



Atención de la madre y el recién nacido/a durante el puerperio

Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva
(P.A.S.A.R.)

EDICIÓN:

**Servicio Canario de la Salud
Dirección General de Programas Asistenciales
Marzo 2020**



DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES

Octavio Luis Jiménez Ramos

COORDINACIÓN GRUPO DE TRABAJO

Santiago de la Huerga Moreno. <i>Técnico D.G. de Programas Asistenciales</i>
Carmen Rosa Rodríguez Fernández-Oliva. <i>Técnico D.G. de Programas Asistenciales</i>
Victoria Moreno Portela. <i>Técnico D.G. de Programas Asistenciales</i>

GRUPO DE TRABAJO

Dirección General de Programas Asistenciales	Santiago de la Huerga Moreno Carmen Rosa Rodríguez Fernández-Oliva Alejandro Guerra Pérez Lila Damas Plasencia Francisco Javier Acosta Artilles José Pereira Miragaia M ^a Victoria Moreno Portela
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria	Mónica Rivero Falero
Hospital Universitario de Canarias	Marta Coloma Escribano
Hospital Universitario Materno-Infantil de Gran Canaria	Carmen Rosa Martel Santiago Julia Jeppesen Gutiérrez María Lourdes Urquía Martí
Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria	Ángeles Cansino Campuzano Cindia Laura Silva Gil
Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife	María José García Mérida Jaqueline Rodríguez Gómez

Revisión de estilo y formato

Alejandrina Hernández Albertos. *D.G. de Programas Asistenciales*



ÍNDICE

PRÓLOGO	5
INTRODUCCIÓN	6
NATALIDAD EN CANARIAS. EVOLUCIÓN	8
OBJETIVOS	10
ACTUACIONES EN EL PUERPERIO	11
- CONCEPTO Y CAMBIOS EN EL PUERPERIO.....	11
- CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MADRE Y EL RN DURANTE EL PUERPERIO....	12
- CONTROL Y CUIDADOS DEL PUERPERIO FISIOLÓGICO EN ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	22
- SIGNOS DE ALARMA EN EL PUERPERIO DE LA MADRE Y RN.....	35
- ALTA HOSPITALARIA.....	36
- CONTROL y CUIDADOS DURANTE EL PUERPERIO EN ATENCIÓN PRIMARIA...39	
- LACTANCIA.....	53
- ASPECTOS SOCIALES EN EL PUERPERIO: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN.....	60
- ANTICONCEPCIÓN POSPARTO.....	63
- ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES EN EL PUERPERIO.....	72
- LA PÉRDIDA Y EL DUELO EN LA FASE DE GESTACIÓN NEONATAL.....	90
ANEXOS	
ANEXO I. CONTACTO PIEL CON PIEL	99
ANEXO II. Escala LATCH	102
ANEXO III. Edimburgh Postnatal Depression Scale	103
ANEXO IV. Cuidado del Suelo Pélvico	105
ANEXO V. FACTORES SOCIALES DE RIESGO	107
ANEXO VI. RECURSOS	108
ANEXO VI. Tríptico “Recomendaciones al alta hospitalaria”	109
BIBLIOGRAFÍA	111



PRÓLOGO

A la vista de las recomendaciones y últimas evidencias científicas, el Servicio Canario de la Salud, elabora este documento para aportar al personal sanitario un instrumento de calidad que les permita abordar de forma informada los cambios tanto físicos como psicológicos que experimentan las mujeres y sus parejas durante este proceso. Asimismo, se incorporan aquellos aspectos emocionales y sociales a tener en cuenta durante el puerperio si se da el caso de la pérdida y el duelo en la fase de gestación y neonatal, conociendo las necesidades de las mujeres y sus acompañantes. Este documento, pretende ser una herramienta que unifique los criterios de actuación de los y las profesionales en todos los centros hospitalarios materno-infantiles y en los centros de Atención Primaria.



INTRODUCCIÓN

El puerperio es un periodo de transición importante en la vida de la mujer que conlleva numerosas adaptaciones biológicas y psicológicas ante el nuevo estado que pueden verse también influidas por su relación con la pareja y en su entorno familiar. Como toda etapa de reajuste y adaptación puede suponer un momento de especial vulnerabilidad en la vida de la mujer y en su entorno familiar. Representa una etapa en la que hay que prestarle especial atención para promover su salud, prevenir posibles problemas y apoyar su bienestar, favoreciendo la implicación de la pareja, el apoyo familiar y las redes sociales de autoayuda. Asimismo, es una etapa clave para facilitar la vinculación afectiva de la madre y su recién nacido/a (R.N.) que va a proporcionarle una gran satisfacción y al R.N. un comienzo seguro y estable que será garantía de sus bienestar físico y psicológico. Por todo ello, es importante ofrecer una atención sanitaria de calidad que proporcione los cuidados que toda mujer y su R.N. deben recibir en las primeras semanas después del parto, reconociendo y tratando adecuadamente cualquier desviación de la normalidad en la recuperación posparto, eliminando aquellas prácticas que no estén sustentadas por datos científicos o que se revelen como perjudiciales o innecesarias.

Los/las profesionales que atienden a mujeres puérperas, deben conocer las características y necesidades de las mujeres que se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad y, en particular, aquellas en las que se presentan factores sociales de riesgo (adolescentes, carencia de apoyo social, limitaciones para el autocuidado y/o para el cuidado del R.N., consumo de tóxicos, violencia de género...) evitando la adopción de medidas especiales que puedan estigmatizar y/o discriminar a las mujeres y facilitando el acceso sencillo y rápido a profesionales de atención psicosocial.

La eliminación de las barreras derivadas de las necesidades específicas de mujeres de otras culturas y con diferentes capacidades, va a permitir proporcionar una asistencia de calidad y adaptada a cada caso.

El personal sanitario debe conocer los factores de riesgo, señales y síntomas de violencia de género y saber cómo proceder siguiendo las directrices del "Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico" Servicio Canario de la Salud (2003).

El protagonismo de la mujer en este proceso debe contar con las mejores condiciones posibles. Es fundamental el estímulo, apoyo y respaldo permanentes de su entorno familiar (especialmente de su pareja, si la hubiera) y social, considerando el asesoramiento del personal de salud implicado.

En esta etapa, la mujer puede sentirse más vulnerable debido a que experimenta cambios físicos (anatómicos y fisiológicos) y cambios psicosociales en la relación con la pareja, con la familia y, en



general, en su vida cotidiana. Los cambios están asociados a nuevas emociones, sentimientos, responsabilidades y nuevos intereses y prioridades a corto y largo plazo, respecto a la presencia de un nuevo ser.

La cultura y la construcción social de lo que debe ser la maternidad influyen en las expectativas que tiene la mujer y quienes la rodean con respecto a su desempeño. En general, la mujer tiene muchas expectativas respecto a su papel de madre y lo que se espera de ella: ser abnegada, tierna, sacrificada, dando lo mejor de sí para sus hijos e hijas. Muchas mujeres se sienten tensas porque tienen temor a no cumplir dichas expectativas.

El personal sanitario ha de respetar siempre la decisión de la mujer, sin emitir juicios de valor ni actitudes que puedan generar angustias y sentimientos de culpabilidad a la misma. Su función es facilitar información veraz y el apoyo necesario para que la elección del tipo de lactancia sea documentada, basada en las últimas evidencias científicas y para que, en cualquier caso, la elección que finalmente se desee, se realice en las condiciones óptimas.

La transición a ser madre, que ocurre en el período posparto, es de importancia vital para ella, para su autoestima, su satisfacción personal y la construcción de una identidad positiva de sí misma.

Las demandas continuas del R.N., el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mejor manera posible, aún no sabiendo la forma adecuada de ejercer las mismas, pueden crear en muchas mujeres tristeza y ansiedad en el posparto, y, en casos más graves, provocar la ansiedad generalizada y la depresión posparto.

Las madres y sus parejas tienen derecho a tomar una decisión informada y libre sobre el método de alimentación y crianza de sus hijas e hijos. Una vez tomada la decisión, es fundamental mostrar todo el apoyo, respeto y ayuda a la unidad familiar, para un óptimo estado de salud.

La lactancia es una parte integrante del proceso de maternidad, parto y crianza de las hijas e hijos, en el que se comparten las responsabilidades en las atenciones, afectos y educación integral, resaltando el papel fundamental de la pareja en el éxito de la misma. Promover la corresponsabilidad entre hombres y mujeres, resulta fundamental. Las parejas están asumiendo un rol más activo en el proceso reproductivo, lo que les permite disminuir la fatiga y el estrés de la pareja, así como desarrollar y beneficiarse de relaciones afectivas más cercanas y gratificantes con su familia.

Se debe promover la lactancia natural, no como una responsabilidad exclusiva de la madre, sino como una oportunidad para que su pareja, si existe, o familiares próximos le ofrezcan apoyo, compañía, estímulo y le aseguren el descanso que necesita con una participación activa.

La lactancia materna tiene innegables beneficios para el R.N., para la madre y para la sociedad.



NATALIDAD EN CANARIAS

EVOLUCIÓN:

AÑO 2017

CENTROS HOSPITALES	PARTO VAGINAL	CESÁREA	TOTAL PARTOS	FÓRCEPS	% PARTO VAGINAL	% FÓRCEPS	TASA CESÁREA	TASA CESÁREA S.N.S	R.N.	R.N. <2.500gr
Hospital universitario de Canarias	1.995	496	2.491	198	80,09	7,95	%19,91	21,43	2.550	246
Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias	3.870	455	4.325	403	89,48	9,32	10,52		4.416	468
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria	2.341	634	2.975	126	78,69	4,24	21,31		3.025	336
Hospital Dr. José Molina Orosa	948	306	1.254	10	75,60	0,80	24,40		1.273	100
Hospital Gral. de Fuerteventura	774	257	1.031		75,07		24,93		1.035	53
Hospital Gral. de La Palma	361	131	492	11	73,37	2,24	26,63		498	18
Hospital Insular Ntra. Sra. de Los Reyes	16	26	42		38,10		61,90		42	1
Hospital Ntra. Sra. de Guadalupe	70	17	87	3	80,46	3,45	19,54		87	
TOTAL Comunidad Autónoma	10.375	2.322	12.697	751	81,71	5,91	18,29		12.926	1.222

*Fuente: Base datos. SIAE.CMBD. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.



AÑO 2018

CENTROS HOSPITALES	PARTO VAGINAL	CESÁREA	TOTAL PARTOS	FÓRCEPS	% PARTO VAGINAL	% FÓRCEPS	TASA CESÁREA	TASA CESÁREA S.N.S	R.N.	R.N. <2.500gr
Hospital universitario de Canarias	1.933	432	2.365	191	82	8,08	18,27	*Pendiente de la publicación del Mº de Sanidad	2.434	244
Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias	3.653	432	4.085	384	89	9,40	10,58		4.187	428
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria	2.353	501	2.854	94	82	3,29	17,55		2.891	239
Hospital Dr. José Molina Orosa	957	268	1.225	15	78	1,22	21,88		1.241	65
Hospital Gral. de Fuerteventura	752	219	971	3	77	0,31	22,55		974	49
Hospital Gral. de La Palma	304	138	442	5	69	1,13	31,22		443	16
Hospital Insular Ntra. Sra. de Los Reyes	18	16	34	0	53	0,00	47,06		34	2
Hospital Ntra. Sra. de Guadalupe	68	8	76	1	89	1,32	10,53		76	4
TOTAL Comunidad Autónoma	10.038	2.014	12.052	693	83	5,75	16,71		12.280	1.047

* Fuente: Base datos. SIAE. CMBD. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.



OBJETIVOS

General:

Ofrecer una atención integral a la puérpera y a su R.N., promoviendo la salud, el vínculo afectivo, el apego y la instauración de la lactancia materna, previniendo posibles complicaciones, respetando su bienestar y favoreciendo la implicación de la pareja y del entorno familiar.

Específicos:

- Promover la salud de la puérpera, prevenir posibles problemas, facilitar y apoyar su bienestar indicando la implicación de la pareja, ofreciéndole consejo y cuidados, explorando sus necesidades, atendiendo a los cambios emocionales y psicológicos durante este periodo, el vínculo, la lactancia y el apoyo de la pareja.
- Contribuir al bienestar del R.N., a su adaptación a la vida extrauterina, establecer vínculo afectivo y los cuidados centrados en el desarrollo y en las familias.
- Informar adecuadamente de los cuidados físicos y del aporte nutricional.
- Proporcionar información sobre anticoncepción.
- Promover la lactancia materna.
- Impulsar un cambio en los valores sociales de género en torno a la maternidad y paternidad.
- Identificar factores de alto riesgo infeccioso, iniciando vacunación según proceda.
- Identificar factores de riesgo social para prevenir sus efectos potenciales en los cuidados que se requieren durante el puerperio y la lactancia y en el mantenimiento de unas condiciones óptimas de salud tanto en la madre como en el R.N.



ACTUACIONES EN EL PUERPERIO

El periodo posparto, también conocido como puerperio, comienza tras el nacimiento del R.N. y alumbramiento placentario. El final del puerperio no se encuentra tan bien definido, pero se suele considerar como 6-8 semanas posparto dado que la mayoría de los efectos de la gestación en los distintos sistemas corporales han vuelto a su estado pregestacional. Sin embargo no todos los sistemas corporales han vuelto a su estado basal en este periodo de tiempo, y de hecho algunos trabajos consideran el puerperio hasta los 12 meses tras el parto. (Berens, 2018)

El personal sanitario debe tener en cuenta las necesidades médicas y psicológicas de las pacientes y entender las diferencias culturales (Dennis et al., 2007) que pueden rodear el nacimiento.

CONCEPTO Y CAMBIOS EN EL PUERPERIO

El puerperio es el proceso fisiológico que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Se pueden contemplar las siguientes etapas:

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas, teniendo en cuenta que las primeras dos horas posparto la puérpera debe permanecer en un sitio donde se garantice una vigilancia exhaustiva de signos de alarma. (National Institute for Health and Care Excellence, 2006)
- Puerperio precoz: es el período que va desde el final del puerperio inmediato hasta la primera semana después del parto.
- Puerperio tardío: comienza en la segunda semana después del parto hasta la aparición de la primera menstruación, usualmente 6-8 semanas posparto. (SEGO)

Es recomendable que los controles y cuidados prestados a la madre durante el puerperio hospitalario se dirijan a:

1. Identificar signos que puedan alertar de complicaciones.
2. Aportar los cuidados que faciliten la recuperación del proceso del parto.
3. Fomentar el autocuidado y cuidados del R.N., sobre todo en cuanto a alimentación e higiene, así como favorecer el vínculo entre la madre y R.N.
4. Promover el inicio y una buena instauración de la lactancia. (National Institute for Health and Care Excellence, 2006)
5. Facilitar que la puérpera y su pareja puedan exteriorizar sus vivencias del parto y puerperio.



Durante el puerperio se producen una serie de cambios considerados fisiológicos, a pesar de que en ningún otro momento de la vida de la mujer suceden unos cambios metabólicos tan importantes y tan rápidos sin que exista ninguna enfermedad.

La mayoría de las puérperas pasan el puerperio inmediato en el hospital. La duración ideal de la hospitalización es discutida, siendo lo habitual entre 1-2 días para partos vaginales y de 2-4 días para las cesáreas. Aproximadamente un 3% de los partos vaginales y un 9% de las cesáreas tienen al menos una complicación relacionada con el parto que requiere aumentar los días de estancia hospitalaria.

Se recomienda garantizar la continuidad de cuidados de la mujer y su R.N. tras el alta hospitalaria, coordinándose la actuación de los diferentes profesionales que intervienen en la atención a la madre, R.N. y sus familias.

Es importante ofrecer una atención sanitaria de calidad y que ayude a las mujeres a vivir este complejo proceso de manera serena y satisfactoria. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), manifiesta que es esencial disponer de protocolos basados en evidencia sobre los cuidados puerperales y neonatales para asegurar las buenas prácticas.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MADRE Y EL RN DURANTE EL PUERPERIO

1. ABDOMINO - PÉLVICO:

1.1. Involución uterina: el fondo uterino se localiza cerca del ombligo a las 24 horas posparto, entre el ombligo y la sínfisis del pubis a la semana del parto, se deja de palpar a nivel abdominal pasadas dos semanas del parto, alcanzando su tamaño pregestacional a las 6-8 semanas posparto. Esta involución uterina se ve afectada por la paridad, el tipo de parto y la lactancia materna (en multíparas y cesáreas el útero es mayor, y menor en pacientes con lactancia materna).

1.2. Dolor en hipogastrio (entueertos): son episodios de dolor intermitentes, más frecuentes en multíparas y que se acentúan con la lactancia.

1.3. Loquios: Secreción posparto de la cavidad uterina. Se clasifican en:

- Loquios rojos: 2-3 días, sangre casi exclusivamente con pequeños fragmentos de membrana y restos fetales como lanugo, vermix y meconio.
- Loquios rosados: 1-2 semanas, menos sangre y más exudado, leucocitos y decidua.
- Loquios blancos: aumento de leucocitos, moco, y microorganismos.



Se expulsan sobre todo durante la primera semana, pero no cesa totalmente hasta la 5ª semana. Su olor es peculiar y varía según la flora bacteriana.

1.4. Vagina: tras el parto se encuentra blanda, flexible y distendida, con la mucosa edematosa y el introito laxo, con poco tono muscular y desgarros himeneales. En 3 semanas la vagina vuelve a su tono normal, aunque en la mujer lactante por falta de estrógenos se puede producir una atrofia de la mucosa.

1.5. Cérvix: tras el parto el cérvix es blando y flexible, presentando pequeñas laceraciones en su borde externo. Se contrae lentamente, manteniendo 2-3 cm de dilatación en los primeros días tras el parto, y menos de 1 cm a la semana del parto. Histológicamente, el cérvix no recupera su estado basal hasta los 3-4 meses posparto.

1.6. Función ovárica: la ovulación puede producirse a los 27 días posparto con un tiempo medio aproximado de 70-75 días en mujeres que no lactan. En mujeres que lactan el tiempo medio de ovulación es de aproximadamente 6 meses. La primera menstruación aparece antes de las 12 semanas posparto en el 70% de las mujeres que no lactan, siendo el tiempo medio entre 7-9 semanas. En un estudio en mujeres lactantes el 70% empezó a menstruar antes de los 36 meses. La duración de la anovulación depende de la frecuencia de la lactancia, la duración de las tomas, el número de tomas nocturnas y la proporción de alimentos suplementarios. La probabilidad de ovulación en los primeros seis meses posparto en una mujer que lacta exclusivamente es del 1-5%. (Gabbe et al., 2016).

1.7. Musculatura pélvica: los músculos del suelo pélvico se recuperan en 6-7 semanas, aunque la sobredistensión y los desgarros musculares imposibilitan la total recuperación y pueden dar lugar a prolapsos, incontinencia urinaria y/o fecal.

1.8. Pared abdominal: la pared abdominal se queda laxa en el posparto pero recupera todo o casi todo el tono muscular durante las siguientes semanas, sin embargo la separación de los músculos abdominales (diástasis) puede persistir. Las secuelas a largo plazo, pueden incluir molestias abdominales y problemas estéticos. La diástasis abdominal puede ser funcional o anatómica y la higiene postural además del trabajo del Core Estabilizador o la gimnasia hipopresiva durante el embarazo debe continuar en el puerperio, con la valoración y adiestramiento por parte del/la fisioterapeuta en colaboración con la matrona de Atención Primaria.



2. MAMAS:

La mama experimenta cambios muy significativos en tamaño, forma y función durante la pubertad, el embarazo, la lactancia y la menopausia. Está compuesta por estroma que consta de tejido adiposo y conectivo que envuelve el parénquima tubuloalveolar. Los componentes epiteliales de la mama son conductos ramificados que conectan las unidades estructurales y funcionales de la mama (los lóbulos) al pezón. El estroma, que comprende la mayor parte del volumen mamario en estado no lactante, está compuesto de tejido conjuntivo fibroso y adiposo. El tejido mamario normal de las mujeres adultas contiene tres tipos de lóbulos, conocidos como tipos 1, 2 y 3. La formación de los lóbulos tipo 1 comienza con la pubertad. Los niveles cambiantes de estrógeno y progesterona durante los ciclos menstruales estimula a los lóbulos tipo 1 a nuevos brotes alveolares y evolucionan a estructuras más maduras llamadas lóbulos tipo 2 y 3 (Schanler & Potak, 2018).

El pezón tiene abundantes terminaciones nerviosas sensoriales, glándulas sudoríparas sebáceas y apocrinas, pero no folículos pilosos. La areola es más o menos circular y pigmentada, con un diámetro de 15 a 60 mm.

Los cambios que caracterizan la segunda mitad del embarazo son principalmente la formación de unidades secretoras totalmente diferenciadas o acinos que se hacen cada vez más evidentes. La proliferación de nuevos acinos se reduce y la luz de las unidades ya formadas se distiende por la acumulación de material secretor o calostro.

Justo antes y durante el parto, hay una nueva ola de actividad mitótica dentro de la glándula mamaria. Durante el trabajo de parto y la lactancia, se puede observar un mayor crecimiento y diferenciación en los lóbulos junto a la secreción de leche. En este momento, el componente glandular de la mama ha aumentado hasta el punto en que la mama está compuesta principalmente de elementos epiteliales, con muy poco estroma. Estos cambios persisten durante toda la lactancia. La producción de leche está regulada principalmente por el vaciado de la mama.

La succión del pezón provoca la liberación de prolactina y la secreción de oxitocina de forma pulsátil. Los niveles de prolactina descienden después del parto durante dos semanas si la mujer no lacta. Cuanto más frecuente es el estímulo de la succión más leche se produce. La secreción de oxitocina provoca reflejo de eyección. El reflejo neuroendocrino de la secreción de oxitocina puede ser provocado incluso por el llanto del R.N. e inhibido por el miedo o la ansiedad.

La primera secreción es el calostro (más mineral y proteica que la leche, con menos azúcares y ácidos grasos). A partir de las 48 horas aumenta la concentración de lactosa y aparece la leche madura (ácidos grasos, lactosa, proteínas y agua).



3. CAMBIOS GENERALES

3.1. Sistema urinario: el tono vesical está disminuido (menor sensibilidad a la presión) y por sobredistensión se produce incontinencia urinaria (IU) por rebosamiento y vaciamiento incompleto de la vejiga. Hay un aumento de la diuresis (hasta 3 litros) durante los 4-5 primeros días tras el parto por aumento de la filtración glomerular. La IU o anal suele ser transitoria y se presenta a veces hasta tres meses tras el parto. El filtrado glomerular y el aclaramiento de creatinina, vuelven a valores pregestacionales a las 8 semanas posparto.

3.2. Cambios en el peso: el feto, placenta y líquido amniótico suponen un peso medio de 6 Kg. La involución uterina, los loquios y el exceso de líquido intra y extracelular suponen una pérdida adicional de entre 2 y 7 Kg. durante el puerperio. Aproximadamente a las 6 semanas posparto la mujer ya ha perdido la mitad del peso ganado durante la gestación, con una velocidad de pérdida menor durante los 6 meses siguientes. (Gunderson, Abrams, & Selvin, 2001)

3.3. Cambios metabólicos: el colesterol aumenta durante la gestación de forma fisiológica, no retornando a niveles pregestacionales hasta pasado un año del parto. LDH y triglicéridos siguen un patrón de ascenso durante la gestación y descenso posparto similar al colesterol. (Mankuta, Elami-Suzin, Elhayani, & Vinker, 2010)

3.4. Cambios hematológicos: los cambios hematológicos relacionados con la gestación vuelven a su estado basal a las 6-12 semanas tras el parto. El estado protrombótico dura semanas, con lo que el puerperio representa un riesgo de enfermedad protrombótica, siendo importante la valoración del riesgo individualizado de las púerperas, administrando profilaxis a aquellas que lo precisen.

3.5. Aparato digestivo: el tono y la motilidad se normalizan en dos semanas. El estreñimiento es frecuente por la disminución de la motilidad intestinal y se complican por los enemas, los regímenes y las drogas recibidas durante el parto. Puede ocurrir al perder los hábitos de evacuación intestinal por cambios en horarios, sueño y comidas. También por las molestias perineales (dolor hemorroidal o el de la episiotomía) y el miedo a hacer fuerza para defecar. Puede asegurarse la normalización de la función intestinal por medio de laxantes prescritos por facultativo/a.

3.6. Aparato respiratorio: durante las primeras semanas persiste un aumento de la ventilación en reposo y del consumo de oxígeno, así como una respuesta menos eficaz a la actividad física. Sin embargo, dada la disminución de la presión en la cavidad abdominal el diafragma vuelve a realizar movimientos normales, con lo que la respiración es más fácil.



3.7. Piel y pelo: su crecimiento se ralentiza en el puerperio. A menudo, refieren caída del pelo, ya que se pierde más pelo del que crece. Este es un fenómeno transitorio y se vuelve a la normalidad en unos meses. La pérdida de pelo suele aparecer al mes y hasta los 5 meses posparto, siendo normalmente autolimitada con una vuelta al estado pregestacional a los 6-15 meses posparto. Las estrías si han aparecido durante la gestación, no desaparecen, pero su coloración cambia dejando de ser tan rojiza. La piel abdominal puede permanecer laxa si ha ocurrido una rotura excesiva de las fibras elásticas durante la gestación. El cloasma desaparece aunque el tiempo exacto para que esto ocurra es desconocido. Asimismo, de manera lenta y progresiva, disminuye la pigmentación oscura de la línea alba o los pezones. (Pomeranz & Dellavalle, 2018)

3.8. Cambios en el hueso: tras el parto hay una disminución generalizada en la mineralización del hueso, con la lactancia y la amenorrea asociada, que es temporal y se resuelve a los 18 meses posparto.

3.9. Sistema cardiovascular: los cambios fisiológicos cardiovasculares son particularmente importantes en las mujeres con enfermedades cardíacas subyacentes. En los primeros 10 minutos tras un parto vaginal a término, el gasto cardíaco y el volumen sistólico se incrementa en un 60 y 70% respectivamente. En la primera hora tras el parto tanto el gasto cardíaco como el volumen sistólico permanecen elevados (aproximadamente un 50 y 70% respectivamente) mientras que la frecuencia cardíaca desciende un 15%. Este incremento se debe a la transferencia de sangre del espacio útero placentario al espacio intravascular. Además la descompresión de la cava tras el parto permite incrementar la precarga cardíaca. El gasto cardíaco disminuye gradualmente hasta alcanzar valores previos al embarazo a las 24 semanas posparto (Foley, Lockwood, Gersh, & Eckler, 2010). Después del parto, hay una elevación transitoria de aproximadamente un 5% tanto en la tensión arterial sistólica como diastólica durante los 4 primeros días posparto. En el 12% de las pacientes normotensas, la tensión arterial diastólica excederá los 100 mm Hg.

3.10. Edemas: el edema es común durante la segunda mitad del embarazo y el puerperio. En general compromete los miembros inferiores, pero a veces aparece en la cara y las manos. La causa más común es el edema fisiológico que puede empeorar en el puerperio y suele resolverse en 2-3 semanas. Las causas patológicas de edema son menos comunes, pero más peligrosas, como la trombosis venosa profunda (TVP) y la preeclampsia.

3.11. Función tiroidea: el volumen tiroideo aumenta gradualmente aproximadamente hasta un 30% durante el embarazo, y regresa al tamaño normal tras un periodo de 12



semanas, tanto la T3 como la T4 vuelven a la normalidad dentro de las 4 semanas posparto. El periodo posparto se asocia con un aumento del riesgo de desarrollar tiroiditis autoinmune transitoria, que puede en algunos casos llevar a un hipotiroidismo permanente. Una disfunción tiroidea posparto asintomática puede darse hasta en el 10% de las puérperas. Aquellas pacientes que presentan un cansancio que persiste tras varias semanas, deben ser estudiadas.

CARACTERÍSTICAS Y FISIOLÓGIA DEL R.N.

PERIODO TRANSICIONAL

Durante el periodo transicional de la vida intrauterina a la extrauterina, que comprende las primeras 4 a 6 horas tras el nacimiento, se producen cambios fisiológicos muy importantes a nivel cardiopulmonar en el R.N., como son la expansión y reclutamiento pulmonar, el aclaramiento del líquido alveolar con aumento de la oxigenación y consecuente cierre del ductus arterioso, la disminución de las resistencias pulmonares y el incremento del flujo de sangre al territorio vascular pulmonar.

La mayoría de los R.N. realizan esta transición sin incidencias no requiriendo ninguna intervención, exceptuando los cuidados rutinarios conocidos como “soporte a la transición del R.N.” que deben distinguirse de las intervenciones que restauran funciones vitales o “maniobras de reanimación”.

Alrededor del 10% necesitarán alguna intervención, y menos del 1% requerirá medidas de resucitación exhaustivas al nacer. Los R.N. que tendrán más probabilidades de necesitar reanimación pueden identificarse por factores de riesgo maternos y neonatales, y la presencia de complicaciones en el anteparto y en el parto. Una transición más difícil al nacer puede ser debido a la falta de esfuerzo respiratorio del R.N., la obstrucción de sus vías respiratorias, deterioro de la función pulmonar, aumento de la resistencia vascular pulmonar persistente o la presencia de enfermedad cardíaca.

CARACTERÍSTICAS Y VALORACIÓN CLÍNICA DEL R.N. A TÉRMINO

En la exploración del R.N. se busca valorar que la adaptación de la vida intrauterina a la extrauterina haya sido adecuada, descartar la existencia de anomalías congénitas y posibles morbilidades (signos de infección o alteraciones metabólicas).

Se debe comenzar observando al R.N. Se valora la morfología corporal, color, patrón respiratorio, postura en reposo y actividad espontánea, y posteriormente se realiza la exploración sistematizada. La manipulación para explorar al R.N. ha de ser suave y lenta, intentando realizarla en un ambiente tranquilo, bien iluminado y con temperatura adecuada.



Durante las primeras semanas de vida existe una amplia variedad de características clínicas en el R.N. que debemos conocer. En su mayoría son entidades benignas que no requieren ningún tratamiento o necesitan mínimas pautas de actuación.

SOMATOMETRÍA Y SIGNOS VITALES

PESO: se considera normal un peso al nacer entre el percentil 10 y 90 para su edad gestacional y sexo. Es habitual que el R.N. pierda el 5-10% de su peso al nacimiento, la máxima pérdida de peso suele tener lugar al tercer día de vida, momento en el cual se establece la lactogénesis en la mayoría de los casos, a partir del 4º-5º día comienza a recuperar peso hasta alcanzar el peso al nacimiento alrededor de los 15 días (OMS, 2019)

LONGITUD: se considera normal una longitud al nacer entre el percentil 10-90 para su edad gestacional y sexo.

PERÍMETRO CEFÁLICO: en el R.N. a término oscila entre 32 y 38 cm. Se considera normal aquel perímetro cefálico (PC) entre el percentil 10 y 90 para su edad gestacional y sexo. En este caso también hay que valorar que no haya discordancia significativa con respecto al peso y la longitud (2 desviaciones estándar (DS) de diferencia) que podría indicar patología. Puede existir un moldeamiento craneal y/o caput succedaneum extenso que afecte a la medición realizada en los primeros días. La macrocefalia ($PC > 2DS$) y la microcefalia ($PC < 2DS$) pueden asociarse a patología.

