

# Atención al puerperio



Edita: Osakidetza. C/ Álava, 45 - 01006 Vitoria-Gasteiz (Álava)  
© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco  
Osakidetza 2018  
Internet: [www.osakidetza.euskadi.eus](http://www.osakidetza.euskadi.eus)  
e-mail: [coordinacion@osakidetza.eus](mailto:coordinacion@osakidetza.eus)



# Atención al puerperio

*Coordinación de Programas de Salud Pública y de Seguridad del Paciente  
Dirección de Asistencia Sanitaria*

# Grupo de trabajo

**Itziar Aguirregomezcorta Garmendia.** OSI Bajo Deba

**Carmen Álvarez Leal.** OSI Goierri-Alto Urola

**Miguel Ángel Arroyo Vivar.** OSI Alto Deba

**Blanca Barrio Díez Caballero.** OSI Araba

**M<sup>a</sup> Begoña Bilbao Markaida.** Dirección General

**Raquel Collazos Dorronsoro.** OSI Araba

**Mertxe Fraca Padilla.** OSI Bilbao Basurto

**Rebeca García Valverde.** OSI Alto Deba

**M<sup>a</sup> Carmen Goiria Ormazabal.** OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

**Gloria Gutiérrez de Terán Moreno.** OSI Bilbao Basurto

**Arantza Lekuona Artola.** OSI Donostialdea

**Ayala López de Aberasturi Ibañez de Garayo.** OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

**José Ángel López López.** OSI Araba

**Rosa Masach Urestrilla.** OSI Bilbao Basurto

**Enrique Peiró Callizo.** Dirección General

**M<sup>a</sup> José Somavilla Pérez.** OSI Bilbao Basurto

**Alaitz Telleria Bereciartua.** OSI Bajo Deba

**M<sup>a</sup> José Trincado Aguinagalde.** OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

**Arantza Urcelay Echeverría.** OSI Goierri-Alto Urola



## Índice

### PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PUERPERIO EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

---

<b>1. Atención al Puerperio Clínico</b> .....	8
1.1. Objetivo .....	8
1.2. Cuidados durante el postparto inmediato.....	8
1.3. Cuidados en la planta de hospitalización.....	9
<b>2. Cesárea</b> .....	12
2.1. Cuidados durante el postparto inmediato.....	12
2.2. Cuidados en la planta de hospitalización.....	13
<b>3. Protocolo de Alta postparto</b> .....	16
<b>4. ANEXOS</b>	
– ANEXO 1: Analgesia en el puerperio normal y cesárea.....	21
– ANEXO 2: Protocolo de actuación ante efectos adversos relacionados con la medicación.....	23
– ANEXO 3: Protocolo de anemia puerperal.....	25
– ANEXO 4: Información al Alta 24h, signos de alerta, autocuidados de la madre y el recién nacido al alta.....	27
– ANEXO 5: Prescripción e información al alta hospitalaria.....	29

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PUERPERIO EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

---

<b>1. Introducción</b>	32
<b>2. Objetivos</b>	33
2.1. Objetivo general	33
2.2. Objetivos específicos	33
<b>3. Consultas puerperales</b>	34
3.1. Consulta telefónica de matrona	34
3.2. Primera consulta de matrona	35
3.3. Consulta domiciliaria matrona	38
3.4. Segunda consulta de matrona	38
3.5. Consultas sucesivas de matrona	41
3.6. Consulta tocólogo	41
<b>4. Criterios de derivación</b>	42
<b>5. Registros de actividades</b>	43
<b>6. ANEXOS</b>	
– ANEXO 1: Métodos anticonceptivos en el puerperio	47
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	53



## Protocolo de Atención al Puerperio en el Ámbito de **Atención Hospitalaria**

# 1. Atención al puerperio clínico

## 1.1. Objetivo

Protocolizar los cuidados esenciales que toda mujer recibe durante el puerperio clínico en todos los ámbitos de atención materno-infantil de Osakidetza. Estos cuidados están basados en la mejor evidencia disponible, respetando y fomentando la autonomía de las mujeres. Esta atención garantiza la mayor seguridad en el proceso, minimizando los posibles incidentes y los eventos adversos tanto los físicos y emocionales como los económicos y sociales derivados de la hospitalización.

Los cuidados durante el puerperio deben fomentar la autoconfianza y el autocuidado de la mujer, así como el establecimiento del vínculo de la madre y el recién nacido, evitando la realización rutinaria de pruebas o intervenciones innecesarias que puedan llegar a ser nocivas e interferir en el establecimiento del vínculo madre-bebé. La atención durante el puerperio facilitará la participación e implicación de la pareja en los cuidados del hijo/a y de la madre.

La comunicación entre los profesionales sanitarios que intervienen en el cuidado de la puérpera es fundamental para garantizar una asistencia adecuada, de manera que no haya vacíos entre diferentes ámbitos asistenciales, consiguiendo así la continuidad en el proceso asistencial. De la misma manera es prioritaria la comunicación del personal sanitario con la puérpera y sus familiares.

## 1.2. Cuidados durante el posparto inmediato

Durante las dos horas posteriores al parto, la mujer permanecerá en el área de partos donde se garantiza la intimidad necesaria para establecer el vínculo con su bebé. Es un periodo de mínima intervención y máxima observación por parte de la matrona, quien confirmará el bienestar del recién nacido y descartará signos de alarma en la madre. Se podrá ofrecer a la madre agua o infusiones si lo desea.



Durante estas dos horas el recién nacido permanecerá en contacto piel con piel con su madre y se iniciará la lactancia materna, si es la opción deseada, bajo la supervisión y el apoyo de la matrona.

Tras este periodo de dos horas, la puérpera y su bebé serán trasladados a la planta de hospitalización. Antes del traslado, la matrona valorará:

- Tensión arterial.
- Sangrado vaginal.
- Involución y contracción uterina correctas.
- Necesidad de micción.
- Periné.
- Dolor.
- Estado emocional de la madre y adaptación del recién nacido.

Tras comprobar la evolución normal, se retirará la vía venosa y el catéter de analgesia epidural y se verificará la correcta identificación de la madre y el recién nacido.

Todas las actividades se registrarán en la historia clínica de la madre y el recién nacido.

## 1.3. Cuidados en la planta de hospitalización

A la llegada a la planta, se comprobará la correcta identificación de la madre y el RN y se verificará que disponen de la información relacionada con el protocolo de seguridad del bebé. Se revisará la valoración de la matrona previa al traslado y se realizará la acogida, respetando el establecimiento del vínculo madre-recién nacido, el sueño del bebé y el descanso de la madre. La toma de constantes y resto de intervenciones podrán posponerse si se ha constatado la evolución normal en el área de partos. Se ofrecerá tolerancia oral libre.

Durante la estancia en la planta de hospitalización:

- Se fomentará el bienestar del binomio madre-bebé mediante el respeto a la fisiología del proceso, evitando las intervenciones innecesarias e injustificadas y garantizando los cuidados individualizados.
- Se procurará la menor interferencia con el descanso materno y se atenderá el estado psicoemocional de la madre.

