

PUERPERIO Y
RECIÉN NACIDO

Miniguía práctica
en **OBSTETRICIA**

Autoras

Glória Aurora Boal Herranz

Matilde Fernández y Fernández-Arroyo

Bial
Keeping life
in mind.

TÍTULO ORIGINAL

Miniguía práctica en Obstetricia. Puerperio y recién nacido

AUTORAS

Gloria Aurora Boal Herranz. RN, CNM, MsN. *Matrona de Atención Primaria. Profesora de la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad de Madrid. Centro de Salud de San Fernando, San Fernando de Henares (Madrid).*

Matilde Fernández y Fernández-Arroyo. RN, CNM, LPsy, MsN, PhD. *Matrona de Atención Primaria. Profesora de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios, Universidad Pontificia Comillas, Ciempozuelos (Madrid). Centro de Salud Rosa de Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes (Madrid).*

Depósito Legal: B 6371-2019

LABORATORIOS BIAL, S.A. © Copyright 2019

Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o cualquier otro sistema de reproducción, sin autorización expresa de los propietarios del copyright.



Avda. dels Vents, 9-13, esc. B, 2.º 1.ª

08917 Badalona

euromedice@euromedice.net

www.euromedice.net

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información contenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.

PUERPERIO Y
RECIÉN NACIDO

Miniguía práctica
en **OBSTETRICIA**



PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO

Índice

PUERPERIO	5
• Concepto	
FISIOLOGÍA DEL PUERPERIO	5
• Involución del cuerpo uterino	
• Endometrio	
• Entuertos	
• Cuello uterino	
• Vagina	
• Vulva	
• Periné	
• Suelo pélvico	
• Normalización de la función del ovario	
• Aparato urinario	
• Pared abdominal	
• Función intestinal	
• Cambios hematológicos y cardíacos	
• Peso	
ANOMALÍAS DEL PUERPERIO	8
• Hemorragia posparto	
• Lesiones del canal blando del parto	
• Infección puerperal. Formas anatomoclínicas	
OTROS TRASTORNOS DEL PUERPERIO	13
• Trombosis venosa pélvica	
• Trastornos de las vías urinarias	

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PUERPERIO	14
• Estado de melancolía	
• Depresión posparto	
• Trastorno obsesivo compulsivo	
• Trastorno de pánico	
• Trastorno de estrés posparto postraumático	
• Psicosis puerperales	
DUELO PERINATAL	16
• Clasificación	
• Emociones	
• Clínica	
• Etapas del duelo. ¿Qué se siente? ¿Cómo abordarlo?	
VIGILANCIA Y ATENCIÓN DE LA PUÉRPERA POR LA MATRONA	18
• Control en las primeras 2 horas: área de paritorio	
• En el área de hospitalización	
• En Atención Primaria	
VIGILANCIA Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO POR LA MATRONA	28
• Sala de partos	
• Exploración por tiempo de vida	
• Exploración en sala de neonatos/nido	
• Seguimiento en Atención Primaria	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	37



PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO

PUERPERIO

Concepto

El puerperio es el período comprendido desde el final del parto hasta la completa regresión de los cambios, tanto locales o genitales como generales, que experimenta la gestante durante el embarazo. Se considera que este período dura 6 semanas, aunque en este tiempo no siempre se completa la regresión de todas las modificaciones que ocurrieron durante el embarazo¹⁻⁵.

FISIOLOGÍA DEL PUERPERIO

Involución del cuerpo uterino

Tras el parto, el cuerpo uterino se sitúa por debajo del ombligo. La involución se produce en la primera semana y se palpa entre el ombligo y la sínfisis del pubis; en la segunda semana se hace intrapélvico. La gran vascularización disminuye a niveles previos al embarazo. En el miometrio las fibras musculares disminuyen significativamente de tamaño, aunque no se produce disminución de las mismas.

Durante el puerperio se producen contracciones uterinas dolorosas o entuertos, que se manifiestan en mayor medida en los primeros días en multíparas. Estas contracciones se ven incrementadas durante el amamantamiento, debido a la producción de oxitocina originada por el reflejo que se produce por la succión del niño en el pezón^{2-4,6,7}.

Endometrio

Después del parto la cavidad uterina está revestida por la decidua y la zona superior comienza a desprenderse para dar origen a los loquios, unas secreciones que contienen células deciduales,

sangre y con frecuencia bacterias. Su color es rojo en los 2-3 primeros días; el color rojo va disminuyendo y, a los 10 días, la secreción se vuelve blanquecina por el contenido en leucocitos. La duración media de los loquios es de 33 días. Hay mujeres que finalizan el proceso de expulsión de loquios a los 15 días y un 13 % de mujeres en las que persiste el proceso 6 días más^{1,6}. Cuando el color rojizo persiste durante más de 2 semanas, indica la retención de pequeños fragmentos de placenta, una involución imperfecta del lecho placentario o ambas⁶.

Si la mujer no lacta, entre los primeros 40-45 días se produce la primera menstruación por descamación del endometrio proliferativo no secretor. El carácter bifásico del endometrio y su descamación menstrual se establecerán con regularidad cuando la función del ovario se normalice; esto se ve influido por la lactancia¹.

Entuertos

Cuando persisten coágulos o retención de fragmentos placentarios, pueden producirse contracciones hipertónicas a medida que el útero se contrae en un esfuerzo por expulsarlos. En multíparas se contrae a menudo enérgicamente a intervalos, dando lugar a los entuertos. Pueden durar varios días. Se notan sobre todo cuando la mujer está lactando por la liberación de oxitocina⁶.



Cuello uterino

Unos días después del parto el cuello se engruesa, el orificio se estrecha y se forma de nuevo el conducto cervical. Este no recuperará totalmente la forma que tenía antes del parto; en lugar de la forma redonda, aparece como una línea ligeramente entreabierto o prolongada lateralmente por pequeños desgarros durante el parto^{1,7}.

Vagina

Tras el parto, la vagina queda más agrandada por la distensión y se aprecian pequeños desgarros. En 2 o 3 semanas disminuye su tamaño y se produce la cicatrización de la incisión o los desgarros. El tamaño previo al embarazo no se recuperará nunca^{1,2}.

Vulva

Se aprecian las carúnculas mirtiformes como consecuencia del parto¹.

Periné

Habitualmente, la cicatrización de la sutura del periné suele producirse de forma correcta^{1,2,7}.

Suelo pélvico

La distensión de la musculatura y la aponeurosis no recuperada adecuadamente podrá producir prolapso de vagina y útero posteriormente^{1,2,4,7}.

Normalización de la función del ovario

Después del parto, los estrógenos y la progesterona descienden rápidamente. En la tercera semana, los estrógenos experimentan una elevación y, si la mujer no lacta al niño, se produce la menstruación a los 40-50 días. Las gonadotropinas hipofisarias son bajas en los primeros días; en ausencia de lactancia, se normalizan a las 3-5 semanas del parto. Si la mujer lacta, es infrecuente la menstruación antes de la octava semana^{1,7}.

Aparato urinario

La pelvis renal y los uréteres dilatados durante el embarazo se recuperan en 2-8 semanas. Durante los 2-5 primeros días se produce un aumento de la diuresis para eliminar la retención de líquido intersticial que existía en el embarazo. La disminución de la sensibilidad vesical del músculo detrusor debido a los partos prolongados, laboriosos e instrumentales es lo que puede originar atonía vesical con orina residual, que es posible que favorezca la infección urinaria. En algunas mujeres puede ocurrir lesión de músculos uretrales, lo que producirá incontinencia urinaria^{1,2,4,6,7}.

Pared abdominal

La pared abdominal se distiende y se producen diástasis de los músculos rectos del abdomen, además de rotura de fibras elásticas de la piel. La recuperación suele producirse en unas semanas con normalidad. Las estrías gravídicas suelen permanecer de forma indeleble¹.

Función intestinal

El estreñimiento es habitual tras el parto durante los primeros días del puerperio, producido por la disminución del peristaltismo intestinal y a veces por la existencia de hemorroides agravadas por el trabajo de parto. La normalización se produce en unos días^{1,2,4,7}.

Cambios hematológicos y cardíacos

La leucocitosis, la trombocitosis, el aumento del fibrinógeno y otros factores de la coagulación, la tasa de hemoglobina y el valor de hematocrito, que están alterados en los primeros días del puerperio, se normalizan en unos días. La volemia y el gasto cardíaco se normalizan en días o semanas^{1,2}.

Peso

Después del parto, la puérpera pierde peso (5-6 kg) debido a la evacuación y a la pérdida normal de sangre; después hay una disminución adicional de 2-3 kg por diuresis. A los 6 meses, el peso medio de la mujer es de 1,4 kg más que al inicio del embarazo^{1,6,7}.

ANOMALÍAS DEL PUERPERIO

Hemorragia posparto

La hemorragia posparto son las pérdidas de sangre superiores a 500 ml que suceden después del parto. Se clasifican en hemorragias posparto precoces (durante las 24 horas posteriores al parto) y tardías (después de 24 horas). Entre las causas están: atonía uterina, retención de tejido placentario (cotiledones, placenta accreta, increta y percreta), inversión uterina, desgarros del tracto genital bajo, rotura uterina y trastornos de la coagulación^{4,6-8}.

Atonía



Se produce por la falta de contracción del miometrio antes o después de la salida de la placenta. La atonía es la causa más frecuente en este período. Los factores de riesgo son: distensión exagerada del útero como polihidramnios, gestación múltiple o macrosomía fetal, parto prolongado, parto rápido, inducción con oxitocina, anestesia general, tocolíticos, múltiparas, atonía en embarazos previos y corioamnionitis.

La pérdida de sangre puede ser abundante, pero en ocasiones es lenta y constante. El diagnóstico se realiza por palpación abdominal o bimanual. Es necesaria una inspección meticulosa del canal del parto, la vagina, el cuello y el útero. Se valorará el estado general y se analizarán las pruebas de laboratorio.

La actuación será comprobar si se ha desprendido la placenta mediante la maniobra de Küstner, etc. Si está desprendida, se presiona en el fondo uterino con maniobra de Crédé para facilitar la expulsión. Si no es así, se hace extracción manual. Una vez expulsada la placenta, se administra oxitocina de 10 a 40 unidades en suero salino 1000 cc o lactato Ringer, a un ritmo de 200-400 ml/min, y se realiza masaje uterino.

Cuando la oxitocina no es efectiva se utilizan los derivados de la ergotonina, que pueden administrarse por vía oral (0,2 mg), intramuscular (preferible) (0,2 mg), intravenosa (0,2 mg) o intramiometrial cada 2-4 h. No hay que olvidar las contraindicaciones: hipertensión y toxemia por riesgo de hipertensión e isquemia de miocardio.

Las prostaglandinas también se recomiendan en el tratamiento de las hemorragias posparto por atonía del útero.

Cuando fracasa el tratamiento medicamentoso, se debe realizar compresión bimanual del útero mediante presión de la cara posterior del útero con una mano y la otra cerrada introducida en vagina. El taponamiento del útero y la ligadura de las arterias uterinas o de las arterias hipogástricas son otros métodos para evitar la histerectomía, que quedará como último recurso^{1,7,8}.

Retención de tejido placentario

La retención de tejido placentario puede dar como resultado una hemorragia precoz, pero más habitualmente ocasiona una hemorragia tardía. La revisión de la placenta pone de manifiesto si no está íntegra, en cuyo caso debe procederse a la extracción de los restos. Es importante prevenir la retención de restos placentarios por maniobras inapropiadas, expresión excesiva sobre el fondo o tracción exagerada del cordón umbilical^{1,8}.

