece el vínculo materno-filial, ya que, no se ha demostrado que esto disminuya la eficacia ^{4,32}.

Algunos de estos procedimientos son molestos y dolorosos para la RN, pero si se realizan mamando, disminuye el dolor y la incomodidad de los pinchazos, lo que se conoce con el nombre de tetanalgesia, término creado para designar uno de los efectos de la LM y su aplicación como medida de analgesia no farmacológica ³⁹.

6.2.10 Documentación y registro del nacimiento

Deberá quedar constancia firmada en H^a C, la valoración, cuidados y profilaxis realizadas a la RN.

6.2.11 Somatometría de la RN

La matrona realizará medidas antropométricas del perímetro craneal y torácico, talla y peso.



6.3 Cribados preventivos

Se describen a continuación los cribados habituales ofertados actualmente en el SNS:

6.3.1 Detección precoz de la hipoacusia

La prevalencia de la hipoacusia se estima en menos de un 1% de las RN vivas, si bien ciertas circunstancias (antecedentes familiares, hiperbilirrubinemia, infecciones congénitas) pueden elevar su incidencia.

El cribado universal, suele realizarse antes del alta del centro hospitalario/centro de nacimiento, lo que permite la detección precoz de la hipoacusia del lactante, favoreciendo el acceso temprano a la rehabilitación, mejorando así el pronóstico de la audición final y de la comunicación. En cualquier caso, se recomienda llevarlo a cabo en el primer mes de vida.

Actualmente existen dos técnicas:

1. Otoemisiones Acústicas Evocadas (OEA), que exploran el órgano auditivo periférico hasta la cóclea.
2. Potenciales Auditivos Evocados de Tronco Cerebral Automatizados (PEATC-a) que valoran la actividad de la vía auditiva hasta el mesencéfalo.

La prueba consiste en la colocación de un electrodo en el conducto auditivo externo que emite señales auditivas y que recoge la respuesta coclear ^{24,40}.

6.3.2 Cribado neonatal de enfermedades congénitas

Los programas de salud infantil incluyen acciones preventivas orientadas a la detección precoz de enfermedades. La intervención precoz en los primeros años de vida conlleva un impacto positivo en la morbilidad durante la edad adulta ⁴¹.

El cribado metabólico neonatal es un procedimiento aplicado a RN aparentemente sanas con objeto de identificar, en la fase de latencia, aquellos que presentan riesgo aumentado de padecer una enfermedad metabólica:

- Hipotiroidismo congénito (HC)
- Fenilcetonuria (PKU)
- Fibrosis quística (FQ)
- Déficit de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCAD)
- Acidemia glutárica tipo I (GA-I)
- Déficit de 3-hidroxi-acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD)
- Anemia falciforme (AF)

Se trata de un grupo de trastornos congénitos poco comunes, en su mayoría relacionados con alteraciones hormonales y del metabolismo, que, por su incidencia, se incluyen entre las enfermedades raras y pueden afectar a varios órganos, pero es el sistema nervioso central el más comprometido, de ahí que un diagnóstico precoz e inicio temprano del tratamiento, pueda evitar graves secuelas neurológicas, en especial el retraso mental, minimizando el efecto de estas enfermedades a nivel sistémico y neurológico.

Desde el Ministerio de Sanidad se trabaja en la continua revisión y actualización de la evidencia científica sobre enfermedades que pudiesen ser objeto de cribado, siguiendo los criterios recogidos en el Documento Marco sobre Cribado Poblacional ⁴² y promoviendo, junto con las comunidades autónomas, cuando así la evidencia lo indique, la introducción de nuevas enfermedades en el programa.

Anualmente el Ministerio de Sanidad en coordinación con las comunidades autónomas e Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) elabora un informe de evaluación anual del programa de cribado neonatal del Sistema Nacional de Salud (SNS) de acuerdo con lo establecido en la **Orden SSI/2065/2014**.

Para este cribado, se realiza la prueba de talón, una única toma de muestra de sangre capilar a las 48-72 horas de vida según el protocolo de cada Comunidad Autónoma. En algunas también se toma muestra de orina.

Idealmente la RN debe haber tomado leche para garantizar la ingestión de fenilalanina.

La prueba se realiza mediante un pinchazo en el talón de la criatura y se recomienda la emplear como método de alivio del dolor, la tetanalgesia ³⁹.

Se punciona el talón previamente calentado para obtener una muestra de sangre capilar con un dispositivo de incisión para talón o una lanceta estéril. La punción se realiza en la parte postero lateral derecha o izquierda para evitar tocar nervios o la arteria plantar media.

Con la sangre capilar, se impregnan los círculos del papel de filtro homologado. Se deja secar la sangre a temperatura ambiente fuera de la funda de plástico y se etiquetan las muestras con los datos de la RN.

Las muestras se envían al área de cribado neonatal de referencia de cada Comunidad Autónoma, mediante los circuitos de transporte específicos establecidos según el centro de origen.

6.3.3 Cribado de cardiopatías congénitas

El cribado de Cardiopatías congénitas, en las primeras 24 horas de vida se realiza mediante pulsioximetría (SpO₂) ²⁴.

6.3.4 Cuidados de la criatura al alta

Si la evolución de madre y criatura es adecuada, dependiendo de la vía del parto y de los diferentes protocolos hospitalarios, el tiempo de estancia hospitalaria o centro de nacimiento, puede variar entre 24-48 horas en partos vaginales y entre 3-5 días en cesáreas.

En el momento del alta, es fundamental la adecuada comunicación entre el equipo multidisciplinar, madre, padre/acompañante y la familia. En un ambiente de confianza y tranquilidad, se les debe instruir en los cuidados de la RN, puericultura básica, técnica de alimentación, reconocimiento de signos de alarma, recursos de apoyo y seguimiento en la comunidad.

Se entregará la Cartilla de Salud Infantil, así como el informe clínico de alta de la madre. Se instruirá a púerperas y acompañantes sobre los motivos de consulta urgente.

Las pulseras de identificación no se retirarán en el hospital, se recomienda retirar una vez estén en su domicilio.

Se indicará la necesidad de utilizar un método de transporte homologado y sistemas de retención infantil seguros para el transporte en el automóvil ⁴³.

Se aconseja seguimiento con la matrona de atención primaria antes de las 72 h tras el alta hospitalaria, a ser posible mediante visita domiciliaria ya que favorece la continuidad de cuidados.

La RN ha de comenzar el protocolo de revisiones en atención primaria según el programa del niño sano de cada comunidad.

La matrona debe instruir a la púerpera, pareja, acompañante o familia en la valoración de signos de alarma y de motivos de consulta, como son ^{8,20,44}:

- Ictericia o color amarillento de la piel, mucosas y/o conjuntiva.
- Letargo. Hipotonía. La criatura está poco activa, muy dormida, no reacciona a estímulos.
- Palidez
- Cianosis
- Petequias, equimosis.
- Retraso en la micción/defecación
- Muguet: infección por hongos.
- Hipertermia.
- Vómitos, convulsiones.

6.4 Características de las criaturas al nacimiento que conviene conocer

6.4.1 Exploración física

Respecto a la exploración física ^{4,13,18,20} es importante valorar el aspecto general, color, tono y vitalidad. Las RN, presentan cabeza grande en comparación con su cuerpo, cuello corto, con pliegues de piel. No sostienen el peso de la cabeza. Destaca su tórax largo, extremidades flexionadas y cortas.

Se observa la postura en reposo, flexión y simetría: caderas en abducción, rodillas flexionadas, brazos en aducción y flexionados, con las manos empuñadas.

Cara: los movimientos faciales deben ser simétricos. Se valora el espacio entre los ojos, su simetría y reflejo de parpadeo, el tamaño de las pupilas, reflejo a la luz, ausencia de lágrimas.

El movimiento rápido de los ojos o nistagmo es un hallazgo normal. Los párpados son edematosos.

La nariz puede aparecer levemente aplanada por la compresión intraútero.

Se observará la boca, cierre del paladar, ausencia de dientes, reflejo de succión, de orientación y extrusión. Las perlas de Epstein son unos pequeños quistes blancos que pueden aparecer en encías y paladar. Se valora la presencia de frenillo corto o anquiloglosia.

Pabellones auriculares. Se valora la posición, forma de las orejas y cartílago.

El perímetro cefálico oscila entre 33-37cm. Iguala o supera en 2,5cm al perímetro torácico.

La forma de la cabeza varía según el tipo de parto. Por compresión, es normal el amoldamiento o superposición de los huesos del cráneo y la tumefacción de los tejidos blandos del cuero cabelludo o caput succedaneum: una masa suave y fluctuante que puede atravesar las suturas, que no precisa tratamiento y se reabsorbe.

Se deben conocer posibles traumatismos del parto como la tortícolis congénita: hematoma del esternocleidomastoideo secundario a hiperextensión del cuello en el parto. Al examen físico, presenta un aumento del volumen en relación al tercio inferior del esternocleidomastoideo, fácilmente visible alrededor del séptimo día de vida, duro a la palpación y que provoca rotación de la cabeza hacia el lado afecto con dificultad para girarla hacia el lado opuesto.

Las fontanelas anterior y posterior son aberturas del cráneo que permiten el amoldamiento.

Se abultan con el llanto, tos o vómito. Su hundimiento indica posible deshidratación. La fontanela anterior o bregmática tiene forma romboidal y es pulsátil. Se cierra entre los 12-18 meses.

La fontanela posterior o lambdoidea tiene forma triangular. Se cierra entre los 2-4 meses.

Se valora la simetría de las clavículas para descartar fracturas. Una respuesta asimétrica al reflejo de Moro podría indicar una fractura de clavícula.

El tórax es redondo y simétrico, de perímetro menor que el cefálico de unos 30 a 33 cm a la altura de los pezones. La protusión del apéndice xifoides es frecuente.

El abdomen es prominente y simétrico. Se observa el cordón umbilical y la pinza para descartar sangrado o infección.

En las niñas, en el área genital los labios mayores cubren a los menores. El clítoris es prominente y el himen visible.

En los niños el meato urinario se ubica en la punta del pene.

Los testículos están descendidos y se palpan a ambos lados del escroto. Un aumento del tamaño del escroto sugiere hidrocele. La ausencia de testículos en la bolsa escrotal se conoce como criptorquidia.

El ano presente y la expulsión de meconio verifica la permeabilidad de este.

La espalda es plana, recta, sin curvatura, concavidades, o masas.

Las caderas y su abducción se examinan para descartar la displasia congénita de cadera mediante las maniobras de Ortolani - Barlow. Se realizan abduciendo (abriendo) y aduciendo (cerrando) suavemente la cadera flexionada para descubrir cualquier reducción o luxación de la cabeza femoral del acetábulo verdadero.

Las extremidades se valoran para descartar agenesia, dedos supernumerarios o polidactilia, así como dedos palmeados o sindactilia. Se observa la correcta posición de los pies para descartar posibles deformidades ortopédicas como el pie equino-varo o pie zambo.

La acrocianosis de manos y pies es habitual.

El correcto movimiento de ambos brazos descarta un posible traumatismo del plexo braquial o parálisis alta o de Erb-Duchenne, que presenta brazo caído e inmóvil, o parálisis baja o de Dejerine-Klumpke, que afecta a la mano.

Durante los primeros días se produce una pérdida de peso fisiológica de un 10%, que se recupera en los 10-12 días posteriores, alcanzando de nuevo el peso al nacimiento.

La talla en RN a término puede oscilar entre 48-56 cm.

La valoración de los signos vitales debe realizarse cuando la RN esté tranquila.

La frecuencia cardíaca: 110-160 latidos/min. Se valora durante un minuto completo con un estetoscopio tibio, así como el latido apical en la región precordial por debajo del pezón izquierdo. Los dos pulsos femorales también deben valorarse. Un pulso femoral en la región de las ingles lento o débil sugiere estrechamiento por coartación de la aorta.

Temperatura: axilar alrededor de 37°C. La hipotermia se asocia a alteraciones metabólicas, hipoglucemia, acidosis y sufrimiento respiratorio. La hipertermia se asocia a deshidratación, infección, y sobreca-lentamiento.

Frecuencia respiratoria: 40-60 respiraciones por minuto. Se valora visualmente la elevación del pecho, las respiraciones son superficiales, irregulares, con tendencia al cese transitorio de la respiración hasta unos 10 segundos. Respiraciones abdominales o diafragmáticas. Se valorará la presencia de signos de dificultad respiratoria como bamboleo abdominal, tiraje, aleteo nasal, la retracción de las costillas o el esternón, la depresión del tórax, el sonido ronco al espirar o el quejido, son signos anormales que precisan derivación para valoración pediátrica.

6.4.2 Valoración neurológica

La matrona realizará el examen neurológico de la RN mediante la observación de las características físicas generales y de su comportamiento. La valoración de la postura de la criatura, el llanto, el tono muscular, reflejos básicos y su estado de alerta permite valorar la integridad de su sistema nervioso. Los temblores suaves ocasionales son comunes, a diferencia de los episodios de convulsión con movimientos bruscos de parpadeo, masticación o deglución excesiva.

La RN se encuentra en un estado de vigilia tranquila. En un primer periodo de reactividad: abre los ojos, está alerta y responde a estímulos. En la fase de vigilia activa se observa el reflejo de succión. En este periodo es ideal el contacto visual con su madre, acompañante o familia, el apego y CPP. Seguidamente, es común un periodo de inactividad, sueño durante unas horas para continuar con un segundo periodo de reactividad y estado de alerta ^{13,18,20}.

6.4.3 Los sentidos

Las RN nacen con todos los sentidos desarrollados, sin embargo, algunos de ellos, son menos precisos que otros ^{18,20,21}.

Vista: es capaz de enfocar a unos 30 cm, sigue objetos en movimiento y colores llamativos. El sentido de la vista se desarrollará de forma gradual durante los primeros meses.

Oído: muestra respuesta a sonidos y voces. Es común la sordera transitoria fisiológica (a veces unilateral), por la presencia de líquido amniótico en el conducto auditivo, que desaparece tras la reabsorción espontánea del mismo.

Es sensible al tacto, reacciona al contacto, presión y dolor.

Olfato: distingue aromas, como el olor del pezón o la leche materna.

Gusto: está comprobado que las RN prefieren sabores dulces en lugar de sabores agrios o amargos. Demuestran tener una marcada preferencia por la leche materna y la lactancia natural.

6.4.4 Características de la piel: una gran superficie a valorar y cuidar

Al nacimiento, la piel de la RN está cubierta por vernix caseosa, un unto graso que la protege del medio y ayuda a mantener la temperatura. Por tanto, se aconseja que, en lugar de limpiarlo, se deje que se absorba de forma natural. La piel tiende a estar cubierta de un fino vello o lanugo en los hombros, parte superior de la espalda, o frente, que habitualmente se desprende espontáneamente en los primeros meses de vida.

En la espalda y región sacra se pueden observar manchas mongólicas, son manchas azuladas que a veces suelen aparecer en espalda, glúteos y hombros. Es habitual que desaparezcan espontáneamente durante el primer año de vida.

El eritema tóxico es una lesión cutánea benigna que puede aparecer en los primeros tres días y dura unas 72 horas.

Los millium o milios, son pequeños quistes llenos de queratina (proteína que se encuentra en el pelo, piel y uñas), que aparecen en nariz o barbilla. Son una afección cutánea muy común, benignos y desaparecen en unos días espontáneamente.

Cutis marmorata es una coloración cutánea característica debida a la inestabilidad vasomotora, semejante al veteado marmóreo. No necesita tratamiento. Suele desaparecer con el tiempo y la maduración de la criatura.

La ictericia fisiológica es una coloración amarillenta de piel y mucosas producida por depósito de bilirrubina, que se observa cuando la bilirrubinemia supera los 5 mg/dL a partir del segundo día de vida. Si aparece en las primeras 24 horas de vida o los niveles son muy elevados es patológico y precisa seguimiento por pediatría. Su distribución es cefalocaudal empezando por la cabeza y extendiéndose a los pies a medida que los niveles aumentan. Se hace más intensa hacia los 7 días y desaparece aproximadamente en torno a las dos semanas. En RN amamantadas, se deben aumentar las tomas para favorecer las deposiciones y la eliminación de la bilirrubina. La ictericia fisiológica no requiere ningún tratamiento salvo observación. Se debe evitar la exposición a luz solar directa en menores de un año y en adelante con una protección adecuada. Se aconseja evitar condiciones extremas y horas de calor centrales del día.

La descamación de la piel es frecuente durante las primeras semanas de vida. Es conveniente mantener un buen nivel de hidratación.

Acrocianosis: coloración azulada de partes distales, manos y pies.

Costra láctea: se presenta como una erupción descamativa e inflamatoria del cuero cabelludo. Es una costra gruesa, aceitosa, amarilla o blanca que también puede aparecer en las orejas, los párpados, las cejas, nariz, cuello o ingle. Generalmente se deshace en escamas y puede provocar la caída del pelo que está por debajo. No duele ni pica, no es contagiosa y no requiere tratamiento médico. Aparece en más del 10% de las RN, sobre todo a partir de la segunda o tercera semana tras el nacimiento. A pesar de su aspecto, no hay de lo que preocuparse, ya que desaparecerá con el tiempo, aunque no se aplique ningún tratamiento.

También se conoce como dermatitis seborreica del lactante ya que es una descamación de la piel del cuero cabelludo muy frecuente en lactantes ^{20,45,46}.



7.

Alimentación de la criatura



Capítulo 7

Alimentación de la criatura

Tras el nacimiento, la forma de alimentación con la que las mujeres desean alimentar a sus criaturas va a constituir uno de los pilares fundamentales para adecuar los cuidados, control, apoyo y seguimiento profesional durante el puerperio.

La OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ⁴⁷, señalan que la lactancia materna es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo tras el nacimiento y así lo confirman importantes asociaciones científicas con relevancia nacional e internacional en sus múltiples referencias.

Los beneficios de la LM han sido ampliamente investigados y documentados. No solo afectan a la esfera de la salud, sino que abarcan también aspectos sociales, económicos y medioambientales. Es una fuente de nutrición y sustento sostenible, seguro, saludable, viable, no contaminante y no consumidora de recursos.

Existe una relación costo-beneficio favorable como consecuencia de una LM exitosa, que se traduce en salud y en un ahorro significativo para el estado y las familias en concepto de servicios de atención médica, alimentación y gestión de residuos ⁴⁸.

7.1 Qué reporta la lactancia materna exclusiva (LME) en beneficio de las RN

La lactancia materna ³⁵:

1. Es el alimento perfecto para satisfacer sus necesidades. Contiene los nutrientes necesarios en la proporción y temperatura adecuados.
2. Proporciona gran cantidad de defensas inmunológicas y estimula el desarrollo de su propio sistema inmunitario. Aporta anticuerpos de la madre y alarga el periodo de inmunidad natural, protegiendo frente a enfermedades infecciosas, principalmente gastrointestinales y respiratorias (incluyendo asma); pero también otitis, infecciones urinarias y otras infecciones generales. Así mismo, protege frente a enfermedades crónicas no infecciosas, sobre todo relacionadas con el metabolismo y trastornos inmunitarios: diabetes tipo I y II o alergias y además muerte súbita infantil, hipertensión y algunos tipos de cáncer como linfomas, leucemias o enfermedad de Hodgkin.
3. Ayuda a reducir la absorción de bilirrubina y los problemas de ictericia.
4. Tiene un efecto laxante, se digiere y asimila con gran facilidad, por lo que disminuyen las molestias digestivas e intestinales incluyendo diarrea, estreñimiento y cólicos.

5. Disminuye el riesgo de malnutrición calórico-proteica en las poblaciones de bajos ingresos económicos y de sobrepeso y obesidad tanto en las poblaciones de altos como de bajos ingresos, con todas sus consecuencias sanitarias, de desarrollo, sociales y económicas.
6. Los cambios de sabor, según la alimentación de la madre, preparan a la criatura para aceptar mayor variedad de alimentos.
7. Favorece el correcto desarrollo de la mandíbula y estructuras oro faciales. Ayuda a prevenir alteraciones del lenguaje.
8. Disminuye la hospitalización.
9. Mejora los resultados en el desarrollo cerebral y en el rendimiento en los test de desarrollo cognitivo.
10. Refuerza el vínculo afectivo, favoreciendo el apego seguro, ambos esenciales para un correcto desarrollo emocional.

7.2 Qué reporta la lactancia materna exclusiva (LME) en beneficio de las madres

La LME reporta muchos beneficios a corto, medio y largo plazo para las madres que amamantan. No sólo les ayuda a recuperarse tras el parto y reduce el riesgo de sufrir depresión posparto, sino que se asocia a un menor riesgo de osteoporosis y de varios tipos de cáncer ^{35,49-52}. A continuación, los repasamos:

1. La succión estimula la producción de oxitocina, que favorece la involución uterina y ayuda a eliminar los loquios, reduciendo el sangrado postparto y el riesgo de anemia. A su vez, favorece la regresión multiorgánica necesaria para alcanzar el estado físico óptimo post parto.
2. Ayuda a perder peso de forma natural. Dar de mamar consume entre 450 y 500 calorías al día.
3. Disminuye el riesgo de osteoporosis y de fractura de cadera después de la menopausia, cáncer de mama, de útero y ovarios e infecciones de las vías urinarias.
4. Supone un ahorro importante tanto de tiempo como a nivel económico.
5. Favorece el descanso ya que la prolactina, que estimula la producción de leche, tiene un efecto relajante en madre y criatura.
6. Favorece el contacto físico entre madre y RN, ayudando a establecer el vínculo afectivo.
7. Reduce la incidencia de depresión postparto. La capacidad de satisfacer física y emocionalmente a la criatura aumenta la autoconfianza de las madres.

7.3 Riesgos para la salud si se opta por la leche artificial

Los riesgos a los que se somete la RN que no es amamantada, o que abandona la lactancia antes de lo recomendado son múltiples. La alimentación con leche de fórmula aumenta el riesgo de ⁵³⁻⁶⁰:

1. Muerte súbita del lactante y muerte durante el primer año de vida.
2. Infecciones gastrointestinales, respiratorias, urinarias y de que estas sean más graves y ocasionen ingresos hospitalarios.
3. A largo plazo, dermatitis atópica, alergia, asma, celiaquía, enfermedades intestinales inflamatorias asociadas con la alimentación infantil artificial, obesidad, diabetes mellitus, esclerosis múltiple, enfermedad cardiovascular y algunos tipos de cáncer.
4. Oclusión dental alterada.
5. Infección por leche artificial contaminada.
6. Carencia de nutrientes.
7. Las niñas no amamantadas tienen mayor riesgo de cáncer de mama en la edad adulta.
8. Menor desarrollo cognitivo, cociente intelectual y agudeza visual.
9. Impacto económico para las familias y significativas pérdidas económicas para el país por los gastos médicos, en servicios sociales y de salud. Incluso aumenta el absentismo laboral de madres y padres.
10. Riesgo más elevado de sufrir maltrato infantil.
11. Las/os niñas/os, jóvenes y adultos no amamantados son menos estables psicológicamente y tienen una mayor incidencia de algunos problemas de salud mental como déficit de atención e hiperactividad, ansiedad y depresión.