- Se observarán signos de alarma que indiquen posibles complicaciones.
- Se valorará la existencia de dolor, procurando la analgesia adecuada. (ANEXO 1)
- Se valorarán los patrones de eliminación: micción y deposición.
- Se medirán las constantes vitales una vez al día. Si la TA es > de 140/90 se repetirá la toma a las 4 horas con el fin de descartar una posible preeclampsia puerperal.
- Se explorará una vez al día a la paciente y por un único profesional:
  - Altura uterina.
  - Loquios.
  - Valoración del estado del periné.
  - El tacto vaginal en el puerperio sólo se realizará en aquellos casos en los que no conste en el partograma que se ha realizado después del parto.
- La valoración del estado de las mamas y los pezones se realizará coincidiendo con las actividades de promoción y apoyo a la lactancia materna.
- Se comprobará la inmunidad de la paciente frente a la rubeola y se ofrecerá vacunación durante la estancia hospitalaria si la paciente no está inmunizada.
- Se solicitará hematimetría únicamente a las mujeres en que esté indicado, según los siguientes factores de riesgo:
  - Anemia durante el embarazo (Hb <11 g/dl en el tercer trimestre)
  - Hemorragia posparto.
  - Enfermedad concomitante.
- No es necesario repetir el grupo y Rh de la madre, por lo tanto sólo se solicitará en los casos en los que no se haya realizado durante el embarazo o cuando no exista soporte, bien grafitado o informático del resultado validado.
- Se mantendrá informada a la mujer sobre su proceso.
- Durante la estancia en el hospital se aprovecharán todas las intervenciones para realizar actividades de educación para la salud, informando a los padres sobre los autocuidados de la madre y el bebé, así como sobre los



signos de alarma por los que deben consultar durante su ingreso y tras el alta. Esta información les será facilitada también por escrito.

- Se entregará la Guía de Salud Infantil de 0-6 meses.

El puerperio clínico es un momento idóneo para detectar posibles distocias sociales y prevenir posibles situaciones de violencia de género. En los casos en que se detecten situaciones de riesgo, se comunicará con el servicio de trabajo social del hospital para que desde los servicios sociales inicien si fuera preciso las actuaciones necesarias.

También se contactará con el servicio de trabajo social en los casos de mujeres que presenten mutilación genital femenina.

Todas las actividades se registrarán en la historia clínica de la madre y el recién nacido.

## 2. Cesárea

La cesárea es la intervención obstétrica más frecuente. La OMS establece como buena práctica clínica una tasa de cesáreas menor al 15%. En la CAPV se cumple el objetivo con tasas inferiores a esta recomendación en todos los hospitales públicos. En números absolutos significa que algo más de 2.000 mujeres al año son sometidas a esta intervención quirúrgica en nuestros hospitales.

Esto justifica que en este protocolo hagamos un apartado específico para el cuidado clínico individualizado en el puerperio tras la cesárea, sin olvidar que las recomendaciones generales de respeto a la fisiología no cambian respecto al puerperio del parto vaginal.

### 2.1. Cuidados durante el posparto inmediato

Las dos horas posteriores a la cesárea, la mujer permanecerá en el área de partos para el cuidado del posparto inmediato. Se facilitará que el RN permanezca en contacto piel con piel con la madre teniendo en cuenta que se precisa acomodar el vínculo a la situación del postoperatorio. Se informará a la madre sobre movilización y posturas antiálgicas, teniendo en cuenta la herida quirúrgica, así como sobre las mejores posturas para iniciar la lactancia materna si es la opción deseada.

Hay que tener en cuenta que las mujeres a las que se les ha realizado una cesárea, generalmente necesitan más apoyo para iniciar la alimentación al pecho por los condicionantes intrínsecos a una intervención quirúrgica.

Si una mujer tiene que ser trasladada a la URPA por criterio clínico, se facilitará el contacto piel con piel con la pareja. En todo caso, se garantizará la estimulación precoz de la lactancia materna apoyada por el profesional sanitario, si es la opción elegida por la madre.

Tras el periodo de dos horas y antes del traslado a la planta de púérperas, la matrona valorará:

- Tensión arterial
- Permeabilidad del sondaje vesical, drenajes y venoclisis.
- Valoración apósito quirúrgico.



- Involución y contracción uterina correctas.
- Sangrado vaginal.
- Dolor
- Estado emocional de la madre y adaptación del recién nacido

Todas las actividades se registrarán en la historia clínica de la madre y del recién nacido.

## 2.2. Cuidados en la planta de hospitalización

A la llegada a la planta, se comprobará la correcta identificación de la madre y el RN y se verificará que disponen de la información relacionada con el protocolo de seguridad del bebé. Se revisará la valoración de la matrona previa al traslado y se realizará la acogida, respetando el establecimiento del vínculo madre-recién nacido, el sueño del bebé y el descanso de la madre. La toma de constantes y resto de intervenciones podrán posponerse si se ha constatado la evolución normal en el área de partos.

Durante la estancia en la planta de hospitalización:

- Se fomentará el bienestar del binomio madre-bebé mediante el respeto a la fisiología del proceso, evitando las intervenciones innecesarias e injustificadas y garantizando los cuidados individualizados.
- Se procurará la menor interferencia con el descanso materno y se atenderá el estado psicoemocional de la madre.
- Se observarán signos de alarma que indiquen posibles complicaciones.
- Se valorará la existencia de dolor, procurando analgesia adecuada (ANEXO 1)
- Se valorarán los patrones de eliminación: micción y deposición.

### Aspectos específicos de la atención al puerperio tras la cesárea

- **Tolerancia oral**, comenzando a las 6h post-cesárea con líquidos.
- **Catéter epidural** se debe retirar cuando se haya comprobado que no exista ninguna complicación postparto que pueda precisar acudir al quirófano. En los casos en los que se pautó analgesia a través del catéter epidural éste se mantendrá hasta que finalice la administración de la analgesia.
- Retirar **sondaje vesical** a partir de las 12 horas tras la cesárea asegurando

primera micción en las 6 horas posteriores a la retirada. Si no se produce se efectuará sondaje vesical evacuador y se volverá a controlar micción espontánea en las siguientes 6 horas.

- **Movilización progresiva:** Invitar a la mujer a levantarse a partir de 6-8 horas. Si cuando intente micción espontánea tras la retirada de la sonda vesical, aun no se ha levantado, se intentará que con esta primera micción vaya al cuarto de baño. Enseñar y reforzar técnicas de movilización antiálgica.
- **Constantes:** Se tomarán las constantes por turno las primeras veinticuatro horas (TA, Tª, FC). A partir del primer día se tomará la TA /24 horas y la Tª dos veces al día.
- **Cuidados de la herida quirúrgica.** Mantener limpia y seca la cicatriz, realizar la desinfección con **clorhexidrina acuosa al 2%**. Se procederá a la retirada de la sutura entre el 5º y 7º día en las incisiones transversales y entre el 7º y 8º día en las laparotomías medias (excepto suturas intradérmicas). Valoración de cubrir o no la herida teniendo en cuenta las preferencias de la mujer.
- **HRF:** No es necesario realizar un hemograma de rutina a las pacientes asintomáticas después de una cesárea programada.
- **Tromboprofilaxis:** iniciar según protocolo específico.
- **Se explorará** una vez al día a la paciente y por un único profesional.
  - Altura uterina
  - Loquios
  - Valoración de la herida quirúrgica
  - Dolor

La valoración del estado de las mamas y los pezones se realizará coincidiendo con las actividades de promoción y apoyo a la lactancia materna.