Subinvolución uterina

La subinvolución describe un paro o retraso de la involución, que es el proceso mediante el cual el útero puerperal recupera sus proporciones originales. Se produce un enlentecimiento de la eliminación de loquios y hemorragia uterina irregular o excesiva y a veces profusa. Se palpa un útero grande y más blando con relación al período puerperal. Las causas son retención de restos placentarios e infección pélvica. La ergonovina y/o la antibioterapia son el tratamiento adecuado^{1,7}.

Trastornos de la coagulación

Coagulopatía de consumo

Pocas veces la hemorragia grave puede inducir por sí misma una coagulopatía de consumo. Otras veces es debida a la hemodilución por soluciones electrolíticas, más que un incremento de la coagulopatía intravascular intensa⁶⁻⁸.

Septicemia

Las infecciones que producen bacteriemia y *shock* péptico en obstetricia generalmente son debidas a abortos sépticos o pielonefritis anteparto. La coagulopatía se produce por las toxinas bacterianas que lesionan el endotelio vascular. El tratamiento consiste en reposición de plasma fresco congelado, crioprecipitados y concentrados de plaquetas que suelen detener la hemorragia. La terapéutica con heparina es peligrosa y no debe administrarse^{6,7}.

Embolia de líquido amniótico

A veces es mortal el acceso de líquido amniótico a la circulación materna. Las causas son: rotura del amnios y el corion, venas uterinas o endocervicales abiertas y gradiente de presión suficiente para forzar el paso del líquido al interior de la circulación venosa. El caso típico es un trabajo de parto que se acompaña de dificultad respiratoria y colapso respiratorio. Si no muere inmediatamente, pronto se evidencia una hemorragia con defectos graves de la coagulación que afecta al tracto genital y otros lugares de traumatismo. La actividad aceleradora de la coagulación del líquido amniótico es mayor a término. Puede iniciar o acelerar la coagulación intravascular. El líquido amniótico contaminado con productos bacterianos, endotoxinas, será tóxico si accede a la circulación materna. El tratamiento es la ventilación mecánica y la reposición de sangre^{6,7}.

Lesiones del canal blando del parto

Desgarros del cuello uterino

Acostumbran a localizarse en las zonas 3 y 9 de la esfera horaria. Se suelen limitar a la porción vaginal del cuello uterino, pero podrían alcanzar zonas superiores de la vagina o el segmento inferior del cuerpo uterino. Habitualmente son frecuentes (50 %), la mayoría tienen una longitud inferior a 2 cm y no producen manifestaciones clínicas. Los factores de riesgo son fetos grandes, partos rápidos, primíparas añosas y extracciones del feto con dilatación incompleta.

El síntoma más característico es la hemorragia más o menos abundante, aunque a veces pasa desapercibido.

El diagnóstico se sospecha ante una hemorragia con útero contraído, tras la expulsión fetal o de la placenta. La certeza se consigue con la revisión cuidadosa con valvas. Se aconseja vigilar de forma exhaustiva el sangrado en mujeres con factores de riesgo para descartar estos desgarros. La sutura del desgarro es el tratamiento adecuado^{1,3,7}.

Desgarros de vagina

Los desgarros de vagina pueden ocasionarse como continuación de los desgarros de episiotomía, vulva o cuello. Los desgarros de vagina pueden ser profundos y lesionar otros órganos como vejiga, uretra, recto o vasos sanguíneos. Se suelen producir por las maniobras de extracción del feto.

El síntoma más característico es la hemorragia con útero contraído tras la expulsión del feto que continúa tras el alumbramiento. El diagnóstico se hace con la inspección y el tratamiento es la sutura del desgarro^{1,7}.

Desgarros de periné

Los desgarros del periné pueden extenderse a mayor o menor profundidad. Según sea esta profundidad, se clasifican en:

- Grado 1: solo afecta a la piel y al tejido subcutáneo.
- Grado 2: afecta a los músculos subcutáneos.
- Grado 3: afecta al esfínter externo del ano.
- Grado 4: afecta a la pared del recto.

Se producen por la distensión de los tejidos maternos durante la salida fetal. Influyen varios factores: tamaño fetal y cabeza, actitud de flexión o deflexión, primípara añosa, cicatrices anteriores o protección inadecuada en la salida de la cabeza fetal.

La prevención con una actuación correcta es básica. El tratamiento consiste en la sutura^{3,4,7}.

Desgarros de vulva

Los desgarros de vulva suelen ser continuación de los desgarros de periné y vagina. Se previenen con una salida controlada, la realización de una episiotomía y el tratamiento suturando los desgarros^{1,7}.

Hematomas del posparto

Son colecciones de sangre producidas por roturas de vasos debajo de los tejidos, con apariencia normal. La localización puede ser debajo del músculo elevador del ano, vulva, vagina, paravaginales y perineales. Más raramente pueden situarse en la fascia pélvica, ligamento ancho, retroperitoneales o perirrectal. Se suelen producir en partos instrumentales o, a veces, en partos espontáneos. Los factores de riesgo son la primiparidad, el parto prolongado y el feto grande.

Debe sospecharse ante un dolor en el posparto, más intenso cuando más rápidamente se origina. Se confirma el diagnóstico ante la presencia de una tumoración de consistencia blanda y de color azulado. La dificultad en la defecación o micción debe alertar de un hematoma en los casos indoloros. A la palpación se aprecia una masa. Si la masa se desplaza a la zona retroperitoneal, el diagnóstico es más difícil y solo la ecografía lo detectará. El diagnóstico es importante, pues la anemia que ocasionaría podría llegar a *shock*.

El tratamiento sería la evacuación del hematoma, el cierre del vaso y el cierre de la cavidad. En los hematomas vulvares pequeños puede seguirse una actitud expectante, en espera de una resolución espontánea¹.

Hemorragia puerperal tardía

En ocasiones se produce hemorragia uterina grave en la primera o segunda semana del puerperio, debido a una involución anómala del lecho placentario o a la retención de fragmentos placentarios. El fragmento retenido se necrosa y forma un pólipo placentario que, al desprenderse, produce hemorragia brusca.

El tratamiento consiste en legrado inmediato. Sin embargo, puede incrementar el sangrado, por lo que, cuando se desea preservar la procreación, el tratamiento inicial es oxitocina, ergonovina, metilergonovina o prostaglandinas^{7,8}.

Infección puerperal. Formas anatomoclínicas

Para diagnosticar una infección puerperal debe detectarse una temperatura superior a 38° en 2 días diferentes dentro de los primeros 10 días del posparto, excluyendo el primer día. Es la infección el tracto genital que aparece después del parto y que está relacionada con este último. Es una de las causas importantes de muerte materna, aunque con la utilización de antibióticos ha disminuido considerablemente. Los factores de riesgo son la rotura prematura de membranas, con mayor riesgo cuanto mayor es el tiempo de rotura (si es superior a 24 horas se incrementa de forma importante). Es más frecuente en cesáreas que en partos vaginales y aumenta en partos prolongados, con instrumentalización y con monitorización interna. Otros factores predisponentes son la anemia, la malnutrición y la colonización de bacterias en el tracto vaginal inferior⁹.

La causa es polimicrobiana, aunque los más frecuentes son los estreptococos del grupo A.

El mecanismo de la infección se produce a partir de los gérmenes que colonizan habitualmente el tracto genital femenino u organismos patógenos que se encuentran en la mujer en el momento del parto.

Las vías de contagio y propagación son la vía mucosa por ascenso; la vía linfática a través de las heridas que se producen en el tejido, como la histerotomía o la episiotomía, que facilitan el acceso a esta vía, y la vía hemática si existen gérmenes previos al parto que se diseminan por sangre^{1,4,5,7-9}.

A continuación se indican las **formas anatomoclínicas**.

Endometritis

Puede afectar a la decidua e incluso al miometrio. Un factor de riesgo son los restos embrionarios, más frecuentes en las cesáreas. La salpingooforitis y la parametritis se desarrollan como consecuencia de una endometritis^{1,3,5,7-9}.

Infecciones del periné y la vagina

Se producen como complicación de desgarros o incisiones quirúrgicas o desgarro del cuello uterino^{1,3,5,7,9}.

Tromboflebitis séptica

La infección puerperal se puede extender por las venas y producir tromboflebitis. La infección bacteriana del lugar de implantación placentaria causa trombosis de las venas miometriales, lo que a su vez facilita la proliferación de bacterias anaerobias. Pueden afectarse las venas ováricas porque drenan la sangre del útero, extendiéndose a la vena cava si procede de la vena ovárica derecha y a la vena renal desde la ovárica izquierda.

La clínica a menudo es asintomática, a no ser que la infección pélvica se acompañe de escalofríos. El dolor que aparece a los 2 o 3 días del parto, con o sin fiebre, se localiza en la parte inferior del abdomen, el flanco o en ambos. A veces se palpa una tumoración hipersensible inmediatamente por debajo del cuerno uterino^{1,5,7}.

OTROS TRASTORNOS DEL PUERPERIO

Trombosis venosa pélvica

Durante el puerperio puede formarse un trombo transitoriamente en cualquiera de las venas pélvicas dilatadas y es posible que esto suceda con relativa frecuencia. Estos vasos parecen ser origen de muchas de las embolias pulmonares masivas y mortales que se desarrollan sin advertencia previa durante el puerperio, aunque algunas se originan indudablemente en el sistema venoso profundo de los miembros inferiores. La trombosis pélvica puerperal sintomática se asocia a menudo con infección uterina^{1,5,7}.

Trastornos de las vías urinarias

La vejiga puerperal es más insensible a la presión de orina dentro de la vejiga que antes del embarazo. Hay que añadir el incremento de infusión de suero y oxitocina. Esta última es un potente antidiurético durante la administración; después se produce un aumento de la diuresis, lo que llena la vejiga de forma rápida con sobredistensión. La anestesia y la analgesia producen disminución del control nervioso de la vejiga, lo que ocasiona una incontinencia por rebosamiento con volúmenes reducidos de orina. Puede confundir y hacer creer al profesional que orina normalmente cuando está habiendo una retención en la vejiga rebosante. En la exploración se percibe un útero más alto de lo normal, como una masa cística encima de la vejiga distendida. La combinación entre retención y sondajes predispone a infecciones urinarias.

En casos de sobredistensión, se dejará un sondaje permanente durante 24 horas para vaciar completamente la vejiga y permitir que recupere el tono muscular. Una vez retirado el sondaje, se comprobará la capacidad para orinar transcurridas 4 horas; si hay más de 200 cc es que la vejiga no está funcionando adecuadamente, en cuyo caso se repetirá el sondaje 24 horas más^{3,4,7}.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PUERPERIO

El puerperio es un período de adaptación a la nueva situación en que se encuentra la mujer donde, además de los grandes cambios físicos que se han descrito, se pueden originar sentimientos y emociones ambivalentes, como felicidad y tristeza, tranquilidad y angustia, entre otros¹¹. Estos estados de ánimo se ven potenciados por la preocupación por el estado del bebé, la inseguridad sobre su cuidado, las molestias propias del posparto, la falta de sueño, el cansancio, la pérdida del tiempo personal y la sensación de pérdida de control de la situación, que a menudo se agrava con el exceso de visitas y la discrepancia entre la información que la mujer recibe de profesionales y personas cercanas. Este momento se considera de máxima vulnerabilidad, tanto para la salud de la madre como la del bebé, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo que es importante conocer los límites entre los estados emocionales normales y los que requieren ayuda profesional^{11,12}.