CONSTANTES: la Frecuencia Cardíaca (FC) normal oscila entre 100 y 160 latidos por minuto (lpm) (en algunos R.N. puede disminuir a 85-90 lpm durante el sueño), la Frecuencia Respiratoria entre 40 y 60 respiraciones por minuto (rpm) y la temperatura axilar entre 36 y 37°C (Domenech, González, & Rodríguez-Alarcón, 2008).

COLORACIÓN: la piel y mucosas deben tener una coloración sonrosada, salvo casos de otra coloración racial. Con frecuencia en las primeras horas y ocasionalmente, tras exposición al frío, puede aparecer acrocianosis (en manos y pies) que se considera normal, al igual que cutis marmorata fisiológico (veteado marmóreo) debido a la inestabilidad vasomotora que tiene el R.N. Son motivo de alerta la coloración azulada peribucal y generalizada (cianosis central, sugiere afección cardíaca o pulmonar), una palidez excesiva (signo de anemia, asfixia perinatal o shock) o un excesivo color rosado (plétora). La ictericia se manifiesta con frecuencia en los R.N. a partir de las 48 horas de vida, y suele durar hasta los 10-15 días. Si aparece en las primeras 24 horas de vida o es muy intensa, es motivo de alerta.

PIEL: en el R.N. pretérmino y a veces en el neonato a término se puede apreciar el vérnix caseoso (sustancia blanquecina grasa que recubre la piel) y el lanugo (vello fino más abundante en hombros, espalda y cara). También se considera normal el millium (pequeños quistes de grasa



en forma de puntos blancos en la cara, o en otras localizaciones como en la mucosa oral, tomando nombre de Perlas de Epstein o nódulos de Bohn), la melanocitosis dérmica congénita (mancha azulada de entre 1 y 20 cm., de bordes mal definidos, en región lumbar o sacro-glútea), el exantema o eritema tóxico (pápulas sobre una base eritematosa, presentes entre el 2º y 7º días), la melanosis pustulosa neonatal benigna (pequeñas pústulas superficiales que se rompen con facilidad, dejando collarete de escama fina y máculas hiperpigmentadas), angiomas planos (conocidos como marcas de cigüeña o manchas salmón por su coloración rosada, que aparecen con más frecuencia en frente, raíz nasal, párpados y labio superior) y ampollas de succión (por succión intensa del feto intraútero, localizadas en mano, muñeca o brazos).

Otras afecciones de la piel de aparición algo más tardía, hacia la 2ª-3ª semana de vida, son la costra láctea (dermatitis seborreica del cuero cabelludo, puede afectar también a cejas, frente y retroauricular), el acné neonatal (pápulas inflamatorias y pústulas, sin comedones, de localización característica en la cara, especialmente en las mejillas, desaparecen sin dejar cicatrices) y la miliaria (vesículas claras de 1-2 mm superficiales que se pueden o no acompañar de inflamación (miliaria cristalina versus rubra) secundarias a la retención intraepidérmica de la secreción glandular.

Ante la presencia de petequias, hematomas o ampollas debemos sospechar una posible patología subyacente.

CRÁNEO Y CARA: al nacimiento puede existir cierta asimetría del cráneo, con acabalgamiento de suturas, que se remodela posteriormente. El caput succedaneum es un edema de partes blandas, subcutáneo y por tanto extracraneal, de bordes mal definidos, por lo general en región occipital, producido por la presión de la zona de presentación, que se resuelve espontáneamente en 2-3 días. Hay que distinguirlo del cefalohematoma, resultado de una hemorragia subperióstica, de localización más frecuente parietal, que no cruza la línea media ni suturas, aparece más tarde, entre el 2º y 4º día y puede tardar semanas o meses en desaparecer. Ambas son situaciones benignas que se resuelven en general espontáneamente, aunque el cefalohematoma puede producir un aumento de bilirrubina que contribuya a la ictericia neonatal o producir anemia. Las fontanelas se deben palpar. Una fontanela extremadamente grande refleja retraso en la osificación y debe estudiarse. Una fontanela a tensión sugiere hipertensión intracraneal. Pueden encontrarse zonas que se deprimen con facilidad a presión digital (más frecuente en huesos parietales) y se designa con el nombre de craneotabes congénito. La persistencia de suturas prominentes o la asimetría del cráneo puede sugerir cierre precoz de suturas o craneosinostosis.

La facies normalmente es simétrica. La asimetría de la comisura bucal puede ser debida a una lesión del nervio facial (partos instrumentales o traumáticos) o a hipoplasia del músculo depresor del ángulo de la boca. La parálisis facial periférica es la lesión nerviosa más frecuente durante el



parto. La retrognatia grave (posición posterior de la mandíbula) puede asociarse a una secuencia Pierre-Robin.

La forma de los ojos, nariz, pabellones auriculares y labios puede ser variable. Los ojos pueden ser difíciles de explorar inicialmente por el edema de los párpados. Las hemorragias subconjuntivales son frecuentes, relacionadas con el parto, y se resuelven en pocos días. Es importante descartar la leucocoria. Los pabellones auriculares tienen su implantación normal a la altura o por encima de la línea que pasa por las hendiduras palpebrales. Los senos, hoyuelos y apéndices preauriculares pueden constituir hallazgos aislados. El paladar duro y blando han de ser íntegros, deben visualizarse preferentemente, si no es posible, pueden palpase. Hay que explorar el tamaño de la lengua y descartar la existencia de dientes deciduales o dientes tempranos. Debe de valorarse la morfología y la funcionalidad del frenillo sublingual, si es corto y perturba la succión considerar frenotomía.

TÓRAX Y CUELLO: a la auscultación, el murmullo vesicular debe ser simétrico, valorar presencia de soplos cardiacos (sugentes de cardiopatía congénita) y desplazamientos de los tonos o disminución de la intensidad (neumotórax o neumomediastino). No deben existir signos de dificultad respiratoria (disociación toraco-abdominal ni taquipnea (FR >60 rpm). En la tortícolis congénita la cabeza aparece inclinada hacia el lado afecto, y el mentón al lado contralateral. La fractura de clavícula se sospecha si se advierte crepitación a la palpación, asociado a una disminución de movilidad y dolor/llanto al mover el brazo ipsilateral. La tumefacción mamaria por efecto de hormonas maternas es benigna y transitoria, no recomendándose ningún tratamiento para estos casos, insistiendo en evitar su manipulación. Pueden encontrarse pezones supernumerarios, y la punta del apéndice xifoides puede ser bastante prominente, siendo un signo normal. La existencia de diferencia de pulsos entre extremidades superiores e inferiores, o un relleno capilar > 3 segundos nos orientan hacia una posible cardiopatía o situación de bajo gasto cardíaco.

ABDOMEN: el ombligo debe estar correctamente pinzado. Va cambiando de coloración y aspecto hasta su desprendimiento hacia el 7-10º día, y no debe presentar supuración, enrojecimiento o mal olor. Un abdomen muy globuloso (distensión abdominal) sugiere patología. Descartar con la palpación megalias y masas. El ano debe ser permeable, sin existir fistulas, y en su localización adecuada, descartándose un ano anterior.

En las primeras 24 horas de vida debe constatarse la realización de al menos una micción y emisión de meconio. La presencia de manchas de color rojo anaranjado en el pañal se considera normal (cristales de urato). Las primeras deposiciones son espesas y negras (meconio) cambiando a partir del 2º-3º día a deposiciones semilíquidas con cerco, grumosas y coloración



amarillenta. Un número escaso de micciones (< 3 al día) o deposiciones junto a pérdida de peso significativa nos orientan a una ingesta inadecuada.

GENITALES: en sexo masculino, el pene normal debe medir al menos 2,5 cm, y la fimosis es habitual. El meato urinario debe localizarse en el glande. Es frecuente la presencia de hidrocele comunicante. Los testículos deben estar en bolsa escrotal, ser de un tamaño similar y no mostrar coloración azulada. Entre un 2-5% de R.N. de sexo masculino tienen un testículo no descendido, debiendo de comprobarse su descenso en los primeros meses de vida. En los genitales femeninos, los labios mayores se encuentran a menudo enrojecidos y edematosos por influencia de las hormonas maternas, pudiendo apreciarse flujo vaginal blanquecino, incluso un pequeño sangrado vaginal (pseudomenstruación). En ocasiones se observan apéndices o colgajos que sobresalen de la vagina o himen, y carecen de importancia.

EXTREMIDADES Y ESPALDA: los clicks de cadera sin luxación de la cabeza del fémur son frecuentes, y no son preocupantes. Se debe descartar la posible luxación de cadera mediante las maniobras de Barlow y Ortolani. En el pie puede en ocasiones apreciarse un antepié aducto, que se reduce con facilidad con la movilización pasiva, y se corrige de forma espontánea, recomendándose únicamente ejercicios de estiramiento. En cambio, el pie zambo o equinovaro casi siempre va a necesitar tratamiento ortopédico.

A nivel sacro puede existir en la línea media, encima del pliegue interglúteo presencia de anomalías como seno dérmico, mechón de pelo, hemangioma o una masa lipomatosa que puedan indicar un disrafismo vertebral.

Hay que valorar la extremidad superior para descartar parálisis braquial obstétrica, secundarias generalmente a traumatismo durante el parto. Dependiendo el nivel de donde se produzca la lesión tenemos la parálisis superior o Duchenne-Erb (lesión de C5 y C6, la más frecuente, el brazo está en aducción y rotación interna, el antebrazo en extensión pronación y la mano en flexión), la inferior o de Klumpke (lesión C7, C8 y T1, menos frecuente, la flexión de la mano están imposibilitados) y la total (extremidad flácida e insensible).

NEUROLÓGICO: se debe evaluar la capacidad para despertar y mantener la vigilia, el tono, fuerza muscular, cantidad y calidad de los patrones motores espontáneos, reflejos primitivos (succión, búsqueda, Moro, prensión palmar, tracción, marcha, tónico asimétrico del cuello) y miotáticos y neuroconducta. La postura en reposo habitual es con las extremidades en semiflexión, ligeramente separadas del plano de la cuna. Se despierta con estímulos táctiles, acústicos o luminosos, tiene un buen tono pasivo y activo, una vigorosa reacción a estímulos y un llanto enérgico. La alteración de alguno de estos aspectos nos debe poner alerta y nos obliga a descartar patología. Los movimientos repetidos, bruscos y rígidos deben ser estudiados, al igual que un estado letárgico, con llanto débil y monótono o con irritabilidad inconsolable.



CONTROL Y CUIDADOS DEL PUERPERIO FISIOLÓGICO EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

CONTROL Y CUIDADO MATERNO EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO (<2h) TRAS PARTO VAGINAL

Durante este periodo se le realizarán las siguientes medidas de control:

- **Signos vitales:** temperatura, tensión arterial y pulso cada 30 minutos.
- **Diuresis:** se favorecerá la diuresis espontánea o en su defecto se valorará vaciado mediante sondaje vesical evacuador.
- **Valoración de hemorragia vaginal:** se valorará el sangrado y la procedencia del mismo.
- **Características uterinas:** se valorará involución y tono.
- **Valoración del periné:** se valorará la presencia de edemas, hematomas y estado de la herida si existiera.
- **Dolor:** todas las mujeres serán trasladadas a planta de unidad obstétrica con analgesia (física/farmacológica) pautada de primer nivel a demanda.
- **Control del catéter epidural:** retirar a las 2 horas del parto salvo contraindicación.
- **Identificar a las púerperas con indicación de tromboprofilaxis posparto.**
- **Contacto precoz piel con piel:**(Ministerio de Sanidad, 2017). Anexo I.
- **Valoración de las mamas e inicio de la lactancia materna:** valoración de la primera toma. (Ministerio de Sanidad, 2017)
- **Retirar vía periférica si estuviera canalizada y no precisara tratamiento intravenoso y no existe contraindicación.**
- **Realizar tacto vaginal:** para descartar presencia de cuerpos extraños.
- **Identificar con pulseras Madre-R.N. en el mismo paritorio.**

El traslado de la púerpera a la planta de hospitalización se realizará sin separar a la madre del R.N. cuando la evolución sea favorable.



CONTROL Y CUIDADO MATERNO EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO < 2 HORAS

- Signos vitales.
- Diuresis.
- Valoración de la hemorragia vaginal.
- Características uterinas.
- Valoración del periné.
- ✓ Dolor.
- Control de catéter epidural.
- Identificar a las puérperas con indicación de tromboprofilaxis posparto.
- Contacto precoz piel con piel (CPP).
- Valoración de las mamas e inicio de lactancia materna.
- Retirar vía periférica.
- Tacto vaginal.
- Pulseras identificativas Madre-R.N. en el mismo paritorio.

CONTROL Y CUIDADO MATERNO EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO (<2h) TRAS CESÁREA

En lo fundamental el control y la asistencia es el mismo que el que se debe realizar tras un parto vaginal, con las siguientes particularidades:

- **Valorar nivel de alerta y signos vitales:** control de temperatura, tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno cada 30 minutos.
- **Mantener dieta absoluta con sueroterapia por vía periférica.**
- **Diuresis:** vigilar el correcto funcionamiento de la sonda vesical y drenajes si los hubiera.
- **Administración de fluidoterapia y analgesia según prescripción.**
- **Se valorará el estado del apósito de la herida quirúrgica.**
- **Se valorará estrechamente la involución uterina y el sangrado vaginal por mayor riesgo de atonía uterina.**



- **Contacto precoz piel con piel siempre que sea posible:** (Anexo I). Identificar (pulseras) Madre-R.N. en el mismo quirófano.
- **La puérpera deberá permanecer en un espacio donde se garantice la estrecha vigilancia y valoración por anestesia,** durante este periodo.

CONTROL Y CUIDADO DEL R.N. EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO (<2h)

- **Procurar un ambiente tranquilo, seguro y confortable** en el paritorio o quirófano, con temperatura ambiental de al menos 20°, preferible entre 23° y 25°.
- **Manejar al R.N. con guantes.**
- **Si no existen problemas previos, y el parto ha transcurrido con normalidad colocar directamente al R.N. sobre la piel de la madre.** Ante situaciones patológicas en las que la transición feto-neonatal puede estar comprometida y se precise una estabilización del R.N., se colocará bajo una fuente de calor radiante.
- **Estabilización inicial:** evitar pérdida de calor del R.N. Secarlo con toallas precalentadas, procurando no eliminar el vórnix caseoso. Colocar gorro y mantener en contacto piel con piel.
- **Mantener la vía aérea permeable,** retirando el exceso de secreciones con una gasa si precisa y manteniendo una posición adecuada sobre la madre. Evaluar la respiración del R.N. Secar, estimular y reposicionar si precisa.
- **Retrasar el clampaje del cordón 30 segundos o al menos un minuto desde la expulsión completa del R.N.** (Wyllie et al., 2015) **y colocar una pinza de cierre sin apertura.** Examinar el cordón, descartando arteria umbilical única. Obtener sangre de arteria de cordón para pH. Determinar también grupo sanguíneo, Rh y Test de Coombs directo si la madre es Rh negativo o presenta un Coombs indirecto positivo durante la gestación. (Wyllie et al., 2015).
- **Realizar el test de Apgar al minuto y a los 5 minutos**
 - <7: trasladar al R.N. a zona de atención para valoración y estabilización.
 - >7: continuar acompañándolo hasta el Apgar a los 5 minutos.
- **Identificación del R.N:** con recogida de huella dactilar de la madre y plantar del R.N. y colocación de pulseras homologadas para este objetivo.



➤ **Apertura de historia clínica.**

Informar sobre contacto piel con piel (CPP) seguro a los padres (Anexo I): Evitar la separación de la madre y el R.N. salvo que la salud de alguno de ellos lo requiera. Si no es posible el contacto piel con piel del R.N. con la madre se promoverá que sea con su pareja o persona que la madre decida.

- **Valoración inicial del R.N.:** gestación a término, peso adecuado y detectar malformaciones o signos dismórficos.
- **Observación del primer agarre espontáneo al pecho,** apoyar si no ocurre de forma espontánea y/o de forma inadecuada.
- **Durante el contacto CPP, es de vital importancia la vigilancia de parámetros clínicos del R.N., comprobando periódicamente que el R.N. mantenga un aspecto saludable.** Se debe valorar temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, color y tono. (McKee-Garrett & Weisman, 2017).
 - **La temperatura:** la temperatura normal durante este periodo debe ser entre 36,5-37°C. Una hipertermia inicial puede ser debido a fiebre materna o al ambiente intrauterino, su persistencia o hipotermia (descartando pérdidas de calor ambientales), podría indicar la existencia de sepsis precoz.
 - **Frecuencia respiratoria:** el rango es de 40-60 rpm, debe de ser cuantificada durante el periodo de un minuto. La taquipnea puede ser un signo de infección o de cardiopatía. La presencia de pausas de apnea puede ser secundaria a sepsis, enfermedad metabólica o exposición a fármacos o tóxicos maternos, y su presencia es indicación de ingreso del R.N.
 - **Frecuencia cardíaca:** el rango normal es de 120-160 lpm, aunque en algunos R.N. puede disminuir a 85-90 lpm durante el sueño. Rangos superiores o inferiores podrían indicar una patología oculta como enfermedad cardíaca, sepsis o alteraciones metabólicas.
 - **Color:** la cianosis central (aspecto azulado de los labios, lengua y tronco) podría indicar enfermedad cardíaca o pulmonar.
 - **Tono:** la hipotonía o falta de tono, puede ser secundaria a la exposición de medicación o fiebre materna durante el parto, o ser indicativa de patología del R.N., como cromosopatías (S. Down), sepsis, alteraciones metabólicas (hipoglucemia,...) y/o otras alteraciones neurológicas.



CONTROL Y CUIDADO R.N. EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO < 2 HORAS	
➤	Procurar ambiente tranquilo en paritorio.
➤	Manejar al R.N. con guantes.
➤	Si no existen problemas previos y parto normal, colocar al R.N. sobre la piel de la madre.
➤	Estabilización inicial: <ul style="list-style-type: none">○ Evitar pérdida de calor.○ Contacto piel con piel (CPP).○ Mantener la vía aérea permeable.○ Evaluar la respiración del R.N.
➤	Retrasar clampaje del cordón y colocar pinza de cierre sin apertura. Examinar cordón, descartar arteria umbilical única.
➤	pH arterial de cordón. Si la madre es Rh- o presenta test de Coombs indirecto positivo durante la gestación: muestra de cordón para grupo sanguíneo, Rh y test de coombs directo.
➤	Realizar test de Apgar al minuto y a los 5 minutos.
➤	Identificación de la madre y R.N.
➤	Apertura historia clínica.
➤	Informar sobre CPP seguro a los padres.
➤	Valorar: gestación a término, peso adecuado y detectar malformaciones o signos dismórficos.
➤	Observar primer agarre espontáneo al pecho, apoyar si no ocurre de forma espontánea o inadecuada.
➤	Durante el CPP, vigilancia de parámetros clínicos del R.N.: <ul style="list-style-type: none">○ Temperatura entre 36,5-37°C.○ Frecuencia respiratoria entre 40-60 rpm.○ Frecuencia cardíaca de 120-160 lpm.○ Coloración de piel y mucosas.○ Tono muscular.

CONTROL Y CUIDADO MATERNO EN PUERPERIO (> de 2 horas) TRAS PARTO VAGINAL

- **Recepción de la madre y R.N. en la planta de hospitalización**, se dará información del funcionamiento de la planta (horarios, visitas, normas...). Comprobar la identificación **madre y R.N y las pulseras**.
- **Valorar historia clínica**: semanas de edad gestacional, tipo de parto, analgesia y anestesia administrada, sangrado posparto inmediato. Enfermedades previas o de aparición durante la gestación, alergias. Valorar serología de la madre y cribado del estado



portador de estreptococo del grupo B (EGB), estudios ecográficos fetales. (Luna et al., 2009).

- **Valorar grupo y Rh materno y R.N. si procede.** Administrar gammaglobulina Rh si fuese necesario. (Benitz, 2015).
- **Valorar estado general:** Signos vitales (temperatura, tensión arterial y pulso).
- **Valoración uterina teniendo en consideración la altura uterina, el tono y las pérdidas hemáticas.** Control de la correcta involución uterina.
- **Valoración del periné:** Debe valorarse la presencia de episiotomía y/o desgarros así como de edema y/o hematomas. Además se explicará a la puérpera la importancia del cuidado de las suturas y de signos de alarma. Valorar si existen hemorroides y pautar tratamiento si precisan.
- **Realizar higiene perineal y corporal.**
- **Inicio de dieta normal.**
- **Control del dolor (entortos, cicatrización..):** Comprobar pauta analgésica de primer nivel y medidas físicas.
- **Características de los loquios: color, olor, cantidad, coágulos.**
- **Procurar micción espontánea antes de 6 horas posparto.** En caso de ausencia de micción espontánea, realizar vaciado vesical intermitente con nuevo control a las 6 horas salvo diuresis espontánea previa normal.
- **Evacuación intestinal:** Si no se producen deposiciones durante el ingreso hospitalario, no es un motivo para retrasar el alta hospitalaria, pero se debe informar a la paciente de la importancia de las deposiciones correctas, de las medidas higiénico dietéticas y del correcto uso de laxantes.
- **Valoración de las extremidades inferiores (varices, edemas):** En caso de **sospecha clínica de trombosis venosa profunda**, iniciar tratamiento precoz y solicitar ecografía Doppler de insuficiencia venosa de miembros inferiores (MMII). Uso de medias de compresión elástica en las pacientes con insuficiencia venosa de extremidades inferiores, valorando trombopprofilaxis con heparina de bajo peso molecular según factores de riesgo. En mujeres que precisen de anticoagulación a largo plazo, valorar el paso a anticoagulante oral tras consulta con Hematología.
- **Deambulación precoz en todas las puérperas.**
- **Adaptación emocional.**



- **Habilidades con el R.N.**
- **Acompañar durante el primer baño del R.N.** para la adquisición de habilidades y conocimientos sobre la higiene del mismo.
- **Estado de las mamas.**
- **Apoyo a la lactancia materna.** Reforzar consejos sobre lactancia materna.
- **Inicio precoz a la lactancia materna.** Los hospitales deben adoptar prácticas que apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento, promoviendo el cumplimiento de los Diez pasos de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) establecidos por la OMS y UNICEF (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia Iniciativa, n.d.).
- **Educación sanitaria, cuidados maternos y del R.N.**
- **Aconsejar sobre la higiene postural en la movilización** así como la importancia de iniciar los ejercicios trabajados en el embarazo del núcleo de estabilidad lumbopélvico (Core) y suelo pélvico.
- **En caso de Lactancia No Materna,** se informará de la correcta técnica de preparación y administración de biberones.
- **Promover alta hospitalaria postnatal temprana en coordinación con Atención Primaria.**

CONTROL Y CUIDADO MATERNO EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO > 2 HORAS TRAS PARTO VAGINAL

- | |
|--------------------------------------------------|
| ➤ Comprobar identificación madre y R.N. |
| ➤ Valorar historia clínica. |
| ➤ Valorar grupo Rh materno y de R.N. si procede. |
| ➤ Valorar estado general. Signos vitales. |
| ➤ Valorar involución uterina. |
| ➤ Valorar periné. |
| ➤ Facilitar higiene perineal y corporal. |
| ➤ Iniciar dieta normal. |
| ➤ Dolor. Valorar necesidad de analgesia. |
| ➤ Características de los loquios. |
| ➤ Diuresis. |



CONTROL Y CUIDADO MATERNO EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO > 2 HORAS TRAS PARTO VAGINAL

- Evacuación intestinal.
- Hemorroides.
- Valorar extremidades inferiores.
- Deambulación precoz.
- Adaptación emocional.
- Habilidades con el R.N.
- Acompañar durante el primer baño del R.N.
- Estado mamas.
- Apoyar lactancia materna.
- Inicio precoz a la lactancia materna.
- Educación sanitaria y cuidados de la madre y R.N.
- Aconsejar sobre higiene postural (core estabilizador y suelo pélvico).
- Informar de lactancia no materna.
- Promover alta hospitalaria postnatal temprana en coordinación con Atención Primaria.

CONTROL Y CUIDADO MATERNO EN PUERPERIO (> de 2 horas) TRAS CESÁREA

En lo fundamental el control y la asistencia es el mismo que el que se debe realizar tras un parto vaginal, con las siguientes particularidades:

- **Control de constantes y sangrado cada 4-6 horas en las primeras 12 horas.**
- **Vigilar el correcto funcionamiento de la sonda vesical y drenajes si los hubiera.**
- **Atención a las órdenes médicas en relación a la fluidoterapia y la analgesia postintervención.**
- **Mantener sueroterapia indicada hasta comprobar tolerancia a la ingesta oral de líquidos.**
- **Valorar inicio de tolerancia oral, tras comprobar peristaltismo intestinal correcto, a partir de las 6 horas postcesárea.** Tras ello, tolerancia oral progresiva. Si tolerancia positiva, dieta líquida hasta las 12 horas postintervención, dieta blanda hasta 24 horas postcesárea, posteriormente se modificará la dieta en función de la evolución.
- **Cuidados de la herida abdominal:** Mantener la zona de la herida limpia y seca, retirar el drenaje subaponeurótico lo antes posible y el apósito en las primeras 48 horas.



- **Retirar vendajes compresivos a las 12-24 horas** si los hubiera.
- **Valorar retirada de sondaje vesical en las primeras 12 horas postcesárea si diuresis correcta.** Control de diuresis espontánea tras su retirada. (Fuchs & Benhamou, 2015)
- **Si se mantiene catéter epidural para analgesia, valorar su retirada conjunta con anestesia/unidad del dolor.**
- **Valorar realizar analítica de control si pérdidas sanguíneas superiores a lo normal, o clínica sugestiva de anemia.** (Fuchs & Benhamou, 2015).
- **Movilización precoz, idealmente a las 6-12 horas postcesárea.**
- **Inicio de ferroterapia** si fuese necesario.
- **Se revisará profilaxis tromboembólica.**

CONTROL Y CUIDADO DEL R.N. EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO (>2h)

- **Verificar la identificación de la madre y el R.N.** a su llegada a la planta de hospitalización. Evitar separarlo de su madre salvo que la situación clínica de alguno de los dos no lo permita. Comprobar el estado y adaptación del R.N. a la vida extrauterina.
- **Completar la historia clínica neonatal:** duración de la gestación, grupo sanguíneo materno, los estudios ecográficos fetales, los estudios serológicos de infecciones connatales y el cribado del estado portador de estreptococo del grupo B y otros factores de riesgo de infección.
- **Valorar y registrar la situación clínica del R.N. y sus constantes** (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura), somatometría del R.N. (peso, longitud y perímetro craneal). Valorar control de peso diario.(Lohman, Roche, & Martorell, 1988).
- **Comprobar que el R.N. haya realizado micción y primer meconio.** Registrar en caso contrario para seguimiento posterior.
- **Comprobar el modo de alimentación del R.N. y valoración de dificultades al respecto.** Observación/valoración de las tomas de lactancia materna mediante la escala LATCH y ofrecimiento de apoyo.
- **Profilaxis de la conjuntivitis neonatal:** con pomada ocular de eritromicina al 0,5%, o tetraciclina al 1% en su defecto. Se recomienda su administración lo más precoz posible tras el nacimiento. Sin embargo, debido a que puede enturbiar la visión del R.N. e interferir con la instauración del vínculo Madre-R.N., si no existen factores de riesgo puede retrasarse su administración hasta que el período de contacto piel con piel inicial haya finalizado (50-120 minutos), pudiendo ampliarse hasta las 4 horas del nacimiento.



- **Profilaxis de enfermedad hemorrágica del R.N.:** se recomienda administrar vitamina K, una única dosis vía Intramuscular (IM) 1 mg, siendo éste el método de administración que presenta mejores resultados clínicos.

Si los padres no desean que se le administre la vitamina K (IM) se les ofrecerá la pauta oral que consiste en la administración de 2 mg de vitamina K oral al nacimiento.

- Si lactancia materna exclusiva o suplementada se continuará con 1 mg oral semanalmente hasta la 12^a semana.
- Si lactancia exclusiva con preparados para lactantes, sólo es necesaria la administración única de 2 mg tras el nacimiento.
- **Comprobar y detectar los R.N. con riesgo de desarrollar una infección perinatal:** madre portadora de Estreptococo del grupo B (EGB) con profilaxis incompleta o no tratada, fiebre materna >38°C, rotura de membranas >18 horas, corioamnionitis, exudado Vagino Rectal (VR) desconocido o realizado hace más de 5 semanas, prematuridad, sepsis por EGB en hijo/a previo, Infección Tracto Urinario (ITU) materna en tercer trimestre sin tratamiento.
- **Revisar las serologías maternas.** Debe realizarse cribado universal en todas las gestantes para hepatitis B a las embarazadas, y la vacunación y administración de gammaglobulina en los hijos/as de madres HBsAg positivo en las primeras 12 horas de vida, vía intramuscular, en cara anterolateral del muslo y en miembros opuestos. Si se desconoce la serología materna, se realizará dicha determinación a la madre lo antes posible y se administrará vacuna frente a Hepatitis B en las primeras 12 horas. Se valorará la administración posterior de inmunoglobulina específica en función de los resultados maternos.
- **Control de glucemia:** no se recomienda realizar control de glucemias a R.N. sanos, con historia prenatal y del parto sin complicaciones. Si existieran factores de riesgo para hipoglucemia se iniciará lactancia materna en la primera hora de vida, realizándose control de glucemia a las 2-3 horas de vida. Los principales factores de riesgo son: R.N. <37 semanas o >41 semanas de edad gestacional, macrosómicos (>4.500g), bajo peso (<2.300g), hijos de madre con diabetes gestacional o diabetes tipo I, gemelos discordantes, antecedente de Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR), R.N. con asfisia perinatal, sepsis, hipotermia, policitemia, enfermedad hemolítica, hijos de madres en tratamiento betabloqueantes o que reciben glucosa a alta concentración y existencia de historia familiar previa de enfermedad genética asociada a hipoglucemia. Asimismo, también se realizará control de glucemia en todos los R.N. sintomáticos (hipotonía, somnolencia, letargia, estupor, coma, temblores, irritabilidad, convulsiones, dificultades en



la alimentación, llanto débil o agudo, cianosis, apneas, hipotermia,...) (McKee-Garrett & Weisman, 2017).