Se mantendrá informada a la mujer sobre su proceso.

Durante la estancia en el hospital se aprovecharán todas las intervenciones para realizar actividades de educación para la salud, informando e implicando a los padres sobre los autocuidados de la madre y el bebé, así como sobre los signos de alarma por los que deben consultar durante su ingreso y tras el alta. Esta información les será facilitada también por escrito.

Se entregará la Guía de Salud Infantil de 0-6 meses y la documentación oportuna.

# Atención al puerperio



El puerperio clínico es un momento idóneo para detectar posibles distocias sociales y prevenir posibles situaciones de violencia de género. En los casos en que se detecten situaciones de riesgo, se comunicará con el servicio de trabajo social del hospital para que desde los servicios sociales inicien si fuera preciso las actuaciones necesarias.

También se contactará con el servicio de trabajo social en los casos de mujeres que presenten mutilación genital femenina.

Todas las actividades se registrarán en la historia clínica de la madre y el recién nacido.

# 3. Protocolo de Alta

El alta hospitalaria tras el parto podrá ser ofertada a las mujeres y familias a partir de las 24 horas del nacimiento. El retorno al domicilio tiene un impacto positivo en relación a la seguridad asistencial de la madre y del RN, ya que disminuye la posibilidad de complicaciones secundarias a la asistencia hospitalaria. Así mismo favorece el vínculo afectivo y la implicación de los padres en los cuidados postnatales, el descanso de la madre y la familia, difícil de lograr con las habituales interrupciones ligadas a la actividad hospitalaria ordinaria.

Centrándonos en las necesidades de las madres y de sus familias de manera personalizada, con el alta de 24 horas, pretendemos garantizar los cuidados y aumentar la satisfacción de nuestras usuarias. La finalidad de este modelo de atención es mejorar la calidad y la seguridad en la asistencia a las mujeres, recién nacidos y sus familias mediante la reducción de la estancia hospitalaria en casos seleccionados.

En el caso de las altas a las 24 horas, también se garantiza la realización de las pruebas de cribado del RN en tiempo y forma en el plazo de 48-72h desde el nacimiento, mediante cita en el hospital de referencia para la realización de la extracción para el cribado de metabopatías.

Este protocolo implica a matronas, ginecólogos, pediatras y enfermeras de atención especializada y de atención primaria.

Así mismo, es fundamental que la madre disponga de la información relativa al alta posparto, para que pueda participar libremente en la toma de decisión conjunta (ANEXO 4).

En todas las altas hospitalarias en el puerperio, se garantizará la continuidad de la atención y la seguridad del proceso mediante la coordinación interniveles. La matrona de la Unidad de Atención Primaria (UAP) atenderá a la mujer y al recién nacido en el plazo de 24-72 horas.

En el momento del alta hospitalaria, además del preceptivo informe de alta, todas las mujeres dispondrán de información oral y escrita sobre autocuidados propios y del recién nacido en el domicilio. También se les ofrecerá información oral y escrita sobre los motivos de consulta indemorable, tanto propios como del recién nacido y cita para las pruebas de cribado neonatales en el hospital (si necesario) (ANEXO 4).



La mujer podrá optar al alta a partir de las 24 horas si se cumplen los siguientes criterios:

## En relación con la mujer

- Madres con un embarazo normal y parto vaginal sin complicaciones ni factores de riesgo y con un recién nacido sano
- Ausencia de riesgo psico-social
- Puerperio inmediato sin complicaciones ni incidencias
- Actitud positiva por parte de la madre
- Entorno familiar favorable
- Administración Anti D realizada, si precisa
- Cita telefónica en agenda de la matrona de AP en las primeras 24h.
- Residir como máximo a 20 Km del hospital o centro de referencia y con posibilidad de acudir al centro hospitalario o de referencia.

## Antes del alta hospitalaria del RN, se tendrá en cuenta:

- Normalidad en el examen clínico registrado en historia clínica
- Inicio de diuresis y emisión de meconio
- Evaluación de Peso (pérdida ponderal), coloración (Bilirrubina transcutánea)
- Revalorar y asegurar técnica de alimentación adecuada (LM y/o A. Fórmula)

Tras la información de la valoración realizada al RN, si no cumple estos criterios y la madre solicitara el alta voluntaria, se requerirá la firma de la madre y quedará reflejado en historia clínica y en la cartilla de Salud Infantil.

Pasadas las 24 horas, a aquellas mujeres con partos normales y sin factores de riesgo perinatal, con el RN sano tras valoración pediátrica, se les ofrecerá el alta, asegurando un seguimiento adecuado y con el compromiso de acudir a realizar el cribado neonatal en el hospital.

## En todos los casos para garantizar la transición del alta hospitalaria al ámbito de Atención Primaria:

- Se entregará la Cartilla de Salud Infantil y Cartilla de la Embarazada debidamente cumplimentada, así como el informe clínico de alta de la madre.
- Información sobre signos de alarma y motivos de consulta urgente.
- Las pulseras de identificación (madre y RN) no se retirarán en el hospital, se recomendará retirar una vez estén en su domicilio.
- Se indicará a los padres la necesidad de utilizar método de transporte seguro hasta su domicilio.
- Citación telefónica de la madre con su matrona de atención primaria en las primeras 24h tras el alta hospitalaria y presencial antes de la 72h del alta hospitalaria.
- Se recomienda control clínico del recién nacido por su pediatra de Atención Primaria en la primera semana de vida.
- En el caso de un RN de riesgo (pérdida ponderal llamativa, riesgo de hiperbilirrubinemia o pretérmino tardío...) se indicará control pediátrico precoz, asegurando la cita con su pediatra antes del alta hospitalaria.



## 4. Anexos





## 1

# Anexo 1

## ANALGESIA EN EL PUERPERIO NORMAL Y EN LA CESÁREA

En el periodo puerperal hay que atender de manera adecuada el dolor perineal y el dolor postoperatorio de la cesárea. El dolor en el periodo puerperal es una causa frecuente de malestar y genera preocupación en la mujer. El profesional sanitario durante la atención puerperal debe de valorar este aspecto, descartar complicaciones que lo pueden ocasionar y ofrecer el tratamiento adecuado.

A la hora de prescribir analgesia durante el puerperio, se debe de tener en cuenta la decisión de la mujer en relación al tipo de alimentación del recién nacido.

Las recomendaciones analgésicas que a continuación se detallan se han adecuado para ser compatibles con la lactancia materna.

En el parto vaginal el tratamiento con frío local perineal será la primera elección. Si precisa analgesia oral, salvo que este contraindicado, el Paracetamol será la primera opción.

En los casos en que se detecten mayores necesidades de analgesia, se utilizará un antiinflamatorio no esteroideo. Tanto la vía rectal como la oral son adecuadas, la primera nos permite una dosificación más alta con mayor potencia antiinflamatoria. Elegiremos un AINE u otro en función de las necesidades de la mujer (Diclofenaco 100 mg vía rectal/ 12 horas, máximo 48 horas o Ibuprofeno vía oral 600 mg c/8 horas).