Estado de melancolía

Dependiendo de los autores, entre el 30 y el 75 % de las mujeres experimentan un estado de melancolía o tristeza en el puerperio, conocido como *maternity blue*¹². No está considerado como una alteración psicopatológica. Es un síndrome leve y transitorio que aparece en los primeros 10 días, siendo el quinto día el de mayor incidencia, y que desaparece gradualmente entre las 2-3 semanas siguientes, sin secuelas y de forma espontánea. La mujer siente tristeza leve y labilidad afectiva; llora con facilidad, aunque se recupera pronto; está irritable. Se muestra cansada, con dificultad para dormir, insomnio y elevación de la ansiedad. Parece que la disminución de progesterona interviene en su presentación, así como otros factores sociales y psicológicos de la mujer. La madre necesita apoyo psicológico tanto personal como social, y educación para la salud en relación con su cuidado y el de su hijo^{11,12}.

Depresión posparto

La depresión posparto (DPP) es una enfermedad que afecta al 10-15 % de las mujeres en el puerperio¹³. Se caracteriza por una tristeza intensa con labilidad emocional grave. Normalmente comienza 4 semanas después del parto y la duración de la enfermedad suele variar entre 6 y 8 semanas, pero hay estudios que confirman que puede persistir durante gran parte del primer año posparto e incluso hasta los 3 o 4 años siguientes¹³.

Las principales manifestaciones clínicas de la DPP son: ansiedad grave, ataques de pánico, llanto espontáneo después de los 7-10 días posparto, desinterés por el bebé e insomnio, dificultad de conciliación o el hecho de despertarse temprano. Las mujeres afectadas pueden sentirse culpables por su depresión, manifestar sentimientos negativos hacia el bebé y mostrarse reacias a discutir sus síntomas. Por culpa de este trastorno, pueden aparecer alteraciones en el establecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo. La mujer puede tener ideas suicidas, pensamientos obsesivos de violencia contra el niño, falta de capacidad de concentración y agitación psicomotriz¹³.

Las causas de la DPP no son claras. Los principales factores predisponentes son: antecedentes de trastornos psicoafectivos, especialmente de depresión, estrés ambiental y familiar, niño enfermizo, poco apoyo social, alejamiento de la pareja y disminución de recursos disponibles para afrontar problemas, edad materna adolescente y edad materna avanzada, entre otros¹⁴. Es importante identificar el momento de inicio de los síntomas en relación con el parto y saber derivar a especialistas¹³⁻¹⁵. Existen instrumentos validados para facilitar su detección, como son: *Postpartum Depression Predictors Inventory*, *Postpartum Depression Checklits*, *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, etc.

Hay que tener en cuenta que la DPP es un trastorno que, aunque con mucha menor frecuencia, también puede aparecer en las parejas¹⁶.

Trastorno obsesivo compulsivo

Este trastorno fue identificado en 1993 por Sichel en el posparto. Se caracteriza por la presencia de pensamientos repetitivos de lesiones al lactante. La recurrencia e intromisión de los pensamientos de poder hacer daño al bebé generan en la madre miedo a que ello suceda, lo que da lugar a conductas de sobreprotección compulsiva¹⁵.

Trastorno de pánico

Metz lo describió por primera vez en 1988. Sus síntomas son: ansiedad extrema, temor y sensación de desastre, acompañados de manifestaciones físicas de dificultad para respirar, palpitaciones cardíacas, mareos y agitación¹⁵.

Trastorno de estrés posparto postraumático

El trastorno de estrés postraumático después del parto afecta a mujeres que han experimentado un trauma real o percibido durante el parto o inmediatamente después del nacimiento del bebé. Los síntomas pueden ir desde pesadillas a conductas de evitación sobre cualquier elemento que recuerde el suceso. Es importante facilitar que las mujeres puedan hablar acerca de lo que están sintiendo. Con el tratamiento adecuado, estos síntomas disminuyen y finalmente desaparecen.

Psicosis puerperales

La psicosis posparto se caracteriza por una tristeza intensa con labilidad emocional grave e incluye al menos una de las siguientes manifestaciones clínicas: ideación delirante, desorganización del habla, alucinaciones, comportamiento disociativo o catatonia. La sintomatología de la psicosis es mucho más marcada y grave que la de DPP. Es poco frecuente, se presenta en 1,7 de cada 1000 nacimientos, con un buen pronóstico en el 80 % de los casos, aunque hay una posibilidad de recurrencia del 30-50 % en el siguiente parto. La psicosis posparto necesita un tratamiento farmacológico y el tratamiento de elección son los antipsicóticos atípicos¹⁷.

DUELO PERINATAL

La experiencia de una muerte perinatal es una circunstancia que produce un gran impacto en los padres a todos los niveles y que conlleva un proceso denominado duelo perinatal¹⁸.

Clasificación

La OMS, en la 10.^a Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), considera las siguientes etapas en la pérdida perinatal:

- Muerte fetal temprana: hace referencia a fetos de menos de 22 semanas de gestación o < 500 g de peso. Se hace así referencia a los «abortos».
- Muerte fetal intermedia: comprende los fetos de entre 22-28 semanas de gestación o peso entre 500-999 g.
- Muerte fetal tardía: incluye muertes fetales a partir de los 1000 g de peso o mayores de 28 semanas completas de gestación.
- Muerte neonatal: puede ser precoz en los primeros 7 días y tardía entre los 8-28 días de vida.

Emociones

Una pareja que ha tenido un nacimiento sin vida o que pierde a su bebé en los primeros días necesita tiempo para hacer el duelo. Los padres forman un vínculo con sus hijos mucho tiempo antes del nacimiento, por lo que es normal sentir una gran pérdida y mucha tristeza. Aunque cada persona experimenta la pérdida de manera diferente, los estudios recogen emociones como *shock* (*no me lo puedo creer, no es real*), *apatía* (*no hay nada que se pueda hacer*), *negación* (*no me está pasando a mí*), *profunda tristeza* (*no pararía de llorar*), *culpa* (*no me cuidé*), *enojo* (*no me han hecho un buen seguimiento*), *rabia* (*por qué a mí*), *paralización del tiempo* (*perdí la conciencia de todo y la duración del ingreso*), *depresión* (*desearía morirme*) y *dolor* (*se me ha partido el corazón*).

La mujer y su pareja pueden hacer frente al dolor de manera diferente. Esto a veces genera un estado de tensión entre ellos justo en el momento en el que más se necesitan el uno al otro. La atención

profesional especializada es de gran ayuda, así como incorporarse a grupos de apoyo para padres que han experimentado una pérdida perinatal. Los grupos permiten compartir sus emociones entre iguales y alivian la soledad y la sensación de incompreensión social¹⁹.

Clínica

Después de la pérdida perinatal, la pareja puede experimentar algunos síntomas específicos, además de una intensa respuesta emocional. Los estudios describen la aparición de un intenso cansancio físico, posiblemente agravado por un parto difícil, y la presencia de otros síntomas como presión en el pecho, necesidad de respirar profundamente, palpitaciones, molestias gástricas, pérdida de apetito y trastornos del sueño asociados a insomnio y pesadillas. Todos estos síntomas reflejan una respuesta normal al proceso de duelo que permite al organismo experimentar el dolor de la pérdida. Esta sintomatología es temporal y desaparece con el tiempo^{18,19}.

Etapas del duelo. ¿Qué se siente? ¿Cómo abordarlo?

En 1944, Lindeman describió el proceso de duelo como una entidad que comporta síntomas somáticos, psicológicos y de comportamiento¹⁸. Posteriormente, en 1984, Bowlby determinó cuatro fases evolutivas de este proceso que se recogen a continuación.

Choque o incredulidad

Se caracteriza por un aturdimiento que protege a la pareja del impacto de la pérdida. En este período, que puede durar desde horas hasta 2 semanas, los padres pueden ser incapaces de tomar decisiones y necesitan mucha ayuda incluso para realizar las tareas más simples. Favorecen el inicio del proceso de duelo todos los elementos que faciliten el poder ver el cuerpo del bebé, sentirlo en los brazos, guardar recuerdos y hacer fotografías. Hay que tratar al recién nacido amorosamente y con respeto en todo momento. Se recomienda explicar el estado físico del hijo y llamarle por su nombre. Explicar el proceso y facilitar tiempo para despedirse del bebé. Ajustar en la medida de lo posible todos los trámites a sus deseos. No hay que olvidar que es necesario dar medicación para inhibir la subida de la leche¹⁹.

Nostalgia y búsqueda

Presenta episodios agudos de dolor intenso, ira y culpa. Se manifiesta como un intento consciente de buscar al hijo muerto en el que algunas mujeres refieren escuchar el llanto del bebé o sentir movimientos fetales en su interior después del parto. El otro miembro de la pareja puede autocríticarse por determinadas acciones que haya realizado durante el embarazo o puede incluso proyectar su ira hacia el personal sanitario y culpabilizarle del fatal desenlace. Hay que entender los lazos que continúan el vínculo con el hijo perdido y la dificultad de reconocimiento del dolor de su pérdida.

Se recomienda pasar el puerperio inmediato en una habitación individual y en una planta en la que no se oigan llantos de recién nacidos. A veces está indicada el alta precoz. Hay que iniciar el duelo en el entorno familiar y social según las necesidades de cada pareja. Ayuda verbalizar las emociones y contactar con grupos de apoyo iguales. El dolor va disminuyendo con el tiempo, pero puede repetirse en ocasiones como los aniversarios y es posible que dure 6 meses o más¹⁹.

Desorganización

Posee cierta semejanza con la enfermedad depresiva. En ella aparece tristeza, disminución de la autoestima, falta de atención, aislamiento social y una sensación de falta de objetivos futuros. Los padres comienzan a sentirse culpables por su incapacidad para recuperarse de la pérdida y pueden adoptar el papel de enfermos para enmascarar su depresión y evitar la crítica. Es un período que puede durar entre 6 meses y 1 año. Se recomienda seguir con el apoyo profesional y de grupos para que puedan ver cómo lo han resuelto otras parejas que han pasado por ello. Se recomienda trabajar la adaptación a un ambiente en el cual falta el ser que murió, aprender a vivir sin esa persona, tomar decisiones en soledad, retirar la energía emocional y reinvertirla en nuevas relaciones^{19,20}.

Reorganización



Se produce un ajuste gradual y la aceptación de la muerte del hijo. Progresivamente, se inicia la vida normal y se incluyen planes de futuro.

Aunque el amor por el hijo no ha cambiado ni disminuido, los padres han aprendido de nuevo a vivir, incorporando la pérdida a sus vidas y recuperando el optimismo más allá del dolor. Cada pareja va a experimentar el proceso de duelo según su idiosincrasia, su personalidad y su entorno sociocultural. Sin embargo, todas ellas manifiestan unos modelos generales de comportamiento que revelan la universalidad de la experiencia del duelo. Se recomienda esperar a tener un nuevo embarazo hasta haber hecho un hueco en la familia al hijo fallecido. En terapia familiar, los hijos fallecidos forman parte de la familia y conviene que tengan su espacio en la misma^{19,20}.

VIGILANCIA Y ATENCIÓN DE LA PUÉRPERA POR LA MATRONA

Control en las primeras 2 horas: área de paritorio

Durante las 2 primeras horas después del parto, la mujer debe permanecer en la sala de dilatación para controlar los siguientes parámetros:

- Presión arterial y pulso cada 15-20 minutos.
- Pérdida de sangre por los genitales: cavidad uterina, canal blando del parto, vulva y periné.
- Altura de fondo uterino, detectada por palpación abdominal^{1,3,4,7}.

En el área de hospitalización

Presión arterial

Cada 12 horas se debe vigilar la presión arterial, pues informa de una posible hemorragia oculta. Después del parto, el útero queda a la altura del ombligo^{1,4,7}.

Sangrado vaginal

Un sangrado (loquios) mayor de lo habitual nos haría sospechar de un desgarro en el canal blando del parto o de retención de restos placentarios o útero involucionado^{1,4,7}.