- **El grupo sanguíneo y el Coombs directo se debe realizar en todos los R.N. de madres Rh negativo o que han presentado Coombs indirecto positivo en el embarazo.** También se debe realizar a los hijos de madre del grupo 0, si el R.N. fuese candidato/a a alta temprana o si presenta ictericia en el primer día de vida.
- **Valoración de la ictericia.** Las maternidades deberían tener establecidos protocolos para la evaluación clínica de la ictericia. Ésta debería ser evaluada cuando se midan los signos vitales del R.N. (al menos cada 8-12 horas las primeras 24 horas) y después como mínimo 24-48 horas más tarde. En todo R.N. con ictericia en las primeras 24 horas de vida se debe medir la bilirrubina sérica en un plazo máximo de 2 horas. De no alcanzar pero estar cercano al umbral de tratamiento, se recomienda continuar midiendo el nivel de bilirrubina cada 6 horas, hasta que el nivel esté por debajo de dicho umbral de forma estable o en descenso. A partir de las 24 horas de vida, si se constata ictericia, se deben evaluar los niveles de bilirrubina transcutánea, capilar o venosa, lo antes posible (máximo 6 horas). Si no requiere intervención inmediata (fototerapia) se debe registrar su valor en el momento que es obtenida, y la zona de riesgo, (normograma de Bhutani et.al.) siendo el seguimiento individualizado en función de la evaluación del riesgo.
- **Cuidado del cordón umbilical:** lavado con agua y jabón, secado posterior y cobertura con gasas secas o al aire, con la finalidad de mantener el cordón seco y limpio. (Ministerio de Sanidad, 2014b).
- **Exploración física sistematizada y evaluación por pediatra en las primeras 24 horas de vida.** La finalidad es identificar anomalías de su evolución normal o alguna patología que requiera intervención. Valoración del estado anímico de los progenitores y la interacción entre madre y R.N. Si en la evaluación inicial del R.N. se detectan problemas o anomalías es importante explicarlas con claridad a la madre, incluyendo las pruebas diagnósticas y seguimiento posterior que está previsto realizarse. (Tiffany M McKee-Garrett, n.d.).
- **Realización a partir de las 24 horas de vida de la prueba de detección de metabolopatías.**
- **Cribado auditivo.**
- **Baño del R.N.:** no es necesario el baño rutinario del R.N., realizando al nacer solamente una limpieza del exceso de vernix. Si la madre lo solicita, se le puede bañar una vez que haya alcanzado la estabilidad térmica, sin interferir en el tiempo recomendado de contacto



piel con piel. En caso de R.N. de portadoras de VHB, VHC y VIH sí es conveniente una limpieza extensa para retirar restos de sangre y secreciones previo a la administración de cualquier tratamiento IM.

- **El R.N. se colocará en una cuna de colchón firme, sin almohada, en decúbito supino.**
- La administración de Vitamina K, cribado de metabolopatías, vacunación y otros procedimientos invasivos se llevarán a cabo si la madre lo desea durante la succión al pecho, sin separar al R.N. de los brazos de su madre. Si no es posible o la alimentación es no materna, se puede administrar sacarosa al 20% vía oral, 0,2-0,5 ml. dos minutos antes del procedimiento, y se le ofrecerá una tetina para succionar.
- No se aconseja realizar de forma rutinaria las siguientes prácticas: paso de sonda nasogástrica u orogástrica, sonda rectal, baño del R.N. en las primeras horas, uso de colonias, lavado gástrico, administración de tomas de suero glucosado y ofrecer chupetes.

CONTROL Y CUIDADO R.N. EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO > 2 HORAS

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ➤ Verificar identificación madre y R.N. CPP ininterrumpido. |
| ➤ Completar historia neonatal: <ul style="list-style-type: none">○ Duración de la gestación.○ Grupo sanguíneo materno.○ Estudios ecográficos fetales.○ Estudios serológicos de infecciones connatales.○ Cribado <i>Streptococo del Grupo B (EGB)</i>.○ Otros factores de riesgo de infección. |
| ➤ Valorar y Registrar la situación clínica del R.N.: <ul style="list-style-type: none">○ Constantes.○ Somatometría.○ Control de peso diario.○ Ictericia. |
| ➤ Comprobar haya realizado el R.N. micción y primer meconio. |
| ➤ Comprobar modo de alimentación y valorar dificultades. |
| ➤ Profilaxis de la conjuntivitis neonatal. |
| ➤ Profilaxis de enfermedad hemorrágica del R.N. Se recomienda administrar vitamina K. |
| ➤ Identificar a los R.N. con riesgo de desarrollar una infección perinatal. |
| ➤ Revisar serologías materna. Administrar vacuna hepatitis B y/o inmunoglobulina si precisa. |
| ➤ Realizar control de glucemia en todos los R.N. sintomáticos o con factores de riesgo. |



CONTROL Y CUIDADO R.N. EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO > 2 HORAS

- Realizar grupo sanguíneo y el Coombs directo a los R.N. de madre que lo precisen.
- Valorar ictericia.
- Cuidados del cordón umbilical.
- Exploración física sistematizada del R.N. (pediatría y enfermería).
- Realizar a partir de las 24 horas de vida la prueba de detección de metabolopatías.
- Cribado auditivo.
- Valorar cribado de cardiopatías.
- Baño del R.N.
- Colocar al R.N. en decúbito supino y en cuna de colchón firme.



SIGNOS DE ALARMA EN EL PUERPERIO DE LA MADRE Y RN.

En una revisión de la literatura (Berens, Lockwood, & Eckler, 2016) se destacan los principales signos de alerta sobre posibles complicaciones de la madre que pueden ser motivo de consulta con un/a profesional sanitario:

SIGNOS DE ALARMA EN LA MADRE
➤ Presencia de loquios, con mal olor, sangrados abundantes o hemorragia.
➤ Temperatura > 38,5°C.
➤ Empeoramiento o experiencia de nuevos dolores perineales o uterinos.
➤ Dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal).
➤ Disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa).
➤ Problemas con los pechos (enrojecimiento, dolor, calor).
➤ Dolor o hinchazón en las piernas.
➤ Tensión Arterial superior a 150/90.
➤ Estado de ánimo que afecta a la relación con el R.N., con los demás o que no permite una actividad normal.

Por otro lado, se han destacado como los principales signos de alerta relacionados con el R.N. (Block, 2012):

SIGNOS DE ALARMA EN R.N.
➤ Hipertermia (> 37,5°C axilar).
➤ Hipotermia (< 36°C axilar).
➤ Taquipnea (FR > 60 rpm), aleteo nasal, quejido, tiraje subcostal, intercostal, retroesternal o disbalance toracoabdominal.
➤ Apnea (pausa respiratoria de > 20 segundos) o bradipnea.
➤ Coloración cianótica.
➤ Hipotonía.
➤ Movimientos anómalos y repetitivos.
➤ Rechazo de ingesta.
➤ No eliminación de meconio.
➤ Ictericia en las primeras 24 horas de vida.



SIGNOS DE ALARMA EN R.N.	
➤	Cordón umbilical enrojecido con secreción o maloliente.
➤	Regurgitaciones o vómitos excesivos.
➤	Presencia de deposiciones con sangre.

ALTA HOSPITALARIA

Los criterios para el alta deben incluir la estabilidad fisiológica de la madre y R.N., la preparación y competencia de la familia para proporcionar una atención adecuada en el hogar y la garantía de acceso a los recursos del sistema de salud.

La estancia hospitalaria de la madre y R.N. tiene que tener la duración necesaria para permitir identificar problemas y garantizar que la madre está suficientemente recuperada y preparada para su cuidado y el del R.N. en el domicilio.

En condiciones normales, los criterios para el alta materna dependen, de la correcta tolerancia oral, correcta diuresis, ausencia de sangrado y ausencia de complicaciones de herida quirúrgica, dejando al alta una pauta de analgesia vía oral correcta, así como la suplementación necesaria (hierro, yodo, vitamina D, etc..).

Los informes de alta, (R.N. y madre), Cartilla de Salud Infantil debidamente cumplimentada por la enfermera responsable del R.N. y el Informe de Continuidad de Cuidados al Alta de Enfermería se entregarán a la madre antes de abandonar el hospital.

Se facilitará la conexión con Atención Primaria para la revisión posparto, consejo anticonceptivo y para la inclusión en el Programa de Salud Infantil, vacunas y recogida de segunda muestra en el cribado de metabopatías cuando se precise.

Cuando la madre y R.N. no sean candidatos a Alta Hospitalaria Posnatal Temprana (AHPT) (ver apartado siguiente), se seguirán las recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología:

- El alta de un R.N. sano debería realizarse tras las 48 horas del nacimiento.
- Exploración física realizada por un pediatra o especialista en formación bajo la supervisión de un/a pediatra.
- Es recomendable previo al alta conocer el peso del R.N., así como su estado de hidratación y nutrición, especialmente en aquellos con lactancia materna exclusiva y nacidos por cesárea.



- Signos vitales normales y estables a las 12 horas previas al alta (T^a axilar: 36,5- 37,5°C, FC 100-160 lpm, FR inferior a 60 rpm con ausencia de signos de distrés respiratorio).
- Diuresis regular y al menos una eliminación de meconio espontánea durante su ingreso.
- Valorar al menos dos tomas de lactancia materna completando la escala LATCH (anexo II) quedando reflejada por escrito de forma que se garantice que llegue esta información a atención primaria.
- Valoración de ictericia al alta. En todo R.N., antes del alta, se debe llevar a cabo una evaluación del riesgo de desarrollar hiperbilirrubinemia. Esta evaluación es particularmente importante en los R.N. dados de alta antes de las 72 horas de vida y en los prematuros tardíos (35-37 semanas de edad gestacional). En cada R.N. icterico se debe de realizar una medición de bilirrubina, y la bilirrubina capilar puede ser usada como primer paso si no se dispone de bilirrubina transcutánea. En el caso de que no requiera intervención inmediata (fototerapia) establecer seguimiento individualizado en función de la evaluación del riesgo. (Sánchez-Gabriel et al., 2017).
- Comprobar los factores de riesgo de infección.
- Revisar las serologías maternas y el resultado se ha determinado en el R.N. del grupo sanguíneo, Rh y test de Coombs si la madre es Rh negativo o tuvo Coombs indirecto positivo durante el embarazo.
Se ha realizado el cribado endocrinometabólico y auditivo.
- Se han proporcionado instrucciones respecto al seguimiento posterior del R.N. en atención primaria.
- Es necesario insistir a los progenitores que se pongan en contacto con el personal sanitario si tienen dudas.
- Debe facilitarse a los progenitores materiales impresos como folletos o trípticos que contengan toda esta información que puedan consultar en casa. **(Berens et al., 2016). (Anexo VI).**

ALTA HOSPITALARIA POSTNATAL TEMPRANA

En la actualidad se considera un **Alta Hospitalaria Postnatal Temprana** (AHPT) aquella que se produce entre las 24 y 48 horas tras el nacimiento, siempre en un R.N. a término, fruto de embarazo y parto no complicado. Se define como **alta hospitalaria neonatal muy precoz** la que tiene lugar antes de las 24 horas de vida. (Gracia et al., 2017)



Entre las ventajas de un alta hospitalaria postnatal temprana se ha incluido la mayor satisfacción de los progenitores, además de favorecer el vínculo Madre-R.N. y la lactancia materna. Entre los posibles riesgos potenciales de un AHPT, existe la preocupación de una falta de detección de algunas anomalías congénitas en el R.N., un impacto negativo en el inicio o establecimiento de la lactancia materna por falta de apoyo por personal experimentado, la deshidratación hipernatrémica secundaria a una ingesta insuficiente y la ictericia grave.

La decisión clínica del alta debe ser establecida por ginecólogo/a y pediatra atendiendo a criterios clínicos y haciendo partícipe de la decisión a la familia. Existe la posibilidad de una estancia reducida (inferior a 48 horas) en el caso de R.N. a término sano; sin embargo, esta opción no es válida para todas las madres y R.N. Será por tanto una decisión clínica que debe individualizarse teniendo en cuenta la percepción de la madre sobre su capacidad de asumir el cuidado de su hijo/a y el suyo propio, y siendo imprescindible garantizar una visita pediátrica a los 3-4 días de vida. El alta postnatal temprana es factible, por tanto, de forma individualizada y siempre que se cumplan los siguientes criterios:

CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA POSNATAL TEMPRANA EN EL BINOMIO (Madre/R.N.) (entre 24- 48 horas)
➤ Gestación a término sin patología en el embarazo que requiera vigilancia posparto.
➤ Parto vaginal intrahospitalario.
➤ Puerperio inmediato sin complicaciones ni incidencias.
➤ Ausencia de riesgo familiar, social o medioambiental. (Anexo V).
➤ Adecuado control de embarazo con ecografías y serologías maternas (VIH, Hepatitis y Lúes) realizadas y documentadas.
➤ R.N. a término con peso apropiado para la edad gestacional.
➤ Normalidad en el examen clínico y signos vitales. Ausencia de enfermedad que requiera hospitalización.
➤ Ausencia de riesgo infeccioso que requiera observación: Madre portadora de EGB sin profilaxis adecuada o con cultivo desconocido/no realizado, tiempo de bolsa rota > de 18 horas, fiebre materna intraparto (>38,5°C). (Brady & Polin, 2013)
➤ Capacidad de mantener la temperatura estable.
➤ Capacidad de alimentarse por vía oral, debiendo haber valorado al menos dos tomas. En el caso de lactancia materna, documentar una toma (LATCH) y en cualquier caso valorar que coordine adecuadamente la succión, la deglución y la respiración. (McKee-Garrett & Weisman, 2017)
➤ Micción y evacuación del meconio (al menos una micción y deposición de meconio antes del alta).
➤ Si la madre es del grupo 0, Rh negativa o si presenta un test de Coombs indirecto positivo, comprobar que el test de Coombs directo del R.N. es negativo.



CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA POSNATAL TEMPRANA EN EL BINOMIO (Madre/R.N.) (entre 24- 48 horas)

- Ausencia de hiperbilirrubinemia significativa.
- Realizada la extracción para el cribado endocrino metabólico.
- Realizado el cribado auditivo o cita al alta para realizarlo.

Además de cumplirse estos criterios clínicos, deberán darse las siguientes condiciones:

1. Posibilidad de acceso fácil y relativamente rápido a centro hospitalario de referencia.
2. Debe existir en el Centro Hospitalario un protocolo escrito sobre el procedimiento de “Alta Hospitalaria Postnatal Temprana”.
3. Entregar a la familia un informe que incluya no sólo la asistencia prestada durante la hospitalización, sino además los cuidados y controles programados postalta.
4. Deberá garantizarse un control pediátrico en Atención Primaria a los 3-4 días de vida, proporcionándole la cita antes del alta en la maternidad.

Cuando se solicite el alta antes de las 24 horas de vida (alta hospitalaria neonatal muy precoz), o en los casos de AHPT que no cumpla requisitos a criterio del médico, se informará a los padres de los riesgos del alta en estas circunstancias, firmando alta voluntaria en los casos necesarios, dejando a la puerpera las recomendaciones/citas tanto para ella como para el R.N. que el facultativo/a del caso considere más adecuadas en ese contexto clínico.

CONTROL Y CUIDADOS DURANTE EL PUERPERIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se recomienda garantizar la continuidad de cuidados de la mujer y su R.N. tras el alta hospitalaria, mediante un modelo asistencial en el que desde Atención Primaria se coordine la actuación de los diferentes profesionales que intervienen en la atención de las madres, R.N. y sus familias.

VISITAS DE CONTROL MATERNO DURANTE EL PUERPERIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se deben establecer unos criterios para valorar la priorización de las visitas dependiendo de las necesidades de cada mujer. (Ministerio de Sanidad, 2014b). La primera visita será a las 24-48 horas tras el alta hospitalaria y las sucesivas a las 4-6 semanas.

Los criterios biológicos se dirigen a identificar las necesidades específicas de cada mujer. Por otro lado se identifican una serie de criterios para valorar situaciones psico-sociales que determinen la necesidad de prestar cuidados adicionales o especiales (madres adolescentes, con dependencia, con situación económica o social desfavorable, con un control insuficiente durante el embarazo, o



que han sufrido una muerte fetal, y otros casos que afecten a la evolución normal de la adaptación a la maternidad). También deberían tenerse en cuenta las necesidades específicas de las mujeres que han recibido un alta temprana. **(Ministerio de Sanidad, 2014b)**

- Evaluación de los antecedentes perinatales. Embarazo, parto, revisar evolución clínica de la mujer desde el alta hospitalaria.
 - Fecha y lugar del parto.
 - Edad gestacional.
 - Tipo de parto, si parto distócico, causa. Presentación fetal.
 - Analgesia, tipo.
 - Período expulsivo. Tiempo, posición y pujos.
 - Observación sobre el alumbramiento.
 - Actualizar fórmula y cuadro obstétrico.
 - Observación del R.N. al alta hospitalaria.
- Valoración de la situación actual afectivo-emocional de la puérpera. Presencia de apoyo familiar, pareja u otros. Ante la sospecha de depresión posparto se aplicará la Escala Edinburgh. (Ministerio de Sanidad, 2014a).
- Valoración física-exploración de la madre relativa a (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2006):
 - Estado general. Tensión Arterial Sistólica, Tensión Arterial Diastólica y peso.
 - Mamas (observación, secreción láctea, presencia de alteraciones).
 - Valoración vulvoperineal. Presencia-Tipo de alteración vaginal, vulvoperineal (episiorrafia, desgarros, dehiscencia, hematomas, inflamación/edemas, dolor, varices vulvares, hemorroides, otros).
 - Involución uterina.
 - Loquios, características.
 - Pelvis. Díástasis púbica y abdominal.
 - Función urinaria (signos de infección urinaria, incontinencia/tipo).
 - Función intestinal (recuperación del patrón habitual, estreñimiento, dolor, otros).
 - Observación miembros inferiores (varices, edemas, signos de tromboflebitis, otros).
- Se recordará a la mujer las señales de alarma en el puerperio, descritas anteriormente.
 - Exploración del aspecto general del R.N., vitalidad, hidratación, coloración, aspecto del cordón umbilical. Comprobar realización de la Prueba de Metabolopatías y Cribado auditivo.
- Se reforzarán los cuidados del R.N. y signos de alerta de complicaciones. Se informará sobre las visitas del Programa de Salud Infantil en Atención Primaria.



- Se completará el calendario vacunal en aquellas mujeres en la que no existe evidencia de inmunización, tan pronto como sea posible después del parto, valorando los riesgos y beneficios.
- Tipo de lactancia. Evaluación de la nutrición del R.N. reforzando la lactancia materna o repasando con la madre la forma más adecuada de alimentación no materna.
- Como refuerzo de la lactancia materna se ofrecerá a todas las madres un apoyo dirigido a mantener la duración y exclusividad de la lactancia materna de manera prolongada. Este apoyo es preferible que se haga de manera individualizada siguiendo los diez pasos recomendados por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia por parte de profesionales de Atención Primaria. Además se dispone de una App: “Amadrina una Primeriza” y los grupos de apoyo a la lactancia materna de la CCAA están disponibles en la página web: <http://bit.ly/2GUpaNd>
- Valoración del amamantamiento mediante la observación de una toma del R.N., siguiendo los criterios de buen inicio e instauración de la lactancia materna. Escala LATCH.
- Adaptación a la maternidad-paternidad. Refuerzo del proceso y de los distintos aspectos de la vinculación madre e hijo/a.
- Observar indicadores de sospecha de violencia de género durante la consulta de puerperio.
- Reforzar los hábitos de vida saludable.

En las visitas sucesivas se valorarán los parámetros anteriormente descritos a excepción del parto.

ACTIVIDADES A REALIZAR POR MATRONA EN LA PRIMERA VISITA A LA MUJER	
➤ Evaluar antecedentes perinatales:	<ul style="list-style-type: none">• Fecha y lugar parto.• Edad gestacional.• Tipo de parto. Presentación fetal.• Analgesia, tipo.• Periodo expulsivo.• Alumbramiento.• Actualizar fórmula y cuadro obstétrico.• Observación R.N. al alta hospitalaria.
➤ Valorar estado afectivo-emocional de la puérpera.	<ul style="list-style-type: none">• Escala de Edinburgh.
➤ Exploración física de la puérpera.	<ul style="list-style-type: none">• Estado general. Tensión arterial. Peso• Mamas.• Valorar zona vulvoperineal.• Involución uterina.• Loquios.• Pelvis. Diástasis púbica y abdominal.• Función urinaria.• Función intestinal.• Observar miembros inferiores.



ACTIVIDADES A REALIZAR POR MATRONA EN LA PRIMERA VISITA A LA MUJER

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recordar a la puérpera las señales de alarma durante el Puerperio. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exploración del R.N. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vitalidad, hidratación, coloración. Aspecto cordón umbilical. • Comprobar realización de prueba de metabolopatías y cribado auditivo.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reforzar los cuidados del R.N. 	<ul style="list-style-type: none"> • Signos de alerta de complicaciones. • Seguimiento de salud infantil en Atención primaria.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Completar calendario vacunal. 	<ul style="list-style-type: none"> • En mujeres en las que no existe evidencia de inmunización, tan pronto como sea posible después del parto. Valorar riesgos y beneficios.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tipo de lactancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar nutrición del R.N. reforzando la lactancia materna o la forma más adecuada de alimentación no materna.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoyo a las madres como refuerzo de la lactancia materna para mantener la duración de la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir los diez pasos recomendados por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar el amamantamiento mediante la observación de una toma del R.N. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir criterios de inicio e instauración de la lactancia materna. Escala LATCH.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adaptación a la maternidad-paternidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar el proceso. Vinculación de la madre y R.N.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observar indicadores de sospecha de violencia de género en la consulta de puerperio. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar el consejo sobre hábitos de vida saludable. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recomendaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene general. • Cuidado del periné. Tratamiento del dolor. • Persiste estreñimiento habiendo aumentado la ingesta de fibras naturales y líquidos, se recomendará un laxante osmótico.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Información y consejos sobre ejercicios para la recuperación del suelo pélvico tras el parto. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sexualidad y anticoncepción en el posparto. 	<ul style="list-style-type: none"> • El personal sanitario promoverá espacios para tratar con las mujeres y sus parejas aspectos relacionados con el consejo contraceptivo y la vivencia de la sexualidad durante esta etapa.



VISITAS DE CONTROL R.N. DURANTE EL PUERPERIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

1ª Visita en Atención Primaria:

Se realizará una primera visita entre el 3º y 7º día de vida; en caso de alta hospitalaria postnatal temprana (AHPT) se garantizará un primer contacto con el equipo de pediatría en las 48-72 horas tras el alta. El contenido exhaustivo de la primera visita del R.N. está recogido en el Programa de Salud Infantil (Servicio Canario de la Salud (SCS), n.d.)

Las actividades a realizar se muestran esquematizadas en la siguiente tabla:

ACTIVIDADES A REALIZAR POR EL EQUIPO DE PEDIATRÍA EN LA PRIMERA VISITA AL R.N.	
Recogida de Información	➤ Antecedentes perinatales.
	➤ Comprobar realización cribado metabolopatías congénitas. Valorar si precisa 2ª muestra.
	➤ Comprobar realización cribado auditivo universal.
	➤ Comprobar administración vacuna Hepatitis B si factores de riesgo.
	➤ Comprobar administración vitamina K y profilaxis oftálmica.
Valoración Factores de Riesgo Individuales y Familiares	➤ Posición al dormir y otros Factores de Riesgo relacionados con el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).
	➤ Tabaquismo pasivo.
	➤ Tipo de lactancia: materna exclusiva, materna, no materna (asegurar la preparación y cantidad adecuada)*(Servicio Canario de la Salud (SCS), n.d.)
	➤ Factores riesgo social e indicadores maltrato.
	➤ Estado emocional de la madre y dinámica familiar.
Examen del R.N.	➤ Exploración física completa, prestando especial atención a estado de alerta, tono muscular y reflejos primitivos.
	➤ Estado de hidratación (nº pañales mojados).
	➤ Coloración piel y mucosas (ictericia).
	➤ Estado cordón umbilical.
	➤ Valorar pérdida peso, estado nutrición.
	➤ Exploración ocular (reflejo rojo).
	➤ Auscultación cardíaca (soplos) y pulmonar.
	➤ Valorar caderas. Maniobras Ortolani y Barlow.
	➤ Valorar genitales (Criptorquidia).



ACTIVIDADES A REALIZAR POR EL EQUIPO DE PEDIATRÍA EN LA PRIMERA VISITA AL R.N.	
Promoción de Salud	➤ Promoción y apoyo a la lactancia materna (desaconsejar el uso de chupete hasta la instauración de la lactancia materna).
	➤ Desaconsejar uso infusiones.
	➤ Decúbito supino para dormir, prevención SMSL.
	➤ Desaconsejar hábito tabáquico.
	➤ Cuidados cordón umbilical: agua y jabón.
	➤ Seguridad automóvil y en el hogar (caídas, quemaduras).
	➤ Profilaxis con vitamina D3 400 UI/ día.
	➤ Promoción del desarrollo.
	➤ Higiene, cuidados y prevención de accidentes.
Señales de Alerta	➤ Informaremos a los padres de la necesidad de consultar inmediatamente si su R.N. no mama bien o rechaza las tomas, si nota la piel de color amarillento, está irritable o somnoliento, tiene fiebre, vómitos o regurgitaciones abundantes y frecuentes, o les parece que no tiene buen aspecto.

CUIDADOS R.N.

1. Ropa.

La ropa debe ser holgada y cómoda, a ser posible de algodón u otros tejidos naturales. Se evitará el uso de impermeables, lazos, cintas o cordones (especialmente si van atados al cuello) ya que pueden ser peligrosos, así como los botones, sobre todo si van abrochados en la parte delantera, por la posibilidad de atragantamiento.

El tipo de ropa y la cantidad dependerá de la temperatura ambiental. No abrigar excesivamente, no necesita más ropa que un adulto. El R.N. suele tener las manos y los pies fríos por inmadurez del sistema circulatorio periférico, no significa que tenga frío.

El calzado es innecesario hasta que no empiece a caminar, pero se pueden utilizar calcetines de algodón si hace frío.

Toda la ropa debe lavarse utilizando jabones o detergentes neutros; evitando lejía, blanqueadores y suavizantes, y aclarar con abundante agua. (Gobierno de Aragón, 2008), (Intermountain Healthcare, 2017)



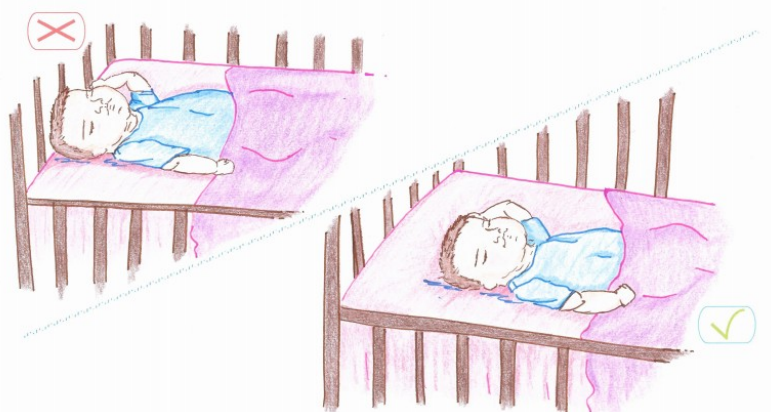
2. Habitación-cuna.

La habitación debe estar bien acondicionada, en un ambiente tranquilo, con temperatura en torno a los 20°-22°C, luz natural, bien ventilada y sin objetos que acumulen polvo. Es necesario un ambiente libre de humo, tanto en la habitación como en el resto de la casa. Se desaconseja que comparta la habitación con animales y la aglomeración de personas. Evitar el uso de braseros o estufas como fuentes de calor por el peligro que conllevan y no poner al R.N. cerca de una fuente de calor o de frío.

La cuna debe estar homologada, ha de ser amplia, confortable, estable, con formas lisas o redondeadas que garanticen la seguridad y de fácil manejo, con buena visibilidad y segura. El colchón ha de ser firme y estar a una altura adecuada. Debemos evitar el sobrecalentamiento y cubrirle la cabeza; así como objetos en la cuna como peluches, almohadas, dispositivos para mantener la postura, etc. Acostarlo **boca arriba es la postura más segura** para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y, preferible al decúbito lateral.

La “cabeza cubierta” (Corwin & Duryea, 2012) es otro factor de riesgo modificable asociado al SMSL (Sánchez Ruiz-Cabello & Grupo PrevInfad / PAPPS, 2016) aunque no hay evidencia de su efectividad. Para evitarlo, se debe poner al lactante a los pies de la cuna (“pies al pie”) y la manta hasta el pecho bien ajustada, para evitar que en el desplazamiento del RN se le cubra la cabeza.

Esquema de la posición recomendada para evitar la “cabeza cubierta”.



La cuna debe situarse en la habitación de los padres, cerca de la cama de éstos, ya que es la opción más segura. Compartir la cama con el R.N. o **colecho** es una práctica cada vez más extendida, se considera que la práctica del colecho en el hogar facilita el mantenimiento de la lactancia materna, aunque existe controversia en cuanto a los riesgos que esta práctica supone para el niño/a. Aunque el cumplimiento de los consejos sobre la realización de un colecho seguro reduce esos riesgos, para minimizarlos al máximo se podría informar a las madres sobre la



posibilidad de utilizar cunas sidecar homologadas que cumplen con la misión de facilitar la proximidad a la hora de dormir de la madre y el niño/a, a la vez que disminuyen el riesgo para el niño/a.

Consideraciones para la Implementación.

El colecho es seguro si se cumple lo siguiente:

1. El lactante nació a término y sin problemas graves de salud.
2. El lactante es amamantado en exclusiva y a demanda (la lactancia artificial aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante).
3. Ninguno de los adultos que va a compartir cama con el lactante fuma (aunque no lo haga en presencia del mismo).
4. Ninguno de los progenitores que va a compartir cama con el lactante ha consumido alguna bebida alcohólica, drogas o medicamentos que provoquen un sueño más profundo del habitual.
5. Ninguno de los progenitores que va a compartir la cama con el lactante sufre obesidad mórbida.
6. Todos los adultos que duermen en la cama saben que el lactante comparte la cama con ellos.
7. El lactante duerme siempre acostado en decúbito supino (boca arriba). Dormir en decúbito prono o lateral aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante.
8. El lactante duerme con ropa ligera y la temperatura de la habitación no es superior a 20°C.
9. La cabeza del lactante no está tapada.
10. La superficie para dormir es firme y no hay en ella:
 - Edredones pesados tipo patchwork, mantas eléctricas, almohadones, peluches, cordones y otros elementos que puedan impedir respirar al lactante en algún momento durante la noche.
 - Espacios por donde el lactante pueda caer o quedar atrapado (Ministerio de Sanidad, 2017).

No se recomienda realizar colecho en sofás o sillones o cualquier otro sitio que no sea la cama; así como compartir la cama con otros familiares, con otros niños o múltiples personas (Díaz Gómez, Izquierdo Macían, & San Feliciano Martín, 2014).



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

3. Higiene, Incluido Baño y Cuidado del Cordón.

Se debe mantener una higiene adecuada del R.N. Para el baño lo ideal es elegir un momento tranquilo, tanto para el niño/a como para los padres, y convertirlo en algo lúdico y entrañable; es un momento para estrechar lazos afectivos: acariciar, hablar, dar masajes... y para observar su piel, sus reflejos, sus movimientos o cualquier anomalía que pueda existir (Gobierno de Aragón, 2008).