Durante el postoperatorio de la cesárea el tratamiento analgésico se puede realizar bien mediante la administración IV de analgésicos tipo antiinflamatorios no esteroideos o mediante la administración de derivados de la morfina a través del catéter epidural.

### Analgesia vía IV

- Ketorolaco 30 mg IV/6 horas + Paracetamol 1g/6h alterno IV durante 24horas.
- Ibuprofeno 600mg/8h VO + Paracetamol 1g/8h alternando durante el puerperio clínico.
- Medicación de rescate si persiste el dolor.
- Cloruro mórfico 10 mg/8h IV o Dolantina 50mg/8h.

### **Analgesia Epidural**

- Metadona 5mg/8h vía epidural + Paracetamol 1g IV/8horas durante 24 horas.
- M3/8horas vía epidural + Paracetamol 1g IV /8h durante 24 horas.

En el caso que se utilice **Analgesia vía oral** en el postoperatorio de las cesáreas, se administrara:

- Ibuprofeno 600mg/8h VO + Paracetamol 1g/8h VO durante el puerperio clínico.



## 2

## Anexo 2

### PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN

La reacción adversa a un medicamento es el efecto no deseado que ocurre tras la administración de un fármaco. Las reacciones adversas se clasifican en reacciones Tipo **A** (predecibles, dosis dependientes y relacionadas con el efecto farmacológico 80%) y Tipo **B** (Impredecibles, dosis independiente y no relacionadas con el efecto farmacológico 10-15%). Las reacciones de Tipo B son de intolerancia o alergia. Ante una reacción adversa medicamentosa Tipo B debemos actuar de manera organizada y coordinada para evitar complicaciones mayores.

#### Valoración de la paciente

- Valoración de historia de alergias.
- Toma de Constantes (TA, FC, T<sup>a</sup>, FR)
- Signos y síntomas.
  - Respiratorios: disnea, dificultad para hablar, estridor, broncoespasmo.
  - Dermatológicos: prurito, urticaria, cianosis.
  - Cardiovascular: dolor torácico, taquicardia, hipotensión.
  - Neurológicos: agitación, ansiedad, disminución de reflejos, pérdida de conciencia.
  - Digestivos: dolor abdominal, náuseas, diarrea, vómitos.

#### Valoración de la medicación

- Comprobar la medicación que ha provocado la reacción adversa (el intervalo de la aparición de los síntomas, número de medicamentos administrados...)
- Parar la infusión de la medicación si la reacción se ha desencadenado tras una medicación IV.
- Avisar al médico y actuar según pautas establecidas en el protocolo que no necesita validación médica.

## Tratamiento

- Canalizar vía IV, si no dispone y administrar suero fisiológico, a una velocidad de infusión rápida 500 ml/h)
- Administrar O2, si síntomas respiratorios.
- Antihistamínico IM/IV (Dexclorfeniramina 5 mg IM/IV).
- Glucocorticoides (metil prednisolona) en ampollas de 20-40 mg IM/IV
- Adrenalina: en los casos de angioedema, disnea, dificultad para hablar. Dosis 0.3-0.5 ml de adrenalina 1:1.000 por vía SC. Se pueden repetir las dosis cada 15 min.

**Notificación de la reacción adversa medicamentosa al servicio de vigilancia de farmacia.**



## Anexo 3

### PROTOCOLO DE ANEMIA PUERPERAL

#### ANEMIA PUERPERAL

##### Definición

La anemia puerperal se diagnostica ante un nivel de Hb < 11g/dl durante la primera semana posparto.

La anemia postparto produce astenia, disnea, palpitaciones, dificultad para la lactancia, aumento del riesgo de infecciones (especialmente del tracto urinario) y de sufrir depresión postparto.

##### Tipos de tratamiento

El tratamiento de la anemia posparto se basa en dos pilares fundamentales: la administración de hierro y/o la transfusión sanguínea.

##### Transfusión sanguínea

La decisión de transfundir a una paciente debe ser siempre individualizada, pero en general se establece la cifra de hemoglobina de 7gr/dl como umbral para transfusión.

La transfusión consigue una rápida reposición de la masa eritrocitaria pero no está exenta de riesgos. Los riesgos incluyen reacciones alérgicas, inmunológicas, febriles y hemolíticas, errores transfusionales, daño pulmonar agudo por embolismo, sobrecarga de fluidos e infecciones. Se debe informar a la paciente de los riesgos y obtener su consentimiento informado por escrito.

##### Administración de hierro

Puede ser vía oral o vía parenteral.

###### A) Hierro oral.

- a. Hb 10-11g/dl 100mg de sulfato ferroso o equivalente/24h
- b. Hb 9-10g/dl 200mg de sulfato ferroso o equivalente /24h

*B) Hierro intravenoso.*

a. Hb 7-9 g/dl 200mg/día durante 48 horas (máximo 3 días consecutivos)

Permite una reposición más rápida de los niveles de hemoglobina y de los depósitos de hierro que la forma oral. Se consigue un aumento de la hemoglobina del 25% a los 5 días de su administración.

Si es preciso continuar tratamiento con hierro VO tras la administración IV, esperar 30 días desde la última dosis IV.



## 4

## Anexo 4

### INFORMACIÓN SOBRE AUTOCUIDADOS DE LA MADRE Y RN AL ALTA

#### 4.1. Información sobre el alta a las 24h

La información sobre el alta a las 24h será facilitada por las matronas de atención primaria durante las consultas y en los grupos de preparación maternal.

En el caso del control hospitalario durante el control gestacional.

Si la mujer no se hubiera controlado el embarazo en las consultas del área de referencia del hospital, los profesionales sanitarios del área de puerperio serán los encargados de informar a la mujer del protocolo de alta precoz, según la evolución durante el ingreso.

#### **Alta postparto (información entregable, disponible en plantillas de Informes de Osabide)**

- Tras el parto la vuelta a casa estará condicionada por tu recuperación y la adaptación con tu bebé.*
- En un parto normal y un recién nacido sin necesidad de atenciones especiales pueden proponeros la vuelta a casa a las 24 horas después del parto. De esta forma podréis disfrutar de una mayor tranquilidad e intimidad en el hogar. Así se favorece el establecimiento del vínculo madre-hijo, permite un mayor descanso y beneficia la lactancia materna.*
- Para garantizar la realización de la prueba del talón, que es imprescindible, recibiréis una cita en el hospital para vuestro bebé.*
- Algunas veces será necesario prolongar la estancia en el hospital*

## 4.2. Información sobre signos de alerta para entregar a la madre al Alta hospitalaria

Si después del Alta hospitalaria se presentan alguno de estos síntomas, acudir al profesional sanitario, sin demora, para su valoración.