La madre que amamanta protege el medio ambiente, al disminuir el consumo de electricidad y agua, así como la generación de diversos contaminantes ambientales que se producen durante la fabricación, transporte y distribución de los sucedáneos de la leche materna y de los utensilios utilizados para su administración.

Amamantar proporciona la alimentación más saludable en la infancia y es una de las prácticas más potentes para la prevención de enfermedades a corto y largo plazo para las madres y sus criaturas.

Reporta múltiples beneficios para la salud física y psicológica de las mujeres y asegura el mejor desarrollo del potencial psicofísico de la criatura, vínculo emocional y el desarrollo de un apego seguro, que sientan las bases del comportamiento durante la vida adulta ⁴⁸.

7.4 Lactancia materna. El mejor comienzo

Durante el puerperio, el hecho de alimentar o no con leche materna, es una de las principales circunstancias a tener en cuenta a la hora de ofrecer como profesionales de salud cuidados y educación integral a las mujeres.

Tras el parto, se ha de confirmar la decisión materna informada, sobre la forma de alimentación elegida para su criatura. Más del 95% de las madres, optan por la LM. Respecto a ella, se pueden diferenciar varias etapas en relación al abordaje, inicio, apoyo y mantenimiento de la misma.

Inmediatamente tras el nacimiento se recomienda CPP, previo consentimiento materno, según se ha descrito en el apartado de cuidados de la RN, no olvidando la importancia de la vigilancia para que esta práctica resulte segura, tal como se describe en el ANEXO II. Vigilancia de la RN en CPP ³⁵.

La criatura es capaz de reconocer a su madre y tiene capacidad motora y suficiente coordinación como para reptar hasta el pecho, alzar la cabeza y mirarla. Buscará y explorará el pecho, lo olerá, lo tocará con las manos, lo chupará y finalmente, en la mayoría de los casos, será capaz de agarrarse de forma espontánea, con la boca totalmente abierta, abarcando pezón y gran parte de la areola. Coordinará succión, deglución y respiración, es decir, será capaz de alimentarse de forma eficaz, iniciando su primera toma.

No se debe forzar o acelerar tal acontecimiento, pero sí ayudar a la madre a encontrar una posición cómoda.

Durante este reptar sobre su madre, la RN se impregna de microbiota materna, dando un primer paso en su desarrollo inmunológico.

El calostro, favorece el control de la frecuencia cardíaca y le proporciona la nutrición necesaria y un gran aporte de defensas y factores de maduración intestinal, necesarios para la adaptación a la vida extrauterina.

La evidencia sugiere que el inicio temprano de la LM en las dos primeras horas tras el parto y el agarre espontáneo son la mejor forma de iniciar la alimentación. Si no se fuerza el agarre y se produce de forma espontánea, favorecerá un mejor acoplamiento de la boca al pecho.

Si fuera necesario, se podrá sugerir y ayudar a la madre a colocarse en “posición de crianza biológica” - madre semi-acostada con el respaldo a 15 – 65º- de la horizontal, en CPP - para favorecer el agarre espontáneo.

Aunque la mayoría de las criaturas alcanzarán el pecho espontáneamente entre los primeros 20-90 minutos de vida, algunas no lo consiguen por sí mismos durante esas dos primeras horas.

Si durante la primera hora tras el nacimiento la RN no muestra signos de búsqueda y/o no se ha producido un agarre espontáneo del pezón, se aconseja que la matrona ofrezca apoyo y ayuda práctica, procurando interferir lo menos posible en la vinculación con la madre e incidiendo en las siguientes intervenciones ³⁵:

1. Observación, evaluando la postura adecuada, posición, agarre y amamantamiento eficaz.
2. Cuando se detecten posibles dificultades, las/los profesionales deben asesorar a las madres para mejorar su postura y/o la posición y el agarre de sus criaturas y mostrarles cómo comprobar si se está haciendo correctamente. En estas situaciones se recomienda la técnica de “manos fuera”.

La primera toma no debe finalizar antes de que la RN haya acabado de succionar y suelte el pezón.

En el caso de que no se consiga realizar una primera toma en las dos primeras horas de vida, se aconsejará mantener el CPP, se informará de los signos precoces de hambre referenciados en el ANEXO III. Señales de hambre y se estimulará la extracción de calostro.

En resumen, en esta primera fase tras el parto, podríamos concluir indicando una serie de puntos clave para conseguir una LME exitosa ^{4,9,21,22,35,39,61,62}:

- 1º Deseo materno de ofrecer este tipo de alimentación: LME.
- 2º CPP inmediato e ininterrumpido tras el parto.
- 3º Vigilancia y asesoramiento por personal cualificado y formado.
- 4º Registro en Hª C.

7.4.1 Lactancia y estancia hospitalaria/centro de nacimiento

Si a la llegada a la unidad de hospitalización la RN sigue al pecho, se facilitará la LM sin interrumpir el amamantamiento y posponiendo los cuidados de la diada, previa confirmación del buen estado de ambas.

Durante la estancia en el centro sanitario/centro de nacimiento, hay una serie de puntos clave a tener en cuenta para favorecer la lactancia materna ^{23,35}:

1. Alojamiento conjunto.
2. LM a demanda día y noche.
3. Observación de las tomas por personal cualificado, teniendo en cuenta la posición y signos de transferencia eficaz de leche.
4. Control de las visitas.
5. Registros informáticos estandarizados.



El **alojamiento conjunto** (Cohabiting) y sin restricciones durante las 24 horas del día favorece la lactancia, al permitir a la RN acceder al pecho siempre que lo desee día y noche. Esta práctica le aporta tranquilidad porque tiene la posibilidad de satisfacer antes sus necesidades nutricionales, de contacto, calor, cariño y seguridad. Las mujeres están menos preocupadas y descansan mejor. También favorece que el personal sanitario pueda ofrecer un apoyo más constante y eficaz.

La LME a demanda es la recomendación más adecuada. Tras las dos primeras horas, las criaturas pasan a una fase de sueño (letargo fisiológico de “recuperación” tras el parto) que puede durar entre 8 y 12 horas. Durante esta fase no es conveniente forzar la alimentación, si se les mantiene en CPP, volverán a tomar el pecho cuando lo necesiten.

Es normal que mamen entre 8 y 12 veces en 24 horas a partir del primer día de vida. El amamantamiento frecuente ayuda al establecimiento y mantenimiento de un adecuado suministro de leche.

Mediante el calor del cuerpo materno y las pequeñas cantidades de calostro, la madre ayuda a su criatura a hacer ciclos de aproximadamente una hora de comida-sueño, los ideales para su desarrollo neurosensorial en ese momento inicial de la vida.

Sin embargo, algunas lactantes continúan muy adormiladas, demandan poco y mamen menos de lo que necesitan. En estos casos, conviene colocarlas en CPP, lo que ayuda a que respondan al olor materno y mamen de forma espontánea. En ocasiones, puede ser necesario ayudarles a despertar, desnudándoles, dándoles un masaje rotatorio en la planta de los pies o una suave caricia en la espalda de abajo a arriba.

El principal estímulo para la producción de leche es la succión y el vaciado del pecho, por ello, cuantas más veces mame la criatura, más cantidad de leche produce la madre.

Es importante ofrecer el pecho a demanda, siempre que la RN lo requiera y todo el tiempo que precise. De esa manera, se asegura que recibe lo que necesita y que se cubran sus necesidades, unas veces será alimento y otras calor, cariño o protección. Este aspecto se contempla como “succión no nutritiva”, pero en realidad “nutre” a otro nivel menos físico y más emocional, como ya se ha comentado en varias ocasiones, favorece el vínculo y apego seguros, al responder a la demanda de la criatura de forma eficaz.

Los signos precoces de hambre descritos en el ANEXO III. Señales de hambre, son: el chupeteo, cabeceo, sacar la lengua, llevarse las manos a la boca..., éste es el momento ideal para poner a la RN a mamar. En las primeras 24 horas, se enseñará a las madres y sus parejas o acompañantes cómo reconocer y responder a estas señales. No es bueno esperar a que llore, ya que el llanto es un signo tardío de hambre y no será fácil que se agarre al pecho hasta que se haya tranquilizado.

Una RN sana que mama adecuadamente y a demanda, no necesita otros líquidos diferentes a la leche materna. No es necesario ofrecer agua o suero, salvo por indicación médica.

Como no siempre se consigue un agarre eficaz en las dos primeras horas, la evidencia sugiere que, si son RN sanas, a término y sin factores de riesgo de hipoglucemia, se puede esperar sin intervenir durante las primeras seis horas, ya que disponen de un mecanismo regulador de la glucemia, por lo que el riesgo de que hagan una hipoglucemia sintomática es muy reducido ⁶³.

Se recomienda observar y esperar a que se produzca el agarre espontáneo, favoreciendo el CPP y ofreciendo apoyo profesional. No se aconseja realizar controles de glucemia, ni administrar suplementos de forma rutinaria, salvo que presenten clínica sugestiva de hipoglucemia, que se enumera a continuación, y en cuyo caso habrá que consultar con pediatría:

- Piel de color azulado o pálido.
- Problemas respiratorios, como pausas en la respiración (apnea), respiración rápida o gruñidos.
- Irritabilidad o desgana.
- Flacidez muscular.
- Alimentación deficiente o vómitos.
- Problemas para mantener el calor corporal.
- Temblores, escalofríos, sudoración o convulsiones.

Como norma general ³⁵:

- a. Es importante tener en cuenta la higiene de manos.
- b. Si la criatura no ha realizado una toma en las primeras 6 horas, se debe enseñar a la madre a extraerse calostro manualmente según se especifica en el ANEXO IV. Extracción de leche materna y a dárselo a su RN, al mismo tiempo que se continúa prestando ayuda para mejorar la postura y el agarre.

- c. Si en las primeras 12 horas no se ha conseguido un amamantamiento adecuado, se debe volver a valorar la técnica y proporcionar apoyo en cada toma.
- d. Si las dificultades persisten, la criatura debe ser revisada por pediatría para descartar posibles problemas médicos.
- e. Informar y reforzar los conocimientos sobre LM a demanda sin horarios, succión no nutritiva y riesgos del uso del chupete sobre la lactancia. Las RN a término, sanas, amamantadas, no necesitan usar chupete, para evitar el síndrome de confusión del pezón e incluso de falta de ganancia de peso, por ello no deben ofrecerse tetinas ni chupetes hasta que la LM esté bien instaurada.
- f. Es normal la succión no nutritiva, es decir que la criatura tome el pecho para confortarse.
- g. La observación de la toma por personal sanitario cualificado en cada uno de los turnos es primordial, proponiendo si es necesario posturas y posiciones para un correcto amamantamiento, descritas en el ANEXO V. Posturas para amamantar.
- h. Detección de dificultades que puedan aparecer durante la hospitalización.
- i. Ayuda y apoyo a la madre ante las posibles dificultades.
- j. Se mostrará a las madres cómo realizar la extracción y conservación de la leche. En el caso de que madre y criatura deban permanecer separadas por criterios clínicos, se garantizará la estimulación precoz de la LM, apoyada por el profesional sanitario.
- k. Reforzar y elogiar su decisión de amamantar.
- l. El control y regulación de las visitas por parte de familiares y amigos, preserva la tranquilidad e intimidad durante la lactancia y favorece la valoración e intervenciones necesarias del equipo profesional.

Observación de la toma:

Uno de los factores iniciales que inciden en el correcto agarre es la posición materna y de la criatura. En las primeras horas de vida, se sugiere utilizar la postura de afianzamiento espontáneo, también denominada “postura de crianza biológica”: en CPP.

Además de favorecer el agarre espontáneo, si se presentan dificultades con la lactancia ayuda a prevenir el dolor.

Es necesario conocer las diferentes posturas maternas y posiciones de la criatura porque según valoración individual del binomio, pueden ayudar a mejorar el agarre. Ambas deberían estar en estrecho contacto, con la cabeza y el cuerpo de la RN bien alineadas, la nariz a la altura del pezón y evitando posturas que obliguen a mantener el cuello girado o flexionado durante la toma. Algunas de las posiciones más utilizadas se describen en el ANEXO V. Posturas para amamantar.

En la observación de la toma, cobra especial relevancia la valoración de la transferencia eficaz de leche, para lo cual se favorecerá el auto-enganche de la criatura. Dándole el tiempo necesario y dejándole mostrar sus instintos. La RN sabe engancharse sola: muestra la boca muy abierta; mejillas o carrillos inflados o llenos cuando mama; barbilla y nariz rozan el pecho, areola inferior más introducida en la boca que la superior y labio inferior evertido hacia fuera.

La criatura mama y poco a poco se relaja. No hay dolor en la toma. Están presentes deposiciones y micciones diarias.

Es importante ofrecer ayuda con la colocación a las madres que tras un parto o cesárea puedan tener más dificultades para encontrar una postura cómoda ^{35,49,62,64}.

Registros estandarizados:

Existen herramientas estandarizadas para la observación de una toma como la escala LACTH o la ficha para la observación de una toma de la Unión Europea entre otras, descritas en el ANEXO VI. Herramientas observación toma y que resultan de gran utilidad para realizar una valoración unificada por parte de todo el personal y un registro similar que ayuda a la implementación de vigilancia y continuidad de cuidados ³⁵.

7.4.2 Alimentación y regreso al domicilio

En esta fase del puerperio hay una serie de puntos clave para conseguir el mantenimiento de la LME los seis primeros meses ^{17,25,35,48,62}.

- 1º. Lactancia a demanda día y noche.
- 2º. Colecho seguro.
- 3º. Asesoramiento profesional.
- 4º. Ayuda familiar. Apoyo por el entorno familiar y social.

Tras el alta, existe asociación entre la duración de la LM y la frecuencia de tomas nocturnas, por lo que se recomienda lactar a demanda día y noche, para todas RN lactantes sanas, respetando el ritmo nocturno de cada criatura. Si la RN mama a menudo, muestra tranquilidad y hace varias micciones y deposiciones al día, es indicativo de que está recibiendo el alimento que necesita.

Para facilitar el manejo de las tomas nocturnas se debería recomendar la cohabitación y dar información sobre realización del colecho en condiciones de seguridad tal como se especifica en el ANEXO VII. Pautas colecho seguro y apartado 8.3 Cuidados de la RN en el domicilio, porque favorece la atención temprana a las necesidades de la criatura, entre las que se encuentra la alimentación.

Es importante contactar con el centro de salud para valoración del estado óptimo de salud de la criatura los primeros días tras el alta y comenzar así las revisiones del programa del niño sano estandarizadas en cada comunidad. La evolución adecuada del desarrollo físico y psicomotor ofrece seguridad en relación a la lactancia y alimentación.

El asesoramiento individual por profesionales cualificados expertos en lactancia, generalmente matronas, pediatras o enfermeras de pediatría, facilita la valoración y orientación para solucionar las posibles dificultades o afianzar todo aquello que se esté realizando correctamente, sin que haya necesidad de recurrir a biberones, chupetes o suplementos.

También es muy útil contactar con el grupo de apoyo más cercano o el taller de lactancia del centro de salud. En estos grupos, otras parejas con experiencia en lactancia proporcionan ayuda y hacen más fácil el inicio y mantenimiento de la misma.

Biberones de apoyo y suplementos, sólo deben ofrecerse en aquellas ocasiones en que haya indicación médica.

En principio, siguiendo las recomendaciones mencionadas, la evolución de la lactancia debería transcurrir sin incidencias.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de las dificultades que surgen como dolor, grietas, hipogalactia o ingurgitación entre las más habituales, se deben a problemas en la técnica, bien por una posición inadecuada, un agarre incorrecto o una combinación de ambos.

La resolución de las dificultades más frecuentes en la lactancia, aparecen ampliamente expuestas en la publicación “Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna. Evidencia científica” de la Federación de Asociaciones de Matronas de España ⁶².

Si se ha de tomar alguna medicación, manejar y conocer la página www.e-lactancia.org, resulta de gran ayuda y fiabilidad.

Cabe preguntarse, ¿hasta cuándo amamantar? La recomendación es LME hasta los 6 meses de edad y con una alimentación complementaria adecuada, hasta los dos años de vida o más ⁶⁵.

Dar el pecho más allá de los dos años de edad del lactante, es beneficioso tanto para la madre como para las/os niñas/os.

Cuando llegue el momento del destete, conviene realizarlo de forma progresiva ^{8,35,48,49}.

7.4.3 La pareja, la familia y la lactancia

El nacimiento de un nuevo ser introduce muchos cambios en la dinámica familiar. La contribución de la pareja si la hubiere y/o familia a un buen establecimiento de la lactancia y su continuación posterior es fundamental.

Para poder ayudar a la pareja, es aconsejable que ambos tengan información sobre la lactancia y el comportamiento de la criatura. Por ello se recomienda que acudan a las visitas prenatales para asesorarse sobre cómo colaborar durante el embarazo, parto y crianza.

Una pareja o entorno familiar informado, podrá respetar y ayudar de forma más adecuada en el momento del nacimiento y crianza. También se ha de tener en cuenta el apoyo en el caso de familias monoparentales.

Durante los primeros días, muchas mujeres tienen dudas sobre su capacidad de lactar. El apoyo incondicional familiar será fundamental para afianzar la confianza, tranquilizar y superar dificultades si las hubiera.

Pareja y familiares, también pueden ocuparse de las tareas domésticas, del cuidado de las/os otras/os hijas/os, de cambiar pañales, bañar a la RN, sostenerla, tranquilizarla o disfrutar del CPP mientras la madre descansa.

Se recomienda que la pareja o familiares más allegados, se ocupen de las visitas durante los primeros días, contribuyendo de este modo a la tranquilidad, intimidad y confort que madre y criatura necesitan.

Es de vital importancia que el entorno familiar y social esté sensibilizado sobre la conveniencia de lactar con leche materna, de esta forma contribuirán a adecuar espacios de lactancia y a no recriminar a las madres cuando esta práctica se prolonga.

Conocer las medidas legislativas que facilitan la reincorporación de la mujer al trabajo es otra medida que favorece el mantenimiento de la lactancia ^{14,37,66}.

7.5 Alimentación con fórmula

A las mujeres, que tras recibir información acerca del amamantamiento, decidan alimentar a sus criaturas con fórmula, se les debe proporcionar individualmente, apoyo e información acerca de cómo hacerlo de forma segura y correcta.

Se iniciará durante las tres primeras horas desde el nacimiento, habitualmente tras el ingreso en la unidad de hospitalización.

Es también aplicable al pequeño número de mujeres para quienes el amamantamiento no es posible o está contraindicado y para aquellas que, por tener que incorporarse al trabajo fuera de casa antes de que sus hijas/os tengan 6 meses, no puedan continuar con el amamantamiento exclusivo (al pecho o con leche extraída) y necesitan suplementar la lactancia materna con fórmula cuando están separadas de sus criaturas. Al igual que la alimentación al pecho, el biberón debe ofrecerse favoreciendo el CPP y el contacto visual. Respetando las características de cada criatura, sus ciclos de sueño y su apetito en cada toma.

Cuando se vaya a administrar leche de fórmula, ésta deberá ser fórmula de inicio o tipo 1. Se recomienda investigar sobre antecedentes familiares alérgicos de importancia. Si existen, se informará sobre el valor protector de la LM en estos casos.



Todas las madres deben ser informadas de que ²⁰:

- Las fórmulas en polvo no son un producto estéril; hay pruebas de contaminación intrínseca por bacterias potencialmente nocivas.
- También es posible la contaminación extrínseca durante el manejo, almacenaje y preparación de estos productos. Para reducir al mínimo estos riesgos, debe extremarse la higiene.
- Las fórmulas líquidas listas para tomar, habitualmente comercializadas en botellas de un solo uso o en tetrabriks, son productos estériles. Sin embargo, pueden contaminarse con bacterias ambientales potencialmente nocivas después de su apertura o durante su manejo o administración. También en estos casos debe respetarse una higiene estricta para minimizar los riesgos.
- La leche no diluida de vaca (o de otros mamíferos), la leche condensada, la leche descremada o semi-descremada o las adaptaciones caseras de éstas no deben ser usadas para niños menores de un año.

Procedimiento para la preparación de alimentación con fórmula

- Se iniciará aproximadamente en las 3 primeras horas de vida si no hay otra indicación médica.
- Se debe respetar la demanda de la RN siempre que la ingesta diaria sea adecuada (7 – 8 tomas).
- Las cantidades son orientativas y variarán según necesidades individuales.
- De forma orientativa, en RN a término, se comenzará con 10-15ml aumentando 10ml diarios en la primera semana.
- Debe evitarse la sobrealimentación ya que puede originar malestar abdominal y regurgitación.
- Las cantidades de leche recomendadas en los envases son orientativas, se deben respetar las recomendaciones de pediatría.

Preparación de la leche de fórmula en el ámbito doméstico

Se recomiendan las siguientes prácticas con el fin de reducir los riesgos de contaminación:

- Las medidas higiénicas estrictas son esenciales: lavado de manos con agua y jabón, asegurando la limpieza de los materiales.
- Usar envases libres de gérmenes. Si se limpian con agua caliente y jabón no es necesario esterilizarlos de forma sistemática. Si se quieren esterilizar hay dos formas de hacerlo:
 - Hervir en agua durante 10 -15 minutos el biberón y durante 5 minutos la tetina.
 - Con un sistema de esterilización en frío u otros sistemas homologados.
- La presentación líquida es más segura en cuanto al riesgo de contaminación. Solo se tendrá que echar en el biberón la cantidad que necesite la criatura.
- Si se utiliza leche en polvo, debe ser preparada para cada toma y administrada inmediatamente, desechando la leche sobrante.
- Se recomienda hervir el agua del grifo durante un máximo de un minuto para evitar la excesiva concentración de sales presentes en determinadas zonas geográficas. También puede usarse agua embotellada con bajo contenido en sales (aptas para alimentación infantil).
- Se aconseja reconstituir la fórmula con agua caliente (a 70°C) para disminuir el riesgo de contaminación derivada de la leche en polvo, poniendo especial cuidado en evitar quemaduras. Es importante enfriar la fórmula reconstituida antes de 30 minutos, hasta la temperatura adecuada para su administración.