- Es necesario tener a mano todo lo necesario antes de empezar el baño.
- Bañera a una altura cómoda, con agua templada a 35°C, no más de 10-15 cm. de agua.
- Habitación con temperatura agradable, de 20-22°C, sin corrientes de aire y con luz agradable.
- Utilizar jabones suaves, con ph neutro, y en muy poca cantidad.
- No durará más de cinco minutos, los primeros días, para evitar hipotermias.
- Se le colocará sentado dentro de la bañera, sujetándolo firmemente con la mano y antebrazo izquierdo (los zurdos al revés) pasándola por detrás de su espalda. Se comienza con la cara, se sigue por todo el cuerpo (también cordón) y lo último los genitales. Estos se limpian de delante hacia atrás si fuese una niña, en los niños se limpian sin retirar la piel que cubre el glande pues podrían aparecer fisuras dolorosas. Nunca debe estar solo en la bañera ni sobre el cambiador o cama, ya que puede caerse si no está vigilado.
- Después del baño se le secará inmediatamente, prestando especial atención a los pliegues, con una toalla cálida. Aplicar una crema hidratante o un aceite, por todo el cuerpo, y se aprovechará para darle masajes y tener un contacto íntimo y placentero.
- Evitar polvos de talco ya que retienen la humedad y favorece la irritación de la piel y, sobre todo porque puede aspirarlos y provocar neumonitis.
- Limpieza de ojos: Si hubiese secreción, limpiarla con gasas húmedas empapadas en suero fisiológico tibio, siempre debe hacerse del canto interno al externo.
- Orejas: pueden limpiarse, únicamente la parte externa y visible, con una gasa húmeda o con bastoncillos, aunque sin introducirlo en el oído por el riesgo de perforación timpánica. No es necesario extraer el cerumen.



- Fosas nasales: se obstruyen con facilidad, aunque la cantidad de moco no sea abundante. Si es necesario, se aplicarán unas gotas de suero fisiológico y, después de unos minutos se aspiran las secreciones con un dispositivo específico para ello. No se recomienda realizar esta maniobra de manera rutinaria, únicamente si el R.N. presenta obstrucción nasal que dificulta la respiración o la alimentación.
- Cuidado uñas: Para evitar que se arañe, se recomienda cortarlas con una tijera de punta roma, en curva las de los dedos de las manos y la de los pies rectas.

Cuidado del cordón: Se recomienda la limpieza del cordón umbilical con agua y jabón, y secado posterior, hasta su caída (entre el 4º y 12º día de vida) dejándolo al aire o cubriéndolo con gasas secas que deben cambiarse frecuentemente, y en cada cambio del pañal tras deposiciones o micciones del R.N., con la finalidad de mantener el cordón seco y limpio. La aplicación de soluciones antisépticas puede retrasar su caída y no aporta ningún beneficio, salvo que las condiciones de baja higiene en el ambiente en que el R.N. se encuentre así lo indiquen. En caso de aplicar una solución antiséptica se recomienda la clorhexidina al 4%. El alcohol puede irritar la piel adyacente y, en el caso de la povidona yodada puede alterar el resultado del cribado neonatal con falsos positivos por el frenado en la producción de hormonas tiroideas. Se recomienda a los padres/cuidadores observar la piel que rodea el cordón para poder identificar algún signo de alarma (sangrado, olor fétido, eritema, supuración) que es necesario consultar. (Ministerio de Sanidad, 2014b)

4. Masaje.

El masaje del R.N. es un método de estimulación psicomotriz que favorece el vínculo con los progenitores a través del contacto. Cogerlo, acunarlo, acariciarlo o masajearlo es indispensable para el buen desarrollo emocional ya que les transmite seguridad.

Con el masaje no solo activamos el sentido del tacto, también se estimulan otros sentidos como la vista, el oído, el olfato, favoreciendo el desarrollo. Los beneficios del masaje son:

- Estimulación de todos los sistemas fisiológicos.
- Relajación corporal.
- Favorecer el vínculo y las relaciones afectivas.

5. Sueño.

Los R.N. deben colocarse para dormir en decúbito supino para prevención de síndrome de muerte súbita del lactante. El sueño, horario y cantidad de horas de sueño, varía con la edad y con las interacciones del entorno; los despertares son muy frecuentes en R.N. que puede permanecer dormido durante más de 16 horas al día distribuido en diferentes episodios de 1 a 3 horas habitualmente. Durante el sueño en ocasiones se puede apreciar una respiración y un latido



cardíaco irregular, que a veces se acompañan de muecas faciales como sonrisas y chupeteos. Su capacidad para diferenciar entre el día y la noche (ritmo circadiano) no se desarrolla hasta los 6 meses de vida.

6. Paseo.

El paseo diario es muy beneficioso. Puede salir a pasear desde el alta hospitalaria siempre que no exista algún problema que lo impida. Es relajante para el R.N. y favorece la recuperación del tono muscular y los problemas circulatorios de la madre.

Se recomienda pasear por zonas tranquilas, alejados de ruidos y humos, así como las aglomeraciones de personas como los centros comerciales.

En invierno salir durante las horas soleadas y en verano evitar las horas centrales del día y la exposición solar directa. Sin embargo, la luz solar favorece el paso de provitamina D en la piel a vitamina D que intervienen en el metabolismo óseo, por lo que, si el tiempo lo permite, es bueno que sus brazos y piernas estén al descubierto.

7. Llanto.

Es el recurso que tienen los R.N. para manifestar lo que les pasa, ya sea físico o emocional, y por lo tanto necesita una respuesta; cogerlo, intentar averiguar por qué llora y calmarlo sería lo adecuado. El niño/a expresa con su llanto lo que siente, ya sea hambre, frío o calor, cansancio, gases, dolor, incomodidad por tener el pañal sucio, la ropa muy ajustada, por el roce de algún objeto, por la necesidad de contacto físico con sus padres o, simplemente, porque necesita que le mimen. Los R.N. que realizan “piel con piel”, lloran menos veces y durante menos tiempo que los que no lo practican.

Existen dispositivos para el porteo (mochila, fular) que permiten llevarlo sujeto a nuestro cuerpo y puede ser útil, ya que lo relaja y permite a los padres mayor libertad de movimientos.

No se recomienda ofrecer al R.N. suplementos de leche o infusiones de plantas (algunas muy tóxicas como el anís estrellado) para calmar el llanto; así como agitarlo o zarandearlo que puede resultar muy peligroso.

Coger al niño/a en brazos no lo va a “malcriar”; todo lo contrario, aumenta la confianza en sus padres, se relaja y aprende nuevas formas de comunicación.

8. Cólico.

Es un problema frecuente, benigno y autolimitado de etiología funcional que puede aparecer a partir de las dos semanas de vida y desaparece de manera espontánea hacia el 3º- 4º mes. Es más frecuente en niños/as alimentados con lactancia no materna aunque también puede aparecer en los que toman LM exclusiva.



La definición siguiendo los criterios de Roma IV es: “episodios de llanto intenso e irritabilidad durante más de 3 horas al día, más de 3 días a la semana y por más de 3 semanas de duración, en un niño/a sano y bien alimentado”(Blesa Baviera, 2017).

Clínicamente, se caracteriza por episodios de llanto repentino, más frecuentes por la tarde noche que pueden durar de varios minutos a varias horas. En estos episodios se muestra vigoroso, con expresión de dolor, puños cerrados, flexión de extremidades inferiores sobre el abdomen y enrojecimiento facial por el esfuerzo. Estos síntomas no se asocian con fiebre, fallo de medro o enfermedad del lactante que estará asintomático en los periodos intercrisis.

Se desconoce su etiología aunque pueden estar implicados varios factores como problemas en la técnica en la alimentación (niño/a ansioso al inicio de la toma, o en el caso de lactancia artificial no utilizar la tetina adecuada), prácticas coercitivas para que tome más cantidad, nerviosismo o estrés en el entorno, intolerancias o alergia a determinados componentes de la leche, problemas derivados de la inmadurez intestinal o alteraciones de la microflora intestinal.

Dada su tendencia a la resolución espontánea en un 90% de los casos la finalidad del tratamiento consiste en ayudar y tranquilizar a los cuidadores.

Recomendaciones:

- Evitar la excesiva ansiedad del niño/a en las tomas, procurando hacerlo en un lugar tranquilo y evitando que esté hambriento comiendo muy deprisa y tragando mucho.
- En los niños/as amamantados la madre evitará las bebidas excitantes como la cafeína o alcohol.
- En el momento del cólico puede ayudar colocarlos boca abajo sobre nuestro antebrazo, con la cara hacia el codo, de manera que nuestra mano puede hacer cierto masaje en el abdomen, mientras la mano libre acaricia suavemente la espalda. El contacto piel con piel y el porteo también puede ayudar a calmarlo.
- Revisar la técnica de alimentación (LM o Lactancia no materna), expulsión adecuada de los gases tras cada toma.
- En casos muy seleccionados, valorar la retirada de proteínas de leche de vaca (PLV) de la dieta de la madre en casos de bebés alimentados con LM exclusiva o el cambio de la leche de fórmula por un hidrolizado de caseína de niños/as alimentados con lactancia no materna Existe evidencia reciente de que el uso de ciertos probióticos (Lactobacillus Reuteri DSM 17938) reduce la duración de los episodios de llanto respecto a los controles, siendo este efecto aún mayor en niños/as amamantados. (Espín Jaime, 2018)



- Los extractos vegetales tan utilizados en nuestra cultura popular (anís estrellado, hinojo, camomila, melisa) NO son útiles y además pueden producir toxicidad neurológica y riesgo de convulsiones por lo que deben desaconsejarse.
- Otros fármacos como dimeticona, domperidona no han demostrado su eficacia ni su seguridad.

9. Hipo-estornudo-regurgitación.

El hipo y el estornudo son reflejos normales y muy frecuentes en niños/as y, por lo tanto, no deben ser motivo de preocupación y no necesitan ningún tipo de medida terapéutica.

La regurgitación es un trastorno gastrointestinal funcional y transitorio, que consiste en el retorno involuntario de leche deglutida a la boca sin esfuerzo, no es necesario el tratamiento ni cambio de alimentación salvo en casos seleccionados. Ocurre hasta en un 70% de niños/as sanos sin repercusiones sobre la ganancia ponderal, especialmente entre el 1º y 4º mes de vida. Es frecuente que acompañe o siga al eructo después de las tomas.

10. Chupete.

El chupete no es necesario pero tampoco existe una contraindicación absoluta. Deben ser pequeños, anatómicos, blandos y de una sola pieza.

El uso del chupete al dormir puede ser un factor preventivo del SMSL, por lo que se recomienda ofrecerlo sin forzar. A los alimentados con lactancia materna se recomienda retrasar esta práctica hasta que la Lactancia Materna esté bien establecida, alrededor del mes de vida; aunque no está claro que el uso del chupete interfiera en la instauración de la misma.

Debe cumplir los requisitos de seguridad regulados por la normativa europea. Antes de su primer uso es necesario esterilizarlo o hervirlo. Debe guardarse en un chupetero limpio y seco y es conveniente sustituirlo cada 1-2 meses. Nunca debe utilizarse una cuerda o collar alrededor del cuello para sujetar el chupete dado el riesgo de asfixia que supone y no debe impregnarse en sustancias ni alimentos dulces.

11. Prevención de accidentes.

- 11.1 Accidentes de tráfico:(DG de Tráfico del Ministerio del Interior, 2015). Utilizar sistemas de retención infantil homologado en sentido contrario a la marcha, evitar el uso de capazo.
- 11.2 Caídas y traumatismos: Nunca se debe dejarlo solo en una superficie alta (cama, cambiador, sillón, etc), ni solo con hermanos/as pequeños, cuando vayan en sillas de paseo o dispositivos deben de ir siempre con los métodos de sujeción correctos y extremar las precauciones con los animales domésticos.



- 11.3 Asfixia y estrangulación: Vigilar la ropa con adornos, lazos, botones; evitar el uso de pulseras, cadenas o imperdibles. Suprimir en la cuna el uso de almohadas.
- 11.4 Quemaduras: Comprobar la temperatura del agua del baño y de la leche del biberón. Evitar los paseos en los horarios de máxima radiación solar, evitando la exposición directa. La playa no se recomienda hasta los 6 meses, y siempre con protección.

12 . Consejos de salud oral para niños/as.

El cuidado de los dientes y encías comienza desde el primer día de vida limpiándole suavemente las encías con un paño húmedo, gasa pequeña después de amamantar o darle el biberón.

La lactancia materna durante más de 40 días puede actuar preventivamente e inhibir el desarrollo de caries en la dentición primaria, mientras que algunas fórmulas lácteas pueden ser cariogénicas.

La lactancia materna contribuye notablemente al crecimiento y desarrollo del aparato masticatorio y mejora la oclusión en etapas posteriores del desarrollo infantil. También se pueden prevenir las maloclusiones evitando la utilización de chupetes no anatómicos.

Está fuertemente desaconsejado endulzar el chupete con sustancias dulces (azúcar, miel, etc.) y dejarlo dormir con el biberón en la boca; ya que favorece el desarrollo de la caries rampante del biberón.

Los progenitores deben ser asesorados sobre la identificación precoz de signos de alarma de hijo /a.



SIGNOS DE ALARMA DEL R.N.
➤ Hipertermia (> 37,5°C axilar).
➤ Hipotermia (< 36,5°C axilar).
➤ Taquipnea (FR > 60 rpm), aleteo nasal, quejido, tiraje subcostal, intercostal, retroesternal o desbalance toracoabdominal.
➤ Apnea (pausa respiratoria de > 20 segundos) o bradipnea.
➤ Coloración cianótica.
➤ Hipotonía.
➤ Movimientos anómalos y repetitivos.
➤ Rechazo de ingesta.
➤ Ausencia de deposiciones, disminución de diuresis.
➤ Ictericia a las 24 horas de vida y/o progresiva.
➤ Cordón umbilical enrojecido con secreción o maloliente.
➤ Regurgitaciones o vómitos excesivos.
➤ Deposiciones rojas o trazos de sangre.
➤ Irritabilidad o somnolencia.

LACTANCIA

La lactancia materna aporta beneficios para la madre y el R.N. Promueve un frecuente y estrecho contacto físico con el R.N. y la creación del vínculo afectivo, lo que resulta óptimo para su desarrollo y hace que la madre experimente un gran sentimiento de satisfacción y autoestima.

La evidencia científica ha demostrado beneficios tanto para las madres como para los R.N. Los R.N. no amamantados tienen más enfermedades, más graves y de mayor duración. El efecto protector de la lactancia materna no se limita a los primeros meses de vida, sino que perdura posteriormente durante años. “La lactancia materna de más de tres meses de duración puede disminuir hasta un 77% el riesgo de otitis media, un 75% el riesgo de infecciones respiratorias de vías bajas, un 40% el riesgo de asma y un 42% el riesgo de dermatitis atópica. Una lactancia materna de más de seis meses de duración puede disminuir también el riesgo de padecer leucemia en un 20% y en un 36% el riesgo de muerte súbita. Además, parece que la lactancia materna disminuye el riesgo de enfermedad celíaca, obesidad y diabetes de tipo 1 y tipo 2 en la edad adulta” (Ministerio de Sanidad, 2017)



Amamantar ayuda a la madre a mejorar su salud presente y futura, reduciendo las hemorragias posparto, mejorando la remineralización ósea posparto, disminuyendo el riesgo de cáncer de mama, ovario y de diabetes tipo 2, entre otros beneficios”.

Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y otros organismos nacionales e internacionales recomiendan que todos los R.N. sean amamantados en exclusiva durante los primeros seis meses y junto con otros alimentos complementarios hasta los dos años de edad o más, mientras madre e hijo/a lo deseen.

Actualmente, la protección y el apoyo a la lactancia materna son considerados por las organizaciones y autoridades sanitarias de todo el mundo un área de acción y atención prioritarias.

Para obtener estadísticas fiables y comparables es preciso unificar las definiciones sobre el tipo de lactancia (O.M.S., 2009) (OMS IHAN España, 2016):

- **Lactancia materna exclusiva:** el niño/a recibe sólo leche materna y ningún otro líquido ni sólido a excepción de medicinas o vitaminas. La leche materna incluye leche extraída, la leche puede ser administrada por diferentes formas y no solo por succión al pecho.
- **Lactancia materna** (cualquiera, “any breastfeeding” en inglés)(Lactancia Mixta): el niño/a ha tomado leche materna junto con preparados para lactantes (fórmula).
- **No lactancia materna:** el niño/a no ha tomado nada de leche materna.

LACTANCIA MATERNA EN PARITORIO

La matrona favorecerá el contacto piel con piel, si la madre desea amamantar deberá facilitar el inicio de la lactancia en los primeros 60 minutos. La matrona supervisará cómo se realiza ese agarre al pecho. Anexo I del (Ministerio de Sanidad, 2017)

Es importante que el R.N. realice un agarre espontáneo durante este periodo. Si esto no se produce y antes de que finalice la primera hora, un profesional ofrecerá apoyo, interfiriendo lo menos posible entre el R.N. y su madre Anexo 3 del (Ministerio de Sanidad, 2017)

- Si no se consigue la primera toma a pesar de la ayuda, se informará a la madre sobre los signos precoces de hambre y como identificar los signos y síntomas de alarma. Anexo VI del (Ministerio de Sanidad, 2017).
- Si a pesar del apoyo del profesional, el agarre no es posible, se recomienda la extracción temprana del calostro para favorecer el inicio de la lactogénesis.
- El contacto piel con piel inmediato tras el parto, incluyendo a los nacidos por cesárea implica beneficios no solo para la lactancia materna, sino que además facilita la adaptación



del R.N. al medio, el vínculo entre la madre y el hijo, la regulación de la temperatura corporal del R.N. y disminución del llanto.

LACTANCIA MATERNA DURANTE LAS PRIMERAS 24H DE VIDA DEL RN

Durante la estancia hospitalaria los profesionales facilitarán la instauración de la lactancia materna exclusiva.

En este periodo se identificará si existe dificultad en el agarre y/o transferencia de leche utilizando la escala LATCH (Anexo II) y se ofrecerá apoyo a las madres que lo necesiten.

Las madres recibirán ayuda práctica para que aprendan la extracción y conservación del calostro o la leche por si fuera necesario e información para que, en caso de precisar suplemento, puedan elegir entre los diferentes sistemas de administración de suplementos de leche materna que mejor se adapte a sus necesidades con la menor interferencia en la lactancia materna. Anexo X, XI y XII del (Ministerio de Sanidad, 2017).

No se recomienda la realización de controles de glucemia ni la administración de suplementos (preparados para lactantes) de forma rutinaria a los R.N. sanos, salvo que presenten clínica sugestiva de hipoglucemia u otros motivos clínicos por los que sea necesario. En estos casos el personal sanitario transmitirá confianza a las madres y prestará el apoyo y el seguimiento adecuado para superar sus dificultades.

LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Debemos vigilar y prestar el apoyo necesario a la lactancia materna en todas las visitas y especialmente en aquellos casos en los que se identifique una pérdida de peso neonatal igual o superior al 7% al alta hospitalaria.

En las primeras visitas del Programa de Salud Infantil se utilizará la escala LATCH para valorar la evolución de la lactancia materna y corregir las dificultades.

Para valorar el crecimiento del niño/a se emplearán las curvas de crecimiento de la O.M.S., puesto que son las únicas que muestran el crecimiento de un niño/a en condiciones óptimas.

Es importante explicar a las madres que el R.N. debe hacer tomas frecuentes asegurando 8-12 tomas/día, favoreciendo las tomas nocturnas y que si es preciso hay que despertarle. Por otro lado, la extracción del calostro y de la leche está indicada si el R.N. no hace tomas efectivas para estimular la producción de la leche en la madre y asegurar la alimentación del R.N. Se recomienda que la leche materna extraída se administre mediante métodos de suplementación que no interfieran en la instauración de la lactancia materna (vaso, jeringuilla, sistemas de relactador, cuchara).



LACTANCIA MATERNA (LACTANCIA MATERNA SUPLEMENTADA CON PREPARADOS PARA LACTANTES O LACTANCIA MIXTA)

La leche materna es la mejor elección para la alimentación del R.N. En muy pocos casos es necesaria la suplementación, la primera opción sería realizarla con leche materna extraída. En estos casos es imprescindible la valoración de la madre, del R.N. y de una toma al pecho antes de decidir administrar suplementos. Si se decide la suplementación con preparados para lactantes, debemos tener en cuenta que la producción de la leche materna podría verse afectada ya que depende directamente de la demanda del R.N.

No existe una fórmula para introducir el suplemento; en algunos casos los R.N. se adaptan rápidamente y en otros es más complicado; siempre es preferible ofrecerle primero el pecho y después el suplemento. Es posible que rehuse en las primeras tomas el suplemento, especialmente si se lo da la madre ya que siente el olor y prefiere el pecho; podemos aprovechar para que se lo dé el padre o pareja, de esta manera los hacemos partícipes de la alimentación de su hijo/a. Anexo XIII del (Ministerio de Sanidad, 2017).

Podemos encontrarnos con sentimientos de culpa por parte de la madre, los/las profesionales deben tranquilizarlas y apoyarlas en este proceso enfatizando los beneficios que le aporta el mantener la lactancia materna.

Indicaciones para la administración de suplementos

1. Condiciones médicas del R.N. que pueden requerir suplementos temporalmente (leche materna extraída o de fórmula).

- Hipoglucemia.
- Evidencia clínica y/o de laboratorio de deshidratación.
- Hiperbilirrubinemia o ictericia neonatal por ingesta de leche insuficiente a pesar de una intervención adecuada.
- Alimentación insuficiente a pesar de que el suministro de leche es adecuado (transferencia pobre de leche).

2. Condiciones de madres sanas cuyos hijos/as pueden requerir suplementos temporalmente:

- Retraso en la lactogénesis asociada a la ingesta insuficiente de leche del R.N.
- Retención de placenta (la lactogénesis probablemente ocurra después de que los fragmentos de placenta sean retirados).



- Insuficiencia glandular primaria (insuficiencia primaria de la lactancia) que ocurre en menos del 5% de las mujeres. Se manifiesta por un pobre desarrollo mamario durante el embarazo y señales mínimas de lactogénesis.
- Patología o cirugía mamaria que ocasiona hipogalactia.
- Dolor intolerable durante los periodos de alimentación que no se alivia con ninguna intervención.

3. Necesidad de separación de la madre y del lactante.

BANCOS DE LECHE MATERNA

La lactancia materna es el mejor alimento para cualquier niño/a, especialmente si está enferma o es prematura. Después de la leche de su propia madre, la leche humana donada es la mejor opción para esos niños/as porque se asimila mejor que la fórmula artificial, les protege de infecciones y mejora sus posibilidades de recuperación, supervivencia y desarrollo (Organización Mundial de la Salud y UNICEF).

Un banco de leche humana son dispositivos sanitarios que se establecen para la obtención de leche humana mediante su recolección, procesamiento, almacenamiento y dispensación con todas las garantías sanitarias a los niños/as que necesiten este producto biológico. Las donantes son mujeres que estén lactando durante los 6 primeros meses de vida de su hijo/a y que estén dispuestas a la extracción de su leche para donarla y gocen de buena salud.

No podrá ser donante la mujer que:

- Consume drogas ilegales, o tabaco, alcohol, cafeína u otros tóxicos en exceso.
- Tiene infecciones como VIH (virus del SIDA), hepatitis o sífilis o padece ciertas enfermedades.
- Toma medicamentos o hierbas que puedan perjudicar a otro niño/a que no sea el suyo propio.

Los/as receptoras de las donaciones varían según los criterios que se apliquen en cada banco. Se prioriza su administración a recién nacidos pretérminos con peso < 1500 gramos, recién nacidos de muy bajo peso, recién nacidos con episodio de hipoxia/ isquemia intestinal y en cardiopatías congénitas.

En general los receptores son niños/as prematuros/as, niños/as sometidos a intervenciones quirúrgicas cuando su madre no se la puede facilitar, niños/as alérgicos o con intolerancia a la leche artificial, malabsorción deficiencias inmunológicas, enfermedades infecciosas crónicas,



enfermedades metabólicas, anomalías congénitas o cualquier niño/a amamantado que por cualquier otro motivo su madre no pueda facilitársela. (Hernández Gallego et al., 2009)

NO LACTANCIA MATERNA (LACTANCIA ARTIFICIAL)

Las mujeres embarazadas que, después de recibir información acerca del amamantamiento, deciden alimentar a sus hijos/as con preparados para lactantes, deberían recibir apoyo e información, individualizado, acerca de cómo hacerlo **de manera segura y correcta**. Esto es también aplicable para aquellos casos en los que la lactancia materna no es posible o en situaciones excepcionales en las que está contraindicada. **Los preparados para lactantes** constituyen, en nuestro medio, la única alternativa adecuada para estos casos.

El diseño de estos preparados sigue el modelo de la leche humana, tratando de imitar su composición y, más recientemente los efectos funcionales que ésta proporciona; sin embargo, existen muchos componentes de la leche humana (hormonas, citoquinas, células, factores de crecimiento) que difícilmente podrán incorporar estos preparados. (Moreno-Villares, 2011).

La Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) establece las recomendaciones para su composición, tanto en macro como micronutrientes como en sus proporciones.

En la actualidad, la tendencia es recomendar la lactancia artificial *a demanda*, respetando las señales de hambre y saciedad del lactante; de manera similar a los lactantes alimentados al pecho, así como evitar actitudes coercitivas para que acabe el volumen preparado; es más fisiológico que no quede leche sobrante en el biberón y, si es necesario, preparar un poco más. Se puede iniciar la alimentación del R.N. con 5-10 ml. por toma, aumentando progresivamente en función de la demanda del niño/a. Hay que tener en cuenta que la capacidad gástrica del neonato es la misma independientemente del tipo de lactancia que reciba y, por lo tanto nuestra actitud debe ser igual.

Estudios recientes relacionan la ingesta de grandes volúmenes de leche de fórmula, así como tener una pauta con horarios fijos, con ganancias ponderales significativamente mayores durante la lactancia (Wood et al., 2016).

Preparación del biberón

Los preparados en polvo para lactantes no son estériles, pueden contener bacterias nocivas; los preparados en forma líquida, listos para tomar, son productos estériles pero pueden contaminarse con bacterias ambientales potencialmente nocivas después de su apertura, manejo y administración.



Para la reconstitución y preparación de las fórmulas en polvo deben seguirse, de manera estricta los siguientes pasos:

1. **Lavado de manos y limpieza del lugar** donde se va a preparar. Las personas que presenten un cuadro infeccioso deben extremar las medidas de higiene previo a la preparación del mismo.
2. Después de cada uso, **limpiar minuciosamente los biberones y las tetinas con agua caliente jabonosa**, utilizando un cepillo para retirar los restos de leche; posteriormente **se esterilizan** mediante ebullición durante 10 minutos, sumergiendo en líquidos esterilizadores o usando esterilizadores de microondas. Se recomienda mantenerlos cubiertos en un lugar limpio.
3. Se recomienda **hervir el agua para la preparación**, tanto si es agua del grifo como agua embotellada, durante un minuto, y añadir un minuto por cada 1.000 metros por encima del nivel del mar.
4. **Reconstituir el preparado en polvo** siguiendo las indicaciones del fabricante, generalmente **30 ml. agua** para cada cacito de polvo de **5 gramos. El agua no debe estar a menos de 70°C**, por lo que no debe dejar enfriarse más de 30 minutos después de hervirla.
5. **Enfriar bajo el grifo hasta una temperatura aproximada de 37°C**, y consumir de manera inmediata (y nunca después de 2 horas a temperatura ambiente), desechando lo sobrante. Comprobar la temperatura vertiendo unas gotas sobre el interior de la muñeca.
6. Si no se puede consumir inmediatamente una vez reconstituido, se recomienda **conservar a <5° C y nunca más de 24 horas**. Después de la refrigeración se calentará fuera de la fuente de calor “al baño maría” y nunca durante más de 15 minutos.
7. El **recalentamiento** del preparado una vez reconstituido (calienta biberones o cualquier otra técnica) aumenta el riesgo de contaminación, por lo que está desaconsejado. Nunca utilizar hornos microondas para recalentar las tomas, estos hornos no calientan los alimentos de manera uniforme y pueden producir quemaduras en la boca del/a bebé. Si no puede disponer de agua hirviendo, tal vez desee utilizar preparaciones para lactantes líquidas estériles. También puede preparar las tomas utilizando agua potable limpia a temperatura ambiente y administrar el alimento de inmediato. Las tomas preparadas con agua a menos de 70°C deben consumirse inmediatamente; no deben almacenarse para utilizarlas más adelante. Deseche todos los restos de tomas al cabo de dos horas. La ESPGHAN discrepa en el uso de agua hirviendo en la reconstitución de fórmula a altas temperaturas por el riesgo de quemadura y la pérdida de algunos nutrientes



recomendando la preparación de la fórmula para cada toma, desechando la fórmula sobrante y evitando, una vez preparados, el guardarlos en termos o calentadores.

Cuando se opta por la lactancia artificial puede ser necesaria la administración de inhibidores de la secreción láctea a la madre, el vendaje o utilización de un sujetador apretado además de evitar la succión del niño/a.

ASPECTOS SOCIALES EN EL PUERPERIO: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Los Factores Sociales de Riesgo se asocian en general con una mayor probabilidad de aparición de enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. La falta o debilitamiento de factores de protección que contrarresten el efecto al que predispone la presencia de factores de riesgo, sitúan a la persona en una situación de vulnerabilidad y propician la aparición de un amplio abanico de problemas de salud.

El embarazo en la adolescencia, las limitaciones físicas, psíquicas o intelectuales de la madre, el consumo de sustancias adictivas o la carencia de apoyo social tienen un efecto directo en los autocuidados que se requieren durante el embarazo y puerperio y en los cuidados del R.N.; la sospecha de violencia de género, los antecedentes de maltrato en progenitores o las medidas precedentes de protección de menores en el núcleo familiar, representan un riesgo importante para la salud tanto de la madre como del R.N.; el nacimiento de un hijo/a que precisa ingreso prolongado o que presenta problemas de salud, la responsabilidad en el cuidado de otros miembros de la familia que presentan situaciones de incapacidad o dependencia, ya existente o sobrevenida, pueden suponer una dificultad añadida ante la que se requiere adoptar nuevas fórmulas en la organización de los cuidados (Hernández Gallego et al., 2009)

La identificación de éstas y otras circunstancias psicosociales (conflictos de relación, dificultades familiares, problemas de conciliación de la vida familiar y laboral...) permitirá prevenir sus efectos potenciales en los cuidados que se requieren durante el puerperio y la lactancia y en el mantenimiento de unas condiciones óptimas de salud tanto en la madre como en el R.N. Para la consecución de este objetivo, las y los profesionales de la salud ocupan una posición privilegiada.



FACTORES SOCIALES DE RIESGO
Madre adolescente.
Carencia de apoyo social.
Limitación física, psíquica y/o intelectual (derivada de patología, discapacidad, accidente...) en la madre/padre/persona cuidadora, para el autocuidado y/o para el cuidado del hijo o la hija.
Consumo activo de tóxicos y/o alcohol en la madre/padre/persona cuidadora.
Riesgo o presencia de violencia de género.
Antecedentes de maltrato en la madre/padre/persona cuidadora.
Antecedentes de medidas de protección de menores en el núcleo familiar.
Privación de libertad de progenitores.
Dificultad de la madre para establecer vínculo con R.N.
Nacimiento de hijo/a que precisa ingreso prolongado o que presenta problemas de salud limitantes.
Responsabilidad en el cuidado de otro/s miembros de la familia que presentan dependencia.
Problemas con la vivienda: falta de suministros, infravivienda (cueva, caseta, sin baño, mal acceso...).
Otras circunstancias psicosociales que comprometen los cuidados (conflictos de relación, dificultades familiares, problemas económicos, de conciliación de la vida laboral y familiar...).