Involución uterina

Un retraso en la involución del útero puede ser el resultado de una atonía uterina. Se aconseja masaje uterino transabdominal y administración de oxitocina intravenosa o metilergobasina por vía intramuscular o intravenosa^{1,7}.

Temperatura

La temperatura informa de una posible infección genital o mamaria. Puede haber algún pico febril en el puerperio^{1,3-5,7}.

Diuresis

Debe prestarse especial atención a la emisión de orina en los primeros días del puerperio por la posible retención si ha habido una distensión excesiva de la vejiga. Los primeros días puede haber una eliminación aumentada de orina por la administración de líquidos (sueros) durante el parto. La evacuación de la vejiga puede estar dificultada por el traumatismo del parto y la disminución de la sensibilidad del músculo detrusor de la vejiga. En este caso, quizás sea necesaria una sonda vesical durante 24 horas^{1,4,7}.

Higiene corporal

Se puede iniciar la ducha diaria, pero se desaconseja el baño con inmersión^{1,4,7}.

Control y cuidados de vulva y periné

Vigilar los loquios: cantidad y características. La fetidez es un signo de alarma de infección intrauterina. Se debe vigilar la cicatrización de la episiotomía si hay y asegurar las medidas higiénicas (lavado y seca-

do cuidadoso) de delante atrás y el descanso adecuado de la madre. En caso de edema en los primeros días, poner una bolsa de agua fría puede mejorar las molestias. Si hay dolor persistente que no cede con analgésicos, habría que buscar hematoma o infección^{1,4,7}.

Función intestinal

Se aconseja la ingesta de fibra. Si a pesar de ello no se produce evacuación intestinal, después de 3 días tras el parto puede aconsejarse la administración de un laxante suave^{1,4,7}.

Movilización precoz

Se aconseja la deambulación precoz. La mujer se levantará a las pocas horas del parto y dará pequeños paseos. Con esta medida se disminuye la retención urinaria, el estreñimiento, la trombosis venosa y el embolismo¹.

En Atención Primaria

En Atención Primaria se establecen **tres visitas como mínimo**:

- **1.ª visita:** al día siguiente (hábil) y antes de 72 horas del alta hospitalaria.
- **2.ª visita:** 7 días después del parto.
- **3.ª visita:** 3-4 semanas después del parto, cuarentena^{3,7}.

Primeras dos visitas de Atención Primaria

En este período se recomienda realizar las valoraciones que se exponen a continuación, con sus correspondientes cuidados^{4,7}.

Constantes vitales

Tensión arterial y temperatura para descartar hipertensión tras el parto o infección^{3,7}.

Involución uterina

El útero va descendiendo y a los 10 días del parto se hace intrapélvico. Su consistencia se mantiene dura. Si la consistencia es blanda o no hay regresión adecuada, hay que vigilar para prevenir una atonía uterina⁷.

Loquios

Pequeñas pérdidas intermitentes son normales en los primeros días. Pérdidas abundantes requieren acudir a consulta y vigilancia^{1,3,7}.



Sutura de episiotomía o herida quirúrgica de cesárea

Se valoran signos inflamatorios, hematomas, dolor, dehiscencia. Si se aprecian signos inflamatorios o de infección, hay que realizar seguimiento previa derivación a Medicina de Familia. En caso de dehiscencia, hay que realizar curas y seguimiento. Si aparece hematoma, hay que valorar si hay sangrado activo (se deriva a hospital) o bien se trata de un hematoma sin sangrado (se vigila hasta su resolución)^{1,3,4,7}.

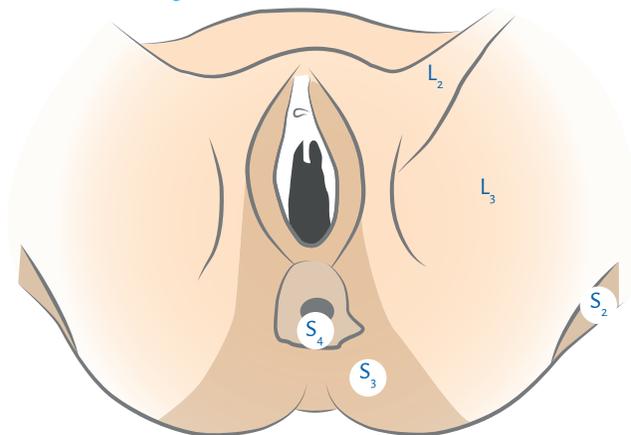
Suelo pélvico

En la primera visita posparto hay que revisar el estado de los genitales externos y la fortaleza del suelo pélvico.

Hay que realizar una primera inspección visual y tomar nota de lo siguiente:

- **Aspecto general de la zona genital.** Hay que valorar la presencia de edemas, la coloración, las características de los labios, la distancia ano-vulvar (normal: superior a 2 cm), los pliegues del esfínter anal, las hemorroides, la episiotomía, la presencia o no de desgarros y el estado de los mismos²¹. Hay que valorar la apertura del introito vaginal en milímetros para obtener mayor precisión que con la clasificación clásica de grado 1, apertura de 22 a 25 mm; grado 2, apertura de 25 a 30 mm; grado 3, apertura superior a 35 mm²¹. Se recomienda el uso de un espejo para que la mujer pueda tener una primera aproximación a la zona genital después de la gestación y el parto, incluso si el nacimiento ha sido mediante cesárea.
- **Estado de inervación.** Hay que valorar la sensibilidad cutánea pasando una torunda por la piel de la zona a nivel de las diferentes metámeras (figura 1) y explorar los reflejos perineales; el reflejo bulvocavernoso o clitorídeo, posando una torunda en el clítoris y observando si aparece una contracción anal; el reflejo anal, posando una torunda en el ano y observando si se produce una contracción del esfínter; el reflejo a la tos, pidiendo a la mujer que realice un pequeño esfuerzo de toser y observando si se produce el efecto amortiguador de la plataforma de los elevadores y viendo su capacidad para compensar las presiones procedentes de la zona abdominal cerrando o protruyendo genitales^{21,22}. Hay que saber que el estado de los reflejos nos indica el estado de la inervación de la musculatura del suelo pélvico. En esta primera visita es relativamente frecuente que los reflejos perineales se encuentren debilitados por la elongación que puede sufrir el pudendo en los partos vaginales. Conviene tomar nota de ello para tener una referencia de valoración para la visita de la cuarentena.
- **Movilidad uretral.** Si la mujer no presenta incontinencia urinaria posparto, no se realiza esta valoración porque se conoce la afectación de la uretra y la frecuencia de edema en la primera visita posparto.
- **Tono del suelo pélvico.** Siempre que no haya alteraciones de la piel genital o que el estado de los desgarros o la episiotomía lo permita por presentar un adecuado estado de cicatrización, se recomienda realizar una valoración de la contractibilidad del suelo pélvico. El balance muscular del sue-

Figura 1.
Inervación de la sensibilidad cutánea genital



L2: lumbar 2; L3: lumbar 3; S2: sacro 2; S3: sacro 3; S4: sacro 4.

lo pélvico o *testing* se puede realizar a través de un tacto muscular vaginal (TMV) o con la ayuda de un perineómetro. Habitualmente se realiza una valoración manual, que permite una exploración más delicada para la mujer.

Para realizar un tacto muscular vaginal, la colocación es la siguiente: decúbito supino, piernas flexionadas y en doble abducción. Se realiza apoyando la yema de los dedos índice y medio separados e introduciéndolos en la vagina, en los haces pubococcígeos. Se solicita a la mujer una contracción máxima de estos músculos y que la mantenga durante 5 segundos sin que participen los abdominales o los aductores. Se repite cinco veces para evaluar la fatigabilidad^{21,22}.

Las variables analizadas en el balance muscular del suelo pélvico son:

- Fuerza de la contracción de 0 a 5.
- Resistencia o mantenimiento: cuántos segundos a fuerza constante.
- Fatiga: número de contracciones a fuerza constante y mantenida.
- Presencia de asimetría.

Para evaluar la contracción existen diferentes escalas que valoran la contracción perineal: Pigñé, GRRUG (Grupo de Investigación en reeducación uroginecológica, colprotológica y sexológica), Macintosh, Oxford, etc. Por su precisión, es frecuente el uso de la escala de Macintosh²¹:

0. Ninguna contracción.
1. Indicios de contracción inferior a 2 segundos.

2. Contracción débil, con o sin elevación posterior de los dedos a 3 segundos.
3. Contracción moderada, con o sin elevación posterior de los dedos, sostenida a 4-6 segundos, tres veces.
4. Contracción fuerte con elevación posterior de los dedos, sostenida 7-9 segundos, repetida 4-5 veces.
5. Fuerte contracción con elevación posterior de los dedos, sostenida 10 segundos, repetida 4-5 veces.

Siempre que la situación de posparto lo permita, se recomienda iniciar el trabajo de suelo pélvico con ejercicios de Kegel lo antes posible. Su realización produce un efecto de bombeo sanguíneo que mejora la circulación en la zona, lo cual favorece la cicatrización, la reabsorción del edema y la disminución del dolor²². Su descripción se aporta en el Anexo 1.

- **Valoración del coxis.** La subluxación del coxis es relativamente frecuente después de partos instrumentales y partos con fetos muy grandes. En el parto, el coxis tiene la función de ampliar el canal de parto en su estrecho inferior para facilitar la salida del bebé, por lo que, en ocasiones, puede subluxarse y producir un intenso dolor a la mujer en la zona y dificultad para sentarse. Su exploración y manipulación precoz, incluso en la misma mesa de partos después del alumbramiento, puede evitar problemas futuros. Para manipularlo hay que colocar a la mujer de lado o en posición ginecológica, con el coxis fuera de la mesa ginecológica. La exploración, así como la manipulación, se realiza bimanualmente. Con el índice de la mano dominante se palpa la alineación del coxis con el sacro a través de la vagina y con los dedos índice y corazón de la otra mano se palpa el sacro y el coxis externamente. En el caso de que se haya perdido la alineación normal, el tacto bimanual permite la recolocación con una presión suave. Ello resuelve el problema, aunque un dolor local, de menor intensidad, puede persistir unos días²².

Alimentación, eliminación

La alimentación debe ser semejante a la seguida durante el embarazo, pero es preciso aumentar la ingesta de hierro (si ha descendido), vitaminas, calcio y ácido fólico. En el puerperio se recomienda la suplementación de ácido fólico y de yodo (200 mg) si se mantiene lactancia materna. La puérpera puede tomar alimentos y líquidos si lo desea. Pasadas 24 horas, el régimen dietético será semejante al del embarazo. Se aconseja la ingesta de fibras para evitar el estreñimiento. Si la mujer lacta, necesita mayor aporte de calorías, proteínas y productos lácteos^{1,3,7}.

Higiene corporal

Es preferible la ducha que el baño. La vulva y periné se lavan con agua y jabón neutro de delante atrás. Si hay episiorrafia o desgarros, hay que mantenerlos limpios y secos para evitar la infección. Se recomienda que se sienten en duro para que no se abra la sutura con la tensión que produce en los bordes el sentarse en blando. El dolor requiere consulta adicional^{1,3,4,7}.