- Una vez que el biberón tenga la cantidad de agua deseada, se añade un cacito raso de la leche en polvo por cada 30cc de agua.
- Agitar el contenido hasta que la leche esté homogéneamente disuelta.
- No es necesario que la temperatura de la leche sea 36-37°C. Se puede administrar a temperatura ambiente, según el gusto de la criatura, sin que se altere por ello la calidad. Si se opta por calentar, evitar el microondas, no calienta los alimentos de forma uniforme y pueden producirse “bolsas calientes” capaces de quemar la boca. Es más adecuado calentarla al baño maría.
- Comprobar siempre la temperatura antes de la toma vertiendo unas gotas de leche en la cara interna de la muñeca.
- El agujero de la tetina debe tener un tamaño que permita que la leche salga lentamente.
- En el caso de que sea imprescindible preparar las tomas por adelantado, se prepara cada biberón por separado, enfriándolos rápidamente y almacenándolos en el frigorífico como máximo 24 horas a temperatura inferior a 5º, manteniendo en todo momento la cadena de frío.

Técnica para la administración

Las madres aprovecharán este momento para maximizar el vínculo con sus criaturas, aprovechando los periodos de alimentación para el CPP y si es posible, no delegar la alimentación en otra persona que no sea la pareja o el otro/a cuidador/a habitual, si existe ⁶⁷ :

- La criatura debe tener hambre, estar despierta, caliente y seca.
- La posición de la diada debe ser cómoda y administrar la toma sin prisas ni distracciones.
- Debe sostenerse a la RN en contacto físico, como si se le fuera a dar pecho, con la cabeza un poco más elevada que el resto del cuerpo, mirando a quien le alimenta. Si es posible, cambiar de lado en cada toma.
- Esta técnica protege los oídos de la RN lactante, con menos riesgo de que se atragante y facilita la deglución. Además, favorece el contacto visual y la relación social durante las tomas.
- Ofrecer el biberón comprobando que la tetina esté llena de leche y que no contenga aire.
- Desechar cualquier resto de fórmula después de cada toma y proceder a la higiene.

En el caso de alimentación con fórmula en RN que mantienen a la vez LM, se aconseja emplear el método Kassing para favorecer el mantenimiento de la LM ^{68,69}. Este método añade a las recomendaciones anteriores:

- Emplear un biberón de flujo lento y controlado.
- Rozar con la tetina el labio inferior del bebé para estimular el reflejo de búsqueda.
- Introducir la tetina hasta el inicio del paladar blando para estimular el reflejo de succión.

A las familias que optan por alimentación con fórmula, se les debe asesorar de forma individualizada para que realicen la técnica con la máxima seguridad en cuanto a higiene, forma de preparación, manipulación y administración ^{20,31,62,67}.

8.

Puerperio en Atención Primaria



Capítulo 8

Puerperio en Atención Primaria

Para que la atención postparto sea un proceso continuo, es necesario el control y seguimiento por la matrona en Atención Primaria (AP). Se recomienda garantizar la continuidad de cuidados de las mujeres y sus criaturas tras el alta hospitalaria, mediante un modelo asistencial en el que la matrona coordine la actuación de los distintos profesionales que intervienen en la atención a las madres, RN y familias.

Este seguimiento de la salud de la diada en AP, favorece una adecuada recuperación y progresiva adaptación a la nueva situación, con el fin de ^{4,44,70,71}:

- Garantizar la continuidad de los cuidados del binomio madre-hija/o tras el alta hospitalaria, en coordinación con el resto del equipo.
- Ofrecer apoyo a la madre con LM en las primeras horas tras el alta hospitalaria.
- Prevenir y detectar precozmente posibles complicaciones.
- Promover la salud de puérperas y criaturas para conseguir la autonomía y ayudar a la familia en la integración del nuevo miembro.

8.1 Recomendaciones de frecuencia y tipo de visitas

La matrona realizará la visita puerperal durante los primeros días postparto, siendo beneficioso realizar la 1ª en las 48-72 h tras el alta y mínimo otra a las 6-8 semanas. Valorando individualizadamente las necesidades de puérpera y RN, planificará las visitas sucesivas durante el primer mes de vida ¹⁷.

Según la Guía de Cuidados desde el Nacimiento de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva se recomienda establecer un número mínimo de visitas y garantizar al menos una en los 40 días postparto ^{37,71}. Se pueden realizar en el domicilio o en el centro de salud.

La visita en domicilio es de primera elección para la matrona, ya que en este caso puede valorar la adecuación del entorno domiciliario (ubicación, mobiliario, luz, agua potable, humedad, hacinamiento) así como el entorno más cercano a la RN (habitación soleada, ventilación, limpieza, cuna, mascotas, etc.).

Realizar una consulta telefónica/telemática para una primera valoración temprana de las necesidades y planificar las sucesivas (presenciales /domiciliarias), es una opción.

En cada visita, la matrona ^{1,3,4,71}:

- Si detecta algún déficit de información, en las visitas siguientes, debe comprobar que se asimiló dicha información y que no hay dudas sin aclarar.
- Evaluará situaciones de riesgo de puérpera y RN y derivar al profesional adecuado en caso necesario.



8.2 Valoración y cuidados del puerperio

8.2.1 Las primeras semanas

En la **1ª visita**, la matrona:

- Realizará anamnesis sobre el parto y puerperio hospitalario/centro de nacimiento.
- Ofrecerá a la puérpera la oportunidad de hablar sobre el parto y su experiencia.
- Realizará la valoración del riesgo y/o vulnerabilidad: violencia de género, menores de edad, dificultades socioeconómicas, migrantes, discapacidad, etc.
- Informará sobre los signos y síntomas de alarma que requieren atención urgente.
- Instaurará el plan de cuidados y el seguimiento posterior. Dicho plan debe ser de atención individualizada para cada mujer y su criatura, respetando sus necesidades personales y culturales, creencias y deseos.

En sucesivas visitas puerperales la matrona ha de:

- Comprobar y preguntar por su salud y bienestar, la de su criatura y por el apoyo familiar y social que tiene.
- Registrar toda la información.
- Actualizar el plan de cuidados establecido en la anterior visita puerperal.

La **visita domiciliaria** postparto llevada a cabo por matronas aumenta la participación de la mujer en la planificación de su cuidado postparto, mejora su satisfacción, adherencia a la lactancia, y reduce la asistencia a los servicios de urgencias^{4,17,71-74}.

Valoración física de la puérpera

La matrona llevará a cabo una valoración física completa, en la cual se ha de observar/valorar ^{1,3,4,17,37,75}:

- El estado general.
- Constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura.
- Involución uterina. Posición y tamaño del útero.
- Loquios: cantidad y aspecto (olor y color). Descartar signos de infección, hemorragia o coágulos.
- Evaluación del periné (episiorrafia/sutura/desgarros) o cicatriz abdominal. Descartar hematomas, infección, dehiscencias o seroma en el caso de cesárea.
- Estado de las mamas y pezones.
- Ausencia de signos de tromboembolismo.
- Estreñimiento, hemorroides, incontinencia fecal o urinaria.
- Patrones de eliminación, descanso-sueño, madre/RN.

Tabla II: Valoración del estado físico de la madre.

ANAMNESIS	CONTROL
Contantes vitales	- TA (Tener en cuenta si hubo hipertensión durante el embarazo) y FC - Temperatura.
Involución uterina	- 4º/5º día postparto: palpación 2 dedos por debajo del ombligo. - 10º día postparto: por debajo de la sínfisis púbica. - Útero de consistencia dura. - Presencia o ausencia de entuertos.
Loquios	- A partir tercer día: inferiores a una menstruación. - Olor característico.
Periné: Episiotomía / desgarro Hemorroides	- Evaluar presencia de dolor. - Posibles complicaciones: hematoma, dehiscencia, inflamación, eritema, calor, dolor, supuración etc. - A partir del 6º día, se pueden retirar los puntos cuando producen molestias. Se caen o reabsorben de forma espontánea a partir de los 10/15 días. - Hemorroides que precisen tratamiento.
Herida quirúrgica (si presenta)	- Evaluar presencia de dolor. - Descartar la presencia de hematomas, infección, seromas y dehiscencia de la herida quirúrgica.... - Curas en caso de heridas abiertas o valorar retirada de sutura (a partir del 5º-6º día).
Mamas (lactancia)	- Evaluar la toma. - Descartar la aparición de ingurgitación, tumefacción, dolor y evaluar el estado del pezón.
Extremidades inferiores	- Descartar presencia de edemas, dolor u otros signos indicativos de tromboflebitis.
Hábito miccional	- Micción regular, sin molestias ni incontinencia.
Hábito intestinal	- Recuperación del patrón de eliminación intestinal previo. - Actuaciones favorecedoras de la eliminación intestinal.
Exploración abdominal	- Valoración abdominal. Posible diástasis de rectos.
Suelo pélvico	- Valoración del suelo pélvico.
Dolor	- Valoración del dolor: mediante escala EVA
Estado emocional	- Valoración de la salud mental.

Signos de alerta en el puerperio

Es conveniente informar sobre los signos y síntomas que requieren atención sanitaria urgente ^{3,4,71}:

- Fiebre ($T^a \geq 38^\circ \text{C}$).
- Metrorragia, persistencia de sangrado vaginal mayor que una regla o expulsión de grandes coágulos o membranas, mareos, desmayo, palpitaciones/taquicardia.
- Loquios malolientes.
- Dolor de cabeza acompañado de uno o más síntomas (alteraciones visuales, náuseas, vómitos) en las primeras 72 horas tras el parto: descartar preeclampsia.
- Signos inflamatorios locales en las mamas: zona indurada, enrojecida, caliente y dolorosa.
- Molestias en la episiotomía o herida quirúrgica de la cesárea.
- Molestias urinarias: disuria, polaquiuria o micción dolorosa.
- Dolor en la pantorrilla acompañado de calor, enrojecimiento e hinchazón.
- Problemas respiratorios: dificultad para respirar, dolor torácico.
- Tristeza profunda y sensación de incapacidad para cuidar del RN.

Valoración de la salud mental

Tras el parto, la labilidad emocional que en múltiples ocasiones presentan las mujeres durante la gestación, suele verse incrementada. Está descrito que hasta el 80%, sufren un fenómeno llamado **“maternity blues” o “tristeza posparto”** que cursa con episodios de llanto, cansancio, insomnio, tristeza, crisis de ansiedad, irritabilidad, inquietud, o sentimientos de estar abrumada ante su nueva situación; inestabilidad común en las dos primeras semanas después de tener a su criatura. Esta sintomatología suele desaparecer sin necesidad de tratamiento. Si perdura o se incrementa su intensidad en el tiempo, pudiera derivar en trastornos más graves.

La matrona es el profesional más adecuado para detectar esta patología, ya que su atención al puerperio se realiza precozmente ^{73,76-78}.

El uso de dos preguntas sencillas en las diferentes visitas con la mujer tras el parto, pueden resultar de gran utilidad en consulta de matrona para el **cribado de la depresión posparto mediante el cuestionario Whooley** ⁷⁹:

- *“Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”*
- *“Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionarán placer?”*

Estas preguntas, han mostrado un buen rendimiento en la detección de este problema en aquellas mujeres que contestan negativamente a ambas preguntas, pero tienen un porcentaje muy considerable de falsos positivos en las mujeres que responden afirmativamente.

En caso de obtener una respuesta positiva a alguna de ellas, se recomienda aplicar la **Escala de depresión de Edimburgo**. Se considera normal una puntuación menor de 11 durante el embarazo, menor de 16 a los 10-15 días postparto y menor de 9 a los 30-40 días ⁷⁶. El mejor momento para valorar es a las 6-8 semanas posparto. Una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto por lo que se derivará de forma precoz a la Unidad de Salud Mental Perinatal u otro servicio referente de salud mental, según los recursos disponibles. Cualquier puntuación distinta de cero en la pregunta nº 10: “Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño” requiere de evaluación especializada en 24 horas ⁸⁰.

La **Escala de depresión de Edimburgo (EPDS)** es la escala más evaluada en el diagnóstico de la depresión posparto, siendo la que ha mostrado un mejor rendimiento para la detección de mujeres con depresión menor o mayor tras el parto. Esta escala dispone de una versión validada en lengua española, que se encuentra en el ANEXO VIII: Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS).

Varios estudios epidemiológicos informan que el 10-15% de las madres sufren un trastorno depresivo en el período postnatal ⁸¹. La identificación de las mujeres con riesgo de DPP puede garantizar el correcto abordaje de este trastorno afectivo derivando en un impacto sobre la mujer y la relación establecida con sus hijos y entorno.

Las mujeres necesitan sentirse cómodas en el proceso de cribado del riesgo de DPP, por lo que es importante que el test lo maneje una persona con la que tenga un vínculo establecido y sea de su confianza, a ser posible dándole la posibilidad de completarlo en el hogar. La matrona, posee el perfil profesional adecuado para ello, ya que la ha acompañado durante el embarazo y ha comenzado a establecer la red de apoyo, respeto, valoración e información que favorece la humanización de las intervenciones en salud, tan necesaria en esta etapa de la vida.

Se sugiere no continuar con el diagnóstico de DPP si la mujer contesta negativamente a las preguntas. Conviene utilizar la EPDS para confirmar el diagnóstico de la depresión tras el parto en las mujeres que hayan tenido como punto de referencia para el diagnóstico de DPP una puntuación de más de 12 puntos.

El parto puede suponer una situación de estrés que conlleva a un trastorno de estrés postraumático. La matrona tendrá en cuenta los siguientes aspectos ⁷⁰:

- Reconocer los patrones normales de cambios emocionales (que se resuelven de manera espontánea en 10-14 días, cuando desaparece la tristeza o blues puerperal).
- Prestar atención a síntomas de depresión postparto.
- Conocer el apoyo familiar y social que tiene, las estrategias de las que dispone para solucionar los problemas cotidianos.
- Enseñar cuidados de su estado de ánimo. Ejercicio suave, tiempo de descanso, ayuda doméstica, apoyo para poder expresar sus emociones y sentirse escuchada y comprendida.
- Reconocer las posibles disfunciones emocionales de la pareja y/o familia.
- Situaciones a tener en cuenta para ofrecer ayuda y seguimiento de manera más estrecha:
 - Mujeres que presenten síntomas de tristeza y ansiedad persistente, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), psicosis puerperal o trastorno de estrés postraumático.
 - Mujeres que hayan sufrido una pérdida perinatal.
 - Mujeres víctimas de violencia de género.

Si 14 días tras el parto persiste la sintomatología como llanto recurrente, sentimientos ambiguos, ansiedad o estado de ánimo bajo, la mujer debe ser valorada para descartar depresión postnatal o un posible trastorno de estrés postraumático en caso de re-experimentación del trauma (pesadillas), ansiedad o nerviosismo, o sentimientos contradictorios hacia la RN.

La depresión materna tiene un impacto negativo en el desarrollo cognitivo de la criatura, en la relación madre-hija/o y en la relación de pareja ⁸²⁻⁸⁴. Casi en la mitad de los casos, puede persistir durante el primer año postparto ⁸² y colocar a estas mujeres en una situación de mayor riesgo de sufrir episodios posteriores de depresión ^{81,82}.

Es importante prestar atención al otro progenitor, porque en ocasiones, aparecen dificultades en la adaptación al rol parental ^{8,9,37,66,77,85,86}.

Información sobre recursos disponibles y asesoramiento. Talleres post-parto.

La matrona ofrecerá información a la puérpera y familia sobre los recursos disponibles en su comunidad, como:

- Actividades de educación postparto grupales.
- Grupos de apoyo a la LM y postparto.
- Se informará sobre el programa de detección precoz de Cáncer de cérvix.
- Se asesorará sobre planificación familiar y recursos en cada comunidad.

La matrona realiza actividades educativas, enfocadas a las madres y a sus parejas, que incluye asesoramiento sobre lactancia, crianza y recuperación de la madre después del parto. Ofrece apoyo psicosocial y refuerza la adquisición de los conocimientos y habilidades ¹.

Oferta de contenidos de las actividades educativas ⁸.

- Información sobre alimentación saludable.
- Atención a la LM (resolver dudas, instauración y mantenimiento de la lactancia).
- Potenciar la autoestima y la socialización de las madres.
- Implicar y responsabilizar a la pareja en los cuidados de la criatura.
- Dar soporte a ambos miembros de la pareja en el reajuste de sus nuevos roles.
- Importancia de la afectividad, del vínculo, del masaje infantil.
- Importancia del mantenimiento de las relaciones afectivas y sexuales.
- Pautas sobre los signos y síntomas de alarma.
- Consejos sobre los cuidados de la criatura adaptados a la situación particular de la familia.
- Asesoramiento sobre ejercicios específicos de recuperación: perineal, musculoesquelética, circulatoria y técnicas de relajación.

8.2.2 Cuidados más allá de las primeras semanas

La finalización del puerperio es imprecisa y dependerá principalmente de la duración de la lactancia. Se entiende como puerperio tardío el período que abarca hasta los 6 meses después del parto. El continuum asistencial debe englobar una serie de recomendaciones e información para fomentar el autocuidado y empoderar a las mujeres para la adaptación a su nuevo rol de manera óptima ²³. En este plan de cuidados para la puérpera, la matrona incluirá ^{2,4,17}:

- Asesoramiento sobre alimentación equilibrada y variada que permita la recuperación.
- Orientación sobre actividad física progresiva para recuperar el tono muscular.
- Conocimientos sobre hábitos de sueño y descanso.
- Información sobre sexualidad y contracepción.

A continuación, se describen intervenciones dirigidas a la promoción de la salud durante este período ^{4,8,12,71,73,77,87}.

Descanso

Se recomiendan ocho horas de descanso/sueño diarias. Dado que el ritmo de descanso y ejercicio está vinculado al ritmo de la criatura, es muy importante dormir siempre que se tenga la oportunidad, aunque esto suponga seguir sus patrones de sueño.

Instruir sobre la importancia en el domicilio de valorar las demandas y tareas familiares para atender únicamente las de gran prioridad, así como disponer de un sistema de ayuda. Ante la presencia de astenia que afecte al estado general, conviene valorar los niveles de hemoglobina y descartar un hipotiroidismo.

Actividad física

Se recomienda que el incremento de la actividad física se realice de forma gradual y progresiva, sin llegar al agotamiento, pero desaconsejando largos periodos de inmovilidad.

La actividad física como: pasear, subir escaleras o los ejercicios de recuperación del suelo pélvico, pueden reanudarse cuando la puérpera lo desee, siempre de forma progresiva y evitando el aumento de presión intraabdominal e impacto en SP.

Ejercicios de recuperación en el puerperio:

Los primeros días, la matrona asesorará sobre los beneficios de realizar ejercicios circulatorios (extensión y flexión de los dedos de los pies y manos o círculos con los pies). Conviene evitar abdominales clásicos y ejercicios de impacto o gran esfuerzo, que puedan repercutir negativamente en la salud del suelo pélvico (SP). A partir del tercer mes post parto, son recomendables los ejercicios hipopresivos. Los ejercicios abdominales clásicos, se deben iniciar progresivamente a partir del 6º mes y siempre protegiendo el SP, combinando con la respiración⁸⁸.

Suelo pélvico:

El SP, es el conjunto de músculos que sostiene la parte baja del abdomen, como una hamaca (que debe estar tensa) donde se apoyan la vejiga, el útero y el intestino grueso. Los principales factores de riesgo que lo debilitan son el embarazo, parto, episiotomía/desgarros, menopausia y envejecimiento, predisposición genética, prácticas deportivas que requieren saltos e impactos y aumentan la presión intraabdominal, hábitos como retener orina, vestir con prendas muy ajustadas, obesidad, estreñimiento, tabaquismo o tos crónica. La evaluación del SP se realizará a través de la exploración del mismo mediante la observación y el uso de diferentes escalas. Una de las mas usadas es la escala de Oxford.⁸⁹, que permite objetivar la valoración de la fuerza muscular (intensidad de la contracción) de la musculatura pélvica femenina⁸⁸. La exploración permitirá asimismo evaluar el grado de prolapso que pudiera tener la mujer en el período postparto.

Tabla II: Valoración del estado físico de la madre.

Escala Oxford

0	Cero	Contracción muscular ausente
1	Parpadeo	Movimientos temblorosos de la musculatura
2	Débil	Presión débil sin parpadeo o temblores musculares
3	Moderado	Aumento de la presión y ligera elevación de la pared vaginal posterior
4	Buena	Los dedos del examinador son apretados firmemente. Elevación de la pared posterior de la vagina con resistencia moderada
5	Fuerte	Sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared posterior en contra de una resistencia máxima

Bustelo, S. M., Morales, A. F., Patiño Núñez, S., Viñas Diz, S., & Martínez Rodríguez, A. (2004). Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico Clinical interview and functional assessment of pelvic floor. *Fisioterapia*, 26(5), 266–280.

Durante el embarazo, la matrona instruirá en la práctica de ejercicios de SP para reducir el riesgo de incontinencia urinaria en el futuro, enseñando a las mujeres sobre cómo realizar los ejercicios de contracción selectiva de estos músculos, contracción perineal, abdominal y el reconocimiento de la pelvis ósea y de su movilidad.

El debilitamiento del SP, puede producir trastornos como incontinencia urinaria de esfuerzo, prolapso genital o disfunciones sexuales. Estos trastornos se pueden prevenir, tratar y curar mediante los ejercicios del suelo pélvico, que se pueden comenzar a realizar (si la mujer es capaz de tomar conciencia de la zona), al día siguiente del parto o cesárea. Conviene realizarlos con regularidad, previa comprobación de que se ejecutan correctamente, adquiriendo un hábito o asociándose a alguna actividad cotidiana. Conviene que la matrona realice el programa de entrenamiento de la musculatura del SP en mujeres que presentan algún tipo de disfunción como incontinencia urinaria o fecal después del parto.

Diástasis de rectos.

Es relativamente común, hasta un 53% de las puérperas la padecen tras el parto. Se produce debido a cambios hormonales del tejido conjuntivo, las tensiones mecánicas de la pared abdominal por el crecimiento del feto y el desplazamiento de los órganos abdominales. La evaluación se realiza con la mujer tumbada boca arriba, piernas flexionadas pidiéndole que suba la cabeza y con 2 dedos en la línea alba a nivel del ombligo se mide la longitud de la diástasis y la profundidad. Una separación de 2.5 cm es habitual entre las 6-8 semanas postparto ⁸⁸.