- *Fiebre mayor de 38º C que persiste durante más de 6 horas.*
- *Presencia de secreciones vaginales con mal olor.*
- *Dolor abdominal que no remite con el tratamiento médico que te han pautado.*
- *Sangrado vaginal abundante.*
- *Mareo con pérdida de conocimiento.*
- *Dolor de cabeza que no cede con el tratamiento médico y/o que se acompaña de alteraciones visuales, náuseas o vómitos.*
- *Dolor unilateral en la pantorrilla, que se acompaña de hinchazón y/o enrojecimiento.*
- *Dificultad para respirar y/o dolor en el tórax.*

## 4.3. Información sobre autocuidados de la madre y el recién nacido al Alta hospitalaria.

- Guía de Salud Infantil de 0-6 meses (Entregar en la planta de puerperio). Incluye en las páginas 3-13 autocuidados de la madre después del parto.
- Guía para las madres que amamantan (Entregar en el embarazo: consulta o Preparación Maternal)
- Únicamente a las madres que alimentan con fórmula: Hoja Informativa sobre la preparación de la leche fórmula.



## 5

## Anexo 5

### PRESCRIPCIÓN E INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA MADRE AL ALTA

El tratamiento médico que la mujer precise tras el alta hospitalaria debe ser pautado en PRESBIDE. El uso de la prescripción electrónica es un factor que contribuye en la disminución de los errores asociados a la medicación. Por lo tanto, con el objetivo de mejorar la seguridad de las pacientes en el proceso de puerperio, todas las prescripciones, a excepción de las que no figuran en el vademécum de la herramienta, se deben realizar en Presbide.

Hay que tener en cuenta que al realizar la prescripción se deben suspender los tratamientos que la mujer no precise, así como la conciliación de los diferentes tratamientos.

Entre las prescripciones más frecuentes se encuentran el hierro y el yodo. La prescripción con sales de hierro se realizará en las pacientes en las que esté indicado por anemia. En cuanto a la prescripción del yodo durante la lactancia, se prescribirá a aquellas pacientes que hayan precisado suplementación durante el embarazo por no cubrir las necesidades con la ingesta en la dieta y opten por la lactancia materna. La dosis recomendada de yodo farmacológico para suplementación es de 200µg/día tanto en el embarazo como en la lactancia. Si la mujer ha recibido suplementación durante el embarazo es aconsejable mantener la misma prescripción durante la lactancia.

Previamente al alta se le entregará la hoja de tratamiento activo del paciente dónde constará la pauta de la medicación y la información que se considere necesaria.

**Osakidetza**  
Presbide

Centro: Edad: Aportación: TIS: ALERGIAS NO CONSULTADAS

Prescripción ▾ Hoja de Medicación ▾ Contacto | Ayuda | Salir

➔ Consulta Prescripciones Fecha desde:  Fecha hasta:   Buscar Prescripciones  Limpiar Filtro

Prescripción Universal (2) | Prescripción Hospitalaria (0) | Histórico Osabide-AP

Prescripciones. Se visualizan las Prescripciones que estuvieron activas en algún momento del intervalo de fechas solicitada.

<input type="checkbox"/>	Estado	Adf.	Rev/Fin	Tipo	Amb.	Producto o conjunto DOE	DOE	Principios Activos	Dosis por toma	Pauta habitual	Prescriptor
<input type="checkbox"/>				A	E	Ferroglicina Sulfato 567mg(100 Fe) 50 Cs		Hierro (II)	1 CAPSULA	24 horas	
<input type="checkbox"/>				A	E	Potasio Ioduro 300mcg 50 Comprimidos		Potasio Ioduro	1 COMPRIMIDO	24 horas	

**Osakidetza**

## Hoja de Tratamiento Activo para el paciente

Centro y Facultativo: Paciente:

TIS: Aportación:

MEDICAMENTO O PRODUCTO SANITARIO Instrucciones	Desayuno	Comida	Merienda	Cena	Acostarse	Revisión o Finalización
<b>Tratamientos agudos de corta duración</b>						
<b>FERROGLICINA SULFATO 567MG(100 FE) 50 CAPS</b> 1 (CAPSULA) cada 24 horas Instrucciones: Con el estómago vacío. Separar de las comidas 1 h antes o 2-3 h después. Tomar entero. Las heces pueden cambiar de color.	1					
<b>POTASIO IODURO 300MCG 50 COMPRIMIDOS</b> 1 (COMPRIMIDO) cada 24 horas Instrucciones: Siga las instrucciones del personal de medicina o de enfermería	1					

**Información al Paciente**

- En esta hoja constan todas las prescripciones activas e instrucciones introducidas en el sistema de prescripción de Osakidetza. Esta hoja no es una receta.
- Conserve este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.
- En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/99, se informa de que estos datos serán incorporados al Fichero Receta Electrónica para la gestión y control de la prestación farmacéutica, cuyo órgano responsable es la Dirección de Farmacia. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Dirección de Farmacia del Departamento de Salud (Avda Donostia - San Sebastián 1, 01010 Vitoria-Gasteiz).

Descárgate la nueva APP Mi Tratamiento

20-06-2018 Página 1 de 1



## Protocolo de Atención al Puerperio en el Ámbito de **Atención Primaria**

# 1. Introducción

La atención a la mujer y recién nacido/a (RN) durante el puerperio, tras el alta hospitalaria a las 24-72h, precisa de un equipo multidisciplinar para garantizar la continuidad y seguridad asistencial.

Se define como Puerperio Normal el periodo de 6 a 8 semanas desde el alumbramiento hasta que el aparato genital femenino, sus funciones y el estado general físico y psicológico de la mujer vuelven a sus condiciones normales fuera del embarazo.

La captación se realiza mediante:

- Recibida la continuidad de cuidados en el AAC se registrará de forma priorizada como consulta telefónica en la agenda de la matrona.
- Llamada telefónica de la puérpera a la matrona de Atención Primaria.
- Solicitud de consulta con la matrona, por parte de la puérpera, a través de cita previa.
- Derivación del médico de familia, enfermera o consulta de pediatría.

Las consultas puerperales con la matrona se realizarán en el Centro de Salud o en el domicilio según la necesidad de la mujer y/o la valoración de la matrona.

Se garantizará la citación telefónica de la madre con la matrona en las primeras 24h tras el alta hospitalaria de todos los tipos de parto (eutócico, instrumental y cesárea) y consulta presencial de la madre y el recién nacido antes de las 72h del alta hospitalaria.

La atención puerperal finalizará hacia las 6-8 semanas con la consulta de toxicología.



## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo general

Garantizar una atención integral y continuada a la puérpera y recién nacido en el ámbito de atención primaria de Osakidetza, desde el alta hospitalaria hasta su total recuperación.

### 2.2. Objetivos específicos

- Determinar que el periodo puerperal transcurre con normalidad, tanto en los aspectos físicos como emocionales y familiares.
- Detectar precozmente complicaciones.
- Reforzar y/o proporcionar conocimientos sobre autocuidados propios y del RN.
- Promocionar la lactancia materna comprobando su correcta instauración.
- Intervenir en las dificultades con la instauración de la lactancia materna, proporcionando información y ayuda de forma continuada hasta la solución del problema.
- Proporcionar apoyo y refuerzo a la mujer y la familia en su adaptación a la maternidad/paternidad.
- Ofrecer atención para la recuperación del suelo pélvico y derivar las patologías detectadas a los profesionales correspondientes.
- Ofertar asistencia domiciliaria si es necesario.
- Asegurar disponibilidad por parte de la matrona.
- Informar sobre alternativas anticonceptivas, adecuadas a las necesidades y la situación de salud de la mujer.
- Realizar una revisión ginecológica posparto e instaurar método anticonceptivo si procede.
- Dejar constancia en los registros de la valoración, evolución y cuidados de la puérpera.