Descanso y actividad

Hay que valorar las horas de sueño diario y el nivel de cansancio por su repercusión en el estado de ánimo. Se recomienda un inicio de actividad progresivo, acorde a la situación general (loquios, episiotomía, dolor, etc.). Los primeros días se recomienda prestar atención a la higiene postural, ya que los cuidados continuados del recién nacido llevan con frecuencia a las madres a adoptar posturas desequilibradas durante largos períodos de tiempo. Hay que iniciar la deambulaci3n en cuanto la situaci3n lo permita para disminuir el riesgo de trombosis y favorecer la involuci3n uterina. Desde el inicio se pueden trabajar los brazos y estirar la espalda. Si se ha puesto epidural en el parto, la movilizaci3n de la columna debe ser gradual²². El trabajo de suelo p3lvico se reinicia en cuanto la valoraci3n personalizada lo permita. Cuanto antes se empiece, mejor es la recuperaci3n^{3,4,7,22}.

No se recomienda el uso de fajas abdominales, salvo en los casos de diástasis de rectos, en los que est3 indicada, solo en la primera semana, para acortar el tejido fascial e intentar que las fibras regresen a sus dimensiones normales²². En caso de que, despu3s del parto, la mujer muestre dolor en las caderas o inestabilidad en la marcha, se recomienda el uso de cintur3n p3lvico en la primera semana para que el efecto de coaptaci3n favorezca la regresi3n fisiol3gica de los ligamentos y la c3psula articular²². Para facilitar la recolocaci3n de las v3sceras abdominales y p3lvicas, la Dra. Gasquet recomienda el inicio del trabajo abdominal hipopresivo desde el mismo posparto inmediato²².

Estado emocional

Es importante explorar su estado de ánimo y facilitar la expresi3n de emociones para prevenir o detectar precozmente alteraciones del estado de ánimo. En este per3odo es frecuente la tristeza puerperal y hay que diferenciarla de la DPP u otros trastornos. Conviene resolver las dudas y ofrecer apoyo a la madre en su autocuidado y en los cuidados del beb3^{3,4,15}.

Rol de madre

Se explora la adaptaci3n al rol de madre y el apoyo que recibe de su entorno, pareja, familia y amistades. Conviene facilitar la asistencia a grupos de madres de posparto y talleres de lactancia³.

Visita despu3s de 3-4 semanas del parto, cuarentena

En este per3odo se recomienda realizar un seguimiento de las valoraciones y sus correspondientes cuidados realizados en las primeras visitas. Es el momento en el que hay que ańadir los temas que se indican a continuaci3n^{3,7}.

Pérdida de peso

Es normal perder peso hasta que este es semejante al de antes del embarazo. Conviene tomar un peso de referencia y valorar el índice de masa corporal^{1,3}.

Menstruación

Gradualmente, el sistema hormonal regresa a la normalidad. Si la mujer no amamanta, suele producirse unos 40-50 días después del parto (en el 75 % de los casos). Si la mujer amamanta, se produce un retraso (amenorrea de lactancia) variable (25 % de los casos), que puede durar toda la lactancia y en algunos casos más allá del destete^{1,3,7}.

Actividad física y ejercicio

Debe continuar su progresión según el estado de la mujer¹. Hasta que el suelo pélvico no esté normalizado no se pueden realizar ejercicios de alto impacto para dicha zona, como saltos. El inicio del trabajo abdominal está relacionado con el tono de dicha zona y con el estado del suelo pélvico. Se recomienda iniciar trabajo abdominal hipopresivo, que fortalece el suelo pélvico, disminuye la diástasis o separación de los rectos (en caso de que la hubiera) y fortalece dicha musculatura^{22,23}. En caso de cesárea, hay que tener en cuenta la existencia de cicatrices abdominales internas, por lo que el inicio del trabajo abdominal se retrasa hasta que pase la cuarentena y es progresivo y gradual, según sea la valoración personal^{1,3,4,7,23}.

Relaciones sexuales

Las relaciones afectivas deben mantenerse todo el posparto y la crianza para favorecer que el estado emocional de la madre sea positivo, prevenir la tristeza puerperal y facilitar el ajuste familiar al nuevo miembro de la familia. Es importante que la pareja conozca esta necesidad de su mujer y suya propia para que encuentren un tiempo compartido y puedan sentir el apoyo de uno en el otro.

Las relaciones coitales no pueden reiniciarse hasta que la episiotomía, laparotomía, herida placentaria o desgarros (si los hubiera) hayan curado^{24,25}. Una vez terminada la cicatrización, se recomienda iniciar masaje de las cicatrices con algún aceite favorecedor, como el de rosa de mosqueta, para que estas estructuras se integren en la corteza cerebral, se mejore el estado de las mismas y se favorezca que la mujer las reconozca. Con ello también se evita que en las cicatrices aparezcan puntos dolorosos que dificulten las futuras relaciones coitales. Este masaje se le puede enseñar a la mujer para que se lo realice ella misma. Con las manos limpias, se le coloca un guante no estéril en la mano dominante y se lubrica las yemas de los dedos con el aceite. Se le dirige la mano al introito vaginal de

forma que introduzca su pulgar en la vagina por debajo de la cicatriz y su dedo índice por fuera, en la cara externa de la cicatriz. El primer movimiento es de aproximación, de delante atrás, siguiendo el trayecto de la cicatriz. La presión ha de ser suave para favorecer el reconocimiento de la misma. Después se puede iniciar un movimiento circular a lo largo de todo el trayecto que favorece la mejora de la restructuración de los tejidos en torno a la cicatriz. Una vez que se ha producido la cicatrización y el masaje no es doloroso, se pueden iniciar las relaciones coitales. Esto es a partir de la tercera o cuarta semana de posparto. Los estudios indican que las mujeres que retoman las relaciones coitales en los 2 primeros meses tienen una restructuración familiar más precoz²⁵. Por ello hay que informar a las parejas de los miedos de las mujeres sobre su estado genital, de un nuevo embarazo y de su frecuente disminución del deseo. Se recomienda el uso de lubricantes que faciliten la penetración y las posturas de mujer encima que le permita un mayor control de la penetración. El uso de preservativo las primeras veces favorece la toma de conciencia de la pareja^{3,4}.

Anticoncepción

Hay que plantear la anticoncepción junto con el reinicio de las relaciones coitales. Si la lactancia es completa, con succión frecuente de siete o más tomas en 24 horas, se puede plantear el método de la lactancia y la amenorrea (MELA) hasta los 6 meses. La succión frecuente del pezón ejerce un efecto inhibitorio en la función del hipotálamo y la hipófisis y determina una alteración de la secreción pulsátil de la hormona luteinizante, que es la encargada de desencadenar la ovulación. En estas condiciones, la mujer no ovula y no tiene menstruaciones (amenorrea de lactancia)^{25,26}.

Si la lactancia no es tan frecuente o no es completa, se puede recomendar el método barrera, los métodos hormonales orales sin estrógenos y, si se desea, una anticoncepción más duradera (3 años); también se puede recomendar el dispositivo intrauterino (DIU), con o sin hormonas, y el implante hormonal subdérmico. Estos dos últimos pueden plantearse después de la cuarentena^{3,4,7,25-27}.

Recuperación del suelo pélvico

Tal y como se hace en la visita del posparto, en la visita de la cuarentena hay que revisar los genitales y la fortaleza del suelo pélvico para ver si hay mejoras, su estado y funcionalidad. En esta visita, el estado del suelo pélvico permite con mayor frecuencia su valoración con un perineómetro, que consiste en una cámara de aire de caucho de 6-8 cm de largo y 2 cm de diámetro, unida por un fino tubo a un manómetro graduado de 0 a 100 mmHg. Los cambios de presión registrados en la cámara de aire son reflejados en el manómetro. Se pide a la paciente que realice 5 contracciones rápidas (de 2 segundos) y 5 contracciones lentas (de 6 a 8 segundos). Se anota para cada tipo de contracción la calificación más alta de los cinco ejercicios^{21,22}.

Existe una relación entre el tacto muscular vaginal y el perineómetro que permite realizar la valoración con distinto sistema en una y otra visita. En las escalas manuales, el valor de la normalidad se sitúa en el valor 3 y en el perineómetro este valor corresponde a 30-40 mmHg²¹:

Test perineómetro

- 1Y2—0-30 mmHg
- 3Y4—30-40 mmHg
- 5—50-60 mmHg
- +5—>60 mmHg

El trabajo del suelo pélvico previene la incontinencia urinaria, el cierre de la apertura vulvar y las alteraciones estructurales. En el posparto es muy importante realizar una valoración que le permita a la mujer recuperar el tono perineal y el cierre de la apertura vulvar²⁴. En la cuarentena se pueden dar dos situaciones:

- **Trabajo pélvico con cierre de abertura vulvar.** Es el caso más favorable, en el cual el periné se ha recuperado. Hay que reforzar la continuación del trabajo del suelo pélvico de por vida y se puede explicar el uso de ejercitadores de suelo pélvico, tipo bola china individual. Este trabajo se puede iniciar en forma de rutina diaria, como al salir de la ducha, momento en el que la mujer se introduce en la vagina una bola china de silicona médica y la mantiene en la misma 15-20 minutos en situación de bipedestación. Se empieza el trabajo con una bola de poco peso y paulatinamente, según se recupera el tono pélvico, se va aumentando el peso de la bola china que se mantiene en la vagina²⁷.
- **Trabajo pélvico sin cierre de abertura vulvar.** Es el caso menos favorable, en el que no se ha conseguido el cierre vulvar y el aumento del tono, por lo que es imprescindible continuar con el trabajo de Kegel. Si la mujer tuviera dificultad para realizar este ejercicio, se puede iniciar el trabajo pélvico con ejercitadores pélvicos activos. Este tipo de dispositivo se introduce en la vagina en sedestación y se mantiene unos 20 minutos al día. El dispositivo vibra con un ritmo y una periodicidad acorde a la potencia muscular del suelo pélvico de la mujer. Cuando el ejercitador vibra, la mujer debe reaccionar contrayendo la musculatura pélvica y debe parar cuando el ejercitador para²⁸.

Tono del diafragma

Después de la cuarentena, su valoración permite descartar posibles hipertonías o retracciones que, como consecuencia, puedan provocar aumentos crónicos de la presión intraabdominal y constituir un factor de riesgo de la función de suelo pélvico. La exploración se realiza con la mujer en decúbito supino, con los miembros inferiores flexionados. Se puede realizar una exploración bilateral simultánea, introduciendo ambos pulgares por la arcada costal o de forma unilateral. En este último caso, los pulgares valoran primero el interior del arco costal derecho y después el del izquierdo. En caso de existir hipertonía del diafragma, este se palpa más fácilmente porque está más superficial, aunque generalmente molesta²².

Valoración del tono abdominal

Se coloca a la mujer en decúbito supino, con las piernas flexionadas. Se palpa el tono de la pared abdominal en reposo y se valora su resistencia a la movilidad y a la depresibilidad. El tono abdominal en el posparto es inferior al que se presenta en la gestación^{21,22}.

Valoración de la diástasis de rectos

Se define como la separación infraumbilical o supraumbilical de los rectos derecho e izquierdo. La diástasis es una entidad distinta de las hernias, no tiene anillo y la posibilidad de que ocurra un episodio obstructivo es remota. La exploración se realiza con la mujer en decúbito supino. La matrona coloca los pulgares sobre la línea alba, primero supraumbilical y después infraumbilicalmente. Se pide a la mujer que realice una flexión anterior de cuello que lleve la barbilla al pecho y se mantenga la postura mientras se explora manualmente la continuidad o no de la fascia entre los dos rectos. Se han establecido como distancias normales en el posparto las siguientes:

- 0,9 mm en la mitad del espacio comprendido entre la sínfisis del pubis y el ombligo.
- 2,7 justo por encima del ombligo.
- 1,0 en la mitad del espacio comprendido entre el ombligo y el apéndice xifoides.

La diástasis se diagnostica cuando se superan estas mediciones²².

Para mejorar el tono abdominal, las diástasis de rectos y el suelo pélvico, se recomienda la práctica de ejercicio hipopresivo^{29,30}.