Se ha de instruir a la mujer en la necesidad de trabajar el SP junto con la musculatura abdominal para recuperar el funcionamiento total. Por ello el fortalecimiento del SP no debe centrarse exclusivamente en la musculatura perineal, debe prestar atención al diafragma, musculatura abdominal y columna vertebral

88.

Higiene y vestido.

Conviene tener en cuenta varios aspectos:

Cuidados de la zona genital

Se recomiendan los lavados mediante la técnica del arrastre de delante hacia atrás con agua y jabón y un secado minucioso, las compresas empleadas durante la expulsión de los loquios deben ser de algodón, con cambios frecuentes para mantener la zona genital limpia y seca.

No están recomendadas las duchas vaginales, baños de asiento, ni utilización de tampones.

En caso de episiotomía o desgarros, la zona puede estar más sensible durante las siguientes semanas posparto. Si existiera inflamación o dolor, es adecuado el uso de frío local. Los puntos de sutura se caen solos a los 10-15 días. Después se aconseja masajear sobre la cicatriz con aceite de rosa de mosqueta, crema de aloe vera o de extracto de centella. Evitar realizar grandes esfuerzos, relaciones sexuales con penetración hasta la completa cicatrización de la herida, así como el uso de flotadores, ya que estos separan los glúteos y facilita que los puntos se abran, pudiendo utilizar una superficie blanda como un cojín. También conviene evitar el uso de secadores eléctricos en la zona. En caso de enrojecimiento de la cicatriz, inflamación, dehiscencia, fiebre materna o cualquier otro signo de alarma, se recomienda la valoración por la matrona de primaria.

Es importante una adecuada valoración del dolor, pudiendo ser útil y seguro para la lactancia el uso de analgesia, con fármacos antiinflamatorios no esteroideos. Como 1ª opción paracetamol vía oral (una dosis de 500 a 1.000 mg c/ 8 a 12h), 2ª opción ibuprofeno. Si no cediera el dolor perineal, conviene descartar hematomas, infección o hemorroides ⁸.

En el caso de hemorroides, una de las recomendaciones más eficaces, consiste en no realizar esfuerzo en las defecaciones y la dieta rica en fibra e hidratación para evitar el estreñimiento. El uso tópico de frío local, cremas con corticoides específicas o supositorios, son algunas de las pautas que pueden favorecer el alivio materno.

Higiene general

Durante el puerperio se produce un aumento de la sudoración debido a un reajuste en los niveles hormonales y a la eliminación de los líquidos acumulados durante el embarazo, por lo que se recomienda la ducha diaria. Alternar el agua fría y la caliente en miembros inferiores activa la circulación y favorece la eliminación de edemas. Evitar baños de inmersión (bañera, piscina, jacuzzi...) durante las 4 primeras semanas o hasta que cese el sangrado. En cuanto a la higiene de las mamas, es suficiente con la ducha diaria.



Informar que, tras el parto, por los cambios hormonales, puede haber caída del cabello a los 2-3 meses que se puede prolongar hasta 6-8 meses (efluvio telógeno).

Vestido

Es conveniente el uso de ropa cómoda y holgada que no roce ni oprima las zonas de cicatriz.

Por el aumento de la sudoración, se recomiendan las fibras naturales, que permiten una mejor y mayor transpiración. Las puérperas que amamantan deben utilizar ropa que no incomode esta práctica.

- **Faja:** La faja tubular no es recomendable porque favorece el estreñimiento, la aparición de hemorroides y produce atrofia de los músculos abdominales. La recuperación del tono muscular abdominal se consigue con ejercicio. En caso de cesárea, no se recomienda porque provoca compresión en la herida y disminuye la transpiración.
- **Sujetador:** En las madres que lactan, se aconsejan sujetadores de tejidos naturales (algodón), que sostengan bien, sin oprimir las mamas y preferentemente sin aros. Los tirantes más anchos de lo habitual (ya que sostendrán un pecho más pesado). Los refuerzos laterales y dorsales ayudan a mantener la espalda en buena posición, evitando el dolor de espalda por el aumento de peso y volumen de las mamas. Es recomendable su uso durante el día y si se desea usarlo por la noche, conviene airear los pezones a lo largo del día.
- **Bragas:** En partos vaginales se recomiendan bragas de papel o malla elástica que permiten una mejor transpiración de la zona perineal, posteriormente, bragas de algodón sin fibras artificiales. En las cesáreas bragas altas que no compriman la herida y mantengan el elástico por encima de la cicatriz.
- **Calzado:** Se recomienda el calzado cómodo, evitando el tacón alto. Conviene tenerlo en cuenta hasta la recuperación materna, puesto que en la gestación se ve alterado el mecanismo de la marcha.

Alimentación

La matrona informará sobre la importancia de mantener una dieta equilibrada que aporte proteínas, grasas, hidratos de carbono, agua (2 litros), vitaminas y sales minerales en cantidades suficientes (2500 - 2700 Kcal/día).

Alimentos ricos en hierro como carnes rojas o berberechos ayudan a la recuperación de la pérdida hemática. Mantener la recomendación de evitar el consumo de los pescados de gran tamaño (atún rojo, tiburón, lucio, emperador) por el acúmulo de metil-mercurio.

Si la mujer mantiene lactancia materna conviene:

- Aumentar el aporte calórico en 400-600 Kcal/día.
- Aporte de calcio (mínimo 500 ml/día), alimentos ricos en calcio: la leche y sus derivados (queso, yogur), frutos secos, sésamo...
- Dieta rica en fibra para prevenir el estreñimiento (alimentos con alto contenido en fibra: cereales integrales, legumbres, verduras, frutas, frutos secos).
- Ingesta de líquidos: agua, leche, bebidas vegetales, caldos, infusiones o zumos.
- Evitar las bebidas excitantes (té, café, cola), bebidas alcohólicas y otras drogas.
- Evitar el tabaco, la nicotina puede producir diarrea, vómitos y excitación en la RN.
- No existen alimentos prohibidos durante la lactancia, todos dan cierto sabor a la leche. Algunos (espárragos, cebolla, puerro, alcachofas, col, apio, espinacas, ajo, etc.) dan un sabor más especial a la leche.

Valorar la necesidad de suplemento de hierro y la suplementación vitamínica de manera individual. Ante LM, se recomienda suplemento de 200 µg/día de yoduro potásico.

Las dietas ricas en fibra han mostrado un efecto favorable para la resolución del estreñimiento que puede reforzarse con una ingesta abundante de líquido.

Puede recomendarse la administración de un laxante estimulante de la motilidad intestinal u osmótico en aquellas mujeres en las que persiste el estreñimiento a pesar de haber aumentado la ingesta de fibras naturales y líquidos ^{90,91}.

Durante la lactancia, cobran especial atención las mujeres que realizan dietas vegetarianas, por el riesgo de deficiencia de ciertos nutrientes referenciados en la tabla III.

Según la Academia de Nutrición y Dietética ⁹², las dietas vegetarianas bien planificadas son saludables, nutricionalmente adecuadas y apropiadas para todas las etapas del ciclo de vida, incluyendo embarazo, lactancia e infancia. Pero deben ser “adecuadamente planificadas” ya que puede haber dificultades para equilibrarlas si no se poseen experiencia y conocimientos sobre nutrición ⁹³.

En la dieta vegana hay exclusión de carne, huevos, lácteos y, en ocasiones, miel. La leche de madres veganas contiene bajas concentraciones de Vitamina B12 ⁹⁴. Por ello, las mujeres vegetarianas, especialmente las veganas, necesitan, durante el embarazo y la lactancia, fuentes regulares y adecuadas de vitamina B12 ^{35,92,93}.

También conviene tener en cuenta que las dietas vegetarianas son muy ricas en fitatos ⁹⁵. El exceso de fitatos y fibra dietética dificulta la absorción de minerales como hierro, zinc y calcio ⁹⁵⁻⁹⁸. Ante esta situación, las madres lactantes vegetarianas deben evitar el exceso de fitatos y el salvado, vigilar la ingesta de proteínas, calcio y hierro, complementar con vitamina D(1000UI) y luz solar adecuada y vitaminas B12(50µg/día) y B2 ⁹⁹.

Tabla III. Nutrientes con riesgo de deficiencia en las dietas vegetarianas y veganas

Dietes	Vitamina A	Vitamina B2	Vitamina B12	Vitamina D	Hierro	Zinc	Calcio	n-3 (DHA)
Vegetariana								X
Ovo			X	X	X	X	X	X
Lacto				X	X	X		X
Ovolacto				X	X	X		X
Vegana	X	X	X	X	X	X	X	X

Recomendaciones del Comité de Nutrición y Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría sobre las dietas vegetarianas ¹⁰⁰

Cuidado de las mamas.

Higiene diaria durante la lactancia, con secado correcto para evitar que la zona quede húmeda. No se recomienda limpiar los pezones ni antes ni después de las tomas. Mantenerlas secas y si es posible, después de cada toma dejar secar los pezones al aire. Si fuese preciso utilizar discos absorbentes, conviene cambiarlos frecuentemente. Evitar la aplicación de cremas cosméticas.

La matrona puede reevaluar y reforzar la LM según recomendaciones de la OMS y de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento (IHAN), tantas veces como se precise, según valoración individualizada.

En madre no lactante, se recomienda revisar el estado de las mamas por si la medicación para la retirada de la leche no hubiera sido efectiva al 100% y valorar la posible aparición de ingurgitación, enrojecimiento, o dolor.

Deshabitación de consumo de tóxicos.

Es importante explorar el posible consumo de tóxicos por parte de la madre y pareja que pueda interferir en el cuidado de la criatura, y en el caso específico de la madre, que pueda contraindicar una alimentación con leche materna. Aquellas mujeres consumidoras de sustancias tóxicas requieren de apoyo y derivación a equipos multidisciplinares expertos para facilitar el abandono del consumo. Si es fumadora, el puerperio es un buen momento para dejar el hábito tabáquico; si se decide no hacerlo, se debe informar de que siempre debe evitar fumar en la misma habitación que la criatura y es beneficioso crear espacios libres de humo.

Sexualidad y anticoncepción.

La sexualidad es una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano, no un concepto genital-reproductivo. El puerperio es una etapa en la que aparecen conflictos personales y de pareja que pueden afectar a la sexualidad.

En el puerperio la sexualidad se puede ver afectada por los cambios físicos, psicológicos y sociales ¹⁰¹:

a) Físicos. A los cambios producidos durante el embarazo hay que añadir las pérdidas sanguíneas, el dolor sacrolumbar, la exacerbación de las hemorroides y varices vulvares, etc. Continúan los cambios hormonales: la disminución de estrógenos contribuye a la aparición de la “tristeza puerperal”, el adelgazamiento de las paredes vaginales y la disminución de la lubricación vaginal; el aumento de prolactina disminuye la testosterona (con repercusión en el deseo sexual); el incremento de oxitocina por la succión del lactante puede producir excitación sexual, lo que desconcierta y crea sentimientos de culpa o vergüenza.

La episiotomía o desgarró provoca miedo a la reanudación de las relaciones coitales, pudiendo aparecer molestias en la episiotomía y estructuras perineales. La disminución del tono del suelo pélvico puede provocar incontinencia de orina.

Durante la lactancia las mamas se asocian a la alimentación, pudiendo perder su significado erótico. Estos sentimientos y cambios, unidos al cansancio y fatiga, condicionan el estado anímico de la puérpera.

b) Psicológicos y emocionales. La tristeza puerperal, el cansancio en general y el decaimiento psicológico son habituales. Aparece un pensamiento único centrado en el bienestar de la criatura, que repercute directamente en las relaciones afectivas, sobre todo con la pareja.

Aparecen deseos y necesidades que hasta ese momento no se habían previsto. Las necesidades de afecto son diferentes; se requieren más demostraciones de cariño que afiancen la seguridad en la relación de pareja.

Los cambios en la imagen corporal y la falta de tiempo para el autocuidado contribuyen a reducir la autoestima materna. La madre, se siente “poco atractiva”; lo que puede ocasionar sentimientos de malestar.

c) Cambios sociales. La adaptación al nuevo rol materno. El nacimiento de una criatura es un acontecimiento social, en el que participan personas allegadas aportando información a veces no apropiada. Estos cambios en la situación familiar nuclear conllevan obligaciones y responsabilidades.

Estos cambios físicos, emocionales y sociales, tal y como ya se ha adelantado pueden ser la causa de:

I. Falta o disminución del deseo sexual: debido a los factores físicos y psicológicos del puerperio (cansancio, fatiga, pérdidas sanguíneas, cargas de trabajo, cuidado de la RN, alteraciones del sueño y depresión postparto). Se informará de que lo habitual es que se trate de un problema temporal.

II. Miedo al coito y al dolor: mirarse con un espejo y dar masajes en la zona perineal puede ayudar a superar el miedo. La revisión postparto de las 6-8 semanas, durante el examen del periné para valorar su integridad y evolución de desgarros o episiorrafias, puede ser un espacio seguro para ofrecer a la mujer visualizar su periné. De esta forma, desaparecen ideas erróneas del estado de su periné y disminuye el miedo al encuentro erótico.

III. Dispareunia y molestias en el periné: sintomatología fisiológica habitual durante la lactancia. Hay que informar de que la recuperación es rápida. Aconsejar el uso de lubricantes vaginales y enseñar masajes en la zona de la episiotomía (una vez que haya cicatrizado). Se tendrá en cuenta que la dispareunia puede evolucionar y llevar asociado vaginismo; por lo cual es aconsejable preguntar sobre ello a las 6 semanas y en caso de persistir las molestias, realizar una valoración perineal.

IV. Problemas relacionados con la lactancia materna: puede existir temor a que la actividad sexual afecte a la lactancia. A veces es una respuesta normal ante la succión de la criatura, sentir una excitación suave parecida a un orgasmo y salida espontánea de leche; puede que la estimulación moleste por la hipersensibilidad de las mamas.

V. Síndrome del tercero: se denomina a la sensación de la pareja de celos, abandono, etc. debido a la exclusiva dedicación a la RN. Es importante explicar que puede ocurrir y que, para cuidar la relación de pareja, es recomendable la comunicación y expresión en pareja de los deseos y sentimientos mutuos.

VI. Miedo al nuevo embarazo: información correcta sobre los métodos anticonceptivos.

El reinicio de la actividad coital se realizará cuando la puérpera se encuentre preparada y lo desee, hayan cesado los loquios y cicatrizado el periné. El puerperio supone una oportunidad para que los profesionales sanitarios, las mujeres y sus parejas creen un espacio propicio para abordar de manera adecuada los consejos sobre anticoncepción y las vivencias sobre sexualidad o cuidado preconcepcional.

En mujeres que desean planificar sus futuros embarazos y que no mantienen LME, se recomienda informar sobre la conveniencia de anticoncepción e inicio del método que mejor se adapte a su situación a partir de los 21 días tras el parto ¹⁰².

8.3 Cuidados de la RN en el domicilio

En los primeros 10 días se valora la recuperación del peso del nacimiento, alimentación, cicatrización del cordón umbilical, hábitos de higiene y patrón de sueño, llanto, comportamiento, micción y defecación.

En cada visita se informa sobre recomendaciones generales del cuidado integral de la criatura, así como prevención de accidentes, seguridad y resolución de dudas ^{4,12,13,18,23,25,37,44}.

Cuidados del cordón umbilical

El cordón umbilical supone tras el nacimiento una vía de riesgo de colonización e infección para la RN. Debe lavarse a diario con agua y jabón lo que paradójicamente se denomina “cura seca”, procurando mantenerlo limpio y seco hasta su caída entre los 5 y 15 días de vida.

El uso de alcohol de 70º, soluciones antisépticas o antibióticas tópicas se recomienda sólo en casos de medidas higiénicas deficitarias. No aportan una ventaja al hecho de mantener el cordón limpio y seco. No se deben usar polvos ni cubrirlo con una faja. Si se detecta mal olor, calor, enrojecimiento o secreción purulenta, se debe consultar a pediatría. Un leve sangrado es normal con su caída.

Higiene y aseo de la RN

Al igual que en los adultos, la higiene diaria constituye uno de los pilares básicos que favorecen el bienestar físico. Se recomienda el lavado facial con agua y secado con toalla suave de algodón. El pabellón auricular se limpia usando un dedo envuelto en un paño húmedo. Sólo se retirará el cerumen que aflore por el conducto, sin introducir objetos. No se deben introducir bastoncillos. Los ojos se lavarán con suero fisiológico con una gasa diferente para cada ojo. El arrastre se hará siempre desde el ángulo interno hacia el externo.

Los genitales se limpiarán tras cada micción y /o defecación. En las niñas el aseo de la vulva se realizará de la uretra hacia el ano. En los niños, no se debe forzar la piel del prepucio.

El aseo de las uñas se realiza con un cepillo suave. El corte con tijeras romas, en sentido recto, sin picos, guardando distancia con el pulpejo del dedo.



Aunque el baño constituye parte importante del aseo de la criatura, no hay evidencia que describa la necesidad de realizarlo a diario, siempre que la higiene descrita anteriormente sea adecuada. Se debe elegir un momento tranquilo, que promueva la comunicación con la RN y facilite la relajación, el sueño y el descanso. La musicoterapia ayuda a crear un ambiente confortable que favorece la relajación y mantenimiento del vínculo con la criatura. Se debe procurar que el material necesario esté preparado, y que la habitación esté cálida. La temperatura del agua oscilará entre 34 y 36°C. Es necesario sujetar a la criatura con un brazo por debajo de la axila y por detrás de la espalda y con el otro brazo realizar el aseo de cabeza a pies. Se deben usar jabones suaves con pH neutro sin parabenos. Conviene evitar el uso de polvos de talco y productos con perfume. Al finalizar el baño, se envolverá en una toalla de algodón, se secará la piel y los pliegues suavemente. Se puede utilizar una crema hidratante específica. Es un buen momento para realizar masaje infantil.

Ropa

Evitar sobre abrigar a la RN. Tras el nacimiento, una vez estabilizada su temperatura, las prendas de abrigo han de ser acordes a la temperatura ambiente. Se aconseja utilizar ropa cómoda, que favorezca la transpiración, de algodón, hilo o fibras naturales, sin botones, lazos, cordones o imperdibles para evitar el riesgo de accidentes y/o asfixia.

Sueño/descanso

Es un hábito cambiante según la edad de la criatura. Los primeros días de vida, duerme unas 16 horas al día en varios episodios, ya que se despierta y demanda alimento con frecuencia. Tras cada toma, inicia un periodo de sueño activo. Gradualmente el sueño diurno se transforma en nocturno asociado a estímulos externos, hábitos y rutinas, adaptándose poco a poco al ritmo circadiano. Los ritmos circadianos son cambios físicos, mentales y conductuales que siguen un ciclo de 24 horas. Estos procesos naturales responden, principalmente, a la luz y la oscuridad^{26,103,104}.

Colecho y prevención del síndrome de muerte súbita del lactante: si se hace bien, es seguro

El colecho o compartir la cama con la criatura, es una práctica que puede reportar múltiples ventajas, ya que favorece la LM y el establecimiento del vínculo afectivo y apego. Se realizará en las máximas condiciones de seguridad, evitando así el posible riesgo de favorecer el Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), que constituye la principal causa de mortalidad en lactantes entre el mes y el año de vida en países desarrollados.

Es importante que las madres y parejas estén informadas sobre ciertas circunstancias que pueden acarrear mayor riesgo si se practica el colecho, principalmente entre menores de 6 meses de edad. En este sentido el Comité de Lactancia Materna de la AEP y el Grupo de Trabajo de Muerte Súbita Infantil (2022) de la AEP consideran que se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones preventivas¹⁰⁵, puesto que en más del 95% de los casos de SMSL están involucrados dos o más factores de riesgo:

1. La forma más segura de dormir a menores de seis meses es boca arriba, sin almohadas, en una cuna adosada a la cama de sus padres. Los pies de la criatura a los pies de la cuna. El colchón debe ser rígido. Se evitarán las almohadas, cojines, o juguetes blandos y colgantes al cuello, ya que pueden provocar asfixia. Es aconsejable no sobre abrigo a las RN y mantener la habitación ventilada y libre de humos. Existe evidencia científica de que esta práctica disminuye el riesgo de SMSL en más del 50%.

2. La LM tiene un efecto protector frente al SMSL y, por otro lado, el colecho es una práctica beneficiosa para el mantenimiento de la misma, pero también se considera un factor que aumenta el riesgo de SMSL. Es por ello que este grupo de trabajo no recomienda su práctica en las siguientes situaciones:

- Lactantes menores de tres meses de edad.
- Prematuridad y bajo peso al nacimiento.
- Padres que consuman tabaco, alcohol, drogas o fármacos sedantes.
- Obesidad.
- Situaciones de cansancio extremo.
- Realizarlo sobre superficies blandas, colchones de agua, sofá o sillones.
- Cuando se comparte la cama con otros familiares, con otros niños o con múltiples personas o mascotas.

Por tanto, la práctica del colecho seguro incluye¹⁰⁶:

- La habitación no debe estar muy caliente (entre 16–18°C es lo ideal).
- El colecho debe hacerse siempre en una cama amplia, nunca en un sofá.
- El colchón tiene que ser firme y plano.
- Nunca debe dormir la RN en medio de dos personas, debe estar en un extremo
- Proteger el extremo de la cama donde duerma la RN con una barrera, cama de colecho o límite físico.
- Vigilar que no queden huecos en los que la criatura se pueda quedar atrapada.
- Poner a la RN en posición supina una vez termine de mamar.
- Usar sábanas y mantas en vez de edredones.
- El bebé no debe sobre calentarse, por eso es importante que no esté sobre abrigado (no ponerle mas ropa de la que llevaría la madre) y vigilar que la ropa de cama no le cubra la cabeza.
- No permitir animales domésticos en la cama con la criatura.
- No permitir la presencia de juguetes o peluches en la cama.

De modo que aunque en los primeros 3 meses de vida es recomendable un cuna adosada a la cama, si se respetan estas recomendaciones, es una práctica beneficiosa y segura^{4,20,103,106–109}.

Llanto

El llanto es la primera forma de comunicación verbal de la que dispone la RN para manifestar sus necesidades: hambre, incomodidad, frío, calor o inseguridad.

Deposiciones

Las primeras deposiciones que se expulsan en los primeros 2-3 días de vida, son oscuras, negras y espesas (meconio) de color verdoso oscuro, brillantes y pegajosas (se asimilan al alquitrán). Las siguientes deposiciones, de tránsito, son de color verde-amarillento, no tan pegajosas ni espesas, y posteriormente amarillentas, más fluidas y a veces grumosas.