# 3. Consultas puerperales

La matrona realiza actividades encaminadas a la promoción de la salud de la puérpera y recién nacido, a la prevención y detección de riesgos a través del apoyo a la adaptación fisiológica y emocional y la satisfacción de las necesidades educativas.

## 3.1. Consulta telefónica matrona

Antes de la consulta telefónica, la matrona realizará una revisión de la Historia Clínica de la puérpera en lo referente al parto, la estancia hospitalaria y los informes de alta. Así mismo revisará la Historia Clínica del recién nacido durante su estancia en el hospital.

En llamada telefónica tras el alta hospitalaria, la matrona preguntará a la puérpera sobre su estado y el del bebé, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

### MADRE:

- Estado general: sensación de mareo, cansancio, adaptación a la vuelta al hogar
- Loquios
- Micción, deposición
- Ingesta
- Dolor
- Fiebre
- Estado anímico, establecimiento del vínculo, adaptación familiar...
- Mamas

### LACTANCIA:

- Tipo de lactancia
- Número de tomas en las últimas 24 horas



- En la lactancia materna valorar agarre, transferencia de leche...
- Problemas como dolor, grietas, ingurgitación mamaria....

## RECIÉN NACIDO:

- Estado de alerta/sueño, se despierta para comer...
- Color de la piel
- Deposiciones, micciones, regurgitaciones: número, características...
- Estado de la piel y del cordón
- Verificación de realización o cita para el cribado de metabolopatías

En base a la valoración realizada en la consulta telefónica con la madre, se decide la continuidad de la atención al puerperio y recién nacido, para el mismo día o en fecha posterior.

Así mismo se establece en base a las necesidades detectadas, el lugar de la atención que puede ser el Centro de Salud o el domicilio familiar.

El registro de la valoración telefónica del estado de la madre y el recién nacido se realizará en la Historia Clínica informática

## 3.2. Primera consulta matrona

Las actividades asistenciales y de asesoramiento a realizar son:

- **Valorar la evolución** del parto y el puerperio hospitalario a través de la experiencia de la mujer y su pareja, de los informes de alta, la Cartilla de la Embarazada, y la Cartilla de Salud Infantil.
- **Valorar la correcta adaptación física:**
  - Constantes vitales
  - Involución uterina
  - Características de los loquios
  - Periné: sutura, hematomas, hemorroides
  - Estado del suelo pélvico: incontinencia de esfínteres

- Laparotomía si cesárea
- Mamas y pezones
- Extremidades inferiores: edemas, varices, signos de tromboflebitis...
- Evacuación vesical e intestinal
- Dolor
- Higiene personal
- Toma de medicación

- **Valorar la adaptación psicosocial**

- Hábitos de descanso y sueño
- Actitud general de la madre: sentimientos de suficiencia, autoestima...
- Capacidad de autocuidarse y cuidar al RN
- Disponibilidad de ayuda y apoyo
- Adaptación del padre y del entorno familiar

- **Valoración del binomio madre-hijo/a**

- Establecimiento del vínculo con el bebé
- Instauración de la lactancia materna, detección de dificultades, problemas y/o dudas
- Observación directa de una toma.
- Si no se ha realizado la consulta de pediatría, comprobar:
  1. Hábitos de alimentación, sueño y postura para dormir.
  2. Frecuencia de micciones y defecaciones.
  3. Vitalidad, coloración de piel e hidratación de piel y mucosas.
  4. Control de higiene general y cuidados del cordón umbilical.
  5. Control de peso si precisa.
  6. Vestido

## **SITUACIONES DE RIESGO**

- Partos múltiples, RN que precisa ingreso, con malformaciones, muerte perinatal,...



- Madres solas
- Madres adolescentes
- Situación socio-económica desfavorable, violencia de género
- Mujeres con depresiones previas

## ACTIVIDADES EDUCATIVAS

- Autocuidados de la madre: higiene, alimentación, reposo, sueño, actividad física, ejercicios de recuperación del suelo pélvico
- Lactancia materna
- Alimentación con fórmula. Únicamente cuando el recién nacido es alimentado con fórmula.
- Motivos de consulta:
  - Fiebre, hemorragia excesiva, loquios malolientes, dehiscencia de suturas
  - Dolor excesivo en sutura perineal, abdomen o mamas
  - Pecho ingurgitado o con zonas enrojecidas, grietas en los pezones
  - Molestias urinarias. Estreñimiento/hemorroides
  - Signos de tromboflebitis
- Alteraciones emocionales normales en el puerperio y signos de alarma
- Aclarar dudas sobre cuidados del RN
- Revisión y seguimiento del tratamiento farmacológico, si lo hubiera
- Consejo antitabaco, alcohol y otros tóxicos
- Prevención de accidentes, mascotas, etc

## OTRAS ACTIVIDADES

- Instaurar el plan de cuidados y el seguimiento posterior
- Derivar a consulta de pediatría, si procede
- Derivación a talleres de lactancia.
- Registrar en Cartilla de la embarazada, Osabide y Cartilla de Salud Infantil

### 3.3. Consulta domiciliaria matrona

La matrona realizará una consulta domiciliaria cuando tras la valoración previa decide que la mujer puérpera no debe desplazarse al Centro de Salud o cuando considere oportuno valorar el entorno de seguridad del recién nacido en domicilio.

En los casos en que se detecten situaciones de riesgo, se comunicará con el servicio de trabajo social para que desde los servicios sociales inicien si fueran precisas las actuaciones necesarias.

Las actividades de asesoramiento y asistenciales a realizar serán las descritas para la consulta puerperal en el centro de salud, valorando el estado de la madre y del RN, evaluando los signos de normalidad y derivándolos al profesional adecuado si apareciesen desviaciones de la normalidad que lo precisen.

Los elementos que se pueden trabajar de forma especial en el domicilio son:

- La integración del RN en la familia. El acomodo del grupo familiar
- La relación y apoyo familiar de la puérpera y la adaptación a sus nuevos roles
- La adecuación del hogar al RN (limpieza, temperatura ambiental, mascotas...)
- El entorno sin riesgo de accidentes
- El estado emocional de la puérpera en su medio
- La armonía del binomio madre /hijo/a
- Reforzar la seguridad de la mujer respecto a los autocuidados propios y del RN

### 3.4. Segunda consulta de matrona

Las actividades asistenciales y de asesoramiento a realizar son:

- **Valorar la correcta adaptación física:**
  - Constantes vitales, si precisa.
  - Involución uterina
  - Características de los loquios



- Periné: sutura, hematomas, hemorroides
- Estado del suelo pélvico: incontinencia de esfínteres
- Laparotomía si cesárea
- Mamas y pezones
- Extremidades inferiores: edemas, varices, signos de tromboflebitis...
- Evacuación vesical e intestinal
- Dolor
- Higiene personal
- Toma de medicación

- **Valorar la adaptación psico/social:**

- Hábitos de descanso y sueño
- Actitud general de la madre: sentimientos de suficiencia, autoestima...
- Capacidad de autocuidarse y cuidar al RN
- Disponibilidad de ayuda y apoyo
- Adaptación del padre y del entorno familiar