Estado emocional

Ha pasado el tiempo de la tristeza puerperal y hay que vigilar el riesgo de DPP antes de darle el alta. Se pueden utilizar test específicos al respecto, como, por ejemplo, la escala de Edimburgo¹².

VIGILANCIA Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO POR LA MATRONA

Sala de partos

Se hará valoración y atención del recién nacido en el paritorio mediante el test de Apgar y el algoritmo (Anexo 2)³¹ de reanimación cardiopulmonar de las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría³¹.

Se valorarán los antecedentes obstétricos y se promoverá el vínculo materno-filial y de lactancia materna³².

Exploración general (Anexo 3)³³

- Infartos en la placenta.
- Cordón umbilical, arterias y vena.
- Peso: entre 2500 y 4000 g, cálculo de percentil según la fecha de última regla y la exploración física; clasificación del recién nacido. Se valora el riesgo de hipoglucemia.
- Cálculo de edad gestacional (Anexo 4)³⁴.
- Comprobación de permeabilidad de coana.
- Micción (fuerza del chorro) y evacuación de meconio.
- Valorar atresia de porción alta de recto^{4,33}.

Exploración por tiempo de vida

Primeros 15-60 minutos de vida en el recién nacido normal

- Vigilar la frecuencia cardíaca 160-180 l/min, con descenso gradual.
- Respiraciones irregulares, taquipnea 60-80 respiraciones por minuto, breves períodos de apnea. Test de Silvermar: quejido, retracciones, aleteo ausente³².

Siguientes 60-90 minutos de vida

- Somnoliento o dormido, ligera ausencia de respuestas.
- Frecuencia cardíaca 100-120 l/min, taquicardias transitorias.
- Frecuencia respiratoria 50-60 por minuto, taquipneas transitorias³².

A partir de las primeras horas

Alterna períodos de estar despierto con períodos de sueño. Puede haber episodios de alerta y llanto³².

Exploración en sala de neonatos/nido

Antes de las 12 horas de vida hay que valorar la succión, la inspección general, la auscultación, la palpación superficial y profunda, las maniobras de abducción de caderas, el examen de boca, los reflejos neurológicos y la fuerza del llanto³³. Se realizará la valoración de los aspectos que se detallan a continuación.

Piel

Se inspeccionarán y palparán las zonas afectadas: acrocianosis, vérnix caseosa (más en prematuros), lanugo o fino vello que abunda en prematuros, uñas largas (más cuanto más maduro es el niño), soluciones de

continuidad de la piel, defectos o protuberancias cutáneas como preauriculares a lo largo del músculo esternocleidomastoideo y la línea media que une la nariz con el cóccix pasando por la parte superior de la cabeza.

La piel tendrá un color rojizo, menor si el recién nacido es más grande. Se debe valorar la palidez, la plétora, la cianosis y la ictericia. Es frecuente la presencia de manchas, erupciones, tapones y excrecencias, o vesículas.

La tinción amarillo-verdosa del vérnix puede indicar sufrimiento fetal^{4,33,35,36}.

Cabeza, cara y cuello

Se debe examinar y valorar lo siguiente:

- *Caput succedaneum*, cefalohematomas, hemorragia subgaleal, deformaciones en los partos vaginales.
- Los soplos intracraneales no se escuchan si no se intenta detectarlos.
- Hidrocefalia.
- Las suturas muy anchas y las fontanelas de gran tamaño deben ser estudiadas.
- Los pabellones auriculares de implantaciones bajas o peculiares se asocian con anomalías renales y auditivas, y deben ser blandos.
- Los hoyuelos en el cuello o alrededor de las orejas y los quistes.
- La nariz puede estar aplanada tras el parto.
- Asimetría de la boca al llorar.
- La lengua grande está asociada a hipotiroidismo.
- Hemorragia conjuntival u orbital.
- Cataratas.
- Secreción anormal de los ojos^{4,35,36}.

Tórax

Se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Respiraciones paradójicas, retracciones o gruñidos pueden indicar anomalía.
- Ruidos intestinales en el tórax puede indicar hernia diafragmática.
- La disminución de los pulsos periféricos es preocupante.
- Valoración de la frecuencia cardíaca y soplos, y localización del pulso.
- Tumefacción mamaria por hormonas maternas^{32,33,36}.

Abdomen y dorso

Examinar lo siguiente:

- Involución del cordón umbilical y drenaje.
- Presencia de tres vasos.

- Megalias y masas anormales en abdomen y dorso.
- Columna vertebral^{4,33,36}.

Genitales

La precaución y la cautela deben ser prioritarios en el examinador de los genitales del recién nacido. La asignación del sexo erróneo en genitales ambiguos orientará o confundirá la vida del recién nacido en su vida adulta^{4,33,36}.

Sistema musculoesquelético

- La extensión persistente de las extremidades es preocupante en recién nacidos a término. La sindactilia, la polidactilia y la clinodactilia son anomalías que deben ser estudiadas.
- Los puños cerrados pueden ser signo de problemas neurológicos.
- Hay que valorar la luxación de caderas.
- La rigidez o resistencia a los movimientos pasivos debe ser valorada^{4,33,35,36}.

Sistema nervioso

Se valorarán los reflejos. Un recién nacido deprimido puede indicar asfisia, sepsis, traumatismo o efectos farmacológicos. La asimetría de movimientos o extensión es motivo de estudio, en especial si son persistentes. Las convulsiones verdaderas son difíciles de definir. Si los movimientos se detienen cuando se toca suavemente el miembro que se agita, no se trata de una convulsión^{4,33,35,36}.

Conducta

El lactante interactúa con su entorno con un desarrollo motor poco desarrollado. Contribuyen aspectos genéticos, ambientales, capacidades y estados del recién nacido^{33,35,37}.

Llanto

Se valorará si el llanto es intenso, con movimientos bruscos y cambios de coloración. Puede usarse como una distracción de los estímulos perturbadores, como el hambre y el dolor. Permite que el neonato descargue energía y reorganice su comportamiento. Provoca una relación de ayuda por parte de los padres^{3,4,35,38}.

Valoración del dolor neonatal

Se ha de valorar la expresión facial, el llanto, la actividad corporal, el estado de alerta, la capacidad de consuelo y la sociabilidad^{3,4,36,39}.

Períodos de reactividad

El neonato manifiesta una conducta especial durante las primeras horas después de nacer. Se aprecian cambios ordenados y predecibles de la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca, la temperatura, la coloración, la actividad motora, la mucosidad y la actividad intestinal³⁶.

Profilaxis con vitamina K

El objetivo es prevenir el sangrado en las primeras semanas de vida. Se administrará vitamina K después del nacimiento, administrando 1 mg i.m. La pauta oral consiste en 2 mg de vitamina K al nacer, seguido de 1 mg oral semanalmente hasta la semana 12^{2-4,10,36,38}.

Profilaxis oftálmica neonatal

Se pretende prevenir la conjuntivitis que ocurre en las primeras 4 semanas de vida y sus posibles secuelas tardías. Consiste en administrar pomada de eritromicina al 0,5 % o de tetraciclina al 1 %. Se hará tan pronto como sea posible, respetando el contacto piel con piel con la madre^{2,3,10,36,38-40}.



Screening neonatal

Se obtiene una muestra de sangre capilar del talón del recién nacido, impregnándolo en papel absorbente. Se detectan 32 enfermedades genéticas mediante técnicas bioquímicas especiales⁴¹.

Seguimiento en Atención Primaria

1.ª visita. Al día siguiente (hábil) y antes de 72 horas del alta hospitalaria.

- Valoración del estado general del recién nacido.
- Valoración de: actitud, estado de alerta, sueño, vigilia, activo/decaído para actividad, llanto, deposiciones y micciones, presencia de ictericia, etc.
- Número de tomas diarias, tiempo de cada toma, signos de hambre y transferencia de leche materna, etc.
- Valoración de la pérdida de peso e incremento del mismo.
- Criterios para la evaluación del progreso del peso en el primer mes de vida, acorde con las normas de seguimiento de niños amamantados. Siempre que el descenso de peso posnatal no supere los límites fisiológicos del 10 % del peso del nacimiento.

2.ª visita. Quinto día de vida.

- Reevaluar al 5.º día si todo está bien. Comprobar ganancia de peso e ingesta de leche.

3.ª visita. Séptimo día de vida.

- Comprobar la ganancia de peso y la ingesta de leche.

4.ª visita y sucesivas.

- Reevaluar una vez por semana durante el primer mes para hacer seguimiento^{3,10,36,38,39}.

Cordón umbilical

- Hay que realizar valoración y seguimiento del estado del cordón umbilical hasta su desprendimiento y posterior recuperación del ombligo.
- Se enseñará a los padres el cuidado del mismo, consistente en lavados con agua y jabón manteniéndolo siempre seco y limpio.
- No se puede utilizar yodona yodada en el recién nacido por su interferencia con las pruebas metabólicas en caso de que se precise su repetición.
- Hay que enseñar los signos de infección (edema, enrojecimiento, olor, secreción, dolor)^{3,4,37-40,42}.

Higiene

- Se recomienda a los padres que bañen al niño una vez al día y que tengan especial cuidado con la temperatura del agua y del ambiente para evitar enfriamiento.
- Se debe usar un jabón de micelas grandes denominado *syndet* o jabón sin jabón para no deteriorar el estrato córneo de la piel.
- El baño es un cuidado básico esencial que introduce a los padres y al niño en el hábito de la higiene^{3,4,35,39-41,43}.

Vínculo y apego

Desde Atención Primaria hay que fomentar el vínculo afectivo por los beneficios que proporciona para la crianza. Un vínculo fuerte aumenta el peso de los bebés, mejora el sueño, disminuye la irritabilidad y los cólicos del lactante y da confianza a los padres en el cuidado del niño^{2-4,10,38,39,43}.

Cólico del lactante

Episodio de llanto y dolor abdominal que ocurre frecuentemente por la tarde o por la noche, durante más de 3 horas, unos 3 días a la semana como mínimo, durante los primeros meses de vida^{3,4}.

Colecho

Debe ser una elección de los padres. Mejora la respiración y termorregulación, aumenta la duración de la lactancia materna, favorece los vínculos y regula los patrones de sueño.

Hay que tener en cuenta los riesgos. Los padres no deben fumar, ni beber alcohol, ni tomar sustancias que causen sueño, y tampoco deben tener ninguna enfermedad que afecte a la conciencia. No debe practicarse en un sofá o una cama blanda, y no se han de emplear almohadas o mantas pesadas^{3,38,39,43}.

Sueño

La posición en prono es un factor de riesgo para la muerte súbita del lactante. Se debe aconsejar a los padres para que coloquen al bebé boca arriba^{38,39}.

Heces

Tras la expulsión del meconio, al tercer o cuarto día de vida, es normal tanto una frecuencia de deposiciones de hasta 10-12 al día como una deposición una vez cada varios días. El primer patrón de alta frecuencia de deposiciones se da con lactancia materna, en el que las deposiciones, de carácter líquido, coinciden con el final de las tomas. El segundo patrón se da con más frecuencia con la alimentación artificial^{35,39,40}.

Ictericia

Al tercer día de vida, el niño puede manifestar un nivel variable de ictericia de forma fisiológica. A los 7-10 días de vida, suele descender hasta llegar a niveles normales.