La frecuencia de las deposiciones es muy variable. Influye el tipo de alimentación:

- Con lactancia materna son más blandas y frecuentes. Suelen ser bastante líquidas, emitidas en pequeñas cantidades y varían de amarillentas a verdes y es habitual que lo hagan después de cada toma y el olor quizás resulta más agradable de lo esperado.
- En el caso de lactancia artificial, son más compactas, menos frecuentes, y de color ocre pálido, adquiriendo un olor un poco más fuerte.

Cólicos del lactante

Los cólicos del lactante son relativamente frecuentes en los 3-4 primeros meses de vida, entre un 8 y un 40% de las criaturas los padecen. Su causa es desconocida.

Wessel ^{110, 111} los definió como la “regla del tres”: episodios de llanto e irritabilidad durante más de 3 horas al día, más de 3 días a la semana, y que persisten más de 3 semanas.

La clínica del cólico se caracteriza por: expresión de dolor, irritabilidad, enrojecimiento cutáneo, flexión de extremidades y eliminación de gases.

El llanto debe cumplir cuatro criterios:

1. Paroxístico: cada episodio de “cólico” tiene un principio y un final claro y sin relación con lo que la/el niña/o estaba haciendo previamente.
2. Cualitativamente diferente del llanto normal: suele ser un llanto más intenso y con tono más alto.
3. Hipertonía: se produce una contracción tónica generalizada en salvas.
4. Inconsolable: la criatura es imposible de consolar.

No hay evidencia científica sólida sobre las medidas terapéuticas efectivas. Se aconseja:

1. Revisar la técnica de alimentación.
2. Asesorar a puérperas y parejas en masaje infantil.

A diferencia del cólico, los gases son un malestar ocasionado por el aire que traga con las tomas o con el llanto. Para expulsarlo, se aconseja mantenerlo incorporado unos minutos para favorecer el eructo.

Regurgitación

La regurgitación (o reflujo), consiste en el paso del contenido del estómago hacia el esófago, pudiendo llegar hasta la boca. Casi todas las RN regurgitan y sucede tanto con LM como con lactancia artificial. Es muy común y característico en los primeros tres meses de vida, debido a que el esfínter esofágico en desarrollo, inmaduro, es incapaz de mantener correctamente el contenido del estómago. Las regurgitaciones son normales si no se acompañan de otros síntomas, no provocan molestias y el aumento ponderal es adecuado. Pueden producirse en cualquier momento tras la toma. Ante estas circunstancias, no es preciso hacer nada en particular. Sin embargo, algunas medidas pueden ayudar a que regurgiten menos cantidad:

1. Toma a demanda.
2. Tras la toma, mantener a la criatura un rato en posición vertical antes de acostarla y ayudarla a que eructe.
3. Si toma biberón, que el agujero de la tetina sea el adecuado. Si es muy grande tomará mucha cantidad de golpe, y si es muy pequeña tragará más aire.
4. No hacer movimientos bruscos con la RN después de la toma.
5. Levantar un poco la cabecera de la cuna, inclinando toda la cuna.

Las regurgitaciones suelen mejorar bastante cuando se inicia la alimentación complementaria, que es más sólida y cuando las criaturas pasan más tiempo en posición vertical (a partir del 6º mes). La mayoría dejan de regurgitar a los 12 meses, cuando su alimentación es mucho más variada.

Mucosidades y estornudos ¿son normales?

Es normal que los primeros días la RN expulse restos de líquido amniótico mediante tos o estornudos.

Tumefacción mamaria ¿es frecuente?

La inflamación de las glándulas mamarias, enrojecimiento o secreción blanca conocida como “leche de brujas”, es bastante común en la RN, independientemente de su sexo. Se estima una incidencia de hasta un 70%, siendo un fenómeno totalmente benigno y transitorio que se debe al paso de los estrógenos de la madre a través de la placenta durante el embarazo. No requiere ningún tipo de intervención. Las mamas no se deben tocar, masajear ni exprimir.

En definitiva, no es un fenómeno perjudicial ni doloroso y acabará desapareciendo por sí solo al cabo de los días cuando las hormonas del bebé recuperen los niveles normales.

Pseudo menstruación ¿es habitual en las niñas?

Durante los primeros días de vida, aproximadamente en el 50% las niñas, puede aparecer un leve sangrado vaginal o pseudo menstruación. Es un proceso normal que ocurre por el paso de hormonas maternas (principalmente estrógenos). También puede darse que se excrete un moco transparente e inodoro. En todos los casos, hay que extremar la higiene y cambiar el pañal cada vez que la niña realice sus necesidades fisiológicas.

Trámites tras el nacimiento. Gestiones administrativas

- Inscripción en el Registro Civil. Llevar la Declaración del Nacimiento, DNI, Libro de Familia. En las maternidades hospitalarias también se ofrece la posibilidad de realizar directamente este trámite ³⁴.

- Inscripción en la Seguridad Social. Cartilla de la Seguridad Social. Elección de pediatra en el Centro de Salud.

En cada comunidad autónoma y centro de trabajo, se debe consultar la legislación específica vigente en ese momento en relación con las prestaciones a tramitar tras el nacimiento, pudiendo existir variaciones entre ellas.

Información sobre posibles signos de consulta

La matrona debe instruir a la mujer, pareja, acompañante o familia en la valoración de signos de alarma y motivos de consulta referenciados en el apartado 6.3.4 Cuidados de la criatura al alta.

En casa: la habitación de la criatura. Cómo mantenerla en condiciones ideales

Se aconseja ⁴:

1. Ventilación diaria.
2. Mantener una temperatura entre 20-24°C.
3. La cuna debe ser homologada.
4. Evitar colchones blandos y el uso de almohadas o cojines hasta los dos años.
5. Procurar un ambiente libre de humo.

Prevención de accidentes y seguridad

Es importante vigilar el ambiente que rodea a la criatura. Se aconseja ^{43,112-115}:

- No dejarla sola en una superficie elevada. Precaución para la prevención por caídas desde el cambiador, cama o trona.
- No dejarla sola dentro de un vehículo, puede causar muerte por hipertermia.
- Evitar que esté cerca de la cocina, estufa, braseros, chimeneas, ventanas abiertas etc.
- No tener al alcance los productos tóxicos.
- No sujetar a la criatura mientras se realizan tareas domésticas.
- Se recomienda colocar protección en los enchufes.
- Evitar que juguetes de piezas pequeñas, globos estén a su alcance.
- Cuidado con las mascotas.
- Utilizar sistemas de retención infantil homologados en el vehículo desde el momento del alta de la maternidad. Colocar a la criatura en sentido contrario a la marcha y con el cinturón de seguridad, preferiblemente en el asiento trasero o delantero sin airbag. En caso de capazo, se debe colocar en posición transversal en el asiento trasero y fijarse con los cinturones de seguridad.

Prevención de la plagiocefalia posicional o síndrome de la cabeza plana

Durante los primeros meses la cabeza de la RN es maleable. Se puede producir una deformidad craneal por un aplanamiento occipital o asimetría al mantenerla en la cuna en decúbito supino, posición recomendada para prevenir el SMSL. Cuando está despierta y bajo vigilancia, se pueden hacer cambios posturales, de lado, boca abajo durante unos minutos, para evitar el aplanamiento de la parte posterior de la cabeza. El porteo también ayuda a prevenirlo ¹¹⁶.

Vínculo

Es importante establecer el desarrollo del vínculo antes del nacimiento, mediante estimulación sensorial prenatal y durante los primeros meses de vida. El CPP, la LM, el masaje infantil o el uso del porteo, favorecen la comunicación, el contacto físico y visual.

El contacto desde el primer momento del nacimiento y a lo largo de su desarrollo, va a significar además de cuidado, alimentación, protección, seguridad y amor. Por ello es importante que puérperas, padres/parejas/acompañantes y familias, establezcan cuanto antes vínculos afectivos con la RN y que conozcan la importancia de esta estimulación como una actuación positiva para su desarrollo. Es fundamental la preparación de otros miembros de la familia para la aceptación del nuevo integrante y facilitar su interacción.

Según la Teoría del apego desarrollada por Bowlby durante los años 1969 a 1980, las primeras relaciones interpersonales y el vínculo emocional que desarrolla la criatura con su madre, o cuidadores, le proporciona la seguridad emocional para un buen desarrollo de la personalidad ¹¹⁷. Estos estudios relacionados con la teoría del apego fueron la base fundamental para el trabajo de la psicóloga Mary Ainsworth, quien estableció **tres tipos de apego** ¹¹⁸.

- Apego seguro, se desarrolla cuando la persona de referencia responde con prontitud a su demanda de cuidado dándole seguridad.
- Apego ansioso-ambivalente, marcado por la inseguridad frente al apoyo y cobertura de sus necesidades, genera angustia ante el miedo a la separación.
- Apego inseguro-evasivo, ausencia de seguridad física y emocional, causa del desapego.

Ambos autores suponen un referente en el ámbito de la psicoterapia.

Masaje infantil

El masaje infantil es una práctica ancestral que cuenta con numerosos beneficios ¹¹⁹.

- Fomenta el sueño y la relajación.
- Favorece el tránsito intestinal, mejora la digestión, la eliminación y alivia los cólicos.
- Estimula su sistema circulatorio, linfático, digestivo, inmunológico, nervioso y respiratorio.
- Favorece la psicomotricidad, autoestima, apego y respeto.
- Refuerza el vínculo positivo y la comunicación.

La comunicación entre la madre y su criatura es una fuente de estimulación y supone la implicación y el compromiso con su desarrollo óptimo. Le transmitirá seguridad e influirá positivamente en el desarrollo de su personalidad. Es necesario buscar el momento adecuado del día, un momento relajado, respetando las señales de que está receptiva. La luz tenue, temperatura ambiente adecuada o la música relajante, son algunos de los factores que contribuyen a crear un clima de confort que favorezca el éxito de esta práctica ^{28,119,120}.

Porteo

La práctica del porteo ergonómico favorece la comunicación, el vínculo y el apego, reduce el estrés, mejora el sueño, la regulación de su temperatura corporal, regula el ritmo respiratorio, digestivo, alivia el reflujo gastroesofágico y los cólicos. Mejora su tono muscular. Favorece su desarrollo psicomotor, el mantenimiento de la LM y evita la plagiocefalia.

Un correcto sostén, mantiene una postura fisiológica, la espalda de la criatura adquiere forma de C para proteger la columna. Las rodillas se mantienen a una altura por encima de las nalgas en forma de M favoreciendo el correcto desarrollo de las caderas. La cabeza se apoya en la persona que portea, quedando libres las vías respiratorias. La cara permanece visible.

Existen diferentes variedades de porteo: fular, mochila ergonómica, bandolera o hamaca de anillas, sling, o Mei tai; teniendo en cuenta para su elección el peso y edad de la criatura ¹².

8.4 Anticoncepción en el puerperio

Se debe ofrecer a la mujer la información necesaria para una decisión informada personalizada. Para ello se emplearán los criterios de elegibilidad de la OMS ¹²¹, que quedan recogidos en esta guía en el ANEXO IX. Criterios de Elegibilidad de anticonceptivos de la OMS.

Métodos de barrera

Los métodos de barrera se pueden utilizar tan pronto como se inicien las relaciones sexuales.

El preservativo (masculino o femenino), es un método adecuado para el posparto. Se puede utilizar con o sin espermicida, siendo aconsejable el uso de lubricantes. El uso del diafragma se debe posponer hasta la revisión puerperal, a partir de las 6 semanas, cuando la vagina ya ha involucionado.

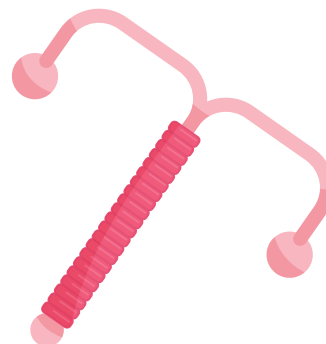
Métodos hormonales

Se diferencian dos grupos de anticonceptivos hormonales:

1. Anticonceptivos hormonales combinados (AHC) compuestos por estrógeno y gestágeno.
2. Anticonceptivos hormonales con sólo gestágeno.

Anticoncepción hormonal combinada (AHC).

En caso de LM, los anticonceptivos hormonales combinados no son recomendables, por interferir con la LM (los de categoría 4 hasta las 6 semanas postparto y categoría 3 desde las 6 semanas a los 6 meses postparto). A partir de los 6 meses podrían utilizarse (categoría 2).



En caso de lactancia artificial, conviene demorar la AHC, al menos 3 semanas posparto, para permitir la resolución de todos los cambios inducidos por el embarazo en el sistema de coagulación (categoría 4 si existen factores de riesgo para tromboembolismos (TEV) y categoría 3 sin factores de riesgo para TEV).

A partir de los 21 días, si existen factores de riesgo para TEV no son recomendables (categoría 3), convendría elegir otro método anticonceptivo. En ausencia de estos factores de riesgo sí podrían ser utilizados (categoría 2).

Anticoncepción hormonal sólo gestágeno

Los métodos con sólo gestágeno (MSG), son considerados de alta eficacia y con un perfil de alta seguridad. Son de los más recomendados durante la LM, ya que no interfieren en ella ni se han observado efectos adversos en lactantes y se puede iniciar su uso tan pronto como se desee.

La mujer debe conocer y aceptar el patrón de sangrado irregular que conllevan, puesto que es el efecto no deseado más relevante y motivo más frecuente de abandono del método.

Las mujeres durante el puerperio tienen más riesgo tromboembólico. Como los MSG tienen poco efecto sobre los factores de coagulación, tensión arterial sanguínea o niveles séricos de lípidos¹²², resultan una elección apropiada durante el puerperio. Existen diferentes presentaciones:

- Píldora de gestágeno (incluye la píldora de emergencia o post coital).
- Implante subcutáneo.
- Inyección depot de Acetato de medroxiprogesterona.

DIU

El dispositivo intrauterino tanto de cobre como el de Levonogestrel (LNG) se puede insertar en las primeras 48 horas posparto o esperar a partir de las 4 semanas. Cualquiera de las dos opciones es compatible con la LM.

Métodos definitivos

Se puede plantear la esterilización tubárica como método permanente en caso de cesárea durante el acto quirúrgico (oportunisto) o posteriormente por laparoscopia. En el caso del varón, el método que debe ser contemplado como definitivo, es la vasectomía.



Métodos naturales

Durante la lactancia, pueden ser menos eficaces. El más eficaz es el Método lactancia y amenorrea (MELA).

En este método se deben cumplir una serie de requisitos para que su eficacia sea máxima:

- Lactancia a demanda exclusiva, con intervalos entre tomas no mayores de 6 horas.
- Primeros 6 meses postparto.
- Amenorrea.

La guía publicada por la Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, recomienda que las mujeres que elijan este método deberían ser informadas de que su eficacia decrece cuando la LM disminuye, cuando aparece la menstruación o cuando transcurren más de 6 meses del parto ¹²³.

Anticoncepción de urgencia.

- Levonogestrel: evitar antes de la toma, ya que se excreta en la leche materna.
- Acetato de ulipristal (UPA): en caso de mujer con LM, se aconseja interrumpir la lactancia durante las 24h siguientes a la toma.
- DIU de cobre: no existen contraindicaciones. En los 5 días siguientes a la relación de riesgo siempre y cuando se pueda estimar el día de la ovulación y no hayan transcurrido más de 5 días desde ésta

^{70,121}

8.5 Programa de detección precoz de cáncer de cérvix

El puerperio es un buen momento de captación, realizando la valoración del cumplimiento del protocolo de prevención de cáncer de cuello uterino y realizar la citología en los casos indicados.

8.6 Revisión del estado vacunal

El puerperio es el momento idóneo para recomendar:

1. Inmunización frente a la rubéola. En caso de serología negativa en el embarazo ^{4,9}.
2. Inmunización frente a la Covid. En caso de que no se haya completado correctamente.

9.

Corresponsabilidad en el cuidado de la criatura



Capítulo 9

Corresponsabilidad en el cuidado de la criatura

El término corresponsabilidad, hace referencia a la responsabilidad compartida entre dos o más personas, que tienen los mismos derechos y deberes para responder en las situaciones a su cargo. Es extremadamente importante en el camino a la paridad de género, ya que implica el lograr una armonía, equilibrio y balance entre los ámbitos familiares y laborales, compartiendo responsabilidades de manera equitativa. Este término hace alusión, precisamente, a que los hombres reduzcan su absentismo en el ámbito doméstico, y, por tanto, se acojan a las medidas de conciliación que ofrecen las empresas en la misma medida que las mujeres.

Tradicionalmente, se les han asignado a las mujeres tareas relacionadas con la familia y el hogar y a los hombres de tipo laboral, cultural y político. Dos visiones diferentes, por un lado, la masculina y patriarcal de la producción y por otro, la femenina y maternal de la reproducción, quedando ésta mermada en un segundo plano ante la producción masculina.

Lamentablemente ha sido extremadamente desequilibrada la distribución, puesto que la sobrecarga del trabajo no remunerado (tareas domésticas y cuidado de la descendencia, personas enfermas y ancianos) ha recaído durante décadas prácticamente en su totalidad en las mujeres.

Sin embargo, en los últimos años, el acceso de las mujeres al ámbito público, a la formación, al empleo y al ocio, ha mejorado considerablemente; pero continúa pendiente el acceso de los hombres al ámbito del hogar y de la crianza, que sigue siendo en muchas ocasiones la “asignatura pendiente”, adoptando un papel de colaboración a un rol tradicionalmente asignado a la mujer como cuidadora principal o encargada del hogar, en lugar de una auténtica corresponsabilidad.



En el ámbito personal, se sitúan buena parte de los elementos que configuran la frontera de la desigualdad, no se puede hablar de igualdad real mientras la mujer desempeña una doble o triple jornada que la obligue a renunciar a su tiempo de ocio.

Por lo tanto, el objetivo es conseguir una situación de plena corresponsabilidad doméstica y de una plena paternidad, que implique que tanto hombres como mujeres, asuman por igual la responsabilidad y las tareas que suponen el mantenimiento del hogar y el cuidado de hijas e hijos y que termine con la tradicional división de las funciones. Permite que las personas, independientemente de su sexo, compartan las responsabilidades y dispongan de iguales tiempos y oportunidades para el trabajo, la formación o el ocio.

Esto no significa incluir solamente a los hombres adultos en estas tareas, ya que la inclusión de niños y adolescentes pertenecientes a la unidad familiar, otorgándoles responsabilidades acordes a su edad y sin distinción de género, es igualmente importante para avanzar en positivo.

La corresponsabilidad, por lo tanto, resulta necesaria e importante. Permite que las mujeres puedan ejercer su derecho a participar en la vida pública y en la toma de decisiones en igual medida que los hombres. Favorece que pueda darse un balance en la vida personal, familiar y laboral a favor de la igualdad de género.

En lo que se refiere exclusivamente al ámbito laboral, el concepto persigue que mujeres y hombres tengan las mismas oportunidades, derechos y obligaciones, a través de medidas específicas que los fomenten, por ello las políticas de conciliación, que comenzaron a tener auge en los años 90 se han ido modificando y avanzando con los objetivos de adoptar aquellas que garanticen la conciliación de la vida laboral, familiar, personal y fomentar la corresponsabilidad en la asunción de responsabilidades familiares y domésticas entre mujeres y hombres. La Ley de Igualdad introduce mejoras sustantivas en los derechos de conciliación, en los permisos de maternidad y paternidad, lactancia, reducción de jornada y excedencia por cuidados a menores y familiares.

Centrándonos en el puerperio, recordar que: ***El artículo 18 de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que: "... ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño o niña".***

Obligaciones buscadas y deseadas, que suponen un compromiso e implican un cambio de actitud personal a favor de la igualdad, reforzado por la sensibilidad en las organizaciones, instituciones, comunidad y la generación de una nueva cultura organizacional a favor de los cuidados y de la igualdad de mujeres y hombres, que facilite el camino hacia la **nueva sociedad que queremos construir: inclusiva, justa y con igualdad de derechos y oportunidades para mujeres y hombres** ^{44,124}.

10.

Detección de violencia de género en el puerperio



Capítulo 10

Detección de violencia de género en el puerperio

La matrona se encuentra en una posición privilegiada para identificarla y abordarla.

Según la OMS, a nivel mundial, el 30% de las mujeres que han estado en una relación de pareja, han experimentado alguna forma de violencia ¹²⁵. Puede repercutir en la salud de la mujer, tanto en el ámbito físico como psicológico. En el caso de la puérpera, los daños se amplían al poder afectar al cuidado de la RN.

Las hijas e hijos también son víctimas directas de la violencia ejercida contra su madre. Consecuencias de la exposición a la violencia de género (VG) en la salud de los hijos/as de 0 a 2 años son: retraso en el crecimiento, en el desarrollo de habilidades motoras y del lenguaje, bajo peso, alteraciones en la alimentación y el sueño, síntomas psicosomáticos, irritabilidad y mayor riesgo de maltrato físico.

La violencia que ejercen hombres contra mujeres por el mero hecho de serlo es una violación grave de los Derechos Humanos. Tiene sus raíces en la discriminación, la desigualdad y los estereotipos de género. En general, proviene de la pareja o expareja.

Pero también puede proceder de otros hombres del entorno familiar, laboral, amistades o desconocidos. La violencia es la máxima expresión de la desigualdad entre mujeres y hombres. Tiene como fin generar miedo para controlar y dominar. Conviene conocer los diferentes tipos de violencia que existen, para facilitar así su detección precoz. Se describen brevemente a continuación ^{85,125-127}.

a) Violencia psicológica: conducta que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y tiene como objeto imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener. Sus manifestaciones son las amenazas, gritos, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social de la familia, amistades y redes de apoyo, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Ridiculizar y despreciar, también delante de otras personas. Recriminar (“es por tu culpa”), amenazar (incluso con suicidarse) o retener documentos. Limitar vestimenta, actividades o espacios propios. Para ello, boicotea encuentros, hace rendir cuentas de cada movimiento y ejerce control a través del móvil y redes sociales.

- b) Violencia física:** Cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza (bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas, quemaduras, tirar objetos, maltratar a las mascotas etc.), acciones que provocan o puedan provocar una lesión, daño o dolor.
- c) Violencia económica:** si impide que la mujer disponga de dinero o no abona la pensión compensatoria o de manutención.
- d) Violencia sexual:** siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, sin consentimiento, por parte de su pareja u otra persona. Las agresiones sexuales comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona. La violación, agresión sexual, abuso sexual, acoso sexual y exhibicionismo son algunas de las más conocidas.
- e) Otras violencias:** Violencia vicaria, ciberviolencia, prostitución, explotación sexual, delito de trata, matrimonio forzado y mutilación genital femenina.