- **Valoración del binomio madre-hijo/a:**

- Establecimiento del vínculo con el bebé
- Instauración de la lactancia materna, detección de dificultades, problemas y/o dudas
- Observación directa de una toma, si precisa.
- Si no se ha realizado la consulta de pediatría, comprobar:
  1. Hábitos de alimentación, sueño y postura para dormir.
  2. Frecuencia de micciones y defecaciones.
  3. Vitalidad, coloración de piel e hidratación de piel y mucosas.
  4. Control de higiene general y cuidados del cordón umbilical.
  5. Control de peso si precisa.
  6. Vestido

## SITUACIONES DE RIESGO

- Partos múltiples, RN que precisa ingreso, con malformaciones, muerte perinatal,...
- Madres solas
- Madres adolescentes
- Situación socio-económica desfavorable, violencia de género
- Mujeres con depresiones previas

## ACTIVIDADES EDUCATIVAS

- Autocuidados de la madre: higiene, alimentación, reposo, sueño, actividad física, ejercicios de recuperación del suelo pélvico
- Lactancia materna
- Alimentación con fórmula. Únicamente cuando el recién nacido es alimentado con fórmula.
- Motivos de consulta:
  - Fiebre, hemorragia excesiva, loquios malolientes, dehiscencia de suturas
  - Dolor excesivo en sutura perineal, abdomen o mamas
  - Pecho ingurgitado o con zonas enrojecidas, grietas en los pezones
  - Molestias urinarias. Estreñimiento/hemorroides
  - Signos de tromboflebitis
- Alteraciones emocionales normales en el puerperio y signos de alarma
- Aclarar dudas sobre cuidados del RN
- Revisión y seguimiento del tratamiento farmacológico, si lo hubiera
- Consejo antitabaco, alcohol y otros tóxicos
- Sexualidad. Anticoncepción.
- Prevención de accidentes, mascotas, etc



## OTRAS ACTIVIDADES

- Instaurar el plan de cuidados y el seguimiento posterior
- Petición de analítica si precisa: Hematimetría, urocultivo, exudado vaginal,...
- Incluir en el programa de cribado de cáncer de cérvix
- Derivar a consulta de pediatría, si procede
- Citar para consultas sucesivas de matrona en función de las necesidades detectadas
- Derivación y citación a grupos de recuperación postparto
- Derivación a talleres de lactancia
- Derivar a consulta de tocología a las 6-8 semanas
- Registrar en Cartilla de la embarazada, Osabide y Cartilla de Salud Infantil

## 3.5. Consultas sucesivas matrona

La situación clínica y/o emocional de la madre, puede aconsejar la realización de consultas sucesivas. Todas las actividades descritas en las consultas previas de matrona se realizarán en las consultas sucesivas en función de las necesidades detectadas.

## 3.6. Consulta tocólogo

Se realizará a las 6-8 semanas postparto, con las siguientes actividades:

- Revisión ginecológica.
- Valorar el suelo pélvico
- Revisión y seguimiento del tratamiento farmacológico, si lo hubiera
- Instauración de anticoncepción si demanda o vacunada de rubéola.
- Valoración del estado emocional de la mujer

## 4. Criterios de derivación

Considerando que la matrona es la profesional de referencia para la atención en el puerperio, se derivará:

- Tocología: consulta puerperal hacia las 6 semanas.
- Cuando se detecta posible patología en la mujer o en el RN:
  - Tocología de atención especializada
  - Pediatría de atención primaria
  - Urgencias de obstetricia
  - Urgencias de pediatría
- Otros:
  - Enfermería de atención primaria: curas de laparotomía, vacuna de rubéola, extracción de sangre,...
  - Medicina de familia: patología general y derivación a otras especialidades
  - Servicios sociales



## 5. Registro de actividades

El registro de actividades se realizará en todas las consultas en:

- Cartilla de la embarazada.
- Cartilla de Salud Infantil.
- Osabide. Historia clínica informatizada.





## 6. Anexos





## 1

# Anexo 1

## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL PUERPERIO

### INTRODUCCIÓN

El puerperio es un momento idóneo para iniciar o reiniciar el uso de anticoncepción y para que los profesionales sanitarios asesoren a las mujeres sobre métodos anticonceptivos eficaces y seguros.

El método anticonceptivo que se vaya a utilizar después del nacimiento, dependerá de las preferencias de la mujer y de factores médicos, teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS a la hora de realizar la prescripción del método contraceptivo (Tabla 1, 2 ,3 y 4).

Como característica específica del puerperio, se tendrá en cuenta si la mujer está o no lactando a la hora de recomendar un método de contracepción, para orientar el uso de los métodos que no interfieran con la lactancia ni produzcan efectos adversos en el crecimiento y desarrollo del niño.

Es conveniente asesorar durante el embarazo, sobre la anticoncepción. La decisión del método a utilizar es más sencilla si se ha meditado previamente al parto, y la implantación del método es más temprana. La información escrita sobre métodos anticonceptivos previa al alta de la paciente tiene un efecto positivo sobre el uso posterior de éstos.

Es importante que la implantación del método anticonceptivo elegido sea temprana, ya que una buena planificación familiar en esta etapa es fundamental. Cuando el intervalo entre gestaciones es menor de un año aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacimiento y fetos pequeños para la edad gestacional.

Muchas mujeres no han iniciado las relaciones sexuales en las 6 primeras semanas, hasta que se realiza la visita de control puerperal, pero hay un porcentaje de mujeres que antes de la visita ya han iniciado las relaciones sexuales. Se debe informar que la primera ovulación en mujeres que no están lactando tiene lugar alrededor de la 4ª semana posparto, y esto ocurre antes de la primera menstruación, por lo que no se debe considerar la menstruación como el punto de retorno del periodo fértil en el puerperio.

## MUJERES QUE NO ESTÁN LACTANDO

### 1. Métodos de Barrera

El condón masculino o femenino, pueden ser utilizados tan pronto como se inician las relaciones sexuales. Si la mujer opta por el diafragma vaginal o el capuchón cervical, deberá esperar 6 semanas para su utilización, hasta que los cambios anatómicos se hayan estabilizado, y la medida de los dispositivos sea estable.

### 2. Contraceptivos sólo con Gestágenos

Los métodos solo gestágeno (MSG), son considerados de alta eficacia, con un perfil de alta seguridad. La mujer debe aceptar el patrón de sangrado que conllevan.

Las mujeres durante el puerperio tienen más riesgo tromboembólico. Los MSG tienen poco efecto sobre los factores de coagulación, TA sanguínea, o niveles séricos de lípidos. Los estudios epidemiológicos no han encontrado aumento de ACV, infarto de miocardio, o tromboembolismo venoso con el uso de MSG. Esto hace que los MSG sean una elección apropiada, durante el puerperio.

#### Preparaciones:

- Píldora solo de gestágeno o Minipills. La píldora comercializada en España contiene 75µg de desogestrel en presentación de 28 comprimidos. Tiene una tasa de fallos del 9%. Se puede iniciar tan pronto como se desee.
- Implante subcutáneo. Es el método solo gestágeno de mayor eficacia demostrada, por encima del 99%. Se puede iniciar tan pronto como se desee.
- Inyección depot de Acetato de Medroxiprogesterona , contiene 150 mg de AMP y se administra de forma trimestral. El efecto no deseado más relevante es el sangrado irregular, motivo más frecuente de abandono. Se puede iniciar tan pronto como se desee.
- DIU de levonorgestrel: Se puede recomendar su empleo en las primeras 48 horas tras el parto o más allá de las 4 semanas.

### 3. Contracepción intrauterina

El DIU puede ser insertado inmediatamente tras el alumbramiento, durante el puerperio hospitalario en las primeras 48 h o a partir de las 4 semanas posparto. El DIU con el que se tiene más experiencia es el TCU380a (T de alta carga).



No está contraindicada la inserción posparto inmediata, salvo que exista sospecha de infección puerperal. Sin embargo la inserción en el posparto inmediato se asocia a una tasa de expulsión del 12% en los primeros 6-12 meses, frente al 2-4 % cuando se demora la inserción al menos 4 semanas.

Las ventajas de la inserción inmediata son menores que los riesgos (Mayor tasa de expulsiones) por lo que se recomienda la inserción a las 4-6 semanas, una vez que se ha producido la involución uterina (no hay que esperar a la primera menstruación). Sin embargo en aquellas mujeres que desean un DIU como método anticonceptivo, y es probable que no acudan a la visita puerperal, es adecuado hacer una inserción en el posparto inmediato, explicándoles previamente los riesgos asociados.

## 4. Anticonceptivos hormonales combinados

Hay que demorar los anticonceptivos hormonales combinados (AHC), al menos 3 semanas posparto, para permitir la resolución de todos los cambios inducidos por el embarazo en el sistema de coagulación. Esto se considera el periodo mínimo en mujeres sin factores de riesgo de enfermedad tromboembólica. En mujeres con algún factor de riesgo de tromboembolismo venoso debe posponerse el inicio hasta después de los 42 días postparto o elegir otro método anticonceptivo.

## 5. Anticoncepción de Emergencia

La anticoncepción de emergencia durante el puerperio puede realizarse sin restricciones tanto con preparados con Levonorgestrel como con píldoras combinadas. La inserción de un DIU como contracepción de emergencia puede utilizarse a partir de las 4 semanas posparto.

## MUJERES QUE ESTÁN LACTANDO

### 1. MELA. Método de la amenorrea de la lactancia

La lactancia natural conlleva, un retraso en el retorno de la ovulación debido a que la prolactina induce una inhibición de la liberación en pulsos de la GnRH desde el hipotálamo. El grado en el que la lactancia suprime la ovulación está regulado por:

- Frecuencia de las tomas.
- Estado nutricional basal de la madre.
- Índice de masa corporal materno.

Mientras que la lactancia se relaciona con subfertilidad, la anovulación ocurre solo en las madres lactantes en situaciones específicas:

- Han transcurrido menos de 6 meses posparto.
- Lactancia materna exclusiva y a demanda.
- Amenorrea.

Bajo estas condiciones existe un 98% de protección frente al embarazo. Si estas condiciones no se dan, el riesgo de un embarazo no deseado se incrementa.

## 2. Métodos de Barrera

Los métodos de barrera, son inertes, y esto hace que sean muy utilizados por madres lactantes. Se pueden utilizar tan pronto como se inicien las relaciones sexuales.

## 3. Contracepción intrauterina

Las indicaciones son las mismas que las de las mujeres que no están lactando.

## 4. Contraceptivos solo con gestágenos

Si se opta por un método anticonceptivo hormonal, los MSG, son de elección ya que no parecen afectar al volumen o composición de la leche ni causan efectos deletéreos sobre el bebé. Teniendo en cuenta los criterios médicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos de la OMS, tanto la píldora solo gestágeno como el implante subcutáneo se pueden iniciar en cualquier momento del puerperio. El inyectable trimestral de acetato de medroxiprogesterona está contraindicado durante las seis primeras semanas. En cuanto al DIU de levonorgestrel, los plazos para la inserción son los que se describen el apartado de mujeres sin lactancia materna ( $\leq 48h$ ;  $> 4$  semanas)

## 5. Anticonceptivos hormonales combinados

Los AHC, suprimen la producción de leche si se administran tempranamente en el puerperio. Los efectos sobre el crecimiento del bebé son inciertos. El uso de AHC está contraindicado durante las primeras 6 semanas posparto en las mujeres que amamantan. Entre las 6 semanas y los 6 meses los riesgos superan los beneficios por lo que, de manera general, no se recomienda su utilización. Se pueden prescribir sin restricciones a partir de los 6 meses siempre que no exista contraindicación médica.



## 6. Anticoncepción de Emergencia

La anticoncepción de emergencia durante el puerperio en mujeres que amamantan puede realizarse sin restricciones tanto con preparados con Levonorgestrel como con píldoras combinadas. La inserción de un DIU como contracepción de emergencia puede utilizarse a partir de las 4 semanas posparto.

**TABLA 1**

### CLASIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE ELIGIBILIDAD DE LA OMS

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

**TABLA 2**

### CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS DURANTE EL PUERPERIO SIN LACTANCIA MATERNA

	AHC	Píldora SG	Inyect. SG	Implante SC
<b>&lt; 3 Semanas y sin factores de riesgo de ETE</b>	3	1	1	1
<b>≥ 3 Semanas y sin factores de riesgo de ETE</b>	2 (21-42 días) 1 (> 42 días)	1	1	1

**TABLA 3**

**CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS DURANTE EL PUERPERIO CON LACTANCIA MATERNA**

	AHC	Píldora SG	Inyect. SG	Implante SC
6 semanas posparto	4	2	3	2
6 semanas 6 meses posparto	3	1	1	1
> 6 meses posparto	2	1	1	1

**TABLA 4**

**CRITERIOS DE ELIGIBILIDAD DEL DIU DURANTE EL PUERPERIO**

Con Lactancia Materna	DIU-LNG	DIU-cu
<48 horas	2	1
>48h-< 4 sem	3	3
≥ 4 semanas	1	1
Sin Lactancia Materna	DIU-LNG	DIU-cu
<48 horas	1	1
>48h-< 4 sem	3	3
≥ 4 semanas	1	1



# Bibliografía

# Bibliografía

- 2006 *Cuidados puerperales rutinarias para las mujeres y sus bebés. NICE clinical guideline 37. Developed by the National Collaborating Centre for Primary Care*
- 2009. *Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social.*
- 2010. *Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social.*
- *Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Madrid. Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de tecnologías Sanitarias del País Vasco 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA nº 2009/ 01.*
- 2011 *Guía de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*
- 2013-2020 *Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020.5.*
- 2014 *Guía de práctica clínica de atención al embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad*
- *Bibliografía común en relación a la alimentación al recién nacido.*
- *Decreto 147/2015, de 2105 de 21 de julio, por lo que se aprueba la Declaración sobre derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi. Artículo 8. La asistencia sanitaria específica vinculada a la infancia y la adolescencia.*
- *World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraception use. Fifth Edition. Geneve, 2015.*
- *Anticoncepción hormonal posparto. Documentos de Consenso S.E.G.O. 139*