Las sucesivas consultas durante esta etapa, tanto en atención hospitalaria como en atención primaria, son la mejor oportunidad para identificar factores sociales de riesgo, introduciendo durante las mismas algunas preguntas que facilitan su detección. También lo son para promover y facilitar la realización de la valoración social cuando se sospecha o se constata la presencia de alguno/s de estos factores.

Hay que tener en cuenta que la presencia de uno o más factores sociales de riesgo no compromete necesariamente la salud y los cuidados y es la valoración social la que permite confirmarlo o no, a partir del estudio del alcance, intensidad y concurrencia de éstos así como del efecto de otros tantos factores de protección existentes o potenciales.



Preguntas exploratorias para la identificación de factores sociales de riesgo

- ¿Ha habido algún cambio en la familia?
- ¿Cómo van las cosas con tu pareja?
- ¿Tienes a alguien que te ayude cuando llegues a casa?
- ¿Tienes alguna dificultad?
- ¿Cómo te estás organizando para los cuidados...?
- ¿Necesitas ayuda para cuidarte?
- ¿Tienes alguna dificultad para cuidar a tu hijo o hija?
- ¿Cómo ha sido el control de tu embarazo?

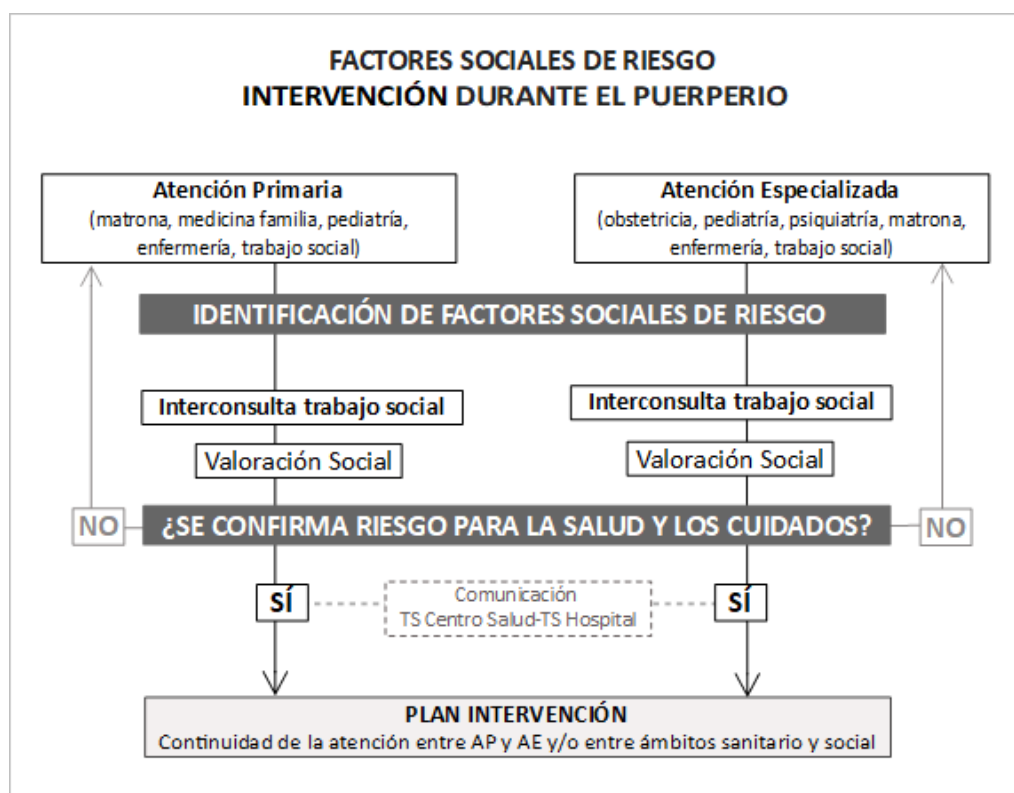
Expresiones para la derivación a trabajo social

A las personas que tienen dificultades como las que planteas le recomendamos que vea a la trabajadora social....

La trabajadora social puede orientarte, informarte de cuestiones que pueden ayudarte...

En la próxima visita consultamos a la trabajadora para ver qué nos dice, ¿te parece?.

La intervención desde el trabajo social durante la prestación de la asistencia sanitaria va dirigida a favorecer los cuidados para la salud y la autonomía, considerando las circunstancias personales, familiares, del entorno, de los sistemas de protección social, etc., y promoviendo el refuerzo de factores de protección para hacer efectivo el cumplimiento terapéutico y la prestación de cuidados a menores en las mejores condiciones. La competencia para afrontar los autocuidados y cuidados a menores, y la provisión de apoyo desde las redes formal e informal constituyen aspectos básicos en la intervención en los procesos asistenciales que se generan en esta etapa, compartidos por atención primaria y atención hospitalaria.





ANTICONCEPCIÓN POSPARTO

En la elección de un método anticonceptivo posparto, es importante considerar varios factores, como son, las preferencias de la mujer, los factores médicos, el momento del inicio del anticonceptivo, el riesgo de tromboembolismo venoso, la ovulación y el impacto en la lactancia (Sonalkar & Mody, 2019).

Se deberían considerar durante el control prenatal, las preferencias de la mujer, los riesgos y beneficios de varias opciones anticonceptivas para que la mujer tenga el tiempo adecuado de considerar sus opciones y resolver sus dudas (Braaten & Dutton, 2019)

Ventajas del inicio temprano de la anticoncepción posparto:

- Aumenta su utilización y reduce el riesgo de embarazo no deseado.
- Descarta un embarazo en ese momento.
- Se va de alta con un método anticonceptivo fiable, no necesita volver a consulta para otra visita.
- Disminuye probabilidad que se quede embarazada o que el intervalo entre los nacimientos sea corto.

Tras una gestación con R.N. vivo, el intervalo recomendado antes de buscar una nueva gestación es de al menos 24 meses. El objetivo es reducir los riesgos maternos y perinatales. Tanto los intervalos cortos como los demasiado largos aumentan los riesgos. Los periodos entre gestación de 6 meses o menos se asocian con un aumento de riesgo de mortalidad materna. Si es de 18 meses o menos hay un aumento de riesgo de mortalidad perinatal, neonatal e infantil, bajo peso al nacer, de R.N. pequeños para la edad gestacional y de prematuridad.

La ovulación en las mujeres con lactancia no materna se produce alrededor de los 25-39 días posparto. Las mujeres con lactancia materna exclusiva suelen tener un retraso en la reanudación de la ovulación después del parto, pero la menstruación no se puede utilizar como un marcador fiable de cuándo iniciar la anticoncepción.

La inhibición de la secreción de prolactina con un agonista dopaminérgico, está asociado con un aumento de la secreción de gonadotropinas en la segunda semana posparto, por lo que la ovulación y menstruación se producirán más tempranamente. Estas mujeres requerirán anticoncepción a partir de la segunda semana posparto.

Debemos individualizar el consejo contraceptivo tras el parto y adaptar nuestras recomendaciones a las necesidades y situación de cada mujer, evitando la preocupación/temor de una nueva gestación.



Los métodos más adecuados son los que requieren la mínima intervención por parte de la usuaria evitando fallos de cumplimentación. En este sentido, los métodos reversibles de larga duración son los que mejor se adaptan a este perfil. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, n.d.).

INFLUENCIA DE LOS DISTINTOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SOBRE EL RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV)

En el puerperio existe un estado de hipercoagulabilidad, producido por un aumento de factores procoagulantes, una resistencia a los anticoagulantes endógenos, disminución de la proteína S y disminución de la fibrinólisis. La mayoría de estos factores vuelven a la normalidad progresivamente entre 1-8 semanas.

A este estado de hipercoagulabilidad hay que sumar el estasis venoso y el daño vascular que acontece durante el parto, factores que aumentan de forma significativa el riesgo de ETV en el puerperio. No obstante, el riesgo disminuye rápidamente a partir de los 21 días posparto, volviendo a la línea de base a los 42 días, junto con la restauración del flujo venoso.

La Enfermedad Tromboembólica (ETE) es una complicación asociada al uso de anticoncepción hormonal, afectando casi en exclusiva al sistema venoso (Trombosis Venosa Profunda, tromboembolismo pulmonar y con menos frecuencia la trombosis del seno venoso cerebral). La ETE es una entidad compleja, en la que intervienen múltiples genes (poligénica), y donde juegan un papel determinante la interacción de factores de morbilidad de la mujer considerados “de riesgo” y numerosos factores ambientales.

Estos factores de riesgo de la mujer incluyen fumadora de más de 35 años, ETV previo, trombofilia, inmovilidad, transfusión durante el parto, índice de masa corporal (IMC) superior a 30, hemorragia posparto, cardiomiopatía periparto, tabaquismo y preeclampsia entre otros.

Los factores de riesgo ejercen un papel amplificador o sinérgico, en el sentido en que la coexistencia de varios de ellos en una misma mujer condiciona una potenciación del riesgo de trombosis. A día de hoy no existe ninguna herramienta o test diagnóstico individual con fiabilidad predictiva para la ETE.

El puerperio es un periodo de tiempo en el que el riesgo basal de ETV se encuentra aumentado y en el que el manejo de los anticonceptivos hormonales (AHC) que contienen estrógeno debe de ser realizado con cuidado.



Incidencia de ETV:

Mujeres que no toman AHC:	2 a 4 casos /10.000 mujeres/año
Mujeres que toman AHC:	9-10 casos/10.000 mujeres año
Embarazo:	29,4 casos/10.000 mujeres/ año
Posparto:	300-400 casos/10.000 mujeres año.

Los métodos anticonceptivos a expensas de solo gestágenos (MSG) no parecen aumentar significativamente el riesgo de ETV.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S.)

Son recomendaciones basadas en consensos que permiten a los profesionales de la salud aconsejar a la usuaria el método anticonceptivo más apropiado para elegir.

Para cada condición o situación médica relevante, se establece una categoría que define la actitud a seguir en una circunstancia médica concreta en términos de elegibilidad del método contraceptivo. Estas condiciones médicas pueden ser tan diversas como la edad, momento del posparto, lactancia, antecedentes o presencia de procesos tromboembólicos, dislipemias, enfermedades cardiovasculares, migrañas, patología hepática, obesidad, etc. Las categorías de los criterios médicos de elegibilidad se recogen en la Tabla I. En la Tabla II se presentan los criterios de elegibilidad de la O.M.S. durante el periodo posparto.

Tabla I. Categorías de los criterios de elegibilidad de la O.M.S. durante el posparto.

CATEGORÍA	DEFINICIÓN
Categoría 1	➤ No hay restricción para el uso del método elegido
Categoría 2	➤ Los beneficios de utilizar el método anticonceptivo elegido superan a los riesgos
Categoría 3	➤ Los riesgos de utilizar el método anticonceptivo elegido superan a los beneficios
Categoría 4	➤ El riesgo de utilizar método anticonceptivo es inaceptable y está controlado

* Fuente: SEGO 2017



Tabla II. Criterios de elegibilidad de la OMS durante el posparto.

	AHC	MSG Píldora	MSG Inyectable	Implante	DIU-LNG
Posparto sin lactancia < 3 semana y sin FR ETV	3	1	1	1	1
Posparto sin lactancia > 3 semana y sin FR ETV	1	1	1	1	1

*Fuente: SEGO 2017

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL PUERPERIO

1. Lactancia-amenorrea.

La amenorrea durante la lactancia materna (MELA) como método anticonceptivo es una opción segura siempre que se cumplan 3 criterios:

- Amenorrea
- La alimentación del R.N. sea lactancia materna exclusiva con tomas frecuentes día y noche.
- Menos de 6 meses después del parto.

La eficacia de la MELA disminuye y se deben de iniciar métodos anticonceptivos alternativos, si se suspende el régimen de exclusividad de la lactancia, (aunque sea tan solo espaciando las tomas de la noche), si aparece la menstruación o una vez pasados los primeros 6 meses de vida del lactante, la inclusión de un método anticonceptivo se debería realizar antes de que la eficacia de la MELA disminuya y así evitar el riesgo de gestación.

2. Métodos barrera.

Los métodos de barrera, como el diafragma, el capuchón cervical, la esponja y los preservativos (masculinos y femeninos), pueden usarse en cualquier momento tras el parto ya que no contienen hormonas, no interfieren en la lactancia, ni tienen riesgo asociado a su uso de tromboembolismo. La principal desventaja para todos los métodos de barrera es una menor eficacia en comparación con la anticoncepción reversible de acción prolongada y la anticoncepción hormonal.

3. Anticonceptivos hormonales.

Incluyen la combinación de estrógeno y gestágeno (Anticonceptivos Hormonales Combinados) y están disponibles en diferentes vías de administración, pautas (píldora diaria, anillo vaginal cada 3 semanas y parche dérmico semanal) y composición (estrógeno natural o sintético, diferentes gestágenos). Existen también comprimidos orales que contienen únicamente gestágenos (minipíldoras), preparados de administración retardada en forma Depot intramuscular o incluso implantes subdérmicos de liberación retardada. En este grupo se incluye también el DIU liberador



de Levonorgestrel (DIU-LNG). Todos ellos se denominan MSG: métodos sólo de gestágenos. (Tabla III).

Tabla III. Clasificación de los métodos hormonales.

Anticonceptivos hormonales combinados	<ul style="list-style-type: none">- Orales<ul style="list-style-type: none">• Con etinilestradiol+Gestágeno• Con estradiol+Gestágeno- Transdérmico<ul style="list-style-type: none">• Con etinilestradiol+Norgestimato- Vaginal<ul style="list-style-type: none">• Con etinilestradiol+Etonogestrel
Anticonceptivos hormonales orales con solo gestágenos	<ul style="list-style-type: none">- Con desogestrel
Métodos LARC hormonales	<ul style="list-style-type: none">- Inyectable<ul style="list-style-type: none">• Con acetato de medroxiprogesterona- Intrauterino<ul style="list-style-type: none">• Con levonorgestrel- Subdérmico<ul style="list-style-type: none">• Con etonogestrel

*Fuente: SEGO 2017

Ejercen su función anticonceptiva por diversos mecanismos, el primordial es la inhibición de la ovulación por la supresión de los picos de gonadotropinas hipofisarias. También inducen modificaciones en la composición y consistencia del moco cervical (haciéndolo más denso y menos permeable por tanto para el espermatozoide), reduciendo la motilidad tubárica e induciendo modificaciones a nivel endometrial.

Entre los métodos anticonceptivos hormonales, los de acción prolongada (LARC), que incluyen dispositivos intrauterinos de levonorgestrel (DIU) e implantes de progesterona, son los que han demostrado mayor eficacia y efectividad (incidencia de fallo al año del uso para el DIU-LNG de 0,1/100 mujeres/año y de 0,08 para el implante), seguidos de los métodos hormonales de acción corta (incidencia de fallo para la píldora de 2,1/100 mujeres/año, anillo 1,23 y parche 1,24).

Previamente a la prescripción de anticonceptivos hormonales se aconseja realizar una historia clínica detallada que incluya en la anamnesis, antecedentes familiares y personales orientados a descartar situaciones clínicas identificadas como categorías 3 y 4 de la OMS para el uso de anticoncepción hormonal, como la migraña, trombofilia y antecedentes de TEV y una exploración física que incluya la medición de la tensión arterial y el índice de masa corporal.

3.1 Método de sólo gestágenos (MSG).

Píldoras sólo de gestágenos (POP), Implantes e inyectables: se pueden utilizar inmediatamente tras el parto de forma general (categoría 2). Excepto los preparados de Acetato de Medroxiprogesterona Depot (Depoprovera intramuscular, trimestral) y el Enantato de



Norestisterona inyectable (NET-EN) que deben evitarse durante las 6 primeras semanas de lactancia por el riesgo de exposición del neonato a los esteroides (categoría 3).

DIU-LGN: Se puede recomendar su empleo en las primeras 48 horas tras el parto (categoría 2) o a partir de las 4 semanas (categoría 1) siempre y cuando no existe sospecha o antecedentes de sepsis/endometritis puerperal.

No hay restricciones para iniciar MSG en cualquier momento de la lactancia materna, puede ser inmediato tras el parto (píldora solo gestágeno o implante subcutáneo). Si han pasado menos de 6 semanas la categoría es 2 pero a partir de las 6 semanas pasa a categoría 1.

No hay contraindicaciones para iniciar el uso de MSG inmediatamente tras el parto en mujeres que no están lactando.

Tan solo el 0.2% de la dosis diaria de etonogestrel se excreta por la leche materna en usuaria de implantes. También se identificaron bajos niveles similares de hormonas en leche materna en usuarias de píldora de sólo gestágeno, y DIU de levonorgestrel. El implante de etonogestrel tiene una efectividad del 99% en la prevención del embarazo, tiene una alta tasa de continuación y no presenta riesgos específicos para el período posparto.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la O.M.S. sobre el espaciamiento del intervalo entre gestaciones hasta al menos 24 meses, los métodos reversibles de larga duración (LARC) se convierten en una alternativa interesante en estas mujeres.

Debemos informar a las mujeres de las alteraciones del patrón de sangrado que se pueden producir con este método.

3.2 Anticoncepción oral combinada (AHC).

No se ha demostrado que el uso de AHC durante la lactancia tenga algún efecto sobre el crecimiento del niño/a o perjuicio alguno.

El momento de inicio varía según la lactancia materna y el riesgo de TEV, ya que la AHC está asociada a un mayor riesgo de TEV, independientemente del riesgo asociado al periodo posparto.

Recomendaciones de la OMS para el uso AHC durante la lactancia materna.

- Lactancia materna inferior a 6 semanas posparto, la AHC en cualquiera de sus vías de administración, no debe utilizarse. (Categoría 4)
- Lactancia materna superior a 6 semanas pero inferior a 6 meses post parto, no debería utilizarse la AHC. (Categoría 3)
- Lactancia materna superior a 6 meses, se puede usar la AHC. (Categoría 2)



Los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) y la OMS en sus recomendaciones sobre la elegibilidad de los métodos anticonceptivos en el puerperio concluyen que el riesgo de Trombo-Embolismo Venoso (ETV) está especialmente elevado en los primeros 21 días tras el parto por lo que estaría contraindicado el uso de AHC, en cualquiera de sus vías de administración, incluso en ausencia de factores de riesgo de ETV (categoría 3 y 4).

Entre el día 21 y el 42, los AHC estarían contraindicados en mujeres con factores de riesgo de TVE (categoría 3). Ahora bien, en ausencia de factores de riesgo la utilización de AHC en este periodo es posible (categoría 2) en las mujeres sin lactancia materna.

Tras 42 días desde el parto el riesgo de TEV cae hasta niveles similares al riesgo basal y desaparecen las limitaciones en el uso de AHC (categoría 1).

3.3 Anticoncepción de urgencia (AU).

Para las situaciones de anticoncepción de urgencia (AU) durante la lactancia, existen dos recomendaciones generales:

- Se pueden emplear las píldoras combinadas (AHC) y los preparados habituales de AU (LNG) sin restricción alguna (categoría 1).
- El Acetato de Ulipristal puede ser usado para dicho fin (categoría 2).

4. Dispositivos intrauterinos (DIU).

Los DIU (dispositivos de cobre o que liberan levonorgestrel) tienen un 99 por ciento de efectividad y tienen altas tasas de continuación, pero también están asociados con mayores tasas de expulsión cuando se coloca en mujeres puérperas tras el alumbramiento.

Para las mujeres que desean un DIU, el dispositivo se puede insertar inmediatamente después del parto (inserción inmediata o postalumbramiento), en un intervalo de hasta 72 horas después del parto (intervalo de inserción) o tras tres o más semanas después del parto (inserción tardía).

La inserción inmediata se asocia con un mayor riesgo de expulsión pero mejores tasas de utilización en comparación con la inserción tardía. Aunque hay más información sobre la inserción posparto inmediata de los DIU de cobre, la inserción inmediata de los DIU liberadores de levonorgestrel también sería razonable.

Las tasas de perforación parecen ser más altas en las mujeres que amamantan, especialmente cuando más se acerca la inserción a la fecha del parto, que en las mujeres que no amamantan, aunque la perforación sigue siendo una complicación poco común.

Para el caso del DIU-LNG, si la mujer se encuentra entre las 48 horas y las 4 semanas posparto NO se aconseja su inserción por el riesgo de perforación uterina, (riesgo que es aún mayor en las



mujeres que presentaron sepsis puerperal). Antes de las 48 horas se puede emplear (categoría 2) y más allá de las 4 semanas se puede colocar el DIU-LNG sin restricciones (categoría 1).

5. Esterilización tubárica.

La opción de esterilización debe ofrecerse y discutirse a principios del tercer trimestre del embarazo como parte rutinaria de la asesoría sobre la anticoncepción posparto.

La mayoría de los procedimientos de esterilización posparto se realizan mediante laparotomía en el momento del parto por cesárea o mediante minilaparotomía después del parto vaginal. Fuera del posparto se realizan mediante laparoscopia.

Idealmente, los procedimientos posparto se realizan inmediatamente tras el parto o dentro de las primeras 24-48 horas para no aumentar la dificultad debido a la involución uterina o al riesgo de infección. Si no se realiza en el hospital, se considera proceder a la esterilización laparoscópica seis semanas después del parto.

Después del parto vaginal se puede realizar una minilaparotomía infraumbilical. Se crea una incisión transversal o semicircular de 2 a 3 cm (minilaparotomía) en el pliegue infraumbilical, a nivel del fondo uterino.

Métodos de oclusión tubárica:

Existen varios métodos de salpingectomía para la esterilización. La salpingectomía parcial se realiza tradicionalmente; sin embargo, hay un interés creciente en los métodos de escisión, promovidos por recomendaciones para la salpingectomía completa como una estrategia potencial para la prevención del cáncer de ovario.

La salpingectomía parcial es el método preferido. El método específico de salpingectomía parcial empleado para la esterilización posparto se basa en la experiencia y preferencia del cirujano, dado que no hay datos que respalden un método de salpingectomía parcial sobre otro.

Técnica de Pomeroy: La técnica modificada de Pomeroy es el procedimiento de esterilización más común que se realiza y tiene una tasa de fallos de menos del 1%.

Técnica de Uchida: requiere una disección más extensa y mayor tiempo operatorio, tienen un mayor riesgo de hemorragia. Es factible en el momento de la cesárea, pero sería más difícil de lograr a través de una incisión de minilaparotomía. Fue desarrollada para minimizar el riesgo de formación de fístulas tuboperitoneales y el embarazo después de la ligadura de trompas.



SI	NO	MÉTODO	<48 HORAS	<4 SEMANAS	6 SEMANAS	6 MESES
TODAS LAS MUJERES		<i>DIU</i>	SI	NO	SI	SI
		<i>ESTERILIZACION FEMENINA</i>	SI	NO	SI	SI
		<i>ESTERILIZACION MASCULINA</i>	SI	SI	SI	SI
		<i>METODOS BARRERA</i>	SI	SI	SI	SI
		<i>AU</i>	NO	NO	SI	SI

*Fuente: Elaboración propia

SI	NO	MÉTODO	48 HORAS	3 SEMANAS	4 SEMANA	6 SEMANAS	6 MESES
NO LACTANCIA MATERNA		<i>MSG</i>	SI	SI	SI	SI	SI
		<i>HORMONALES COMBINADOS</i>	NO	NO	SI SIN FR	SI SIN FR	SI

*Fuente: Elaboración propia

SI	NO	MÉTODO	48 HORAS	4 SEMANAS	6 SEMANAS	6 MESES
LACTANCIA MATERNA		<i>MELA</i>	SI	SI	SI	SI <6M
		<i>MSG</i>	SI	SI	SI	SI
		<i>HORMONALES COMBINADOS</i>	NO	NO	NO	SI >6M

*Fuente: Elaboración propia



ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES EN EL PUERPERIO

El posparto es una experiencia difícil y compleja para las mujeres, fundamentalmente porque tienen que dar respuesta a múltiples demandas, las demandas del R.N., el deseo de cumplir con las funciones maternas, compaginar estas con otras funciones dentro y fuera de la casa y además sentimientos ambivalentes, a veces cargados de inseguridad, acerca de la forma de cómo se deben cumplir estas funciones. Los reajustes psicológicos y emocionales son característicos de momentos vitales de transición y facilitan la adaptación al cambio.

Dada su importancia, se desarrolla de forma específica en este apartado, los aspectos más relevantes de la salud mental de la mujer en este periodo, con el objetivo de facilitar a los y las profesionales el abordaje y la comunicación con la mujer puérpera, que facilite su adaptación y reestructuración ante la nueva situación. La promoción de la salud mental en esta etapa, pasa por fomentar su autocuidado y empoderamiento, así como, potenciar los recursos psicológicos individuales de cada mujer y de su entorno, para facilitar la transición y promover un apego seguro, la lactancia, la crianza respetuosa y la formación de redes sociales de mujeres.

Debido a los cambios normales en el estado emocional de la mujer y su pareja durante el periodo puerperal, es necesario contar con procedimientos definidos que ayuden a explorar, de forma sistemática, el estado emocional de la puérpera, sus estrategias psicoemocionales y recursos para el manejo de los asuntos diarios, siendo de especial importancia detectar cambios del estado de ánimo o comportamiento habitual de la mujer.

El acercamiento del profesional de la salud a la mujer embarazada y posparto, debe partir de un enfoque centrado en la persona en el que predomine una actitud empática, con capacidad y habilidad para comprender esa realidad subjetiva y singular del momento, considerando su historia vital, sus sentimientos y su contexto (fundamentalmente la pareja), con el fin de infundir serenidad, confianza y seguridad.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS RELEVANTES EN EL PUERPERIO

El comprender algunas variables psicológicas presentes en el embarazo y posparto puede ser el primer paso para mejorar la atención específica a las necesidades de la mujer, prevenir posible psicopatología y facilitar la intervención terapéutica (S.N.S., 2011).

Destacaremos las siguientes variables psicológicas:

1. Expectativas.

La cultura y los roles sociales dominantes van a influir de forma determinante en las expectativas e ideas que tiene la mujer acerca de cómo debe ser su comportamiento, pensamiento y



sentimientos. Infelizmente, todavía hoy, la cultura prescribe que ser una buena madre implica: abnegación, sacrificio, darlo todo por el otro/a, renuncia total, estar al servicio de, ternura “infinita”, etc.. Esta premisa tradicional de mujer como madre total, conceptualiza la maternidad como un rol absoluto de la mujer y esta debe centrar toda su atención en el hijo/a para asegurar su bienestar, ya que depende exclusivamente de ella. Esta idealización de la maternidad y la exaltación de la premisa, de que el bienestar de los hijos/as es responsabilidad exclusiva de la madre, son mitos que atrofian el desarrollo de la mujer y su contexto.

Estos principios pueden estar en la base de ciertos temores y dudas a fallar en el cuidado del R.N., dificultades en interpretar las señales físicas del mismo (llanto, comida, sueño, etc.), sobreimplicación y sobrecarga en el cuidado del R.N., aislamiento de la red social y “olvido” de las necesidades más básicas de la persona como madre y mujer. Es frecuente que estas expectativas culturales, normalmente rígidas, tengan consecuencias negativas en la mujer, en forma de estados de irritabilidad, agotamiento, ansiedad y depresión y puede explicar el porqué las mujeres constituyen la mayoría, entre las personas que solicitan tratamiento. Pero posiblemente más grave es la construcción en las mujeres de una “mente” dependiente, autoinvalidante y culpabilizada (Falicov, 1988).

La nueva premisa es que tanto la mujer como el hombre pueden cumplir con roles expresivos e instrumentales. La cooperación en los cuidados físicos y emocionales facilitará una interacción equilibrada y respetuosa entre los miembros de la pareja.

La transición a “ser madres” es importante para la autoestima, el reconocimiento social y familiar, la satisfacción personal y la construcción de una identidad positiva de una misma. Esta puede ir acompañada de niveles altos de tensión y ansiedad que están relacionadas con el temor a fallar, dudas referente al cuidado de su hijo/a, dudas a no saber interpretar el llanto, dudas a si enferma y si sabrán cuidarlo, si lo alimenta bien o se queda con hambre porque tiene poca leche...Las mujeres necesitan información real de este periodo de cambios, comprensión y apoyo de sus parejas, familia extensa y amigos y del personal sanitario.

2. La relación con la pareja.

La relación de pareja puede sufrir cambios, y tienen que estar preparados y ser capaces de negociar nuevos límites-espacios que hagan viable la convivencia. En determinadas situaciones el padre puede sentirse desplazado a un segundo plano. La exigencia afectiva frecuentemente es un motivo de tensión. Es de vital importancia fomentar la comunicación y la ternura entre la madre, el padre y las criaturas. Si la interacción es positiva y la pareja se involucra con el hijo/a y lo atiende con afecto y alegría, la mujer se va a sentir comprendida, apoyada y segura, lo que lleva a que la interacción con su hijo/a sea más placentera.



Desde el ciclo evolutivo de la pareja, el nacimiento de un hijo o hija, implica cambios que suelen ir acompañados de una fase de crisis en el sentido de que las habilidades y los procesos psicológicos de la etapa anterior (pareja sin hijos) son cuestionados e insuficientes para abordar la nueva etapa. Esta fase iría seguida de una fase de adaptación que sería la puesta en acción de nuevos procesos psicológicos y nuevas habilidades necesarias para resolver las necesidades de esta nueva etapa. Esta crisis de pareja “normal”, generalmente es superada con éxito, aunque también es frecuente que se pongan al descubierto “cuentas pendientes”.

La renegociación del “convenio” de la pareja es un requisito para que ésta salga reforzada, o por lo menos, intacta. Es importante saber que:

- El caos y la confusión es “normal” y forma parte de esta etapa.
- Los miembros de la pareja deben actuar como un equipo y protegerse mutuamente, a través del apoyo, comprensión y afecto frente a las nuevas demandas.
- Es fundamental reconocer cada uno, y como pareja, los cambios y el impacto que produce esta nueva etapa a nivel personal y en la pareja.
- Las demandas de la nueva etapa suelen estar relacionados con el reparto de las tareas domésticas, cuidado del R.N. y/o de los otros hijos e hijas, la actividad laboral, demandas relacionadas con la pareja, demandas relacionadas con la familia y demandas relacionados con el ocio y tiempo libre.

El comprender estos cambios y necesidades de ajuste de todo el sistema familiar, pueden ser suficientes para que la mujer y su contexto sigan dentro de un proceso adaptativo.

3. Paternidad.

El padre tiene un papel relevante de apoyo afectivo para la madre y un papel esencial en el desarrollo emocional, sensorial, cognitivo, educativo y social del niño o de la niña. Las similitudes y diferencias de perspectivas de los dos progenitores pueden ser elementos de riqueza para la estimulación y desarrollo del niño o niña y de los padres y madres, ya que aporta estímulos sensoriales, cognitivos y afectivos que son complementarios a los de la madre. Esta variedad de estímulos enriquece el mundo interior de los niños y niñas y les ayuda a apreciar la diversidad del mundo que les rodea.