Y todas aquellas que limitan la libertad y la dignidad de las mujeres. Para el abordaje sanitario ante la dramática situación que padecen las víctimas de violencia de género, sobre todo, aquellas mujeres que se encuentran en verdadera situación de vulnerabilidad porque además son fruto de una dependencia social y económica, se elaboró en 2012, un Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del SNS, con revisión y editado en 2012 ¹²⁸. En este protocolo, se recomienda para detectar de forma temprana y mejorar la atención sanitaria, preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que acuden a consulta, sugiriendo la realización de preguntas exploratorias de abordaje psicosocial.

En la **Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**, la violencia física, psicológica y sexual ejercida sobre las mujeres «por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia» tiene la consideración de delito en los términos previstos en el Código Penal.



Se debe conocer la existencia de leyes como el **Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia doméstica** de 2011 (CONVENIO DE ESTAMBUL), **Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**, de 28 de diciembre de 2004 (L.O.M.P.I.V.G.) y **Ley Orgánica 10/2022** de 6 de septiembre, de **garantía integral de la libertad sexual**. Con respecto a los menores, **Ley Orgánica 8/2021** de 4 de junio de **Protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia**. Y la **Ley Orgánica 10/2011**, de 27 de julio, que modifica los artículos 31 bis y 59 bis de la **Ley Orgánica 4/2000** sobre **Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social**, afianzando la actuación profesional, al quedar respaldada jurídicamente.

Es importante tener presente en la actuación sanitaria la legislación que regula los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la **Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y la Ley de Protección de datos** (**Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal), que van a favorecer el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional. Pero esto se puede ver afectado por la **Ley de Enjuiciamiento criminal** que nos obliga a denunciar o poner en conocimiento el caso, según el Art 262: *“los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio si se tratare de un delito flagrante”* (no considerándose estos casos revelación del secreto, por Sentencia del Tribunal Supremo) y el Art 544 ter-2 ante la sospecha poner en conocimiento del juez o Ministerio Fiscal que incoará la investigación.

La confirmación de una sospecha de malos tratos a una mujer no pone fin a la actuación del personal sanitario, sino que a partir de ese momento se debe desarrollar una importante labor de información a la mujer, de atención y trabajo en la consulta, así como derivación cuando las características del caso lo requieran.

Con el propósito de facilitar la detección temprana de la VG, el Consejo Interterritorial del SNS ha elaborado un documento de Instrumento común estandarizado para su detección temprana, en el cual se muestran diversas herramientas validadas por los diferentes servicios de salud que integran el SNS para la clasificación y confirmación de los casos de VG, así como la valoración de riesgos de los mismo

Tal como indica el protocolo común, la matrona debe investigar la posibilidad de maltrato de toda mujer que acuda a consulta, respetando las condiciones de confidencialidad y escucha activa.

La base de la detección temprana es la entrevista clínica, aunque esta se acompañe de herramientas que apoyen o la faciliten. La herramienta más difundida y validada en España es el Cuestionario de detección Women Abuse Screening Tool (WAST). Consta de 2 bloques denominados cuestionario WAST corto y cuestionario WAST largo, se recomienda el uso del primero, siguiendo los criterios de puntuación descritos en la tabla IV.

Tabla IV: Criterios de puntuación de la versión corta del WAST

Preguntas WAST

	Pregunta 1: En general, ¿Cómo describiría usted su relación con su pareja?			Pregunta 2: Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:			WAST positivo (posible caso de violencia de pareja hacia la mujer) según criterios de puntuación
	Mucha tensión	Alguna tensión	Sin tensión	Mucha dificultad	Alguna dificultad	Sin dificultad	
Criterio 1	1 punto	1 punto	0	1 punto	1 punto	0	≥ 2 puntos
Criterio 2	1 punto	0	0	1 punto	0	0	≥ 1 punto

En caso de que se confirme un caso de VG, conviene poner en marcha un plan de intervención, teniendo en cuenta los mecanismos de apoyo y protección, notificación y activación de recursos adecuados, así como la elaboración de un plan de seguridad.

La coordinación y colaboración intersectorial (recursos sociales, laborales, de igualdad de oportunidades, jurídicos, policiales, etc.) es esencial. En muchas Comunidades Autónomas se han elaborado protocolos para la actuación coordinada y la colaboración entre los servicios sanitarios, los Cuerpos de Seguridad, los Juzgados y las instituciones encargadas de prestar asistencia jurídica y atención integral a las mujeres.

Es importante que cada profesional tenga a su alcance información acerca de los protocolos, recursos y servicios específicos que hay disponibles a nivel nacional, autonómico, provincial, municipal y sus características, con el fin de orientar adecuadamente a la mujer en su utilización y derivación.

Existen equipos de atención/intervención integral donde informan y asesoran, ofreciendo atención social, psicológica, educativa y jurídica. Facilitando el acceso a recursos sociales y de protección.

Servicios sociales de base, trabajo social, oficinas de Atención a Víctimas del Delito o información en el teléfono 016 (que no deja rastro en la factura y es gratuito), son algunos de los recursos que en cada comunidad se han de conocer para así canalizar la red de apoyo, ayuda y asesoramiento disponible en cada caso (ANEXO X: Detección y manejo VG en el puerperio)¹²⁸⁻¹³⁰.

Bibliografía

Bibliografía

- 1.** Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1349/2009, de 6 de Mayo, Por La Que Se Aprueba y Publica El Programa Formativo de La Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado; 2009.
- 2.** American College of Obstetricians and Gynecologists A. Guidelines for Perinatal Care. 8th Edition.; 2017.
- 3.** Stuebe A, Auguste T, Gulati M. ACOG Committee opinion. Optimizing Postpartum Care. Obstetrics and Gynecology. 2018;131(5):E140-E150. doi:10.1097/AOG.0000000000002633
- 4.** National Institute for Health and Clinical Excellence. Postnatal Care up to 8 Weeks after Birth. NICE; 2015. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/cg37-postnatal-care-review-decision-march-20122>
- 5.** Bravo Molina PP, Bravo Silva PF, Bravo Silva DP. La comunicación como variable determinante en el proceso de negociación. Revista Contribuciones a la Economía. Published online 2019.
- 6.** Van-der Hofstadt Román CJ, Quiles Marcos Y, Quiles Sebastián MJ. Técnicas de Comunicación Para Profesionales de Enfermería.; 2006.
- 7.** Mehrabian A. Silent Messages. 1st ed. Wadsworth; 1971.
- 8.** Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de Práctica Clínica de Atención En El Embarazo y Puerperio.; 2012.
- 9.** National Institute for Clinical Excellence. Intrapartum Care for Healthy Women and Babies. Clinical. NICE; 2022. www.nice.org.uk/guidance/cg190
- 10.** Figueiredo JV, Fialho AV de M, Mendonça GMM, Rodrigues DP, Silva L de F da. Pain in the immediate puerperium: nursing care contribution. Rev Bras Enferm. 2018;71(suppl 3):1343-1350. doi:10.1590/0034-7167-2017-0345
- 11.** Overview of postpartum hemorrhage - UpToDate. Accessed July 10, 2023. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage>
- 12.** Esparza del Valle M, Aranda P, Arias M, Fernández A, Marqués L, González M. Guía Profesional para la educación maternal-paternal del embarazo y parto. Astursalud. Published online 2016:178-179.
- 13.** Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr (Engl Ed). 2009;71(4):349-361. doi:10.1016/j.anpedi.2009.07.012
- 14.** Ministerio de Sanidad y Política Social. Atención Hospitalaria al Parto. Estándares y Recomendaciones Para Maternidades Hospitalarias. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- 15.** Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Recomendaciones Sobre La Atención al Parto En Casa. Documento Basado En La Evidencia.; 2022.
- 16.** Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-Based Practices for the Fetal to Newborn Transition. J Midwifery Womens Health. 2007;52(3):262-272. doi:10.1016/j.jmwh.2007.01.005
- 17.** Ministerio de Sanidad SS e Igualdad. Parto. Puerperio y lactancia. Recién nacido. In: Volumen 3: Enfermería Maternal y Del Recién Nacido I. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2014. http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_EIR_Matronas_Vol_2.pdf
- 18.** Burroughs A, Leifer G. Enfermería Materno-Infantil. Mc Graw Hil; 2002.
- 19.** Cabero Roura L. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de La Reproducción. Sociedad E. (Editorial Panamericana, ed.); 2003.
- 20.** Doménech E, González N, Rodríguez-Alarcón J. Cuidados generales del recién nacido sano. Asociación Española de Pediatría. Published online 2008:20-28.
- 21.** Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Cuidados de Las Criaturas En Los Primeros Meses de Vida.; 2015.
- 22.** Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto Normal. Guía de Práctica Clínica Sobre La Atención al Parto Normal. Plan de Calidad Para El Sistema Nacional de Salud Del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Del País Vasco (OSTEBA). Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA No 2009/01; 2010.
- 23.** Dirección de Asistencia Sanitaria. Coordinación de Programas de Salud Pública y de Seguridad del Paciente. Atención al Recién Nacido Sano En El Parto-Puerperio.; 2018.
- 24.** Costa M, Solís G. Proceso Del Recién Nacido Sano.; 2015.
- 25.** Escudero Gomis AI, Herrero E, Montes B, Sánchez Á, Menéndez E, García González M del C. Guía de embarazo, parto y lactancia 2015. Consejería de Sanidad, Gobierno del Principado de Asturias. Published online 2015. https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud Publica/AS_Promocion de la Salud/Salud sexual y reproductiva/Salud reproductiva/Guia embarazo, parto y lactancia 2015_web.pdf

26.

Feldman-Winter L, Goldsmith JP, Moon RY, et al. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics*. 2016;138(3). doi:10.1542/peds.2016-1889

27.

Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;2016(11). doi:10.1002/14651858.CD003519.pub4

28.

Moore ER, Anderson GC. Randomized Controlled Trial of Very Early Mother-Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(2):116-125. doi:10.1016/j.jmwh.2006.12.002

29.

Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: A review of the literature. *Matern Child Nutr*. 2014;10(4):456-473. doi:10.1111/mcn.12128

30.

McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Later cord clamping after birth increases iron levels in babies. *Saudi Med J*. 2013;34(9):973. doi:10.1002/14651858.CD004074.pub3

31.

Sociedad Española de Neonatología (SENeo). Guía de Salud Neonatal. Published online 2016.

32.

Demott K, Bick D, Norman R, et al. Postnatal Care: Routine Postnatal Care of Women and Their Babies. NICE; 2006. www.nice.org.uk/-CG037

33.

Sanz-Díaz MC, Espinal-Ramón MI, Domínguez-Luna A, Fernández-Muñoz S, Cardesa-Sabio F, M. HP. La identificación del recién nacido: asignatura pendiente. *Matronas Profesión*. 2012;13(3-4):66-72.

34.

Ministerio de Justicia. Orden Del Ministerio de Justicia de 10 de Noviembre de 1999, Sobre Cuestionario Para La Declaración de Nacimiento al Registro Civil; 1999.

35.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia Materna. Guía de Práctica Clínica Sobre Lactancia Materna; 2017.

36.

Morales C, Pallás CR. Uso profiláctico de la vitamina K para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido. Published online 2021. <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/vitaminak-rec>

37.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados Desde El Nacimiento. Recomendaciones Basadas En Pruebas y Buenas Prácticas; 2010. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/s-n/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>

38.

Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Calendario de Vacunaciones de La Asociación Española de Pediatría. Razones y Bases de Las Recomendaciones; 2019. <http://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/calvacap2019-razones-y-bases.pdf>

39.

Asociación Española de Pediatría. Tetanalgesia: Quitar El Dolor Dando El Pecho; 2013.

40.

Pozo M, Almenar A, Tapia MC, Moro M. Detección de La Hipoacusia En El Neonato; 2008.

41.

Grupo de trabajo de la Comisión de Salud Pública para el desarrollo del Sistema de Información sobre Cribado Neonatal. Objetivos y Requisitos de Calidad Del Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrino-Metabólicas Del Sistema Nacional de Salud; 2013. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/ObjetivosCribadoNeonatal.pdf>

42.

Grupo de trabajo de la Ponencia de Cribado de la Comisión de Salud Pública. Documento Marco Sobre Cribado Poblacional; 2010.

43.

Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), Fundación Mapfre. Manual Para La Matrona En Seguridad Para La Embarazada y El Recién Nacido Hasta Los 28 Días; 2020.

44.

World Health Organization (WHO). WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. World Health Organization. Published online 2013:1-72. doi:978 92 4 150664 9

45.

Mirada Vives A. Guía de cuidados de la piel del recién nacido y del bebé: Recomendaciones basadas en la evidencia y en las buenas prácticas. *Matronas Profesión*. 2013;14(4 Supl):1-50.

46.

Hoath SB, Narendran V. The Skin of the Neonate. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. *Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine, 2-Volume Set*. 11th ed. Elsevier; 2015:1702-1732. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9781455756179001020>

47.

World Health Organization, UNICEF. Declaración de Innocenti Del 2005; 2005. http://innocenti15.net/declaration_spanish.pdf

48.

Asociación Española de Pediatría. Manual de La Lactancia Materna, de La Teoría a La Práctica. (Editorial Médica Panamericana, ed.); 2008.

49.

I.H.A.N. Calidad En La Asistencia Profesional En El Nacimiento y La Lactancia; 2011.

50.

Nguyen B, Jin K, Ding D. Breastfeeding and maternal cardiovascular risk factors and outcomes: A systematic review. *Remuzzi G, ed. PLoS One*. 2017;12(11):e0187923. doi:10.1371/journal.pone.0187923

51.

Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):96-113. doi:10.1111/apa.13102

52.

Horta BL, Victora CG. Long-Term Health Effects of Breastfeeding: A Systematic Review; 2013. Accessed March 9, 2017. www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

53.

Ma Pilar Aizpurua Galdeano. Efectos de la lactancia materna sobre la salud de las madres y de los lactantes en países desarrollados. *Evid Pediatr*. 2008;4:45. doi:doi: vol4/2008_numero_2/2008_-vol4_numero2.20.htm

54.

Colaizy TT, Bartick MC, Jegier BJ, et al. Impact of Optimized Breastfeeding on the Costs of Necrotizing Enterocolitis in Extremely Low Birthweight Infants. *Journal of Pediatrics*. 2016;175:100-105.e2. doi:10.1016/j.jpeds.2016.03.040

55.

Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2011;128(1):103-110. doi:10.1542/peds.2010-3000

56.

Lodge CJ, Tan DJ, Lau M, et al. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl*. 2015;104(467):38-53. doi:10.1111/apa.13132

57.

Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. Simeoni U, ed. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180722. doi:10.1371/journal.pone.0180722

58.

Bowatte G, Tham R, Allen K, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104:85-95. doi:10.1111/apa.13151

59.

Horta B, Bahl R, Martines J, Victora C. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. *Who*. Published online 2007:1-52.

60.

Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):3-13. doi:10.1111/apa.13147

61.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. ASISTENCIA AL PARTO. DOCUMENTO DE CONSENSO DE LA SEGO.; 2007.

62.

Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Abordaje de Las Dificultades Más Frecuentes En Lactancia Materna Evidencia Científica.; 2016.

63.

Hernández González E, Julios reyes MDM, Naranjo Sintés V, Romero Ramírez DS, González Darias A. Lactancia Materna Para Profesionales Del SCS.; 2022.

64.

Lozano de la Torre MJ, Pallás Alonso CR, Hernández Aguilar MT, et al. Uso del chupete y lactancia materna. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2011;74(4):271.e1-271.e5. doi:10.1016/j.anpedi.2010.09.014

65.

World Health Organization. Infant and young child feeding. WHO. Published 2017. Accessed January 21, 2018. <http://www.who.int/-mediacentre/factsheets/fs342/en/>

66.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad y Salud: Ciencia, Conciencia y Experiencias. In: Serie INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

67.

Dirección de Asistencia Sanitaria. Coordinación de Programas de Salud Pública y de Seguridad del Paciente. Alimentación Del Recién Nacido.; 2018. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PA-C_Neonato_4_L4_edited.pdf

68.

Valdovín Guerrero G, Navarro Calvo R, Rivera de la Torre S, Álvarez Pérez P, Gajón Flores J, Morte Cabistany CM. El método kassing como elección para la suplementación oral mediante biberón en el recién nacido. *Enfermería 21*. Published online 2021.

69.

Kassing D. Bottle-Feeding as a Tool to Reinforce Breastfeeding. *Journal of Human Lactation*. 2002;18(1):56-60. doi:10.1177/089033440201800110

70.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.; 2011.

71.

Consejería de Sanidad. Proceso Asistencial Integrado de Atención al Parto Normal y Puerperio.; 2019. <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales.grs/atecion-parto-normal-puerperio>.

72.

Gómez-Ortiz MC. et al.,(2014) Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. *Matronas Profesión*. 2014;15(1):10-17.

73.

Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Cómo Superar El Puerperio y No Rendirse En El Intento.; 2014.

74.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal En El Sistema Nacional de Salud.; 2008.

75.

González-Plaza E. Cuidados de la herida quirúrgica tras cesárea. *Matronas Profesión*. 2019;20(2):63-64.

76.

Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas Profesión*. 2006;7(4):5-11.

77.

National Institute for Clinical Excellence. Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance. NICE; 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

78.

Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Guía de Salud Materno-Infantil. La Salud Desde El Principio. Junta de Castilla y León; 2012.

79.

Departament de Salut. Protocol de Seguiment d'atenció i Acompanyament al Naixament a Catalunya. 2a ed. Generalitat de Catalunya; 2020.

80.

Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 1995;16(4):187-191. doi:10.3109/01674829509024468

81.

García-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord*. 2003;75(1):71-76. doi:10.1016/S0165-0327(02)00020-4

82.

Brennan PA, Hammen C, Andersen MJ, Bor W, Najman JM, Williams GM. Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationship with child outcomes at age 5. *Dev Psychol*. 2000;36(6):759-766. doi:10.1037/0012-1649.36.6.759

83.

Paulson JF, Bazemore SD, Goodman JH, Leiferman JA. The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(4):655-663. doi:10.1007/S00737-016-0598-4/FIGURES/2

84.

Parsons CE, Young KS, Rochat TJ, Kringelbach ML, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: A review of evidence from low- and middle-income countries. *Br Med Bull*. 2012;101(1):57-79. doi:10.1093/BMB/LDR047

85.

Rennó JJr, Valadares Gislene, da Silva AG, Mendes-Ribeiro J, Rocha R, Cantilino A. *Women's Mental Health: A Clinical and Evidence-Based*. (Springer International Publishing, ed.). Springer International Publishing; 2020.

86.

Dirección General de Cuidados Humanización y Asistencia Sociosanitaria. *Guía de Atención al Duelo Gestacional y Perinatal*. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud; 2022.

87.

Dirección General de Salud Pública. Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. Generalitat Valenciana. *Control Básico Del Embarazo En La Comunitat Valenciana*; 2022.

88.

Carrasco García MA. Ejercicio físico y recuperación postparto. *Matronas hoy*. 2017;4(3).

89.

Bustelo SM, Morales AF, Patiño Núñez S, Viñas Diz S, Martínez Rodríguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico Clinical interview and functional assessment of pelvic floor. 2004;26(5):266-280.

90.

Gharehbaghi K, Gharehbaghi D, Wierrani F, Sliutz G. [Treatment of Chronic Functional Constipation during Pregnancy and Lactation]. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2016;220(1):9-15. doi:10.1055/S-0035-1554626

91.

Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for treating postpartum constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;2014(9). doi:10.1002/14651858.CD010273.PUB2/FULL/ES

92.

Melina V, Craig W, Levin S. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116(12):1970-1980. doi:10.1016/j.jand.2016.09.025

93.

Brzezińska M, Kucharska A, Sińska B. Vegetarian diets in the nutrition of pregnant and breastfeeding women. *Pol Merkuri Lekarski*. 2016;40(238):264-268. Accessed July 10, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27137830>

94.

Specker BL, Black A, Allen L, Morrow F. Vitamin B-12: low milk concentrations are related to low serum concentrations in vegetarian women and to methylmalonic aciduria in their infants. *Am J Clin Nutr*. 1990;52(6):1073-1076. doi:10.1093/AJCN/52.6.1073

95.

Schlemmer U, Frølich W, Prieto RM, Grases F. Phytate in foods and significance for humans: food sources, intake, processing, bioavailability, protective role and analysis. *Mol Nutr Food Res*. 2009;53 Suppl 2(SUPPL. 2):S330-S375. doi:10.1002/MN-FR.200900099

96.

Gibson RS, Bailey KB, Gibbs M, Ferguson EL. A review of phytate, iron, zinc, and calcium concentrations in plant-based complementary foods used in low-income countries and implications for bioavailability. *Food Nutr Bull*. 2010;31(2 SUPPL.). doi:10.1177/15648265100312s206

97.

Zhang YY, Stockmann R, Ng K, Ajlouni S. Revisiting phytate-element interactions: implications for iron, zinc and calcium bioavailability, with emphasis on legumes. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2022;62(6):1696-1712. doi:10.1080/10408398.2020.1846014

98.

Gibson RS, Raboy V, King JC. Implications of phytate in plant-based foods for iron and zinc bioavailability, setting dietary requirements, and formulating programs and policies. *Nutr Rev*. 2018;76(11):793-804. doi:10.1093/NUTRIT/NUY028

99.

APILAM. Dietas vegetarianas. elactancia.org.

100.

Redecilla Ferreiro S, Moráis López A, Moreno Villares JM, et al. Recomendaciones del Comité de Nutrición y Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría sobre las dietas vegetarianas. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020;92(5):306.e1-306.e6. doi:10.1016/j.anpedi.2019.10.013

101.

Spaich S, Link G, Alvarez SO, et al. Influence of Peripartum Expectations, Mode of Delivery, and Perineal Injury on Women's Postpartum Sexuality. *J Sex Med*. 2020;17(7):1312-1325. doi:10.1016/j.jsxm.2020.04.383

102.

World Health Organization (WHO). *Family Planning. A Global Handbook for Providers*; 2018.

103.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica Sobre Trastornos Del Sueño En La Infancia y Adolescencia En Atención Primaria*; 2011. <https://portal.guiasalud.es/wp>

104.

Morgan BE, Horn AR, Bergman NJ. Should neonates sleep alone? *Biol Psychiatry*. 2011;70(9):817-825. doi:10.1016/j.biopsych.2011.06.018

105.

Colecho, SMSL y Lactancia Materna. Recomendaciones actuales de Consenso - SEPEAP. Accessed September 7, 2023. <https://sepeap.org/colecho-smsl-y-lactancia-materna-recomendaciones-actuales-de-consenso/>

106.