Se debe vigilar la ictericia que llega a los miembros inferiores. Niveles mayores de 18-20 se deben estudiar y tratar con fototerapia^{35,37-41,43}.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González-Merlo J, Lailla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 7.ª ed. España: Elsevier España; 2018.
2. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. 2011.
3. Conselleria de Salut. *Guía de buenas prácticas en la atención del embarazo del puerperio y del período neonatal en el área de salud materno-infantil de las Islas Baleares*. 2017.
4. Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica. *Cuidados puerperales rutinarios para las mujeres y sus bebés*. NICE Clinical Guideline 37. 2006.
5. Bezares B, Sanz O, Jiménez I. *Patología puerperal*. *Anales Sis San Navarra* 2009;32(Supl 1):169-75.
6. Williams. *Obstetricia*. 24.ª ed. España: McGraw-Hill; 2015.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. *Guías de Práctica clínica en el SNS*. 2014.
8. World Health Organization. *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. 2012.
9. Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el parto*. 2015.
10. Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E, et al. *Recomendaciones para el cuidado y la atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento*. *An Pediatr (Barc)* 2009;71(4):349-61.
11. OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial. *Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto*. *Guía para obstetrices y médicos*. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2002. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_RHR_00.7_spa.pdf?ua=1. Última consulta: 30 de diciembre de 2018.
12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG192)*. NICE; 2014. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>. Última consulta: 30 de diciembre de 2018.
13. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. *Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis*. *J Psychiatr Res* 2018;04:235-48.
14. Brummelte S, Galea LA. *Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care*. *Horm Behav* 2016;77:153-66.
15. Bydłowski S. *Postpartum psychological disorders: Screening and prevention after birth*. *Guidelines for clinical practice*. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2015;44(10):1152-6.
16. Hammarlund K, Andersson E, Tenenbaum H, Sundler AJ. *We are also interested in how fathers feel: a qualitative exploration of child health center nurses' recognition of postnatal depression in fathers*. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015;15:290.
17. Vanderkruik R, Barreix M, Chou D, Allen T, Say L, Cohen LS; Maternal Morbidity Working Group. *The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review*. *BMC Psychiatry* 2017;17(1):272.
18. *El Parto es Nuestro/Umamanita*. *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. Madrid; 2009.
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *Green-top guideline, no. 55. Late intrauterine fetal death and stillbirth*. London (UK): RCOG; 2010.
20. Ellis A, Chebsey C, Storey C, Bradley S, Jackson S, Flenady V, et al. *Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences*. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:16.

21. Ramírez I, Blanco L, Kauffmann. Rehabilitación del Suelo Pélvico Femenino: Práctica clínica basada en la evidencia. España: Editorial Panamericana; 2014.
22. Walker C. Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología. 2.ª ed. España: Masson; 2013.
23. ACOG Committee Opinion No. 650: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstet Gynecol* 2015;126(6):e135-42.
24. Dietz HP, Wilson PD, Milsom I. Maternal birth trauma: why should it matter to urogynaecologists? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2016;28(5):441-8.
25. Labbok MH. Postpartum Sexuality and the Lactational Amenorrhea Method for Contraception. *Clin Obstet Gynecol* 2015;58(4):915-27.
26. Taub RL, Jensen JT. Advances in contraception: new options for postpartum women. *Expert Opin Pharmacother* 2017;18(7):677-88.
27. Brunson MR, Klein DA, Olsen CH, Weir LF, Roberts TA. Postpartum contraception: initiation and effectiveness in a large universal healthcare system. *Am J Obstet Gynecol* 2017;217(1):55.e1-e9.
28. Sobhgol SS, Priddis H, Smith CA, Dahlen HG. The Effect of Pelvic Floor Muscle Exercise on Female Sexual Function During Pregnancy and Postpartum: A Systematic Review. *Sex Med Rev* 2019;7(1):13-2.
29. Lawson S, Sacks A. Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. *J Midwifery Womens Health* 2018;63(4):410-7.
30. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;12:CD007471.
31. SEN (Sociedad Española de Neonatología). Manual de Reanimación Neonatal. 4.ª ed. Majadahonda, Madrid: Ergon; 2017.
32. European Resuscitation Council. Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). 2015.
33. Hoekelman RA, Adam HM, Nelson NM, Weitzman ML, Wilson MH (eds.). *Primary Pediatric Care*. San Luis: Mosby, EE. UU.; 1992.
34. Ballard J, Novak KK, Driver M. A simplified score of assessment of fetal maturity of newly born infants. *J Pediatr* 1979;95:769-74.
35. Seidel HM, Rosenstein BJ, Pathak A. Atención primaria del recién nacido. 2.ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
36. Zitelli BJ, Davis HW. Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
37. OMS/UNICEF. Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. 2009.
38. Grupo NIDCAP. Grupo PrevInfad/AEPap. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
39. Bustos Lozano G. Guía de cuidados del recién nacido en las plantas de Maternidad. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. 2007.
40. Doménech E, González N, Rodríguez-Alarcón J. Cuidados generales del recién nacido sano. Servicio de Neonatología del Hospital Universitario de Canarias. Facultad de Medicina. Universidad de la Laguna, Tenerife. 2008.
41. Calderón López GM, Jiménez Parrilla F, Losada Martínez A. Screening neonatal. Servicio de Neonatología. Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla. 2008.
42. Díaz Gutiérrez J. Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia científica. *Ars Pharm* 2016;57(1):5-10.
43. López-Candiani C. Cuidados del recién nacido saludable. *Acta Pediatr Mex* 2014;35(6):513-7.

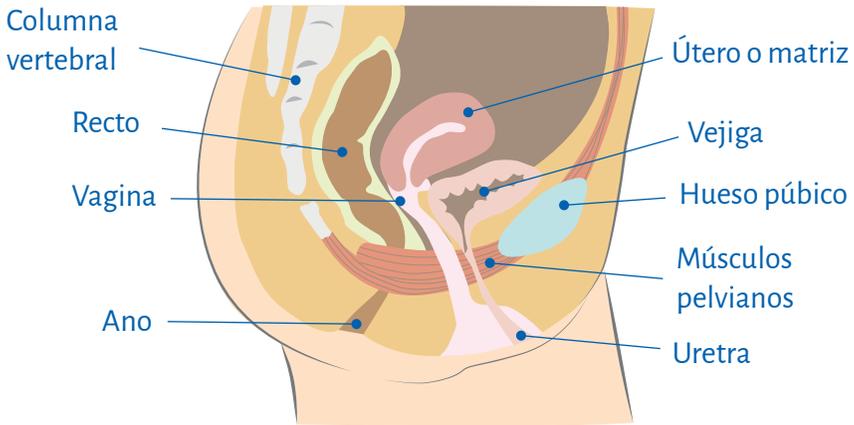


PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO

Anexos

ANEXO 1. ¿QUÉ ES EL SUELO PELVIANO?

El suelo pelviano es el conjunto de estructuras que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior. Sostiene toda la parte baja del abdomen, como un arco protector o una hamaca flexible de apoyo para la vejiga de la orina, el útero o matriz y el intestino inferior.



Si la musculatura del suelo pelviano se debilita, no puede cumplir su función de soporte y los órganos de la parte inferior del abdomen se desplazan hacia abajo. Este cambio de posición favorece la aparición de incontinencia de la orina, sensación de pesadez en la vagina, prolapso, etc. Esto hace que sea muy importante para la mujer mantener estos músculos sanos y fuertes.

El fortalecimiento del suelo pelviano

Para abordar el fortalecimiento del suelo pelviano se proponen **cuatro pasos**:

- **1.º paso:** aprender a percibir la musculatura del suelo pelviano.
- **2.º paso:** ejercitar la contracción de la musculatura del suelo pelviano sin contraer al mismo tiempo la musculatura abdominal, de nalgas o de muslos.
- **3.º paso:** practicar diariamente los ejercicios de la musculatura del suelo pelviano.
- **4.º paso:** aprender a contraer la musculatura del suelo pelviano bajo situaciones especiales de esfuerzo.

1.º paso. Percepción de los músculos del suelo pelviano

Antes de empezar a ejercitar los músculos, debe descubrir esta zona muscular de su cuerpo y luego reconocer en ella cómo funcionan sus músculos.

A. Descubrimiento del suelo pelviano

Sentir los músculos del suelo pelviano:

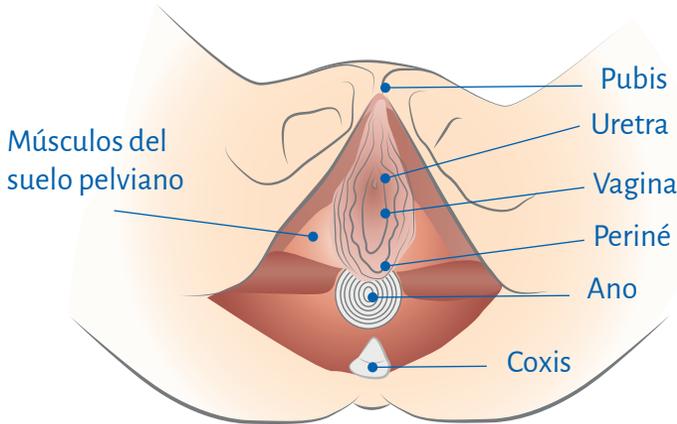
- Sentada, tosa fuertemente. Sentirá inmediatamente como una zona situada justo debajo de la pelvis se activa al mismo tiempo que tose. Es, globalmente, la zona del suelo pelviano.
- Observe qué pasa a nivel de este suelo:
 - Puede tener sensación de que se abomba hacia abajo.
 - Puede ser que la acción de toser estimule la micción.
 - Puede ser que sienta todo lo contrario, que la zona se contrae fuertemente, se comprime e incluso sube.
- ¿Qué es lo que ocurre? Para toser, se expulsa aire a gran presión. Para producir esta presión, los músculos abdominales se contraen, comprimen el abdomen y lo rechazan en parte hacia arriba, hacia el tórax, y en parte hacia abajo, hacia el periné:
 - Si el suelo pelviano tiene un tono muscular muy bajo, esta presión es suficiente para provocar una micción.
 - Si tiene un tono muscular bajo, se siente como se abomba hacia abajo.
 - Si tiene un buen tono muscular, se contrae con los abdominales para crear una fuerte presión que sube hacia arriba. Esto se produce raramente al principio, pero es adonde llegará progresivamente con los ejercicios que sigue.

B. Aproximación a los músculos del suelo pelviano

Acuéstese sobre la espalda, relajadamente, flexione las caderas, las rodillas y los tobillos, y ponga los pies planos en el suelo. Separe las piernas.

A continuación:

- Intente imaginar la situación de los músculos del suelo pelviano. Se encuentran entre el hueso del pubis y el extremo del cóccix, y son atravesados por las aberturas anal, vaginal y uretral.



- Contraiga lentamente el ano y note cómo se moviliza hacia dentro. Esto solo se puede efectuar con la ayuda de la musculatura del suelo pelviano. Repita el ejercicio hasta que aprecie bien el movimiento. Cuando lo consiga, pase al siguiente punto.
- Coloque dos dedos en la entrada de la vagina. Contraiga su vagina notando cómo se moviliza hacia adentro. Repita el ejercicio hasta que note bien el movimiento. Cuando lo consiga, inicie el segundo paso.
- Para el reconocimiento de los músculos perineales se ha difundido el ejercicio de «pipi-stop». Consiste en sentarse en el váter y, al inicio de la micción, cortarla una sola vez para localizar la musculatura. Si se corta más de una vez la micción o si no se corta al inicio de la misma, este ejercicio puede alterar el reflejo miccional, por lo que hoy no se recomienda.
- Si no consigue ninguna reacción repitiendo frecuentemente estos ejercicios, solicite la valoración y el consejo de los profesionales. Si identifica bien los músculos, aborde el siguiente paso.