Además, ambos progenitores perciben y se relacionan con sus hijos/as de forma diferente. Así el niño/a desarrolla una imagen completa de sí, viendo reflejadas diferentes facetas de su personalidad. El padre y la madre representan una diferente identidad sexual y tienen diferentes perspectivas de acuerdo a su género masculino o femenino. La identificación del niño/a con la figura paterna no pasa por la descalificación de las características consideradas como femeninas. Esto es un elemento esencial en la socialización de las niñas/os y en el desarrollo de su identidad



como personas sexuadas. Las diferencias de la pareja deben expresarse en un ambiente de colaboración.

Esta perspectiva de cooperación y de apoyo mutuo choca, frecuentemente, con que muchos padres tienen muchas dificultades en entender la paternidad positiva, ya sea por su educación tradicionalista, ya sea porque prefieren una actitud periférica y no comprometida con la crianza.

Históricamente el modelo tradicional de paternidad garantizaba al hombre un papel de protector y proveedor en lo económico de la familia dentro de una estructura jerárquica en la que el cuidado y educación de los hijos/as recaía fundamentalmente en la madre, (Parsons y Bales,1955). Así durante años han interiorizado unos roles rígidos y específicos en función del género, creando una identidad con carencias en la comunicación y en el contacto con la figura de ser padres. Esta división rígida de los roles puede crear frustraciones tanto en las mujeres como en los hombres. Para la vida de pareja, el desarrollo personal de ambos y el de sus hijas/os, es importante que ambos padres compartan los roles y tareas e incluso los intercambien con flexibilidad, en función de los momentos y características concretas de cada pareja, pero manteniendo siempre la cooperación y coparticipación. Esto les beneficia, no solo por la satisfacción de ser mejores madres y padres, sino porque su mundo afectivo se enriquece. Al desarrollar aspectos de su personalidad considerados como femeninos, llámese ternura, dulzura, emoción expresiones abiertas de afectividad, incrementan su desarrollo personal.

El papel del personal sanitario está en acompañar a los progenitores en la reorganización de los conocimientos y experiencias, con el fin de llegar a un equilibrio progresivo y dinámico en la que sea factible una paternidad positiva.

4. La sexualidad.

Se encuentra marcada por la cultura y por el aprendizaje.

Las mujeres en el puerperio pueden sentirse físicamente doloridas y cansadas, o tener miedo a otro embarazo. En otros casos pueden tener disminuido el deseo sexual debido a: los cambios en los niveles hormonales, los cambios emocionales, la falta de sueño, cansancio, dolor por la falta de lubricación o por la episiotomía. Este desinterés sexual puede prolongarse durante un tiempo variable sin que sea motivo de alarma. Si se prolonga puede crear tensión en la pareja y la necesidad de buscar la causa. Aspectos de la sexualidad como la comprensión, la sensibilidad, la comunicación, suelen ser antídotos muy potentes para estos posibles problemas.

Conocer cuando pueden reiniciarse las relaciones sexuales con penetración es una cuestión planteada frecuentemente por las mujeres. La sexualidad, entendida como fuente de afecto, ternura, contacto y placer, no cambia por el hecho de haber tenido un hijo o hija. Sólo las relaciones coitales deben posponerse durante unas semanas hasta la recuperación del periné y se desee iniciarlas.



5. El sistema familiar.

Anteriormente se ha comentado que el nacimiento de un hijo/a va acompañado con cambios en la función materna y paterna, pero también estos cambios abarcan a la familia extensa: abuelos/as, tíos/as y primos/as. Este hecho puede convertir a esta familia en un apoyo y recurso, pero también en lo contrario. Es frecuente que el nacimiento de un R.N. haga visible el tipo de relación entre las dos familias extensas con la pareja y la relación de ésta con la familia extensa.

Los nacimientos son al mismo tiempo comienzos y miradas hacia el pasado con una impronta de mayor intimidad familiar. Los abuelos y las abuelas recuerdan el nacimiento de sus hijos e hijas y sus experiencias de crianza y las historias familiares. Se establecen nuevas reglas de quien puede o no coger el R.N. y quien hace A o B, etc. Puede ser el momento en que cada uno se dé cuenta de las virtudes o torpezas, se involucre o se aparte, de posibles discrepancias en si va a este colegio o a otro, si es parecido al padre o a la madre, a la tía, etc. Al fin, nuevas reglas de vida emergen y se reactivan muchas de las antiguas.

Algunas situaciones que pueden dar lugar a conflictos en el sistema familiar son:

- Existe una preponderancia evidente en el cuidado del nieto/a y visitas de una familia extensa en comparación con la otra. Esto puede dar lugar a celos y resentimientos que se traducen en buscar aliados de unos frente a otros.
- Negativa de ambos miembros de la pareja, o uno, (lo más frecuente) a que la familia extensa participe de alguna forma en el acontecimiento del nacimiento del R.N.
- La familia extensa “invade” el contexto de la pareja.
- Un miembro de la pareja se alía con su familia extensa y el otro queda en situación de “olvidado o excluido”.
- La situación de “olvido” de los otros hijos e hijas.

Todas estas situaciones son síntomas de delineamientos rígidos del sistema familiar e indicadores de un sistema frágil que puede condicionar negativamente el desarrollo de ese sistema.

Si hay otros hijos/as pueden aparecer celos, contactos o acercamientos bruscos e incluso agresión, conductas regresivas o comportamientos sorprendentemente adultos. Ambos miembros de la pareja deben estar atentos y responder con cariño y una atención consciente. Se recomienda, si es posible, que permanezcan en su casa durante el tiempo que la madre está ingresada tras el parto, si no puede sentir que su hermano/a y padres los alejan, los separan. Si no hay posibilidad de visitar a la madre, ésta les hará llegar un mensaje o los llamará por teléfono. Cuando vuelva a casa, estarán para recibirla y entrará sin exhibir al R.N. como el nuevo rey. Debe procurar que lo toquen, jueguen, realicen actividades de cuidados con su hermanito/a. Y por



último aunque tengan poco tiempo hay que buscar un hueco para ellos con la madre sin que esté el R.N. por medio. Otros adultos en la familia pueden ser de gran ayuda (sin sustituir todo el tiempo a las madres y padres).

6. Parentalidad Positiva.

El enfoque de la parentalidad positiva constituye un nuevo planteamiento que emana de las políticas europeas más recientes y, más concretamente, de la Recomendación 19 del Comité de Ministros del Consejo de Europa (2006) a los Estados Miembros sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad. La parentalidad positiva se refiere «al comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño/a, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño». Según esta definición, el objetivo de la tarea de ser padres es el de promover relaciones positivas entre padres e hijos, fundadas en el ejercicio de la responsabilidad parental, para garantizar los derechos del niño/a y del adolescente en el seno de la familia y optimizar su desarrollo potencial y su bienestar. Por tanto, la parentalidad positiva plantea la necesidad de ejercer un control parental basado en el afecto, el apoyo, la comunicación, la estimulación y la estructuración en rutinas, en el establecimiento de límites, normas y consecuencias, así como en el acompañamiento y la implicación en la vida cotidiana de los hijos. Esta es la forma de lograr una autoridad legitimada ante ellos, basada en el respeto, en la tolerancia, la comprensión mutua y en la búsqueda de acuerdos que contribuyan al desarrollo de sus capacidades. Asimismo, este enfoque señala el impacto de la tarea parental sobre los resultados evolutivos en los hijos que garantizan su pleno desarrollo y funcionamiento adaptado al mundo actual. Por último, este enfoque ayuda a impulsar las políticas de familia planteando objetivos de corresponsabilidad e implicación de las comunidades en su apoyo al ejercicio responsable de la parentalidad.

En el momento actual el ejercicio de la tarea parental se articula en cuatro planos diferentes que deben atenderse y apoyarse adecuadamente para que los padres y las madres puedan llevar a cabo la tarea con éxito. Nos referimos al plano personal, al de la parentalidad diádica, al del equipo parental y la parentalidad social. Veamos cada uno de ellos.

Desde el plano personal, el ejercicio de la parentalidad es una tarea evolutiva cuya buena realización reporta enormes beneficios para el desarrollo de la persona adulta ya que contribuye a su realización y bienestar personal. Las personas no se convierten necesariamente en padres o madres como fruto de la tradición sino que eligen esa condición como expresión de su autonomía personal.

Desde el plano diádico, contiene una dimensión íntima que se lleva a cabo en el tejido sutil de los afectos. Se trata de favorecer el proceso de vinculación afectiva del hijo o hija desde etapas muy



tempranas con las figuras parentales para proporcionarle una base segura y confiada en el mundo. Cuando se realiza adecuadamente dicha vinculación se favorecen los procesos constitutivos de la personalidad y del desarrollo del niño/a, lo que repercute a su vez positivamente en la satisfacción y realización de las figuras parentales. Por el contrario, el fracaso en el establecimiento de dicha vinculación puede conllevar retrasos y trastornos importantes en el desarrollo infantil, acompañados de una experiencia muy negativa y frustrante de la parentalidad.

Desde el plano del equipo parental, el ejercicio de la tarea parental toma cada vez formas más variadas. Algunas comprenden dos adultos (parejas intactas, divorciadas, del mismo o diferente género) que mantienen relaciones de co-parentalidad para desarrollar pautas de crianza y de educación coherentes y adecuadas. Otras comprenden formas de parentalidad complementaria en la que, junto a la figura o figuras parentales, existen otras personas que suman esfuerzos en la crianza y educación. Nos referimos a los abuelos y abuelas, exparejas u otros adultos significativos que están a cargo del cuidado de los hijos, por ejemplo, en familias monoparentales o reconstituidas.

Por último, está el plano de la parentalidad social en el se ejerce en co-responsabilidad con la sociedad. Esta requiere contar con redes sociales con las que asegurarse el apoyo de numerosas personas e instituciones del ámbito escolar, sanitario, laboral y comunitario en general. El aislamiento social es un gran obstáculo que dificulta el ejercicio de la misma. Asimismo, esta relación parental requiere comunidades desarrolladas, sensibles y protectoras que proporcionen las cotas de bienestar familiar y calidad de vida que garantizan su buen funcionamiento es hoy en día un valor, una inversión para el futuro y un recurso de las sociedades a proteger y apoyar dado su papel crucial en el desarrollo integral de las personas y como instrumento de cohesión y bienestar social de las comunidades. Además, el apoyo de la comunidad a las tareas parentales contribuye a eliminar las desigualdades sociales ya que brinda oportunidades similares a todos los niños y niñas que comienzan así sus vidas desde una posición más favorable y estable. En suma, la expresión de la tarea parental en varios planos garantiza su pleno ejercicio pero también representa su mayor debilidad al requerir de las figuras parentales frentes de actuación y apoyos tan cruciales y variados para cada uno de dichos planos.

APEGO Y VÍNCULO AFECTIVO

Las teorías psicológicas, empezando por las teorías psicodinámicas (Freud, S., Spitz, R.), las teorías del apego a finales de los años 50 (Ainsworth, M.D. y Bowlby, J.) y posteriores investigaciones, han desarrollado modelos explicativos que han dotado de vigor y solidez considerable a estas teorías, que defienden la relevancia de los vínculos afectivos tempranos.

Las relaciones tempranas, pueden determinar un modelo de representación mental (emocional, cognitivo y conductual) de uno mismo y de los demás, que están en la base de la identidad. Este



modelo se va a construir a partir de las relaciones con las figuras de apego y va a servir al sujeto para percibir e interpretar las acciones e intenciones de los demás y para dirigir su conducta. Si las experiencias tempranas están dominadas por apegos seguros con su madre y su padre y otras personas significativas, en su vida posterior tendrán una actitud básica de confianza en sí mismos y en las personas con las que establezcan relaciones. Por el contrario, si han tenido experiencias negativas con sus figuras de apego, su relación consigo mismo y con los demás estará dominada por la desconfianza, inseguridad, temor y falta de respuestas empáticas.

En 1985, a instancias de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), se publicó un artículo en el que aparece recogida la idea de que el vínculo de apego surge como resultado de la necesidad que tiene el niño de estar en proximidad de un número reducido de adultos o de figura (s) de apego, que le rodean para asegurarse la supervivencia.

El Apego entendido como un mecanismo pre programado, sería el responsable de activar toda una gama de comportamientos posibilitando la vinculación afectiva R.N.- Madre, R.N.- cuidadores que va a tener una serie de funciones:

- Mantener la proximidad del cuidador/a principal.
- Procurar el sentimiento de seguridad que promueva la exploración.
- Regular las emociones.
- Dar estrategias para hacer frente al estrés.
- Favorecer la sociabilidad.

El modelo del apego de Bolwby (1976) se basa en la existencia de cuatro sistemas de conductas relacionados entre sí:

- El sistema de conductas de apego. Serían todas aquellas conductas que están al servicio del mantenimiento de la proximidad y contacto con las figuras de apego (sonrisas, miradas, contactos táctiles, lloro, etc.). Estas conductas se activan cuando aumenta la distancia con la figura de apego o cuando se perciben señales de amenazas, poniéndose en marcha para restablecer la proximidad.
- El sistema de exploración. Cuando se activan las conductas de apego disminuye la exploración del entorno. La exploración del entorno se da cuando el individuo se siente seguro.
- El sistema de miedo a los extraños. Su aparición supone la disminución de las conductas exploratorias y el aumento de las conductas de apego.



- El sistema afiliativo. Por último, y en cierta contradicción con el miedo a los extraños, este sistema se refiere al interés que muestran los individuos, por mantener proximidad e interactuar con otros sujetos, incluso con aquellos con quienes no se han establecido vínculos afectivos.

ESTILOS de APEGO.

Ainsworth (1970) describió tres tipos de apego que pueden estar en la base de la psicopatología en el niño/a.

- 1. Apego seguro, tipo B.** Estos niños/as usaban a la madre como una base de seguridad y desde la cual exploraban el entorno. Cuando la madre se separaba, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban afectados y apenados pero conseguían establecer relaciones de confianza con los extraños. Al regreso de la madre se sentían alegres y se acercaban físicamente y posteriormente iniciaban la conducta exploratoria. Estas madres suelen ser sensibles, disponibles y responsivas a la llamada del R.N.
- 2. Apego ansioso-evitante, tipo A.** Estos niños/as muestran una actitud de indiferencia cuando se separan de la madre o cuando están en presencia de ella y no buscan a la madre físicamente o con la mirada como fuente de seguridad. La conducta exploratoria es independiente de la figura de la madre y permanece en su ausencia. Muchas veces cuando la madre se acerca adoptan una postura de rechazo. Aparentemente podía aparecer que eran niños/as seguros, independientes y sanos, sin embargo Ainsworth (1970) pensaba que eran niños/as con dificultades emocionales similares a los que habían sufrido separaciones dolorosas y deprivaciones afectivas. Habían aprendido que no podían contar con su madre y adoptaban una conducta defensiva, negando la necesidad de su madre y de contacto para evitar frustraciones. Estas madres se caracterizaban por ser insensibles a las necesidades del niño/a, rechazantes y poco protectoras, poco dadas al contacto físico, pero al tenerlo éste era intenso e intrusivo abrumando al hijo/a.
- 3. Apego ansioso-resistente o ambivalente, tipo C.** Estos niños/as se mostraban preocupados, ansiosos y agitados por la ausencia de la madre y apenas exploraban su contexto. Cuando nuevamente estaban en la presencia de la madre se mostraban ambivalentes: vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento, las conductas de mantenimiento de contacto y dificultades en ser consolados. Estas madres (las figuras de apego) suelen ser insensibles a las demandas del niño/a y tienen dificultad para interpretar las demandas de su hijo/a dando respuestas inapropiadas algunas veces sensibles y otras frías, distantes e insensibles. Algunos estudios (Isabella, 1993) han encontrado que estas madres en algunas circunstancias pueden ser responsivas y sensibles cuando están de buen humor y poco estresadas. Suele haber estilos



transaccionales, aglutinados y fusionados; los padres se muestran ansiosos y preocupados, focalizados en problemas del pasado y se sienten abandonados si el hijo/a se autonomiza; los hijos/as son a menudo parentalizados.

Main y cols., (1986) observaron que había un subgrupo de niños, un 13% de casos que no encajaban en la tipología de Ainsworth (1970) y proponen un cuarto tipo de apego: Desorganizado/desorientado, tipo D.

Estos niños/as suelen presentar conductas desorganizadas y confusión cuando se produce la separación de la figura de apego, no presentan estrategias que le ayuden a organizar una respuesta ante la necesidad de confort y seguridad ante la situación extraña y estresante. La respuesta del niño/a es una combinación contradictoria de estrategias, como por ejemplo buscar la proximidad y rechazarlo, miedo y confusión ante el cuidador.

Ainsworth, (1991) y Main (1990) han sugerido que estos comportamientos desorganizados de los niños y niñas tenían relación con experiencias postraumáticas no resueltas de los progenitores.

En resumen, el tipo de vínculo afectivo que la madre y el padre establezcan con el hijo/a en edad temprana va a determinar con alta probabilidad el tipo de desarrollo y adaptación futura. El papel del profesional sanitario en esta fase es saber detectar los posibles problemas que dificultan ese vínculo afectivo pero también saber activar los recursos de las personas que faciliten el vínculo afectivo.

TRASTORNOS MENTALES EN EL PUERPERIO

SALUD MENTAL EN EL PUERPERIO. ASPECTOS GENERALES

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SNS, 2011) establece como objetivo, en el área de salud mental, "prevenir e identificar precozmente la psicopatología posparto, facilitando la atención específica a las diferentes necesidades de las mujeres por cultura, idioma, distinta capacidad, creencias, etc. Establecer criterios de diagnóstico y en su caso derivar para su tratamiento".

A continuación se exponen las recomendaciones generales que se establecen en esta Estrategia:

1. Favorecer el sueño materno en puerperio inmediato. No despertar a las madres durante su estancia en la maternidad para pruebas o procedimientos no urgentes y favorecer y permitir el colecho seguro. Informar a las madres de la importancia de dormir o descansar durante los primeros días cada vez que duerma el R.N. como manera de prevenir depresión posparto.
2. Identificar los signos y síntomas de los problemas de salud mental materna (depresión posparto, psicosis puerperal, trastorno de estrés postraumático posparto, etc.) que podrían



experimentarse en las semanas y meses después del parto, recomendando un acompañamiento preventivo (por parte de una persona cercana y/o profesional de la salud mental) y un seguimiento estrecho.

3. En cada visita puerperal se recomienda la exploración del bienestar emocional de la puérpera, del apoyo recibido por su entorno y de su resiliencia y recursos para el manejo de los asuntos diarios. Se debería facilitar la comunicación entre sus familias/parejas y profesionales sanitarios para facilitar la detección de cambios del estado de ánimo o comportamiento.
4. En el plan de tratamiento de los trastornos mentales del puerperio siempre se tendrá en cuenta al niño/a y a la pareja.
5. Realizar acciones preventivas en relación al Trastorno de Estrés Postraumático Posparto (TEPT): sensibilizar al personal profesional acerca de los síntomas, riesgos y consecuencias del TEPT para la salud de la madre y R.N.; implementar buenas prácticas de atención al parto que reducen el riesgo de que se presente el TEPT; facilitar atención psicológica a las mujeres afectadas y seguimiento cercano en sus dificultades con la maternidad desde Atención Primaria.
6. Facilitar que los/las profesionales que atienden a madres, R. N. y familiares conozcan los estados emocionales considerados no patológicos del puerperio normal, el modo de ayudar a entenderlos y manejarlos y a diferenciarlos de los síntomas o signos de psicopatología, así como el modo de prevenir algunos trastornos derivados de la falta de sueño, acompañamiento afectivo o falta de información.

1. Depresión posparto.

La depresión posparto tiene una prevalencia estimada del 10 al 20% (Bobo & Yawn, 2014).

Los principales factores de riesgo identificados con una asociación de moderada a fuerte incluyen los antecedentes de depresión, depresión y ansiedad durante el embarazo, neuroticismo, baja autoestima, tristeza posparto, presencia de acontecimientos vitales estresantes, bajos ingresos económicos y los problemas de relación de pareja (O'Hara & McCabe, 2013).

Clínica.

La depresión posparto se caracteriza principalmente por cambios en la esfera somática (sueño, energía, apetito, peso y líbido). Otros síntomas pueden incluir la ansiedad, irritabilidad, sentimientos de inadecuación, de estar sobrepasada, de incapacidad para el cuidado del R.N., de vergüenza, culpa, o de haber fallado como madre (Roy-Byrne, 2014).



Los síntomas más graves incluyen las rumiaciones sobre autolesionarse o dañar al R.N. La ideación suicida se produce en un 3% de las pacientes. Habitualmente consideran estos pensamientos como inaceptables (egodistónicos) e intrusivos. Sin embargo, ante la presencia de estos síntomas debe evaluarse especialmente si existen síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones), ya que podría tratarse de una psicosis posparto (Roy-Byrne, 2014). El infanticidio durante una depresión posparto es un evento infrecuente, y es más probable en mujeres con síntomas psicóticos o en aquellas con antecedentes de ingreso psiquiátrico. Por su parte, el suicidio se produce en 3-11 mujeres por cada 100.000 nacimientos (Roy-Byrne, 2014).

Las pacientes con depresión grave habitualmente son hospitalizadas. La depresión se considera grave cuando se presenta uno o más de los siguientes síntomas (Roy-Byrne, 2014):

- Ideación o conducta suicida u homicida.
- Conducta agresiva.
- Síntomas psicóticos (p.ej: delirios o alucinaciones).
- Catatonia.
- Deficiente capacidad de juicio que sitúe a las pacientes y a otros en situación de riesgo de daño inminente.
- Funcionamiento gravemente afectado.

Evaluación y diagnóstico.

La depresión posparto debe diferenciarse de la tristeza posparto, que se produce en hasta el 40-80% de las mujeres. Consiste en un estado transitorio caracterizado por síntomas depresivos leves, como tristeza, irritabilidad, ansiedad, insomnio y menor concentración. Habitualmente se presenta en los dos o tres primeros días tras el parto, y se resuelve en unas dos semanas. La tristeza posparto se aborda con medidas conservadoras, como el apoyo y la facilitación de un descanso adecuado (Roy-Byrne, 2014). Sin embargo, dado que puede representar una fase inicial de un episodio depresivo, es necesario evaluar si los síntomas persisten más allá de las dos primeras semanas (Roy-Byrne, 2014).

La evaluación en pacientes con sospecha de depresión posparto debe incluir sistemáticamente una evaluación de la posible ideación suicida, homicida, y de la presencia o no de síntomas psicóticos. Las pacientes con síntomas graves (por ejemplo, ideación suicida con un plan o intencionalidad, alucinaciones auditivas o delirios) deben remitirse a un Servicio de Urgencias para evaluación psiquiátrica (Roy-Byrne, 2014).

El diagnóstico de la depresión posparto puede dificultarse porque con frecuencia las propias mujeres no identifican el trastorno como tal, ya que los síntomas se solapan con muchos de los



propios del puerperio (fatiga, problemas de sueño y disminución de la libido). Además, las mujeres suelen ser reacias a quejarse de sus síntomas, quizás por las expectativas sociales de que se sientan felices (Roy-Byrne, 2014).

Los criterios diagnósticos de depresión posparto son los mismos para diagnosticar la depresión no puerperal. En la práctica clínica, se usa el término "depresión posparto" para describir aquel episodio depresivo que comienza en los 12 primeros meses tras el parto (Roy-Byrne, 2014).

Previamente se han utilizado preguntas sencillas realizadas a las mujeres para discriminar el riesgo de depresión posparto. El uso de estas preguntas sencillas para el cribado, si bien ha mostrado un muy buen rendimiento para poder descartar este problema en aquellas mujeres que contestan negativamente a ambas preguntas, tienen un porcentaje muy considerable de falsos positivos en las mujeres que responden afirmativamente (Mann, 2011).

La Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) es la escala más evaluada en el diagnóstico de la depresión posparto, y la que ha mostrado un mejor rendimiento para la detección de depresión menor o mayor tras el parto (Hewitt, 2009). Existe una versión validada en español (García-Esteve, 2003). Las mujeres necesitan sentirse cómodas durante su realización, por lo que se recomienda que el test lo administre una persona con la que tenga un vínculo establecido y sea su confianza, y si es necesario, dando la posibilidad de completarlo en el hogar (SNS, 2014).

Basándose en el análisis de la literatura y la calidad de la evidencia, en la GPC de atención en el embarazo y puerperio (SNS, 2014) se recomienda lo siguiente:

- Se sugiere que en las diferentes visitas con la mujer tras el parto se le realicen las siguientes preguntas para identificar la posibilidad de una depresión posparto:
- '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 proporcionaran placer?.'
- Se sugiere no continuar con el diagnóstico de depresión posparto si la mujer contesta negativamente a las preguntas.
- Se recomienda utilizar la escala Edinburgh Postnatal Depression Scale para confirmar el diagnóstico de la depresión tras el parto en las mujeres que hayan respondido afirmativamente a las preguntas.
- Se sugiere tomar como punto de referencia para el diagnóstico de depresión posparto una puntuación de más de 12 puntos en la EPDS.



- Se sugiere el empleo de la escala EPDS en las seis primeras semanas tras el parto para asegurar que se discrimina correctamente el riesgo de depresión de las mujeres.
- Desgraciadamente, salvo la recomendación del uso de la escala, el resto de recomendaciones se basan en evidencia de calidad baja (S.N.S., 2014).

Prevención.

- Desgraciadamente la calidad de los estudios sobre grupos de apoyo con diversos enfoques en la prevención de la depresión posparto durante el puerperio es baja o muy baja (S.N.S., 2014). La GPC de atención en el embarazo y puerperio (S.N.S., 2014) sugiere la realización de grupos posparto en Atención Primaria, que ofrecen apoyo psicológico durante el puerperio y refuerzan la adquisición de los conocimientos y habilidades que ya se han trabajado en los grupos de preparación al nacimiento durante el embarazo. Una reciente revisión Cochrane concluye que existen hallazgos consistentes como para considerar la realización de las visitas domiciliarias de los profesionales, el apoyo telefónico y la psicoterapia interpersonal, especialmente en aquellas mujeres de riesgo (Trivedi, 2014).
- Se ha sugerido el uso preventivo de antidepresivos en pacientes que, aún estando eutímicas, tengan riesgo de desarrollar un episodio depresivo por historia previa de depresión con buena respuesta a tratamiento antidepresivo. En este caso, se recomienda el uso del tratamiento antidepresivo que fue efectivo previamente. Otras alternativas razonables incluyen la psicoterapia interpersonal, intervenciones psicosociales, y la evaluación periódica (desde cada semana hasta cada mes) (Roy-Byrne, 2014).

Tratamiento.

- En aquellas pacientes con depresión leve a moderada se ha sugerido un tratamiento con psicoterapia interpersonal o psicoterapia cognitivo conductual. Sin embargo, los antidepresivos constituyen una alternativa razonable si la psicoterapia no resulta efectiva, se rechaza, no puede realizarse, o si la paciente ha respondido positivamente a los antidepresivos en el pasado (Roy-Byrne, 2014).

Las pacientes con depresión grave deben tratarse con antidepresivos como primera línea de tratamiento. La psicoterapia se usa frecuentemente como terapia coadyuvante. Si la paciente no está realizando lactancia materna, se recomienda tratamiento con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN). Si se está realizando lactancia materna, se recomiendan los ISRS, como la paroxetina o la sertralina.



Otras alternativas razonables son los antidepresivos atípicos (bupropión o mirtazapina) y los tricíclicos (p.ej: nortriptilina) (Roy-Byrne, 2014).

2. Psicosis posparto.

La psicosis posparto o psicosis puerperal es una entidad clínica en la que se presentan síntomas psicóticos, como los delirios y alucinaciones, en las primeras semanas posparto, si bien algunas mujeres pueden presentarlos varios meses más tarde. La forma de presentación más habitual es la de depresión psicótica (Marder, 2014). La psicosis posparto es una entidad grave y supone una urgencia psiquiátrica, que requiere una evaluación médica inmediata (Doucet et al., 2011). La psicosis es una alteración de la percepción de la realidad. Se puede manifestar mediante la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones y desorganización del pensamiento (Marder, 2014).

La psicosis posparto es relativamente infrecuente, con una prevalencia del 0,1-0,2% (Marder, 2014). Afecta a 1 o 2 mujeres de cada 1.000 partos (Kendell et al., 1987). La investigación sobre la psicosis posparto es aún muy limitada, debido a diversos factores como su baja prevalencia y su exclusión de los ensayos clínicos por cuestiones de seguridad (Doucet et al., 2011). Su patogénesis se desconoce, pero los hallazgos apuntan a factores genéticos y hormonales (Marder, 2014).

Los principales factores de riesgo identificados han sido el trastorno bipolar y los antecedentes de psicosis posparto. También se han identificado factores genéticos (Doucet et al., 2009).

Sus consecuencias pueden ser una relación deficiente con el R.N. maltrato o desatención al R.N., suicidio e infanticidio (Doucet et al., 2011).

Clínica.

Los síntomas habitualmente se presentan en las dos primeras semanas tras el parto. Los síntomas más frecuentes son los delirios y alucinaciones, y habitualmente se acompañan de desorganización del pensamiento y alteraciones de la conducta. Además suele haber síntomas de un trastorno del humor, como síntomas maníacos o depresivos, insomnio grave, rápidos cambios de humor, ansiedad, irritabilidad y agitación psicomotriz (Marder, 2014).

Los síntomas nucleares de la psicosis posparto son su temprana y rápida aparición, confusión mental, delirios, cambios de humor y una incapacidad para el funcionamiento que representa un cambio considerable respecto al estado previo (Sit et al., 2006). El insomnio puede representar el primer síntoma de una psicosis posparto (Sharma & Mazmanian, 2003).

Evaluación y diagnóstico.

La evaluación psiquiátrica debe incluir los siguientes aspectos:



- El inicio y el curso de los síntomas psicóticos (p.ej: episódico frente a crónico).
- La naturaleza de los síntomas afectivos (p.ej: depresivos, maníacos, mixtos, o no presentes).
- El impacto de los síntomas en la conducta y funcionalidad.
- La historia personal y familiar de episodios afectivos o psicóticos.
- La seguridad del niño/a y otros que estén al cuidado de la paciente.
- La posible presencia de un trastorno por consumo de sustancias comórbido.

Debe realizarse una evaluación completa que incluya la historia, exploración física (especialmente la exploración neurológica), evaluación psicopatológica o del estado mental, y pruebas de laboratorio para excluir otras posibles causas médicas de psicosis (Marder, 2014).

Diagnóstico diferencial con la depresión posparto.

La psicosis posparto es un cuadro clínico más grave que la depresión posparto, que habitualmente requiere hospitalización, y se caracteriza por delirios, alucinaciones, conductas extrañas, depresión, manía y labilidad afectiva, y que habitualmente se manifiesta en las primeras 2 semanas tras el parto (Doucet et al., 2011).