UNICEF UK Baby Friendly Initiative, Foundation for the Study of Infant Deaths. *Compartiendo La Cama Con Tu Bebé*; 2006.

107.

Gómez Papi A, Pallás Alonso CR, Aguayo Maldonado J. El método de la madre canguro. *Acta Pediatr Esp*. 2007;65(6):286-291.

108.

Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría. *Libro Blanco de La Muerte Súbita Del Lactante*; 2013. en: www.aeped.es/sites/default/files/documentos/0.pdf

109.

Landa Rivera L, Díaz-Gómez M, Gómez Papi A, 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*. 2012;14(53):53-60. doi:10.4321/S1139-76322012000100010

110.

WESSEL MA, COBB JC, JACKSON EB, HARRIS GS, DETWILER AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics*. 1954;14(5):421-435.

111.

Ortega Páez E, Barroso Espadero D. Cólico del lactante. *Pediatría Atención Primaria*. 2013;15(22):81-87. doi:10.4321/S1139-76322013000300009

112.

Fundación Mapfre. *Bebés y Niños Seguros En El Coche*; 2021.

113.

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria., Fundación Mapfre. *Accidentes En La Población Infantil Española*; 2014.

114.

Asociación Española de Pediatría, Fundación Mapfre. *Guía Para Padres Sobre La Prevención de Lesiones No Intencionadas En La Edad Infantil*; 2016.

115.

Esparza Olcina MJ. Prevención de lesiones infantiles por accidente de tráfico. *PrevInfad/PAPPS*.

116.

Carceller Benito F, Leal de la Rora J. Plagiocefalia posicional: nuevas recomendaciones para el diagnóstico precoz y registro en la cartilla sanitaria del niño. In: *Libro Blanco de La Muerte Súbita Del Lactante*; 2013:71-79.

117.

Bowlby J. *Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida*. (Ediciones Paidós Ibérica, ed.); 1993.

118.

Ainsworth MDS, Bell SM. Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Dev*. 1970;41(1):49. doi:10.2307/1127388

119.

Asociación Española de Masaje Infantil. *Beneficios Del Masaje Infantil*; 2018.

120.

Schneider V. *Masaje Infantil. Guía Práctica Para El Padre y La Madre*. Ediciones Medici; 2002.

121.

World Health Organization (WHO). *Guía de Implementación de Los Criterios Médicos de Elegibilidad y Las Recomendaciones Sobre Prácticas Seleccionadas Para El Uso de Anticonceptivos: Guía de Integración de Los Criterios Médicos de Elegibilidad Para El Uso de Anticonceptivos (MEC) y Las Recomendaciones Sobre Prácticas Seleccionadas Para El Uso de Anticonceptivos (SPR) de La Organización Mundial de La Salud (OMS) a Las Pautas Nacionales de Planificación Familiar*; 2018. Accessed July 10, 2023. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272759>

122.

Coordinación de Programas de Salud Pública y de Seguridad del Paciente Dirección de Asistencia Sanitaria. *Atención al Puerperio*; 2018. www.osakidetza.euskadi.eus

123.

Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. *FSRH Guideline Contraception After Pregnancy*. *Fsrh*. 2017;(January):1-18.

124.

Moreno Mínguez A, Crespo Ballesteros E. Los Dilemas de La Compatibilidad Laboral y Familiar En El Marco de Las Políticas Familiares: Incidencia Sobre El Empleo Femenino y La División Del Trabajo Familiar En España En Perspectiva Comparada Año 2006 – Año 2010. Universidad de Valladolid. Dpto. de Sociología y Trabajo Social; 2010.

125.

World Health Organization (WHO). *Violence against Women. Intimate Partner and Sexual Violence against Women*; 2017. doi:en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/

126.

World Health Organization (WHO). *Violencia Contra la Mujer*. WHO. Published 2010. https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/

127.

Organización Panamericana de la Salud. *La violencia contra la mujer guarda relación con los problemas de la salud reproductiva*. Organización Panamericana de la salud. Published 2019. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10229:2014-violence-against-women-is-linked-to-reproductive-health-problems&Itemid=1926=es

128.

Ministerio de Sanidad SS e I. *Protocolo Común Para La Actuación Sanitaria Ante La Violencia de Género*. 2012; 2012.

129.

Observatorio de Salud de la Mujer. Consejo Interterritorial. *Sistema Nacional de Salud. Instrumento Común Estandarizado Para La Detección Temprana de La Violencia de Género En El*; 2021.

130.

Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. *Protocolo Sanitario Para Mejorar La Atención a Las Mujeres Que Sufren Violencia*; 2016.

Otros recursos

Enlaces web

<https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-de-sonora/expresion-oral-y-escrita/expresion-habilidades-de-la-comunicacion-oral/2938043>

Liga de la leche: <http://www.laligadelaleche.org/>

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia:
<https://www.ihan.es/>

OMS: Lactancia materna: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

FEDALMA: Federación de Asociaciones prolactancia materna: <http://www.fedalma.org/>

Alianza Mundial Prolactancia materna (WABA): <http://waba.org.my/>

Compatibilidad de fármacos y lactancia materna www.e-lactancia.org

<http://www.seg-social.es>

<http://igualdade.xunta.gal/es/content/corresponsabilidad>

<https://www.segsocial.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/61f8b540-c867-43cf-926d-77476b975f36>

<http://www.escuelalasletras.cl/2020/11/paternidad-activa-y-corresponsabilidad-en-la-crianza/>

<https://iniciativaparidadgenerochile.minmujeryeg.gob.cl/?p=7277>

<https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-de-sonora/expresion-oral-y-escrita/expresion-habilidades-de-la-comunicacion-oral/2938043>

<https://portal.guiasalud.es/egpc/embarazo-atencion-puerperio/>

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf

Servicio TELESOR para personas sordas que comunican en lengua oral y no pueden efectuar una comunicación telefónica convencional. <http://www.telesor.es/>

Servicio de videointerpretación SVISUAL www.svisual.org

Sociedades científicas y profesionales

FAME. <https://www.federacionmatronas.org/>

Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría:
<http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos-sobre-lactancia-materna>

Asociación Española de Consultoras Certificadas de Lactancia Materna AECCLM:
<http://www.ibclc.es>

APILAM. Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna. <https://apilam.org/>

Alba lactancia materna: <http://albalactanciamaterna.org/>

Otros enlaces de interés

LACTAPP: <http://www.lactapp.es/>

APP POR MI. información para las mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género, y para profesionales: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.ilunion.cer-mi.cermimujeresapp&hl=es&gl=US> <https://appsto.re/es/fiPAhb.i>

Información en lengua de signos o por escrito, sobre la violencia de género:
<https://cnse.es/proyectoalba/documentos-signados/>

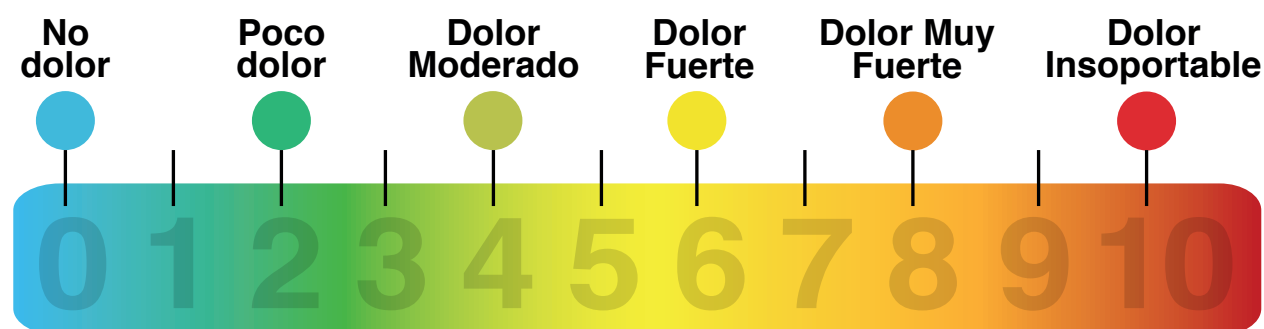
Anexos

ANEXO I. Escala EVA (Escala Visual Analógica)

La **escala EVA** (**Escala Visual Analógica**), se utiliza para la valoración del dolor de forma analógica. Es decir, por medio de una línea de 10 centímetros en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor. Se le da un valor numérico del 0 al 10. En el lado izquierdo, se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad y según la percepción subjetiva que tiene la persona a valorar, ésta debe marcar el lugar en el que considera que se encuentra su dolor y así se determina el número que objetiva la intensidad del dolor percibido. Es una de las escalas unidimensionales de fácil uso.

Los resultados se evalúan teniendo en cuenta tres niveles de dolor según los valores marcados:

- Los valores inferiores a 4 indican que el dolor es leve.
- Entre 4 y 7, el dolor se considerará de moderado a moderado-grave.
- Si los valores son mayores de 7 hablamos de un dolor que pasa de grave a severo/ insoportable.

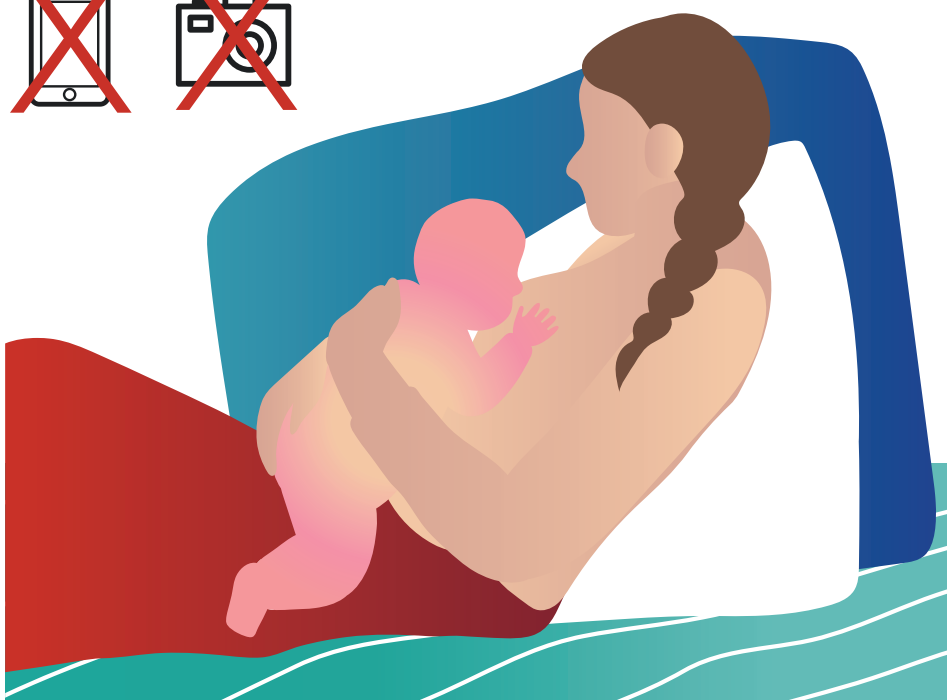


Escala Visual Analógica - EVA

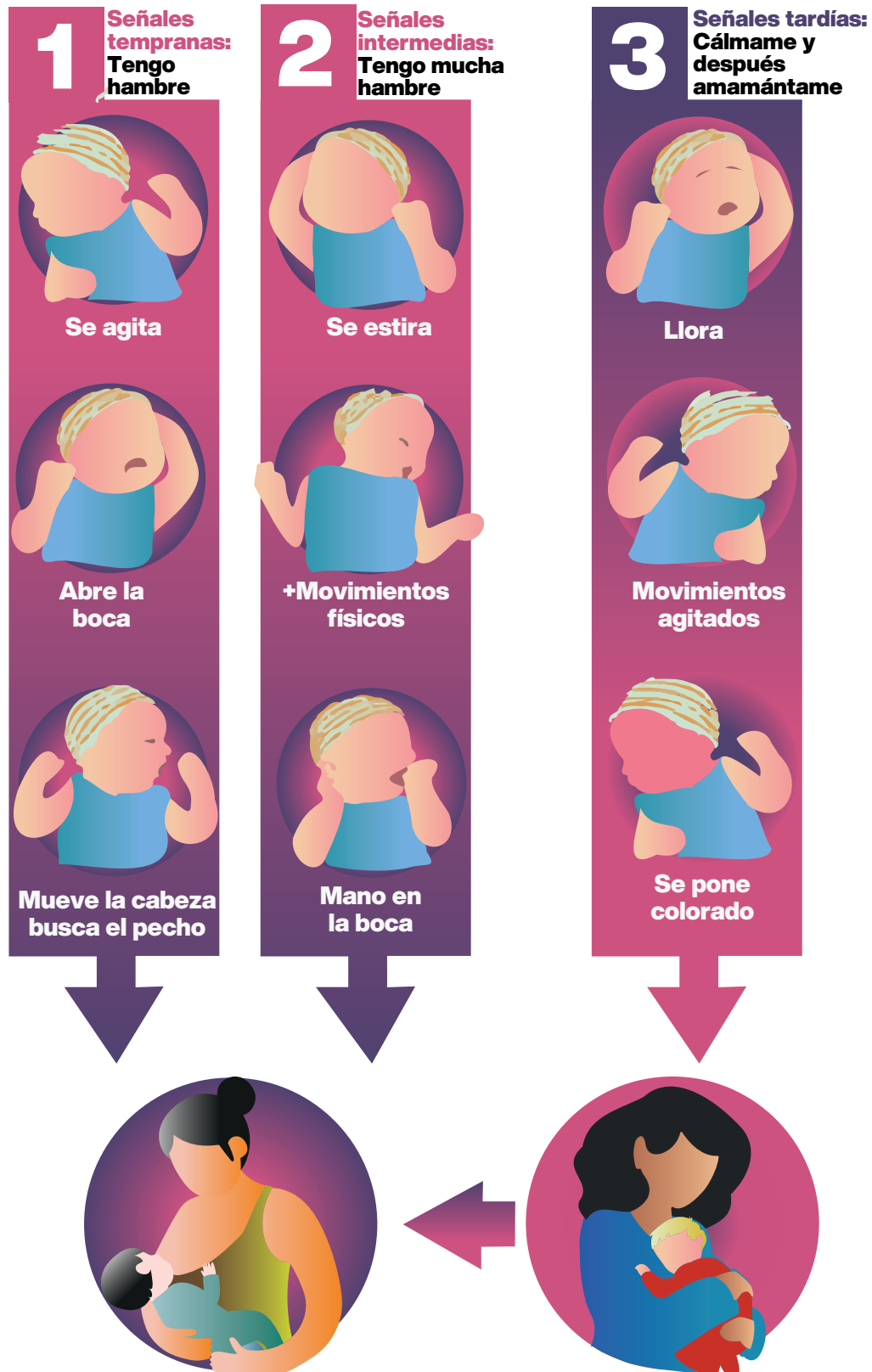
ANEXO II. Vigilancia de la RN en CPP

Cuando la criatura esté piel con piel se debe vigilar que:

- Los labios estén rosados. Es importante avisar en caso de que aparezca un color azulado o palidez en los labios. Sin embargo, es más habitual que manos y pies estén azulados.
- No respira con dificultad. Es importante avisar si la criatura respira con dificultad o realiza algún quejido al respirar.
- Tiene buen tono muscular. Avisad si se le blandito (como un muñeco de trapo) o está tembloroso.



ANEXO III. Señales de hambre



ANEXO IV. Extracción de leche materna

Los/as profesionales de la salud cuando realizan la recomendación de realizar extracciones de leche materna deben favorecer la elaboración de un plan de extracción estableciendo la frecuencia con la que la madre debe realizar las extracciones y explicando las diferentes técnicas de las que dispone para ello, así como los pasos previos.

1. Pasos previos a la extracción

- **Higiene:** se recomienda el lavado de manos. No es necesario lavar areola o pezones antes de la extracción. Es suficiente la ducha diaria.
- **Comodidad:** se debe sugerir a la madre que busque un lugar tranquilo, privado y cómodo con el equipo limpio y listo para usar si decide usar extracción mecánica. Se le puede sugerir que valore la posibilidad de tomar una infusión o alguna otra bebida mientras realiza la extracción y que realice ejercicios de relajación y respiraciones profundas y tranquilas. Puede ser de utilidad disponer de una foto de la criatura (si no está presente) y escuchar música suave.
- **Estimular la bajada de la leche.** Antes de proceder a la extracción es conveniente estimular el reflejo de eyección (bajada de la leche). Se recomienda que los/las profesionales usen un modelo de pecho para enseñar a la madre cómo hacerlo. Además de permitir a la madre que practique y si es necesario ayudarla, colocándose por detrás de la madre y siempre colocando su mano encima de la de la madre.

Los pasos para estimular el reflejo de eyección son 3:

a. Masajear: presionar firmemente el pecho con las yemas de los dedos contra la pared del tórax usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto sin deslizarlos sobre la piel. Comenzar desde la parte de arriba, hacer el movimiento en espiral alrededor del seno hacia la aréola a medida que se masajea. El movimiento es similar al usado en exámenes de senos.

b. Acariciar o peinar el área del pecho desde arriba hacia el pezón, usando las yemas de los dedos mediante un contacto ligero de cosquilleo. Continuar este movimiento desde la periferia hacia el pezón alrededor de todo el pecho.

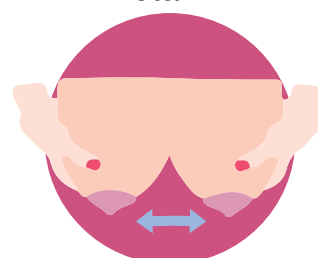
c. Sacudir suavemente ambos pechos inclinándose hacia delante.



Masajear



Frotar



Sacudir

2. Técnicas de extracción

Se debe explicar a la madre que la leche puede extraerse de forma manual o con extractor de leche. Que es normal que los resultados vayan mejorando a medida que coge práctica y confianza. En las primeras extracciones puede que sólo se obtengan unas cuantas gotas. Cuando se complementan ambas técnicas suele mejorar el vaciamiento de la mama, y en consecuencia aumenta significativamente la producción de leche.

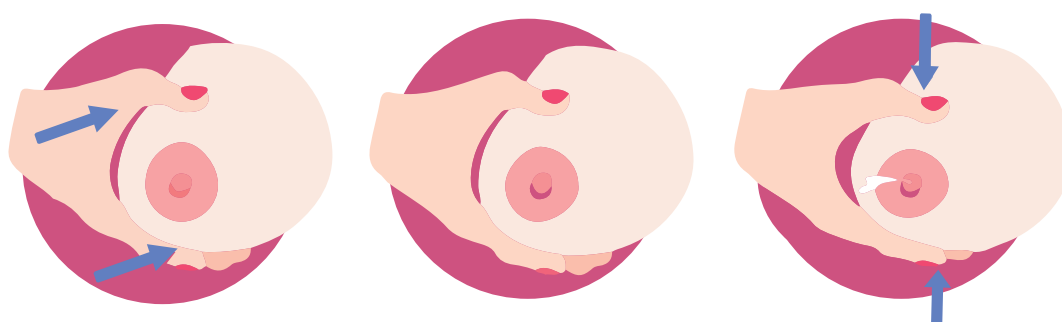
1. Extracción manual o técnica de Marmet

Es conveniente explicar que la extracción manual es más laboriosa, pero muchas madres la prefieren al estimular más fácilmente el reflejo de eyección por el contacto piel con piel. Suele ser más conveniente para extracciones ocasionales y para casa.

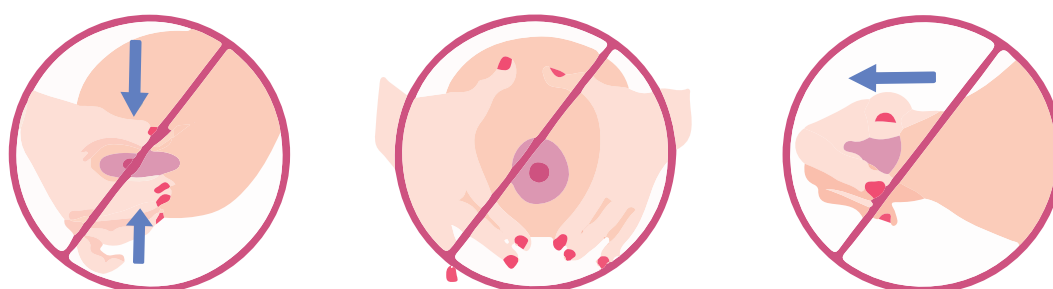
Se explicará el proceso completo de la siguiente forma:

- Higiene.
- Masaje (tal como se ha explicado anteriormente).
- Exprimir el pecho 5-7 minutos.
- Masaje.
- Exprimir cada pecho 3-5 minutos.
- Masaje.
- Exprimir cada pecho 3-3 minutos.

Se colocará el pulgar y los dedos índice y medio formando una "C" a unos tres o cuatro centímetros por detrás del pezón, evitando que el pecho descansa sobre la mano. Se empujarán los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Para pechos grandes o caídos primero se sugiere levantarlos y después empujar los dedos hacia atrás.



Posteriormente se rotará la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho. Se pueden usar una o ambas manos.



La extracción ha de realizarse con delicadeza, evitando estiramientos y maniobras de presión en el pecho o pezón. El proceso completo suele durar entre 20 y 30 minutos.

2. Extracción con extractor de leche

Es importante valorar qué tipo de extractor de leche será más útil para la madre según sus circunstancias personales.

- Extractor de leche manual o eléctrico simple:
 - Uso esporádico o uso diario para una o dos tomas.
 - No se recomendará el extractor de leche de pera o bocina.
- Extractor de leche eléctrico doble:
 - Uso frecuente y durante bastante tiempo: RN prematuras, compatibilizar trabajo y lactancia materna, aumento de la producción de leche.

Se informará a la madre sobre la posibilidad de alquilar los extractores de leche dobles de uso hospitalario en algunas farmacias, grupos de apoyo o por internet. Así mismo se debe informar de los peligros de compartir extractores de leche eléctricos que no sean de uso hospitalario. Y se debe hacer hincapié en que ningún extractor de leche debe hacer daño.

3. Uso del extractor de leche manual

Antes de proceder a la extracción es conveniente explicar a la madre cómo hacerlo. Se puede usar un globo. Posteriormente se dejará que la madre practique.

Los pasos a seguir serán los siguientes:

- Lavarse las manos.
- Preparar los pechos igual que para la extracción manual (masajear, frotar, sacudir).
- Colocar la copa de tamaño adecuado sobre el pecho.
- Comenzar usando tracciones cortas y rápidas, imitando la “llamada a la leche” de la criatura.
- Cuando se vea algo de leche realizar aspiraciones largas y uniformes evitando la tentación de usar demasiada aspiración y producir dolor.
- Si el extractor de leche tiene regulador empezar por el nivel más bajo e incrementarlos hasta que la leche fluya libremente y la madre se sienta cómoda.
- Usar 5 -7 minutos en cada lado (previo masaje) o hasta que el chorro o las gotas sean más lentas. Cambiar de pecho y repetir 2-3 veces.