2.º paso. No utilice otros grupos musculares para la contracción del suelo pelviano

Contraiga la musculatura del suelo pelviano y, simultáneamente, compruebe con una mano la musculatura del abdomen y, con la otra mano en la cara interna del muslo, verifique que no contrae ni los abdominales, ni los muslos, ni las nalgas.

Podrá comprobar que no es fácil contraer los músculos del suelo pelviano independientemente de estos grupos musculares. Para conseguirlo, debe concentrarse en la musculatura del suelo pelviano y repetir el ejercicio. Dominarlo requiere cierto tiempo, por lo que no debe desanimarse prematuramente. Cuando consiga contraerlos con independencia de los demás, inicie el tercer paso.



3.º paso. Ejercicio básico de los músculos del suelo pelviano

Cuando se consigue contraer la musculatura del suelo pelviano independientemente de los otros grupos musculares, se puede empezar la gimnasia de la musculatura pelviana. Si el inicio del ejercicio tiene una función rehabilitadora, es aconsejable una valoración profesional previa.

Para fortalecer el suelo pelviano hay que tener en cuenta que se deben potenciar dos tipos de fibras musculares: unas son «rápidas», necesarias para una contracción veloz y de corta duración; otras son «lentas», actúan en contracciones prolongadas y determinan la fuerza y la resistencia del periné.

Para cualquier trabajo muscular del periné es conveniente respetar la regla de doble tiempo de descanso que de contracción. Con ello se evita el agotamiento muscular.

- **Contracciones «rápidas»:** contraiga y suba el suelo pelviano rápido y con fuerza. Relájelo completamente y vuelva a contraer. Repita el ejercicio diez veces.
- **Contracciones «lentas»:** contraiga subiendo hacia dentro los músculos del suelo pelviano tan fuerte como pueda. Aguante la tensión durante 5 segundos y relaje 10 segundos. Repita este ejercicio 5 veces.

Haga estos dos ejercicios (10 rápidos y 10 lentos) al menos DIEZ veces al día. En total, 100 veces al día.

A medida que se vayan fortaleciendo los músculos, podrá aguantar más de 5 segundos en contracción y podrá hacer más de 5 contracciones cada vez sin agotar el músculo. Un tono de periné normal aguanta fácilmente 10 segundos en contracción.

Adquiera el hábito de realizar los ejercicios con regularidad, asociándolos a alguna actividad cotidiana que realice con frecuencia: cada vez que toque agua si está en casa, cada vez que conteste al teléfono si está en una oficina, cada vez que coja al niño si acaba de parir, etc. Nadie notará que está haciendo ejercicios del suelo pelviano.

Si es constante y regular en la práctica diaria de estos ejercicios, podrá empezar a notar mejoría en unas 5 o 6 semanas, y con gran dedicación diaria sus músculos del suelo pelviano adquirirán el tono normal en tan solo 4 o 6 meses.

La posición de la realización del ejercicio se establece en función de la incidencia que queramos que tenga la fuerza de la gravedad; cuanto más a favor de la misma, menos grado de dificultad tiene el ejercicio. Por ello, la progresión normal en el programa de fortalecimiento es ir de menor a mayor dificultad, conforme el periné va ganando fuerza y resistencia. La progresión normal sería:

1. De rodillas como si se gateara.
2. Tumbada boca arriba con las rodillas dobladas y las piernas ligeramente separadas.
3. Sentada.
4. De pie, separando ligeramente las piernas.
5. De cuclillas con las piernas separadas.

4.º paso. Utilización activa y consciente de la musculatura del suelo pelviano en situaciones de esfuerzo

Transcurridas unas 4 o 6 semanas, podrá utilizar el suelo pelviano rápida y fuertemente en situaciones de esfuerzo corporal. Se entiende por situación de esfuerzo cualquier situación que establezca una presión en el periné hacia abajo. Entre las más comunes se encuentran: toser, estornudar, soplar, levantar peso, llevar una carga, saltar, correr, etc.

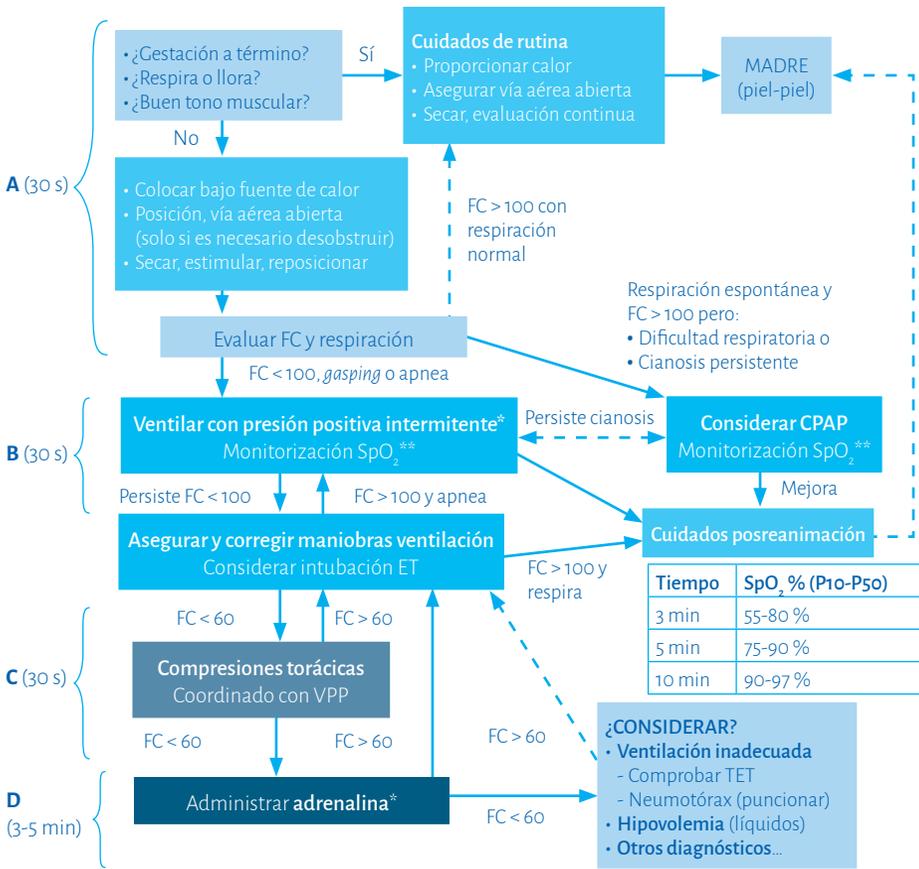
En este nivel se trata de ejercitar la contracción de la musculatura del periné simultáneamente a la contracción de la musculatura abdominal. Este ejercicio se debe practicar hasta que se consiga hacerlo espontáneamente ante cualquier esfuerzo.

Mantener en buen estado la musculatura del suelo pelviano es fundamental para la salud y calidad de vida de la mujer.

Matilde Fernández y Fernández-Arroyo

ANEXO 2. ALGORITMO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR COMPLETA EN LA SALA DE PARTOS³¹

Algoritmo de RCP completa en sala de partos



Tiempo	SpO ₂ % (P10-P50)
3 min	55-80 %
5 min	75-90 %
10 min	90-97 %

* Intubación endotraqueal si persiste apnea o FC < 100.

** Sensor en mano o muñeca derecha (preductal). FiO₂ inicial 0,21.

CPAP: *continuous positive airway pressure* o presión positiva continua en la vía aérea; ET: endotraqueal; FC: frecuencia cardíaca; FiO₂: concentración o proporción de oxígeno en una mezcla de aire-oxígeno; P10-P50: los valores que se indican por debajo corresponden a los percentiles entre el 10 y el 50; RCP: reanimación cardiopulmonar; SpO₂: saturación porcentual de oxígeno; TET: tubo endotraqueal; VPP: ventilación con presión positiva.

SEN (Sociedad Española de Neonatología). Manual de Reanimación Neonatal. 4.ª ed. Majadahonda, Madrid: Ergon; 2017.

ANEXO 3. VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EL PARITORIO³³

Valoración en paritorio

A. General

1. Valoración global
 - a. Proporciones
 - b. Simetría
 - c. Rostro
 - d. Edad de gestación (aproximada)
2. Piel: color, tejido subcutáneo e imperfecciones (bandas y marcas de nacimiento)
3. Neuromuscular
 - a. Movimientos
 - b. Respuestas
 - c. Tono (flexor)

B. Cabeza y cuello

1. Cabeza
 - a. Forma
 - b. Perímetro
 - c. Deformación
 - d. Tumefacciones
 - e. Depresiones
 - f. Proyección occipital
2. Fontanelas, suturas
 - a. Tamaño
 - b. Tensión
3. Ojos
 - a. Tamaño
 - b. Separación
 - c. Cataratas
 - d. Colobomas
4. Pabellones auriculares
 - a. Situación
 - b. Complejidad
 - c. Prominencias o senos

5. Boca
 - a. Simetría
 - b. Tamaño
 - c. Hendiduras
6. Cuello
 - a. Tumefacciones
 - b. Fístulas

C. Pulmones y respiración

1. Retracción
2. Gruñido
3. Entrada de aire (ruidos respiratorios)

D. Corazón y circulación

1. Frecuencia
2. Ritmo
3. Soplos
4. Ruidos

E. Abdomen

1. Musculatura
2. Ruidos intestinales
3. Vasos del cordón
4. Distensión
5. Forma escafoidea
6. Masas

F. Genitales y ano

1. Situación
2. Testículos
3. Labios
4. Faló

G. Extremidades

1. Bandas
2. Dedos (número y solapamiento)

H. Columna vertebral

1. Simetría
2. Escoliosis
3. Senos

ANEXO 4. VALORACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL^{33,34}

Los seis criterios morfológicos y los seis criterios neurológicos, en conjunto, producen una estimación de la edad gestacional.

Madurez física

	0	1	2	3	4	5
Piel	Gelatinosa, roja, transparente	Suave, rosada, venas visibles	Descamación superficial y/o exantema, pocas venas	Cuarteada, área pálida, venas raras	Parcheada, grietas profundas, sin vasos sanguíneos	Coriácea, cuarteada arrugada
Lanugo	Ninguno	Abundante	Fino	Áreas sin lanugo	En gran parte sin lanugo	
Surcos plantares	Sin surcos	Marcas rojas tenues	Surco transverso anterior solamente	Surco en los dos tercios anteriores	Los surcos cubren toda la planta	
Mamas	Apenas perceptible	Areola plana, sin botón	Areola punteada, botón de 1-2 mm	Areola sobreelevada, botón de 3-4 mm	Areola completa, botón de 5-10 mm	
Oreja	Pabellón plano, permanece plegado	Pabellón ligeramente curvado	Pabellón bien curvado y blando, pero se recupera fácilmente	Formado y firme con recuperación instantánea	Cartílago grueso, oreja rígida	
Genitales: hombre	Escroto vacío, sin arrugas		Testículos que descenden, algunas arrugas	Testículos descendidos, numerosas arrugas	Testículos péndulos, arrugas profundas	
Genitales: mujer	Clítoris y labios menores prominentes		Labios mayores y menores igual de prominentes	Labios mayores grandes, labios menores pequeños	Clítoris y labios menores completamente cubiertos	

Madurez neuromuscular

Postura						
Ventana cuadrada (muñeca)	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
Retirada del brazo	 180°		 100°-180°	 90°-100°	 < 90°	
Ángulo poplíteo	 180°	 160°	 130°	 110°	 90°	 < 90°
Signo «de la bufanda»						
Talón-oreja						

Puntuación	Semanas
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

Puntuación de la madurez:

Ballard J, Novak KK, Driver M. A simplified store of assessment of fetal maturation of newly born infants. J Pediatr 1979;95:769-74.

PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO



Bial
Keeping life
in mind.