Tratamiento.

Constituye una urgencia médica. Las mujeres con psicosis posparto tienen un riesgo mayor que la población general de suicidarse o de cometer infanticidio (Marder, 2014).

Los pilares del abordaje terapéutico incluyen la hospitalización para garantizar la seguridad, movilizar a la familia para el cuidado del R.N., la medicación antipsicótica y el tratamiento del trastorno subyacente (Marder, 2014). La Terapia Electroconvulsiva ha mostrado su efectividad en este trastorno (Doucet et al., 2011).

3. Trastorno por estrés postraumático posparto.

El embarazo constituye un acontecimiento excepcional en la vida de las mujeres, en el que se pueden producir emociones y sensaciones corporales muy intensas, diversas, respuestas psicológicas y reactivación de memorias traumáticas previas. Además, se producen diversos cambios hormonales, y en el plano psicológico, la incertidumbre acerca de su progresión y el resultado final convierte el parto en una situación que algunas mujeres perciben como amenazadora para sí mismas y su R.N.(Sánchez y Palacios, 2007).

El Trastorno por estrés postraumático (TEPT) posparto se señaló en la literatura desde mediados de los 90. Su prevalencia se sitúa entre el 1,5 y el 6%, si bien hasta el 30,1% pueden tener



sintomatología (Peeler et al., 2013). Un metaanálisis reciente ha calculado una prevalencia media del 3,1% (Grekin & O'Hara, 2014).

Como factores de riesgo se han hallado el trauma en el pasado, antecedentes de problemas psicológicos, psicopatología durante el embarazo, síntomas depresivos en el posparto, complicaciones para la madre o para el R.N., escaso apoyo social y experiencia traumática en el parto (Grekin & O'Hara, 2014).

Clínica.

En la CIE-10 (OMS, 1992) el Trastorno de estrés postraumático (F43.1) se define como un "trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo. Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de 'entumecimiento' y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma.

Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez".

"Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante" (OMS, 1992).

"El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos"(OMS, 1992).

En el TEPT posparto se han identificado dos tipos de acontecimiento traumático. El primero incluye aquellas mujeres que identifican el parto como traumático y posteriormente desarrollan el trastorno. Con frecuencia se trata del sometimiento a intervenciones inesperadas, como por ejemplo una cesárea, o sentimientos de pérdida de control, de no estar lo suficientemente informadas, o haber sufrido dolor extremo. En estos casos, los síntomas suelen estar directamente relacionados con el parto; por ejemplo, pesadillas sobre el parto o mostrarse reacias a interactuar con el R.N., o llevarle al hospital donde fue el parto. El segundo grupo incluye a las



mujeres que identifican acontecimientos traumáticos que no se relacionan con el periodo perinatal, como abuso sexual en la infancia, violación o violencia física. En estas mujeres es probable que los síntomas del TEPT estuvieran presentes antes del parto, y que suponen una continuación en el periodo posparto, pero también que hubieran remitido pero que se hayan reactivado tras el parto (Grekin & O'Hara, 2014).

Evaluación y Diagnóstico.

A diferencia de la depresión posparto, no se suele evaluar la posible presencia de esta entidad, que puede afectar a la calidad de vida, bienestar, humor, conducta, interacción social, relación de pareja, la relación con el R.N., y al deseo de tener más hijos/as (Peeler et al., 2003).

Para el diagnóstico, además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, el desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para este (OMS, 1992).

En cuanto al diagnóstico diferencial, algunos síntomas del TEPT se solapan con experiencias que pueden ser normales o esperables en el periodo posparto, como los problemas de sueño e irritabilidad. Los síntomas de pensamientos intrusivos o pesadillas relacionadas con el acontecimiento traumático, en este caso el parto, son más sugestivas de un TEPT posparto (Grekin & O'Hara, 2014).

Por su parte, el TEPT posparto y la depresión posparto tienen algunos síntomas comunes, como la pérdida de interés en actividades placenteras, el distanciamiento respecto a los otros y los problemas de sueño. Además, con frecuencia existe comorbilidad de ambas entidades (Grekin & O'Hara, 2014).

Tratamiento.

La terapia de exposición ha mostrado efectividad en el TEPT. En el caso de las mujeres con TEPT posparto, la narración y afrontamiento de la experiencia a través de la terapia de exposición puede resultar beneficiosa (Grekin & O'Hara, 2014).

También se recomienda la terapia cognitivo conductual. Sin embargo, habitualmente no resulta disponible (Peeler et al., 2013). Se ha recomendado un abordaje psicosocial que incluya el despistaje tras el nacimiento y la provisión de un entorno de apoyo en el que la mujer pueda hablar con los/as profesionales sanitarios, y una derivación para terapia cognitivo conductual si fuese necesario (Olde et al., 2006).



LA PÉRDIDA Y EL DUELO EN LA FASE DE GESTACIÓN NEONATAL

Una pérdida perinatal es un evento emocional muy doloroso. Es de suma importancia conocer las necesidades individuales que expresan las mujeres y sus acompañantes y ofrecerles espacios físicos y tiempo de intimidad, la posibilidad de ver y estar con su R.N. y abrazarlo si lo desean, así como respetar su decisión de no hacerlo.

No hay que minimizar el dolor, permitiendo expresarlo sin juicio, mediante escucha empática y ofreciendo ayuda psicológica si la precisara. Asimismo, se asesorará a la madre sobre la inhibición de lactancia o destete, tanto natural como farmacológico. El personal sanitario que atiende a la mujer y su familia en estas situaciones, deben extremar la atención en los aspectos humanos y puedan ayudar de forma franca, empática y efectiva.

La maternidad va vinculada con la vida y la esperanza, pero también hay que contemplar que en la fase perinatal (entre la semana 22 de gestación y los siete días después del nacimiento) y la fase neonatal (los primeros 28 días de vida), también puede tener un desenlace fatal, la muerte, (estadísticamente baja en los países industrializados debida a la mejora de las condiciones higiénicas y la prosperidad social).

Frente a este hecho, el personal sanitario tiene que estar preparado para comprender y abordar aquellas situaciones en las que hay pérdidas en las fases de gestación y fallecimientos neonatales, y cómo intervenir favoreciendo el duelo normal de madres y padres y reducir la prevalencia de trastornos derivados de duelos crónicos y/o patológicos. Las actuaciones pueden darse en los Servicios de Obstetricia u otros Servicios especializados, sean hospitalarios o ambulatorios.

En este apartado se pretende destacar que la muerte de un hijo o una hija durante el embarazo o al poco de nacer, es la experiencia más dolorosa y difícil de asimilar por parte de una madre y su pareja. La muerte de un hijo/a es un hecho antinatural, que produce una inversión del ciclo biológico normal. Muchas veces y en silencio, experimentan un intenso sufrimiento psicológico con las mismas reacciones observadas en otras situaciones de duelo (Tabla 1, Redondo et al., 2015) y además acompañado de una vivencia de pérdida de sueños, esperanzas, proyectos para el futuro, etc. Las características de la pérdida pueden llevarles a un “duelo desautorizado” (Doka, 2002) ya que es una pérdida no abiertamente reconocida por ellos mismos y refrendada por el sistema familiar y social. Las madres y sus parejas se sienten responsables de la protección de sus hijos/as y su muerte suele ser vivida con sentimientos de fracaso.

El duelo es una reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida de un ser querido, que se procesa en un tiempo más o menos largo, doloroso para el que lo sufre y también doloroso



para los testigos, especialmente por la impotencia frecuente de dar ayuda. Las actitudes hacia la pérdida varían según las expectativas de los progenitores, la prosperidad de la sociedad en que viven, y la cultura a que pertenezcan (López, 2011) y en cierto modo cada proceso de duelo será diferente (Bonanno y Kaltman, 2001 en Echeburúa 2007). El duelo es un proceso único e irrepetible, dinámico y cambiante de momento a momento. La elaboración del mismo es más o menos larga y dolorosa hasta que el doliente consigue adaptarse a la nueva situación, por lo que no se puede concretar su duración e intensidad.

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado el ser querido, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta. En la mayor parte de los casos, la superación del duelo no requiere un tratamiento psicológico ya que los recursos de la persona y de su contexto son suficientes para una nueva readaptación. En el supuesto que las partes implicadas en el duelo no sean capaces de readaptarse a la vida cotidiana entonces hablamos de duelo patológico.

Condicionantes del Duelo: Factores que condicionan la evolución del duelo:

1. Factores psicológicos:

- Personalidad.
- Salud mental.
- Inteligencia.
- Capacidad de afrontamiento ante situaciones altamente estresantes.
- Capacidad de establecer vínculos afectivos.

2. Factores del doliente:

- Experiencias pasadas de duelo.
- Pérdidas secundarias.
- Otras crisis y estresores concurrentes.
- Percepción de la realización del niño/a en la vida.
- Creencias religiosas-filosóficas y valores.

3. Factores de la relación con el niño/a:

- Deseos de ser madre o padre.
- Expectativas en el rol.
- Asuntos pendientes.

4. Factores de la muerte:

- Circunstancias particulares.
- Súbita o esperada.
- Existencia o no de duelo anticipado.

5. Factores sociales:

- Apoyo social con el que se cuenta.



- Existencia o no de pareja y calidad de la relación.
- Estatus educacional y económico.
- Rituales funerarios.

6. Factores fisiológicos:

- Drogas y sedantes.
- Salud física.
- Nutrición y ejercicios.
- Descanso y sueño.

MANIFESTACIONES NORMALES DEL DUELO EN ADULTOS

- Cognitivas: Incredulidad o Irrealidad. Confusión. Pseudo-alucinaciones e ilusiones. Dificultades de atención, concentración y memoria. Preocupación, pensamientos e imágenes recurrentes. Obsesión por recuperar la pérdida o evitar recuerdos.
- Afectivas: Impotencia e indefensión. Insensibilidad. Anhelo. Tristeza, apatía, angustia, abatimiento. Ira, frustración, enfado. Culpa. Soledad, abandono o alivio. Extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual.
- Fisiológicas: Aumento de la morbilidad. Vacío en el estómago. Sequedad de boca. Palpitaciones. Falta de aire. Opresión en el tórax. Nudo en la garganta. Dolor de cabeza. Debilidad. Alteraciones del sueño y/o alimentación.
- Conductuales: Conducta distraída. Aislamiento social. Llorar y/o suspirar. Atesorar objetos de la persona fallecida. Hiperactividad o hipoactividad. Descontrol y olvido en las actividades cotidianas. Soñar con la persona fallecida. Buscar y llamar en voz alta.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DUELO

Las situaciones de duelo aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad y la tasa de muertes prematuras (Osterweis et al. 1984). El superar un duelo requiere tiempo y un gran esfuerzo personal. La duración es siempre variable y depende de distintos factores, pero en general los sentimientos más intensos y agudos empiezan a remitir a los seis meses, al año y de forma progresiva hasta los dos años (Espina, 2000). Después de este periodo, algunas personas, continúan experimentando sentimientos de duelo, pero solo se considera anómalo si la intensidad impide la reorganización de la vida.

En la resolución normal de un duelo influyen una serie de factores (Espina, 2000) como:

- Circunstancias específicas de la muerte. Puede ser muy útil para el profesional sanitario entender el momento de la muerte (OMS, 1970):



- Aborto (aborto inducido con medicamentos, quirúrgico, terapéutico y espontáneo) <22 semanas de embarazo.
- Muerte fetal (cuando la edad gestacional es superior a 22 semanas).
- Muerte perinatal (desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida).
- Mortalidad neonatal (desde el nacimiento a los 28 días).
- Mortalidad infantil (durante el primer año de vida).

Para los padres independientemente del motivo o momento de la pérdida, siempre será para ellos prematura, ilógica e “injusta”. La literatura apunta que resulta más difícil aceptar la muerte cuando esta surge de forma repentina, imprevista e intempestiva (Stroebe, W., & Stroebe, M., en Yoffe, 2013).

- Vínculos y significado de la pérdida. Existen creencias de que la muerte de un R.N. o no nacido, produce menos dolor que la pérdida de una hija o hijo en otra fase evolutiva. Esta creencia generalmente es errónea, ya que el vínculo con el R.N. empieza a construirse desde el embarazo y la muerte conlleva la muerte de ilusiones, sueños, expectativas de la pareja y familiares. Además, esta creencia lleva a la madre y su pareja a pensar que no pueden sentir dolor y hace aún más confuso el vacío que sienten tras el fallecimiento de su R.N. Si silencian o afrontan en soledad el sufrimiento por la pérdida, esto puede convertirse en una “garantía” para posibles secuelas futuras.
- Estado físico y emocional. La experiencia de la pérdida, sea en el embarazo, parto o etapa neonatal se ve complicada por el estado de mayor vulnerabilidad de la mujer debido a los cambios hormonales y malestar propio de estas fases lo que suelen complicar la experiencia emocional del duelo. Clayton (1985) indica que el mejor predictor de desenlace negativo del duelo es la falta de salud física o mental anterior a la muerte.
- Recursos de apoyo disponibles. Está demostrado que el apoyo social (pareja, familia, amigos, profesionales, situación social y económica, etc.) son factores fundamentales que permiten afrontar de una forma más adaptativa las situaciones críticas (Echeburúa et al. 2007).
- Recursos personales de afrontamiento y adaptación a las crisis. Los antecedentes relacionados con la personalidad, salud mental, capacidad de afrontamiento ante situaciones estresantes y capacidad de establecer vínculos afectivos pueden ser facilitadores de un duelo “normal” (Echeburúa et al. 2007).



FASES DEL DUELO

En la literatura y, tradicionalmente distintos autores, (Freud, Lindman, Bowlby, Küber- Ross, Worden, Rando, Stroebe) hablan de una serie de fases por las que pasan los individuos en el duelo y que se caracterizan por determinadas manifestaciones, sentimientos, síntomas y vivencias que van cambiando a lo largo del tiempo.

Basándonos en Bowlby (1983), de forma genérica la persona pasa por 4 fases:

1. **Fase de embotamiento afectivo o Shock.** La persona se siente aturdida, incrédula, confusa, desorientada y le cuesta comprender lo que ha sucedido. Esta “negación” de lo sucedido puede verse interrumpida por episodios de cólera e ira. Esta fase tiene una duración corta de unas horas a una semana.
2. **Fase de añoranza y búsqueda de la figura perdida.** Es el momento en que hay conciencia de la pérdida irreversible lo que da lugar a un estado de excitabilidad emocional con la presencia de llanto, anhelo intenso, inquietud, insomnio, cólera, ira y culpa. La necesidad imperiosa de recuperar la persona perdida, puede llevar a la rabia hacia todos los que intentan consolarla.
3. **Fase de desorganización y desesperanza.** Es frecuente que en esta fase estén presentes síntomas depresivos: apatía, desgana, aislamiento social, desesperanza, pérdida de apetito y sueño, etc. La persona puede tener la sensación que nunca será igual y que algo de su identidad se ha perdido para siempre.
4. **Fase de reorganización.** La persona renuncia definitivamente a la esperanza de recuperar a la persona perdida y da un significado a la pérdida que le permite seguir con su vida. El bebé fallecido no se olvida pero es colocado en una “posición” en que el dolor es menor y permite seguir y hasta ayudar en el camino de la vida.

Autores e investigaciones recientes Worden (1997), Lazarus y Folkman (1984), dejan de lado la noción de “fases” del duelo, ya que lo ven más como un proceso que como un estado y además el concepto de fase lleva implícito una cierta pasividad de los deudos. Aunque la experiencia del duelo pueda ser universal, las respuestas a las pérdidas tienen grandes variaciones por ser influenciadas por factores tales como: las relaciones, expectativas familiares, la red de apoyos sociales, la religión y la cultura. En esta línea Lazarus y Folkman (1984) con su teoría de la cognición y el afrontamiento al estrés, hace énfasis en que las estrategias de afrontamiento (reencuadre, reatribución de significados) pueden contribuir para hallar nuevos sentidos a la pérdida y a la vida.



CÓMO INTERVENIR CUANDO SE DA LA MUERTE EN LA GESTACIÓN Y NEONATAL

Frecuentemente el personal sanitario quiere estrategias de intervención que le ayuden a enfrentarse al qué hacer con esa madre, padre o familia que ha perdido a su bebé. El primer paso en el proceso de intervención, es entender y comprender el sufrimiento y las variables que rodean a la pérdida. El segundo paso es saber qué se debe hacer en ese momento de crisis y qué no se debe hacer, ya que la noticia y los hechos van a tener un impacto emocional muy relevante en todos los receptores de la noticia, especialmente en la mujer y su pareja.

En este apartado se apuntan algunos aspectos generales de aplicación a todas las situaciones concretas de la pérdida (Aborto; Muerte fetal; Muerte perinatal; Mortalidad neonatal y Mortalidad infantil), aunque sin perder la especificidad de cada uno de estos momentos. Existen Guías específicas relacionadas con la pérdida y el duelo, que se recomiendan (Redondo et al.,2015, Umamanita, 2009).

Contexto de la intervención.

Es muy probable que el contexto de la primera intervención sea en el hospital y la primera cuestión importante es cómo comunicar que el R.N. ha muerto (sea intraútero o neonatal). Posteriormente, una vez pasada la “crisis” es probable que el seguimiento sea a nivel ambulatorio por los/as profesionales de Atención Primaria o Atención Especializada. Una buena orientación sobre la propuesta de seguimiento consensuada con la familia, es síntoma de buena organización de la atención y prevención de posibles secuelas.

El espacio físico del servicio hospitalario debe reunir todas las condiciones de seguridad, comodidad e intimidad para que los/as profesionales puedan ejercer una buena labor de apoyo a la persona que sufrió la pérdida y a su familia.

La persona del profesional.

Aunque resulte obvio el profesional y el equipo (médicos/as, DUE, matronas y auxiliares clínicos) tienen que sentirse preparados para dar la noticia “tu hijo o hija ha muerto o morirá al poco de nacer” y esto requiere formación en este tipo de crisis y habilidades relacionadas con la comunicación y apoyo emocional.

No menos importante es que el profesional sea consciente y tenga conocimiento de los factores personales y socioculturales de la madre gestante, su pareja y la familia, receptores de la comunicación negativa.

El profesional sanitario tendrá que ser consciente de sus temores, la mayor parte de las veces relacionados con la comunicación de malas noticias (Redondo 2015), como:



- Miedo a causar dolor: La obligación ética de no producir dolor puede llevarnos a tomar actitudes evasivas respecto a la comunicación de malas noticias.
- Dolor empático: Se suele sentir incomodidad ante el estrés que le genera la noticia a la persona.
- Miedo a ser culpado: Una situación tan difícil de afrontar fácilmente se personaliza sobre el personal sanitario, con quien las personas usuarias pueden descargar su rabia e ira.
- Miedo a fallar o a la judicialización: Asumir la idea de que cualquier fallo sea interpretado como un fracaso terapéutico y que debe tener castigo penal o civil.
- Miedo a decir “no lo sé”: A veces se cree estar obligados a tener respuestas para todo y si no es así se sienten desvalorizados. El poder decir “no sé” es un acto de honestidad y puede aumentar la credibilidad.

La comunicación verbal y no verbal.

Ante todo se debe usar el sentido común, resaltando la humanización y una comprensión mayor de lo que supone la pérdida de un hijo o hija. El profesional sanitario (El Equipo) tendrá que estar muy atento, tanto a la comunicación verbal como a la no verbal (lenguaje corporal, la actitud, el contacto visual, el tono de voz, la expresión facial, el tacto y la postura) y a si existe coherencia entre estos dos tipos de comunicación, ya que siempre lo que prevalece es la comunicación no verbal. No menos importante es ser capaz de descifrar que tipo de lenguaje y espacio emocional demanda el receptor de la noticia y la familia, “más cercanía, más distancia”, etc.

¿Qué hacer?.

Hay aspectos que tienen que ver con las habilidades, la comunicación, organización y contenidos presentes en el momento de la pérdida que son fundamentales que el profesional (El Equipo) los tenga en cuenta (Redondo 2015, Umamanita, 2009):

- Presentarse: Usar el nombre y el cargo que tienen los/as profesionales en el centro sanitario. Escuchar: Con sinceridad y empatía. Frases que puede usar (Umamanita, 2009):
 - “Siento lo que les ha pasado”.
 - “Me imagino cuánto querrían a ese bebé”.
 - “No me molesta que lloren”.
 - “La verdad es que no sé muy bien qué decirles”.
 - “Tienes un bebé precioso/a”.
- Dar tiempo: Estar a disposición de la familia. Informar sobre lo que ha pasado y estar dispuesto a dar respuestas a las preguntas, independientemente del tiempo necesario.



- Hablar con la madre, padre y familia sobre la situación actual: Informar sobre las posibles decisiones que se pueden tomar.
- Explicar las opciones y apoyarlos en sus decisiones: Acompañamiento. Aunque no se esté de acuerdo con sus decisiones hay que respetarlas. Si necesitan más información, hay que intentar transmitirla de manera suave.
- Mantener la calma: “La familia” está viviendo un acontecimiento de máxima intensidad emocional y necesitan tiempo para abordar todos los aspectos relacionados con la pérdida. El equipo sanitario también debe darse el tiempo necesario para abordar honestamente y objetivamente las razones de la pérdida.
- Cuidar el lenguaje corporal: Los profesionales y el Servicio deben ser coherentes con la situación de dolor de la familia y cuidar especialmente los mensajes no verbales.
- Comprender: El profesional debe estar preparado para enfrentarse a una diversidad de respuestas, que exigirán mucha comprensión y aceptación.
- Ayudar a tener recuerdos de su hijo/a si lo desean: cartilla de salud, pulsera de identificación, tarjeta identificativa en el ingreso de Neonatología, ropas y objetos personales, etc
- Promover el contacto de madres y padres con su hijo/a fallecido: ser flexibles y no limitar el tiempo para que puedan estar con su criatura.
- Permitir la compañía de familiares cercanos si ellos lo desean (abuelos y otros familiares).
- Normalizar: hacer saber que todo lo que sienten, piensan hacen,... es normal y natural en su situación. Esto legitima lo que sienten y liberar culpas y sentimientos.
- Ser capaz de derivar: Saber los recursos sanitarios existentes que pueden dar apoyo a la familia, en el supuesto que lo demanden.

¿Qué no hacer?.

Los/as profesionales tienen que tener en cuenta que la buena voluntad, el sentido común, las buenas intenciones y el paternalismo, son insuficientes para abordar las situaciones de pérdida y pueden dar lugar a respuestas imprevisibles por parte de la persona o familia que está sufriendo la pérdida.

Estas frases pueden ser ejemplos de lo que no se debe hacer (Redondo 2015, Umamanita, 2009):

- “Sé fuerte”.
- “No llores”.
- “Es la voluntad de Dios”.



- “Todo pasa por alguna razón, es el destino”.
- “No es el fin del mundo”.
- “Dios necesitaba otra flor en su jardín”.
- “Ahora tienes un angelito”.
- “Ahora está en un lugar mejor”.
- “Al menos no llegaste a conocerle bien”.
- “Eres joven, ya tendrás más”.
- “Debes ser fuerte por tus hijos/esposo/familia, etc.”
- “El tiempo lo cura todo”.
- “Ya le olvidarás”.

A modo de conclusión y siguiendo las recomendaciones del SNS (2011) y otras Guías (Redondo 2015, Umamanita, 2009) los Servicios sanitarios deben contemplar en las situaciones de pérdida perinatal y neonatal:

- Protocolos de actuación tras una pérdida perinatal y neonatal, conocidos por todos los/as profesionales.
- Enfoque centrado en la mujer, en su pareja y en su entorno afectivo más cercano.
- Organización del Servicio sanitario de tal forma que facilite el abordaje de la “crisis” y el duelo.
- Planificación del seguimiento ambulatorio por Atención Primaria y Atención Especializada si se requiere.
- Plan de Formación y actualización a los profesionales sanitarios sobre la muerte perinatal y neonatal.



ANEXOS

ANEXO I. CONTACTO PIEL CON PIEL

El recién nacido presenta, después del parto, un periodo especial en el que se encuentra en un estado de alerta tranquila, gracias al cual puede interactuar con su madre, reptar sobre su abdomen, desplazarse hasta el pecho e iniciar el amamantamiento de forma espontánea.

Se denomina CPP precoz al que se realiza colocando al R.N. en decúbito prono desnudo sobre el abdomen y tórax de la madre también desnudo, o de la persona que asigne la madre, en el caso de que esta no pueda realizarlo, manteniendo un contacto íntimo piel con piel, inmediatamente tras el parto.

Se recomienda que los R.N. sanos, mayores de 35 semanas, realicen contacto piel con piel (CPP) precoz, inmediatamente tras el nacimiento o idealmente dentro de la primera hora de vida.

En R.N. por cesárea, se recomienda también realizar contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras la extracción fetal salvo que la situación del R.N. o la madre lo impidan. Los cuidados que sean necesarios se pueden realizar con el R.N. sobre el pecho de la madre. Hay que tener en cuenta que para poder iniciar el CPP intraquirófono, tanto matronas, enfermeras como anestelistas han de colaborar para favorecer que madre y R.N. permanezcan juntos en la sala de reanimación postanestésica.

Para poner en marcha el cuidado piel con piel tras el parto, se debe de disponer de un protocolo por escrito y consensuado con todos los/as profesionales que participan en la atención a la mujer y a su hijo/a tras el parto. Se deben establecer las responsabilidades de cada profesional y las acciones que dependen de cada uno de éstos.

Se recomienda que el niño/a se encuentre sobre la madre o persona asignada, desnudo con un gorrito, retirando el exceso de humedad intentando no tocar la cara ni las manos del R.N. y colocando sobre su espalda una toalla o manta precalentada.

Es deseable que se mantenga al menos 50 minutos y que se prolongue hasta los 120 minutos. Con más de 50 minutos de contacto y hasta un máximo de 110 minutos, la probabilidad de hacer una toma al pecho de forma espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo es inferior a 50 minutos.

Se debe ofrecer a todas las madres, incluidas las que hayan decidido alimentar a sus hijos/as con preparados para lactantes.

Hay que tener en cuenta que no todos los R.N. consiguen engancharse espontáneamente al pecho, como puede ocurrir en aquellos RN bajo los efectos de la medicación administrada a la



madre durante el parto, necesarios en algunas situaciones (cesáreas,...) precisando en estos casos ayuda.

La evidencia disponible sugiere que el contacto piel con piel en las 24 horas siguientes al parto tiene un efecto beneficioso para ambos. En el R.N. se asocia a mayor estabilidad cardiorrespiratoria, lactancia materna exclusiva durante más tiempo, beneficia el proceso de vinculación y disminuye el llanto, se mantienen calmados y adquieren un comportamiento más organizado de forma más precoz y disminuyen el riesgo de hipoglucemia. En la madre se asocia a menor grado de congestión mamaria dolorosa y menor grado de ansiedad.

Por otro lado las primeras horas tras el nacimiento son un momento crítico en la adaptación del R.N. al medio extrauterino. Se recomienda que especialmente durante las dos primeras horas de vida el contacto piel con piel sea supervisado por personal sanitario y/o observado por un acompañante debidamente informado.

Con la finalidad de identificar posibles complicaciones en los R.N. (colapso neonatal súbito inesperado), se recomienda el uso de escalas de valoración, por parte del personal sanitario asignado durante este período (como RAPP o Davanzo), en las que se valora a los 10, 30, 60, 90 y 120 minutos, la no obstrucción de la vía aérea, el color adecuado, la actividad, la respiración, la temperatura y el primer agarre al pecho, además de la adecuada información a sus padres de la práctica de CPP seguro.

Práctica de CPP seguro:

- Asegurarse de que las madres tengan un acompañante durante todo el periodo del posparto inmediato.
- Previamente al parto se debe explicar a la madre y a su acompañante:
 - La importancia de estos primeros momentos.
 - La conveniencia de dedicar ese tiempo en exclusiva al R.N evitando elementos de distracción (móviles, tablets, etc...).
 - Enseñar a la madre y a su acompañante la posición en la que la boca y la nariz no corren peligro de obstruirse durante el contacto piel con piel y de cómo observarlo mientras está en contacto piel con piel (la madre o el acompañante debe ser capaz de ver la cara del R.N., la boca y la nariz no deben estar cubiertas, la cabeza del R.N. debe de estar ladeada, el cuello no debe de estar ni muy flexionado ni muy extendido y las piernas del R.N. deben estar flexionadas).



- Explicar los signos de alarma y asegurarse de que son entendidos: cambios en la respiración, en el color de la piel o de los labios o alteraciones del tono muscular del R.N.
- Indicar cómo avisar con urgencia al personal sanitario responsable de su cuidado si se observan estos signos de alarma.
- Ayudar a la madre a adoptar, tras el parto, una posición semiincorporada (30-60°) que facilite la permeabilidad de la vía aérea del R.N.
- Los/as profesionales responsables deben estar adecuadamente entrenados para observar sin interferir en la adaptación neonatal ni en el establecimiento del vínculo durante el periodo de contacto piel con piel.

Las contraindicaciones del CPP son el no deseo expreso de la madre, malas condiciones médicas maternas o madres bajo tratamiento farmacológico que impida una adecuada atención del R.N., apgar a los 5 minutos menor de 7 o condiciones neonatales adversas, madre-hijo/a no supervisado y prematuro < 35 semanas.

(Becher, 2017; Davanzo et al., 2015; Feldman-Winter, Goldsmith, & syndrome, 2016; Moore, Bergman, Anderson, & Medley, 2016; Social, 2010)



ANEXO II. ESCALA LATCH

Escala LATCH (Adaptado de Báez León, 2008)

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 el 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 de 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 - Disconfort, 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 la 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 obliga y luego la madre sigue	- No es necesaria la ayuda del personal La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

* En la escala LATCH 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.



ANEXO III. EDIMBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE.

(EPDS). Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio (SNS).

Versión validada en español (adaptado de García-Esteve 2003). Recomienda utilizar la escala Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, Anexo 5)

Instrucciones:

Como usted ha tenido un hijo/a recientemente, nos gustaría saber como se siente ahora.

Por favor, SUBRAYE la respuesta que encuentre más adecuada en relación a cómo se ha sentido durante la semana pasada.

En los pasados 7 días:

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.

- Igual que siempre.
- Ahora, no tanto como siempre.
- Ahora, mucho menos.
- No, nada en absoluto.

2. He mirado las cosas con ilusión.

- Igual que siempre.
- Algo menos de lo que es habitual en mí.
- Bastante menos de lo que es habitual en mí.
- Mucho menos que antes.

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal.

- Sí, la mayor parte del tiempo.
- Sí, a veces.
- No muy a menudo.
- No, en ningún momento.

4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo.

- No, en ningún momento.
- Casi nunca.
- Sí, algunas veces.
- Sí con mucha frecuencia.

5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo.

- Sí, bastante.
- Sí, a veces.
- No, no mucho.
- No, en absoluto.



6. Las cosas me han agobiado.

- Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas.
- Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre.
- No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien.
- No, he afrontado las cosas tan bien como siempre.

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

- Sí, la mayor parte del tiempo.
- Sí, a veces.
- No muy a menudo.
- No, en ningún momento.