Es importante informar a la madre de que al igual que con la extracción manual puede que en las primeras extracciones sólo se obtengan unas cuantas gotas. Es normal, en sucesivas extracciones la cantidad irá aumentando.

ANEXO V. Posturas para amamantar

Las posturas más habitualmente empleadas para amamantar son las siguientes:

Posición de **CRIANZA BIOLÓGICA®**

- La mamá debe estar semirecostada entre 15 y 65° y cómoda.
- La RN debe estar encima con la cara entre sus pechos.
- Se debe permitir a la RN que se desplace y cabecee para buscar y agarrar espontáneamente el pezón.
- Esta postura es especialmente útil cuando existen dificultades con el agarre, ya que facilita que el recién nacido ponga en marcha sus reflejos instintivos. La RN cabecea y se desplaza buscando el pecho de la madre.
- Esta postura también es útil cuando existe dolor en el periné.



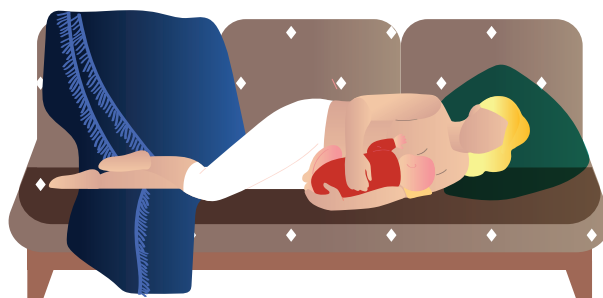
Posición de **CUNA**

- Es una de las posturas más utilizadas.
- La madre sujeta el cuello y la cabeza de la criatura con el mismo brazo y mano del pecho que ofrece.
- Para que el cuello no esté flexionado, es necesario colocar la cabeza en el antebrazo en lugar de en el codo y la mano en la espalda en lugar de en las nalgas.



Posición **RECOSTADA DE LADO**

- La madre se coloca de lado de forma que su pecho descansa sobre el colchón.
- La RN acostada de lado, mirando a la madre y con la cabeza apoyada en el colchón (no sobre el brazo de la madre).
- Desplazar a la criatura (no el pecho) hasta que el pezón quede a la altura de la nariz.
- Esta postura es especialmente útil para favorecer el descanso materno cuando existe dolor en el periné, (parto instrumental, hemorroides...).



Posición RUGBY

- La madre sujeta el cuerpo y la cabeza de la RN con el antebrazo y la mano del mismo pecho que va a dar, por lo que le queda una mano libre para poder realizar un agarre dirigido si lo precisa.
- El cuerpo de la RN queda por debajo del brazo de la madre, y sus pies dirigidos hacia la espalda de la madre.
- Es útil tener una almohada/cojín para descansar el antebrazo de la madre y el cuerpo de la criatura.
- Esta postura es especialmente útil en:
 - Cesáreas, para proteger la herida quirúrgica
 - En las madres con mamas muy grandes o con obesidad mórbida.
 - Cuando se necesita drenar el cuadrante externo de la mama.
 - Cuando se precisa probar otras posturas para mejorar el agarre de la RN al pecho.
 - En amamantamiento simultáneo en gemelos.



Posición de CUNA CRUZADA

- La mamá sujeta la cabeza y cuerpo de la RN con el brazo y mano contrarias al pecho que ofrece.
- Emplea la técnica del sándwich con la mano del pecho que ofrece y espera a que la RN tenga la boca bien abierta para acercarla al pecho dirigiendo el pezón por encima de la lengua en dirección al pabellón de la oreja.
- Esta postura es muy útil cuando es necesario emplear un agarre dirigido por dificultades de la RN para engancharse al pecho, cuando la RN es pequeña o existe dolor durante la toma.



Posición de DANCER

- La madre coloca a la criatura sentada a caballo sobre su muslo, con la cabeza frente al pecho.
- Con una mano sujeta a la criatura por la espalda y con la otra afianza el mentón de la RN a su pecho. Coloca la mano en forma de bandeja bajo el pecho y con el índice y el pulgar en forma de U afianza el mentón.
- Esta postura es especialmente útil en:
 - Problemas con el paladar.
 - Hipotonía (síndrome de Down...).
 - Retrognatia.
 - Reflujo gastroesofágico.



ANEXO VI. Herramientas observación toma

Existen diferentes herramientas útiles en la observación de la toma y valoración de la lactancia. La Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna de Sistema Nacional de Salud ³⁵ recomienda cualquiera de las siguientes:

1. Escala LATCH

ÁREAS	ESCALA DE PUNTUACIÓN		
	0	1	2
Coger	• Demasiado dormido • No se coge al pecho	• Repetidos intentos de cogerse • Mantiene el pezón en la boca • Llega a succionar	• Agarra al pecho • Lengua debajo • Labios que ajustan • Succión rítmica
Deglución audible	• Ninguna	• Un poco de ruido o signos de transferencia de leche tras estimulación	• Espontáneo e intermitente si menos 24h de vida • Espontáneo y frecuente si más 24h de vida
Tipo de pezón	• Invertidos	• Planos	• Evertidos tras estimulación
Comodidad/ Confort (pecho/ pezón)	• Ingurgitados • Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes • Discomfort, dolor severo	• Sensación de tensión en los pechos cuando están llenos • Pezón enrojecido, con ampollas o rozaduras pequeñas • Molestia leve o moderada	• Mamas blandas • No dolor
Mantener colocado al pecho	• Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)	• Mínima ayuda (colocar una almohada) • Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro • El personal lo coloca y luego la madre sigue	• No es necesaria la ayuda del personal • La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

Cada ítem se puntúa de 0 a 2 (de menos a más favorable). La puntuación más alta (de 10) se corresponde con una situación muy favorable que no requiere intervención, y la puntuación más baja (de 0) es la que más atención va a necesitar por parte de los profesionales.

2. Ficha para la observación de la toma de la Unión Europea

Signos de amamantamiento adecuado	Signos de posible dificultad
Postura de la madre y del bebé	
• Madre relajada y cómoda • Bebé en estrecho contacto con su madre • Cabeza y cuerpo del bebé alineados, frente al pecho • La barbilla del bebé toca el pecho • Cuerpo del bebé bien sujeto • El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón • Contacto visual entre la madre y el bebé	• Hombros tensos, inclinados hacia el bebé • Bebé lejos del cuerpo de la madre • Cabeza y cuello del bebé girados • La barbilla del bebé no toca el pecho • Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebé • El bebé se acerca al pecho con el labio inferior/ barbilla frente al pezón • No hay contacto visual madre-bebé
Lactante	
• Boca bien abierta • Labios superior e inferior evertidos • La lengua rodea el pezón y la areola* • Mejillas llenas y redondeadas al mamar • Más areola visible por encima del labio superior • Movimientos de succión lentos y profundos, con pausas • Puede verse u oírse tragar al bebé	• Boca poco abierta • Labios apretados o invertidos • No se le ve la lengua* • Mejillas hundidas al mamar • Más areola por debajo del labio inferior • Movimientos de succión superficiales y rápidos • Se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos
Signos de transferencia eficaz de leche	
• Humedad alrededor de la boca del bebé • El bebé relaja progresivamente brazos y piernas • El pecho se ablanda progresivamente • Sale leche del otro pecho • La madre nota signos del reflejo de eyección** • La bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma	• Bebé intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente • La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón • El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido • La madre no refiere signos del reflejo de eyección** • La madre ha de retirar al bebé del pecho

* Este signo puede no observarse durante la succión y solo verse durante la búsqueda y el agarre.

** La madre siente sed, relajación o somnolencia, contracciones uterinas (entueritos) y aumento de los loquios durante el amamantamiento.

3. Ayuda de trabajo para la observación de la lactancia materna

Nombre de la madre:		Fecha:	
Nombre del bebé:		Edad del bebé:	
Signos de una buena lactancia		Signos de posible dificultad	
Generales			
Madre: • Se la ve saludable • Está relajada y cómoda • Signos de vínculo afectivo madre/bebé Bebé: • Se lo ve saludable • Está calmado y relajado • Busca el pecho si tiene hambre		Madre: • Se la ve enferma o deprimida • Está tensa e incómoda • No existe contacto visual madre/bebé Bebé: • Se lo ve somnoliento o enfermo • Está inquieto o llorando • No busca el pecho	
Pechos			
• Están sanos • No presenta dolor o molestias • Sostiene el pecho con los dedos en la areola, lejos del pezón • Pezón protruye, es protráctil		• Están enrojecidos, hinchados o doloridos • El pecho o el pezón están doloridos • Sostiene el pecho con los dedos en la areola • Pezón plano, no es protráctil	
Posición del bebé durante la lactancia			
• La cabeza y el cuerpo están alineados • Está en contacto con el cuerpo de la madre • Todo el cuerpo del bebé es sostenido • Aproximación al pecho, nariz al pezón		• El cuello y la cabeza están torcidos • El bebé no está en contacto • Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos • Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón	
Agarre del pecho			
• Se ve más areola por encima del labio superior • La boca está muy abierta • Labio inferior hacia fuera • El mentón toca el pecho		• Más areola por debajo del labio inferior • La boca no está muy abierta • Labios apuntan adelante o hacia adentro • El mentón no toca el pecho	
Succión			
• Succiones lentas, profundas, con pausas • Las mejillas están redondeadas • Se retira del pecho cuando ha acabado • La madre nota signos del reflejo de la oxitocina		• Succiones rápidas, superficiales • Las mejillas están tensas o chupadas hacia adentro cuando succiona • La madre retira al bebé del pecho • No se advierte signos del reflejo de la oxitocina	

ANEXO VII. Pautas de colecho seguro

Dormir en la misma cama con la RN es seguro si:

La RN nació a término y sin problemas graves de salud.

Se practica lactancia materna exclusiva y a demanda.

Ni la madre ni la pareja padecen obesidad mórbida, fuman, o consumen cannabis, bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos que provoquen un sueño más profundo del habitual.

Todas las personas que duermen en la cama saben que la criatura comparte la cama también.

La RN duerme siempre boca arriba. Acostarle boca abajo o de lado aumenta el riesgo de muerte súbita.

La RN duerme con ropa ligera, la cabeza no está tapada y la temperatura de la habitación no supera los 20°C.

El colchón es firme y no hay edredones pesados, mantas eléctricas, almohadones, peluches u otros objetos que puedan impedir a la RN respirar en algún momento.

No hay espacios por donde la criatura pueda caerse o quedar atrapada.



ANEXO VIII: Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS)

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma.

Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (3, 2, 1, 0).

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total.

Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.

Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo.

Cada una de las respuestas se valora de 0 a 3 puntos, y luego se suman todas las puntuaciones; por tanto, la puntuación máxima es 30. Se considera normal una puntuación ≤ 11 durante el embarazo, < 16 a los 10-15 días posparto y < 9 en los 30-40 días posparto.

En caso de obtener una puntuación superior a la considerada normal, hay que repetir el cuestionario al cabo de 7-15 días, y si persisten las puntuaciones elevadas, se derivará a una unidad especializada.

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre:

Dirección:

Su fecha de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento del Bebé:

Teléfono:

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

- ☐ 0 Tanto como siempre
☐ 1 No tanto ahora
☐ 2 Mucho menos
☐ 3 No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

- ☐ 0 Tanto como siempre
☐ 1 No tanto ahora
☐ 2 Mucho menos
☐ 3 No, no he podido

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- ☐ 3 Si, la mayoría de las veces
☐ 2 Si, algunas veces
☐ 1 No muy a menudo
☐ 0 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- ☐ 0 No, para nada
☐ 1 Casi nada
☐ 2 Si, a veces
☐ 3 Si, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- ☐ 3 Si, bastante
☐ 2 Si, a veces
☐ 1 No, no mucho
☐ 0 No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

- ☐ 3 Si, la mayor parte de las veces
☐ 2 Si, a veces
☐ 1 No, casi nunca
☐ 0 No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

- ☐ 3 Si, la mayoría de las veces
☐ 2 Si, a veces
☐ 1 No muy a menudo
☐ 0 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- ☐ 3 Si, casi siempre
☐ 2 Si, bastante a menudo
☐ 1 No muy a menudo
☐ 0 No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- ☐ 3 Si, casi siempre
☐ 2 Si, bastante a menudo
☐ 1 Sólo en ocasiones
☐ 0 No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- ☐ 3 Si, bastante a menudo
☐ 2 A veces
☐ 1 Casi nunca
☐ 0 No, nunca

Fuentes:

Jadresic, E., Araya, R., Jara, C. (1995) Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. J Psychosom Obstet Gynecol; 16:187-91.

L, G.-E. (2003). Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS). J. Affect. Disord., Jun, 75(1), 71-76.

ANEXO IX. Criterios de Elegibilidad de anticonceptivos de la OMS

CLASIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS		
CATEGORÍA	DEFINICIÓN	CRITERIO CLÍNICO
Categoría 1	No hay restricción para utilizar el método elegido.	Use el método en cualquier circunstancia.
Categoría 2	Los beneficios del método elegido superan a los riesgos.	En general, use el método.
Categoría 3	Los riesgos de utilizar el método elegido superan a los beneficios-	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados.
Categoría 4	El método anticonceptivo está contraindicado por riesgo inaceptable-	No se debe usar el método.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS DURANTE EL PUERPERIO SIN LACTANCIA MATERNA				
	ANTICONCEPTIVO HORMONAL COMBINADO (AHC)	PÍLDORA SÓLO GESTÁGENO (SG)	INYECCIÓN SG	IMPLANTE SG
< 3 Semanas y sin factores de riesgo de ETE*	3	1	1	1
≥ 3 Semanas y sin factores de riesgo de ETE*	2 (21-42 días) 1 (> 42 días)	1	1	1

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS DURANTE EL PUERPERIO CON LACTANCIA MATERNA				
	AHC	PÍLDORA SG	INYECCIÓN SG	IMPLANTE SG
6 semanas posparto	4	2	3	2
6 semanas - 6 meses posparto	3	1	1	1
> 6 meses posparto	2	1	1	1

CRITERIOS DE ELIGIBILIDAD DEL DIU DURANTE EL PUERPERIO		
Con Lactancia Materna	DIU-LNG	DIU-cu
<48 horas	2	1
>48h < 4 sem	3	3
≥ 4 semanas	1	1
Sin Lactancia Materna	DIU-LNG	DIU-cu
<48 horas	1	1
>48h < 4 sem	3	3
≥ 4 semanas	1	1

ANEXO X: Detección y manejo de la VG en el puerperio

1. Signos y síntomas de sospecha de violencia de género durante el embarazo, parto y puerperio

- Embarazo no deseado, con frecuencia consecuencia de violencia sexual por parte de la pareja. En estos casos se procederá según protocolo de violencia sexual vigente.
- No acude, retraso u olvido de las citas, salida precipitada de las consultas.
- Acude repetidamente con problemas menores o tiene ingresos de repetición.
- Múltiples consultas en urgencias.
- No cumple el tratamiento o abandona el hospital por alta voluntaria.
- Está deprimida, ansiosa o presenta trastorno de estrés postraumático (TEPT) (asociación significativa con la violencia de la pareja hacia la mujer (VPM)). No subestime el estado emocional en que se pueda encontrar la mujer ya que puede necesitar apoyo además del cuidado de las lesiones físicas.
- Cefaleas, dolores osteomusculares generalizados, cansancio, etc.
- Comete acciones autolesivas.
- Consumo de drogas (cannabis, cocaína, marihuana, tabaco y alcohol) o presentar otros comportamientos de riesgo.
- Acude tarde o no acude para control prenatal.
- Reticentes a la exploración ginecológica.
- Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.
- Experimenta abortos espontáneos recurrentes, hay crecimiento intrauterino retardado o bajo peso al nacer.
- Consulta frecuente por disminución de la percepción de los movimientos del bebé.
- La mujer manifiesta sus expectativas de que todo se solucionará con la llegada del bebé y la crianza.
- Poco o ningún interés por asistir a las clases de educación maternal.
- Dehiscencias de la episiotomía.
- Mayor incidencia de hipogalactia y dificultades con la lactancia natural.
- Depresión postparto que no remite y ansiedad en la relación madre-bebé.
- RN con más posibilidad de ingresar en UCI: distrés fetal, síndrome de abstinencia, bajo peso fetal...

2. Otros signos y síntomas que pueden estar presentes

Estas mujeres tienen un riesgo 3 veces mayor de padecer problemas ginecológicos:

- Dificultad en la exploración por vaginismo.
- Desgarros genitales o perineales y fisuras anales.
- Deseo sexual inhibido.
- Trastornos menstruales.
- Mastalgia.
- Dispareunia.
- Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Secreción vaginal frecuente, sangrado postcoital, infecciones urinarias o dolor pélvico.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Hemorragia postcoital, sangrado rectal.
- Impedimentos o dificultades para controlar la propia fertilidad. Nula o mala planificación familiar.

3. Indicadores de sospecha durante la consulta

1. Características de las lesiones

- Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas.
- Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa.
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, brazos o muslos.
- Lesiones por defensa (en antebrazos y región dorsal).
- Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución.
- Lesiones en genitales.
- Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas.
- Lesión típica: rotura de tímpano

2. Actitud de la mujer

- Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta.
- Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza.
- Autoestima baja.

- Sentimientos de culpa.
- Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad.
- Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara.
- Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones.
- Falta de cuidado personal.
- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas.
- Si está presente su pareja:
 - Temerosa en las respuestas.
 - Busca constantemente su aprobación.

3. Actitud de la pareja

- Solicita estar presente en toda la visita.
- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos.
- Excesivamente preocupado o solícito con ella.
- A veces colérico u hostil con ella o con el profesional.

4. Durante el embarazo:

- Inicio tardío de las visitas de control prenatal.
- Consulta frecuente por disminución de la percepción del movimiento del bebé.
- Lesiones en zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada a minimización de su importancia.
- Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.
- Embarazo en la adolescencia.
- Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación para la maternidad y paternidad.
- Antecedentes: abortos de repetición, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal.

4. Qué hacer

- Acoger respetuosamente a la mujer.
- Coordinarse con profesionales de los otros servicios implicados para garantizar la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio.
- Explorar, conjuntamente con la mujer, la gravedad de la situación, realizar una valoración de riesgo y acompañarla en el proceso de toma de decisiones.
- Crear las condiciones para que la mujer pueda identificar en consultas sucesivas su situación de violencia.

- Acompañamiento, derivación o adopción de medidas a ejecutar en función de la valoración integral realizada.

5. Cómo hacer

- Saber que es un proceso complejo que requiere tiempo para que la mujer tome conciencia de la situación y pueda producir cambios.
- Utilizar un espacio privado y confidencial donde se pueda hablar libremente con la mujer o citarla en otro momento, pero nunca abordar el problema de la violencia delante de su compañero. La información facilitada por la mujer incrementará el riesgo de VPM, si se comparte o contrasta con el maltratador.
- Mantener una actitud respetuosa con la mujer sin cuestionar la manera en la que está respondiendo a la situación de violencia.
- Dar importancia al relato de la mujer sin trivializar o minimizar el riesgo que expresa.
- Desculpabilizar a la mujer. Hacerle saber que ella no es responsable de su situación y que nadie merece ser tratada así.
- Hacerle saber que hay salida y que no está sola para afrontar el problema.
- Fomentar que sea ella misma quien tome sus decisiones, evitando decirle lo que tiene que hacer.
- Ofrecerle apoyo continuo, mantener abiertas las líneas de comunicación durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio.
- Pedirle permiso para realizar consultas con otros/as profesionales, derivación y la adopción de medidas.
- Informarle sobre las redes sociales, organizaciones no gubernamentales e instituciones públicas que pueden ayudarle, entre ellas, el propio sistema de salud.
- Ofrecer información sobre los recursos y teléfonos de apoyo.
- La terapia de pareja o la mediación familiar está contraindicada en los casos de VPM.

6. Recursos para las víctimas



IAM (2015) Guía para profesionales. Recursos contra la violencia de género. Instituto asturiano de la mujer. 2015

016

Destinatarias: mujeres víctimas de violencia de género o cualquier persona

Servicios ofrecidos:

- Atención telefónica y online, 24 horas al día, 365 días al año, en todo el territorio nacional
- Atención telefónica en 52 idiomas: castellano, catalán, euskera, gallego, inglés, francés, alemán, portugués, chino mandarín, ruso, árabe, rumano, búlgaro, tamazight y otros 38 idiomas a través de un servicio de teletraducción.
- Atención gratuita y profesional
- Asesoramiento jurídico
- Información a las mujeres víctimas de violencia de género y a su entorno sobre qué hacer en caso de maltrato
- Información sobre recursos y derechos de las víctimas en materia de empleo, servicios sociales, ayudas económicas, recursos de información, de asistencia y de acogida para víctimas de este tipo de violencia
- Derivación de llamadas de emergencia al **112**
- Coordinación de servicios similares de las Comunidades Autónomas
- Derivación de llamadas realizadas por menores de edad al Teléfono ANAR de Ayuda a Niños y Adolescentes: **900 20 20 10**
- Derivación de llamadas relacionadas con la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual al teléfono del Ministerio del Interior: **900 105 090**
- Las personas con discapacidad auditiva y/o del habla pueden comunicarse con el servicio telefónico 016 a través de los siguientes medios:
 - Teléfono de texto (DTS) a través del número **900 116 016**
 - Servicio Telesor a través de la propia página web de Telesor.
 - Servicio de videointerpretación SVIsual a través de su página web.

900 100 009: Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres

112 y 091: Policía Nacional

062: Guardia Civil

016 online@mscbs.es

Servicio de videointerpretación SVISUAL www.svisual.org

Servicio TELESOR www.telesor.es para personas sordas que comunican en lengua oral

Servicio ALBA Confederación estatal de mujeres sordas. Información en lengua de signos o por escrito, sobre la violencia de género.
<https://cnse.es/proyectoalba/>

Fuentes:

Grupo de trabajo Violencia de Pareja hacia las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio (2019). Guía breve de actuación. Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres y Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Dirección General de Salud Pública. Madrid. 2019.

SESPA (2016) Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) 2016. Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia. AS 01454-2016.

IAM (2015) Guía para profesionales. Recursos contra la violencia de género. Instituto asturiano de la mujer. 2015

MSSI (2012) Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Indicadores de sospecha y situaciones de vulnerabilidad. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2012