8. Me he sentido triste o desgraciada.

- Sí, la mayor parte del tiempo.
- Sí, bastante a menudo.
- No con mucha frecuencia.
- No, en ningún momento.

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando.

- Sí, la mayor parte del tiempo.
- Sí, bastante a menudo.
- Solo en alguna ocasión.
- No, en ningún momento.

10. He tenido pensamientos de hacerme daño.

- Sí, bastante a menudo.
- A veces.
- Casi nunca.
- En ningún momento.



ANEXO IV. CUIDADO DEL SUELO PÉLVICO.

El cuidado del suelo pélvico en el posparto es un objetivo primordial en esta etapa. Se debe:

1. Cuidar siempre la postura.

Es muy importante mantener una postura correcta: al levantarse y tumbarse en la cama, cuando esté sentada, de pie o dando de mamar. No se recomienda largos periodos de bipedestación, pero tampoco inmovilizada durante periodos prolongados.

2. Evitar esfuerzos.

No se recomienda:

- Cargar peso.
- Ejercicios abdominales que sometan al abdomen y al suelo pélvico a un aumento de presión que no están en condiciones de asumir.
- No se aconseja el esfuerzo defecatorio: hay que evitar el estreñimiento, manteniendo una alimentación rica en fibra y una correcta hidratación. Se debe mantener una postura correcta que facilite la salida de las heces y le reste presión a su periné.

3. Protección del suelo pélvico.

Al coger al R.N., estornudar o toser, de manera inevitable también se estará sometiendo al suelo pélvico a un momento puntual de esfuerzo por lo que debe protegerse.

Es recomendable que antes de toser o estornudar se coloquen las manos por debajo del ombligo para servir de freno y ayudar a los músculos abdominales hasta que poco a poco se recuperen y hagan correctamente su función, además de mantener una postura correcta y recordar contraer los músculos perineales de manera simultánea al esfuerzo.

4. Ejercitar el suelo pélvico para mejorar su recuperación.

Se puede empezar a ejercitar el suelo pélvico desde las horas siguientes al parto, para favorecer la recuperación perineal mediante el bombeo sanguíneo que resultan de las contracciones de esta musculatura. Su matrona puede asesorarle en la realización adecuada de los ejercicios de Kegel y trabajo del core abdominal. Los ejercicios de suelo pélvico en el posparto inmediato (primeras 48 horas hasta una semana) deberán ser contracciones suaves, mantenidas unos segundos y sin que lleguen a provocar dolor. Con estas suaves contracciones se aumenta el riego sanguíneo del periné, lo que favorecerá la cicatrización de los tejidos, la reabsorción del edema y la disminución del dolor.

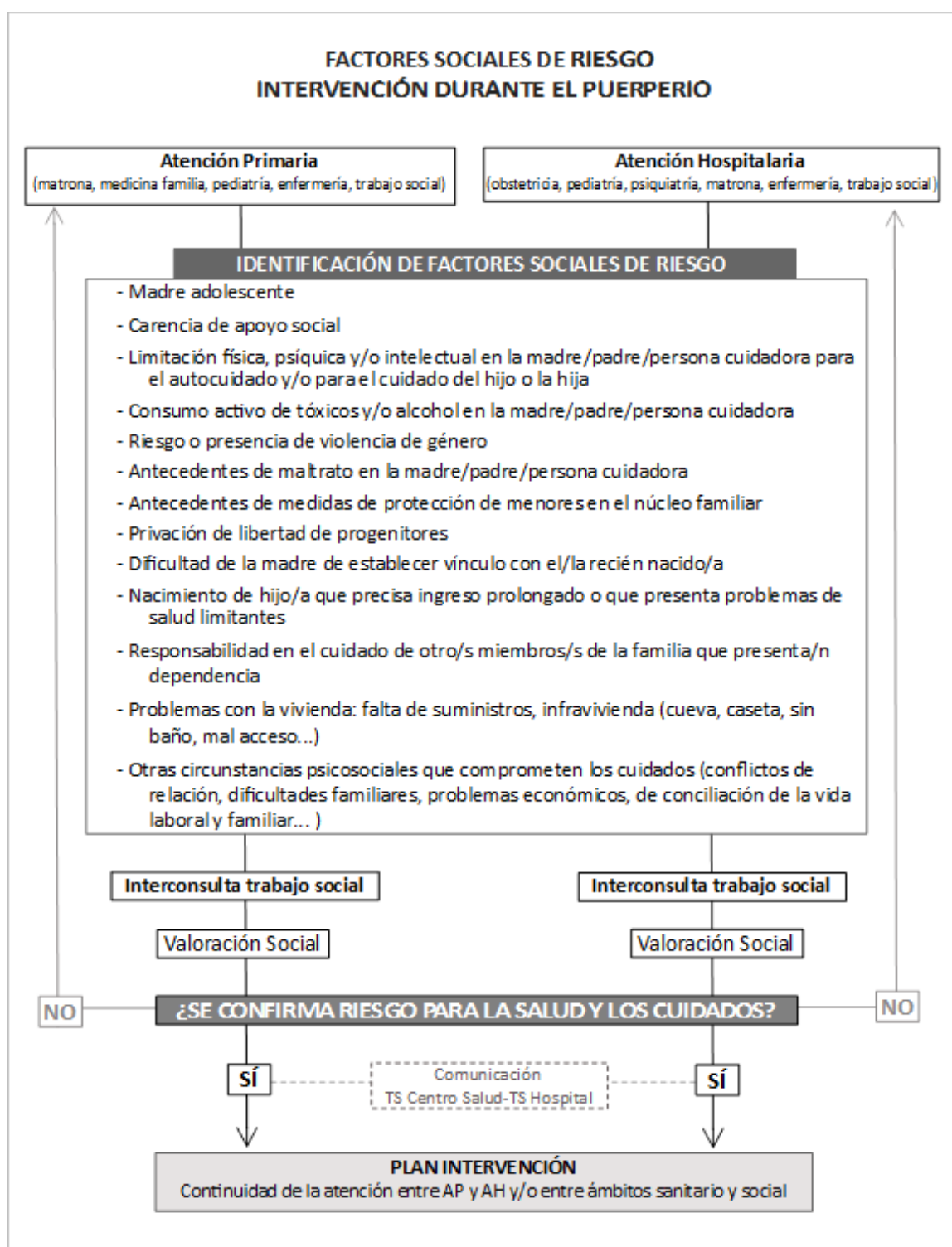


5. Usar una faja pélvica.

La pelvis mantiene cierta inestabilidad en el posparto, incluso algunas mujeres pueden sentir molestias y dolor a nivel lumbar y pélvico. Una pelvis laxa unida a un suelo pélvico debilitado en el posparto ponen en riesgo la estabilidad de los órganos internos (vejiga, uretra, útero, vagina y recto) desprotegiéndolos y suponiendo un factor de riesgo para la aparición de prolapsos. Es recomendable utilizar una faja abdominal durante la movilización y sólo durante el primer mes, acompañada de la activación del transversario inferior del abdomen.



ANEXO V. FACTORES SOCIALES DE RIESGO





ANEXO VI. RECURSOS

RECURSOS / INFORMACIÓN EN INTERNET

- **Guía de ayudas sociales y servicios para las familias 2019.** Disponible el 09/09/2019 en:

<https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/pdf/guiadeayudasparalafamilias2019.pdf>

- **Guía Laboral del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social.** Disponible el 09/09/2019 en: <http://www.mitramiss.gob.es/es/Guia/index.htm>

- **Página del Servicio Canario de la Salud.** Mapa sanitario: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/mapa.jsp?idDocument=8eec7683-51b7-11de-929f-bd8858499706&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>

- **Página de la Consejería de Derechos Sociales, Igualdad, Diversidad y Juventud** Información específica en materia de Familia e Infancia, Discapacidad, Dependencia... Disponible el 09/09/2019 en: <https://www.gobiernodecanarias.org/cepsv/>

- **Página del Instituto Canario de Igualdad.** Servicios y recursos especializados en igualdad y violencia de género: <http://www.gobiernodecanarias.org/igualdad/>

- **Página del Instituto Nacional de la Seguridad Social.** Cobertura sanitaria, prestaciones económicas del nivel contributivo (maternidad y paternidad, riesgo durante la lactancia, cuidados de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave...), prestaciones familiares de modalidad no contributiva: <http://www.seg-social.es>

- **Página del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI):** <http://www.cermi.es/es/mujeres>



ANEXO VI. TRÍPTICO “RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA”

SIGNOS DE ALERTA PARA VALORACIÓN MÉDICA

MADRE:

- ♦ Temperatura superior a 38,5°C.
- ♦ Sangrado vaginal maloliente o mayor que la regla.
- ♦ Dolor en periné de nueva aparición.
- ♦ Dificultad respiratoria.
- ♦ Molestias al orinar.
- ♦ Tensión arterial superior a 150/90.
- ♦ Sensación de tristeza, confusión o melancolía.
- ♦ En caso de CESÁREA cualquier signo de infección (herida roja, supuración, dolorosa, caliente,...)

R.N.:

- ♦ Temperatura superior a 37,5°C tomada en la región axilar.
- ♦ Dificultad para respirar.
- ♦ Coloración azulada, violácea o pálido intenso.
- ♦ Rigidez, pérdida de conciencia, movimientos raros repetitivos.
- ♦ Rechazo de las tomas o vómitos repetidos.
- ♦ Deposiciones blanquecinas, con sangre o ausencia de las mismas en las primeras 48h.
- ♦ Color amarillento de la piel especialmente si se extiende hasta las piernas.
- ♦ Cordón umbilical con mal olor.
- ♦ Mojar menos de 4 pañales al día, tras tercer día de vida.

RECUERDE

- Todos los **R.N.** tienen que **ser vistos** por el pediatra de su Centro de Salud durante la **primera semana de vida.**
- La **madre** debe **acudir a la matrona** de su Centro de Salud, preferentemente, tras las **24-48 horas del alta.**
- **Consulte** cualquier **duda** con el **personal sanitario** de su Centro de Salud de referencia.
- No olvide que también cuenta con **grupos de apoyo a la lactancia.**

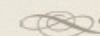


<http://bit.ly/2GUpaNd>

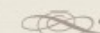
ALTA HOSPITALARIA POSNATAL TEMPRANA

Si le han dado el ALTA antes de las 48 horas se trata de un ALTA HOSPITALARIA POSNATAL TEMPRANA, siendo necesario que el Recién Nacido/a sea valorado antes de **72 horas** del alta. Por ello, desde el Centro Hospitalario donde ha tenido lugar el parto, se le asignará una cita con el Pediatra de Atención Primaria a la que tiene que acudir para el control del Recién Nacido/a.

RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA



MADRE Y RECIÉN NACIDO/A (R.N.)





RECOMENDACIONES Y CUIDADOS DE LA MADRE

Tras el parto se inicia una nueva etapa, en la que se producen cambios fisiológicos, emocionales y familiares

HIGIENE Y CUIDADOS:

- ♦ Lavar la zona del periné con agua y jabón 1-2 veces al día, manteniendo la zona limpia y seca.
- ♦ Evitar el baño en bañera hasta pasadas 2 semanas del alumbramiento.
- ♦ Si tiene puntos perineales, se caerán solos.
- ♦ Después del parto se produce sangrado que puede durar hasta la sexta semana, es de color rojizo los primeros 3-5 días que cambiarán a color marrón y rosado hasta tener un aspecto de flujo normal.
- ♦ Evitar el uso de tampones hasta pasadas 6 semanas posparto.
- ♦ Realizar cambios frecuentes de compresa.
- ♦ Evitar ropa interior sintética hasta la cicatrización de la herida.

ACTIVIDAD Y DESCANSO:

- ♦ Cuidar el suelo pélvico: cuidando la postura, evitar pasar mucho tiempo de pie, favorecer la deambulación y/o movilización.
- ♦ No coger peso, no realizar ejercicios abdominales tradicionales.
- ♦ Ejercitar el suelo pélvico; será la matrona de su Centro de Salud la que le asesore.
- ♦ Descansar. El sueño y el descanso son imprescindibles, aproveche los momentos en que el R.N. duerma. Implicación de la pareja en el cuidado de la madre y R.N.

CESÁREA:

- ♦ Mantener la herida limpia y seca realizando ducha diaria con agua y jabón.
- ♦ Le informarán si es necesario retirar los puntos de la herida o si caerán solos
- ♦ No exponer la cicatriz al sol durante el primer año.

ALIMENTACIÓN:

- ♦ Tomar una dieta rica en fibra, verduras, frutas, y abundantes líquidos con el fin de evitar el estreñimiento.
- ♦ No consumir alcohol, tabaco y drogas. Limitar bebidas estimulantes (café, te, coca cola, etc.).
- ♦ Evitar comidas picantes que puedan afectar las hemorroides.

MAMAS:

- ♦ Ducha diaria y mantenerlas secas.
- ♦ La subida de la leche suele ocurrir a las 24-72 horas, puede producir un aumento de temperatura hasta 38°C.
- ♦ La aparición de grietas es debida a un mal agarre al pecho del R.N.
- ♦ Si nota dolor, enrojecimiento o ingurgitación acuda a la matrona de su Centro de Salud.

RECOMENDACIONES Y CUIDADOS DEL R.N.

Realizar el contacto piel con piel

HIGIENE Y CUIDADOS:

- ♦ Baño para asegurar una higiene adecuada, siguiendo las indicaciones del personal sanitario.
- ♦ Utilizar jabones con pH neutro.
- ♦ No es necesario utilizar pomadas o cremas salvo indicación.
- ♦ Limpiar el cordón umbilical con agua y jabón, mantenerlo fuera del pañal limpio y seco.
- ♦ Mantener el entorno libre de humo (tabaco) y la habitación a temperatura entre 20°-22°.
- ♦ Ropa cómoda y de fibra natural.
- ♦ El hipo y estornudo frecuentes son normales.
- ♦ Puede realizar paseo diario, evitando la exposición solar directa.

LACTANCIA:

- ♦ La lactancia materna es el mejor alimento para su R.N., cubriendo todas las necesidades durante los 6 primeros meses de vida.
- ♦ En los primeros días de vida la producción de calostro satisface los requerimientos del R.N.
- ♦ Lactancia a demanda asegurando un mínimo de 8 tomas al día sin ayunos de más de 4 horas.
- ♦ Consulte al personal sanitario antes de tomar cualquier medicación. Puede consultar en la página web: www.e-lactancia.org

SI HA OPTADO POR LACTANCIA NO MATERNA

- ♦ Los preparados para lactantes, fórmula de inicio, son la única alternativa. Es importante preparar el biberón en condiciones higiénicas y siguiendo las indicaciones del personal sanitario.

SEGURIDAD

- ♦ En el automóvil deberán utilizarse sistemas de retención infantil, homologados, en sentido contrario a la marcha, evitando el uso de capazos.
- ♦ Para todos los R.N. y como prevención de la muerte súbita, se recomienda la postura boca arriba para dormir.



BIBLIOGRAFÍA

1. Ainsworth, MD. Y Bell, SM. (1970). Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En J. Delval (Comp.), *Lecturas de psicología del niño*, Vol. 1, 1978; Madrid: Alianza.
2. Ainsworth, MD. y Eichberg, C. *Effects on infant-mother attachment figure, of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other trauma experience*. 1991. En C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde y P. Marris (eds.) *Attachment across the life cycle*. London: Tavistock Publications.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
4. Arias, S. V. (2009). Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Ediciones.
5. Becher, J. C. (2017). Guidelines for the investigation of newborn infants who suffer a Sudden and Unexpected Postnatal Collapse in the First Week of Life. Recommendations from a Professional Group on Sudden Unexpected Postnatal Collapse. 2011.
6. Benitz, W. E. (2015). Hospital stay for healthy term newborn infants. *Pediatrics*, 135(5), 948–953.
7. Berens, P. (2018). Overview of the postpartum period: Physiology, complications, and maternal care. UpToDate. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-physiology-complications-and-maternal-care>.
8. Berens, P., Lockwood, C. J., & Eckler, K. (2016). Overview of postpartum care. UpToDate, Literature Review March.
9. Blesa Baviera, L. C. (2017). Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Criterios Roma IV. In AEPap. Curso de Actualización Pediatría (Lúa 3.0, pp. 99–114). Madrid.
10. Block, S. L. (2012). Simple checklist for the full-term healthy newborn visit. *Pediatric Annals*, 41(7), 270–274.
11. Bobo WV, Yawn BP. Concise review for physicians and other clinicians: postpartum depression. *Mayo Clin Proc*. 2014;89(6):835-44. doi: 10.1016/j.mayocp.2014.01.027.
12. Bonanno, GA. y Kaltman, S. The varieties of grief experience. 2001 *Clínical Psychology Review*, 21, 705-734, en Echeburúa E. Herrán Bolx A., *Análisis y Modificación de Conducta*, 2007, Vol. 33, N° 147
13. Bowlby, J. *El vínculo afectivo*. Buenos Aires. Paidós; 1976.
14. Bowlby, J. *La pérdida afectiva, tristeza y depresión*. Ed. Herder. Barcelona, 1983.
15. Braaten, K. P., & Dutton, C. (2019). Postpartum permanent contraception. UpToDate. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/postpartum-permanent-contraception/print>
16. Brady, M. T., & Polin, R. A. (2013). Prevention and management of infants with suspected or proven neonatal sepsis. *Pediatrics*, 132(1), 166–168.
17. Clayton, PJ. (1985). Duelo, en Echeburúa E. Herrán Bolx A., *Análisis y Modificación de Conducta*. 2007, Vol. 33, N° 147.



18. Corwin, M. J., & Duryea, T. K. (2012). Sudden infant death syndrome: risk factors and risk reduction strategies. *UpTo Date*, Jun, 12.
19. *Child Development*, 64, 605-621.; 1993, en Delgado AO. Estado Actual de la Teoría del Apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2004; 4 (1); 65-81
20. Davanzo, R., De Cunto, A., Paviotti, G., Travan, L., Inglese, S., Brovedani, P., ... Dussich, V. (2015). Making the first days of life safer: preventing sudden unexpected postnatal collapse while promoting breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 47–52.
21. Doka K.(Editor) *Disenfranchised grief.New directions, Challenges and Strategies for practice*. Champaign (Illinois) Research Press. 2002 En López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev.Esp.Neuropsi*. 2011;31, 53-70.
22. Dennis, C.-L., Fung, K., Grigoriadis, S., Robinson, G. E., Romans, S., & Ross, L. (2007). Traditional postpartum practices and rituals: a qualitative systematic review. *Women's Health*, 3(4), 487–502.
23. DG de Tráfico del Ministerio del Interior. (2015). Siempre seguros, Siempre protegidos, Siempre en su silla. Retrieved from <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/educacion-vial/recursos-didacticos/infancia/2015/Sistemas-de-Retencion-Infantil-DGT.pdf>
24. Díaz Gómez, N. M., Izquierdo Macían, I., & San Feliciano Martín, L. (2014). Colecho, síndrome de muerte súbita del lactante y Lactancia Materna. Recomendaciones actuales de consenso. Asociación Española de Pediatría. Retrieved from <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/colecho-sindrome-muerte-subita-lactancia-materna-consenso>
25. Domenech, E., González, N., & Rodríguez-Alarcón, J. (2008). Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP neonatología. *Asoc Española Neonatol*, 69–79. Retrieved from https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf
26. Doucet S, Dennis CL, Letourneau N, Blackmore ER. Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis. *J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009;38(3):269-79. doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01019.x.
27. Doucet S., Jones I, Letourneau N, Dennis CL, Blackmore ER. Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(2):89-98. doi: 10.1007/s00737-010-0199-6.
28. Echeburúa E. Herrán Bolx A., *Análisis y Modificación de Conducta*. 2007; Vol. 33, N° 147.
29. Espín Jaime, B. (2018). Probióticos: luces y sombras. *AEPap* (Ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2018.*, 191–200. Retrieved from https://www.aepap.org/sites/default/files/191-200_probioticos_luces_y_sombras.pdf
30. Espina A. Alexitimia y duelo crónico. ¿factores de riesgo del consumo de drogas? *Clínica y Análisis Grupal*. 2000; Vol.22 (1) Pags.115-130.
31. Falicov C. (compiladora) *Transiciones de la familia*. Amorrortu Editores. 1988; pp.341-345.



32. Feldman-Winter, L., Goldsmith, J. P., & syndrome, T. force on sudden infant death. (2016). Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics*, 138(3), e20161889.
33. Foley, M. R., Lockwood, C., Gersh, B., & Eckler, K. (2010). Maternal adaptations to pregnancy: Cardiovascular and hemodynamic changes. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/maternal-adaptations-to-pregnancy-cardiovascular-and-hemodynamic-changes>
34. Buitrago Ramírez, F (Coordinador del Grupo), Ciurana Misol,R., Levy Chocrón,B., Fernández Alonso, MC., García Campayo, J., Montón Franco, C, & Tizón García, JL. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Grupo de Salud Mental del PAPPS. *Aten Primaria*. 2016;48(Supl 1):77-97.
35. Fuchs, F., & Benhamou, D. (2015). Post-partum management after cesarean delivery. Guidelines for clinical practice. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de La Reproduction*, 44(10), 1111–1117.
36. Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L., Landon, M. B., Galan, H. L., Jauniaux, E. R. M., Grobman, W. A. (2016). *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies E-Book*. Elsevier Health Sciences.
37. Gobierno de Aragón, D. de S. (2008). Los cuidados después del parto y en los primeros años de vida. Guía para madres y padres. Retrieved from http://www.aeped.es/sites/default/files/3-cuidame_esp.pdf
38. Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payà-Sánchez M. Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo.. *Matronas Prof*. 2015; 16(4): 124-130.
39. Gracia, S. R., Munuzuri, A. P., López, E. S., Castellanos, J. L. L., Fernández, I. B., Campillo, C. W. R., ... Luna, M. S. (2017). Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto. *Anales de Pediatría*, 86(5), 289-e1. Elsevier.
40. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(5):389-401. doi: 10.1016/j.cpr.2014.05.003
41. Gunderson, E. P., Abrams, B., & Selvin, S. (2001). Does the pattern of postpartum weight change differ according to pregravid body size? *International Journal of Obesity*, 25(6), 853.
42. Hernández Gallego, M. R., Barata Gómez, T., Tadeo López, M., Alonso Docampo, M. N., Hurtado Rogríguez, R., & Rodríguez Franco, M. A. (2009). Preparación a la maternidad y paternidad. Programa de Atención a La Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva (PASAR) [Monografía En Internet] Gobiernos de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de La Salud. Dirección General de Programas Asistenciales.
43. Isabella R.A. Origins of attachments: Maternal interactive behavior across the first year.
44. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia Iniciativa. (n.d.). Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Retrieved from <http://www.ihan.es/index1.asp>
45. Intermountain Healthcare. (2017). Una guía para el cuidado de su recién nacido. Cómo vivir y parender juntos. Retrieved from <https://kr.ihc.com/ext/Dcmnt?ncid=51062839>
46. Kendell R, Chalmers J, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*. 1987; 150:662–673.
47. Küber-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona, grijalbo, 2000.



48. Lazarus R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company en Yolle L. Nuevas concepciones sobre el duelo por pérdida de ser queridos. 2013. *Av.psicol.*21(2).
49. Lohman, T. G., Roche, A. F., & Martorell, R. (1988). *Anthropometric standardization reference manual* (Vol. 177). Human kinetics books Champaign, IL.
50. López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev.Esp.Neuropsi.*,2011; 31, 53-70.
51. Luna, M. S., Alonso, C. R. P., Mussons, F. B., Urcelay, I. E., Conde, J. R. C., Narbona, E., & Neonatología, C. de E. de la S. E. de. (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*, 71(4), 349–361. Elsevier.
52. Main M. y Salomon, J. Discovery of a new, insecure- disorganized disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton y M.Yogman (eds.), *Affective development in infancy*, Norwood, NJ, Ablex.1986; 95-124.
53. Main M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti y E. M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years*, Chicago, University of Chicago press, 121-160.20.
54. Mankuta, D., Elami-Suzin, M., Elhayani, A., & Vinker, S. (2010). Lipid profile in consecutive pregnancies. *Lipids in Health and Disease*, 9(1), 58.
55. Marder S. Postpartum psychosis: Epidemiology, clinical manifestations, assessment, and diagnosis. En: UpToDate, Stein MB (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Consultado el 8 de junio de 2015).
56. Marder S. Treatment of postpartum psychosis. En: UpToDate, Stein MB (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Consultado el 8 de junio de 2015).
57. McKee-Garrett, T. M., & Weisman, L. E. (2017). Overview of the routine management of the healthy newborn infant. UptoDate, Weisman, L (Ed), UptoDate, Waltham, MA.(Accessed on August 3, 2017).
58. Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2014a). Anexo IV. Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS). In *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Retrieved from https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf
59. Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2014b). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*.
60. Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*.
61. Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
62. Moreno-Villares, J. M. (2011). Actualización en fórmulas infantiles. *Anales de Pediatría Continuada*, 9(1), 31–40.
63. National Association of Perinatal Social Workers (2016). What is a Perinatal Social Worker. website: <https://www.napsw.org/>
64. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2006). Postnatal care up to 8 weeks after birth. Retrieved from Clinical guideline [CG37] website: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/chapter/1-Recommendations>
65. National Institute for Health and Care Excellence. (2006). Postnatal care up to 8 weeks after birth. NICE London.



66. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:379-407. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612.
67. Olde E, Van Der Hart O, Kleber R, van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clin Psychol Rev.* 2006;26:1-16.
68. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
69. OMS. (2019). Patrones de crecimiento infantil. Retrieved from <https://www.who.int/childgrowth/standards/es/>
70. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la mortalidad y la morbilidad perinatales. Ginebra. 1970. Informe técnico nº 457.
71. OMS IHAN España. (2016). Cómo obtener estadísticas de lactancia en la Maternidad. Retrieved from: [https://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/hospitales/fase_2d_hospitales/00 Estadisticas de lactancia.pdf](https://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/hospitales/fase_2d_hospitales/00_Estadisticas_de_lactancia.pdf)
72. Osterweis M., Solomon, F.& Green, Mbereavement: Reactions, Consequences and Care. Washington.DC. National Academy Press. 1984 en Espina A. Alexitimia y duelo crónico. ¿factores de riesgo del consumo de drogas? Clínica y Análisis Grupal. 2000; Vol.22(1) Pags.115-130.
73. Pascual, M. D. P. G. (2016). La sexualidad y la maternidad como factores adicionales de discriminación (y violencia) en las mujeres con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 4(2), 123-142.
74. Parsons T, Bales, R. Family, socialization, and interaction process, Nueva York: Free Press; 1955 en Falicov C. (compiladora). Transiciones de la familia. Amorrortu Editores. 1988; pp.341-345.
75. Peeler S, Chung MC, Stedmon J, Skirton H. A review assessing the current treatment strategies for postnatal psychological morbidity with a focus on post-traumatic stress disorder. *Midwifery.* 2013;29(4):377-88. doi: 10.1016/j.midw.2012.03.004.
76. Pomeranz, M. K., & Dellavalle, R. P. (2018). Maternal adaptations to pregnancy: Skin, hair, nails, and mucous membranes. *UpToDate.* www. uptodate. com [Accessed July 2019].
77. Redondo PS, Otero AY, Al-Adib Medi M. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. 2015; Consejería de Salud y Política Sociosanitaria; Gobierno de Extremadura.
78. Roy-Byrne P. Postpartum blues and unipolar depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. En: *UpToDate*, Stein MB, Lockwood CJ (Eds), *UpToDate*, Waltham, MA. (Consultado el 8 de junio de 2015).
79. Roy-Byrne P. Postpartum blues and unipolar depression: Prevention and treatment. En: *UpToDate*, Lockwood CJ, Stein MB (Eds), *UpToDate*, Waltham, MA. (Consultado el 8 de junio de 2015).
80. Ruoti Cosp M, Ontano M, Calabrese E, Airaldi L, Gruhn E, Galeano J, Espinosa A, Gallo Vallejos M. (2009) Uso y abuso de drogas durante el embarazo.. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, Vol. 7(2) 32-44.
81. Sánchez-Gabriel, M. D. S.-R., Castellanos, J. L. L., Fernández, I. B., Muñuzuri, A. P., Gracia, S. R., Campillo, C. W. R., ... Luna, M. S. (2017). Recomendaciones para la prevención, la detección y el manejo de la hiperbilirrubinemia en los recién nacidos con 35 o más semanas de edad gestacional. *Anales de Pediatría*, 87(5), 294-e1. Elsevier.
82. Sánchez J, Palacios G. Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. *Matronas Prof.* 2007; 8(1):12-19.



83. Sánchez Ruiz-Cabello, F. J., & Grupo PrevInfad / PAPPS. (2016). Prevención del síndrome de muerte súbita en el lactante. Retrieved from <http://previnfad.aepap.org/monografia/muerte-subita-lactante>
84. Schanler, R. J., & Potak, D. C. (2018). Physiology of lactation. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/physiology-of-lactation>
85. Sharma V, Mazmanian D. Sleep loss and postpartum psychosis. *Bipolar Disorders* 2003;5:98-105.
86. Servicio Canario de la Salud (SCS). (n.d.). Programa de salud infantil. Retrieved from <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=fde8a866-29f5-11e9-acfe-cba652c0f26c&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c>
87. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006;15(4):352-68.
88. Social, M. de S. y P. (2010). Cuidados desde el nacimiento: recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Centro de Publicaciones Madrid.
89. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (n.d.). Área de la Mujer. Retrieved from https://sego.es/AREA_DE_LA_MUJER
90. Sonalkar, S., & Mody, S. K. (2019). Postpartum contraception: Counseling and methods. UpToDate. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/postpartum-contraception-counseling-and-methods?search=Postpartum+contraception:+Counseling+and+methods&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
91. Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria. Recomendaciones PrevInfad / PAPPS. Disponible el 13/09/2017 en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/maltrato-infantil>
92. Stroebe W., & Stroebe M. Bereavement and Health. The psychological and physical consequences of partner loss. New York: Cambridge University Press. 1994 en Yolle L. Nuevas concepciones sobre el duelo por pérdida de ser queridos. 2013. *Av. Psicol.* 21(2).
93. Tiffany M McKee-Garrett, M. (n.d.). Assessment of the newborn infant - UpToDate. Retrieved August 22, 2019, from https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-the-newborn-infant?search=Assessment+of+the+newborn+infant&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
94. Trivedi D. Cochrane Review Summary: psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Prim Health Care Res Dev.* 2014;15(3):231-3. doi: 10.1017/S1463423614000206.
95. Umamanita. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. 2009. Disponible en: <http://www.umamanita.es>
96. William E. Benitz, MD, (2015) Hospital Stay for Healthy Term Newborn Infants. Faap, committee on fetus and newborn. American Academy of Pediatrics.
97. Worden J.W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. 1997; Buenos Aires; Paidós.
98. Wood, C. T., Skinner, A. C., Yin, H. S., Rothman, R. L., Sanders, L. M., Delamater, A. M., & Perrin, E. M. (2016). Bottle size and weight gain in formula-fed infants. *Pediatrics*, 138(1), e20154538.
99. Wyllie, J., Bruinenberg, J., Roehr, C.C., Rüdiger, M., Trevisanuto, D., & Urlesberger, B. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth.