

Fecha de publicación: Julio 2006

Cuidados puerperales rutinarias para las mujeres y sus bebés

Guía Clínica NICE 37 (Instituto Nacional para Salud y Excelencia Clínica) Cuidados puerperales rutinarios para las mujeres y sus bebés

Información para pedidos

Puede descargar los siguientes documentos de la página

www.nice.org.uk/CG037

- La guía NICE (este documento) – todas las recomendaciones.
- Una guía de consulta rápida – un resumen de las recomendaciones para los profesionales sanitarios.
- ‘Comprensión de la guía NICE’ – información para pacientes y cuidadores.
- La guía completa – todas las recomendaciones, detalles de cómo se desarrollaron, y resúmenes de la evidencia sobre las que están basadas dichas recomendaciones.

Para copias impresas de la guía de consulta rápida o ‘Comprensión de la guía NICE’, telefóneee a la línea de Atención de SNS británica 0870 1555 455 y diga la referencia:

- N1074 (guía de consulta rápida)
- N1075 (‘Comprensión de la guía NICE’)

Esta guía se escribió dentro del siguiente contexto

Esta guía representa la opinión del Instituto, al cual llegó después de considerar cuidadosamente toda la evidencia disponible. Se espera que los profesionales sanitarios lo tengan en cuenta en su totalidad a la hora de aplicar su juicio clínico. Sin embargo, la guía no anula la capacidad individual de los profesionales sanitarios de tomar decisiones adecuadas a las circunstancias de cada paciente, una vez consultado con el propio paciente y/o con su tutor o cuidador.

Instituto Nacional para Salud y Excelencia Clínica

MidCity Place
71 High Holborn
London
WC1V 6NA

www.nice.org.uk

© Instituto Nacional para Salud y Excelencia Clínica, Julio 2006. Reservados todos los derechos. Este material podrá ser reproducido para fines educativos o no lucrativos. No está permitido la reproducción por o para organizaciones comerciales, o para fines comerciales, sin la autorización explícita escrita del Instituto.

Contenidos

Introducción.....	4
Cuidados centrados en la puérpera y su bebé.....	5
Prioridades claves para su ejecución.....	6
1 Orientación.....	
1.1 Planificación del contenido y realización de los cuidados	8
1.2 Salud materna	11
1.3 Alimentación infantil	23
1.4 Mantener la alimentación infantil	30
2 Notas sobre el ámbito de la orientación.....	
3 Ejecución.....	42
4 Recomendaciones para la investigación.....	43
4.1 Monitorización rutinaria del peso de los bebés	43
4.2 Valoración de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)	44
4.3 El efecto del apoyo de coetáneos en la gravedad de la depresión puerperal	44
5 Otras versiones de esta guía.....	45
5.1 Guía completa	45
5.2 Guía de referencia rápida	
5.3 Comprensión de la orientación NICE (Instituto Nacional para Salud y Excelencia Clínica): información para los pacientes y cuidadores	46
6 Orientación relacionada con la NICE.....	46
7 Actualización de la guía.....	47
Agradecimientos.....	47
Apéndice A: El Grupo de Desarrollo de la Guía.....	48
Apéndice B: El Panel de Revisión de la Guía.....	50
Apéndice C: Detalle técnico de los criterios para la auditoría.....	51

Introducción

El fin de esta guía es identificar los cuidados (rutinarios) esenciales que cada puérpera y su bebé deberían recibir en las primeras 6–8 semanas después del parto, basándose en la mejor evidencia disponible.

Aunque el periodo puerperal no supone complicación para la mayoría de las mujeres y bebés, durante este periodo los cuidados deberían tratar cualquier desviación de la recuperación esperada después del parto. Esta guía ofrece consejos sobre cuándo podría precisarse cuidados adicionales y estas recomendaciones han sido asignados un nivel de estado (que indica el grado de urgencia requerida a la hora de tratar dicho problema (véase tabla 1).

Tabla 1 Niveles de Estado

Estado	Clasificación
Emergencia	Una situación mortal o potencialmente mortal
Urgente	Una situación potencialmente grave, que requiere de una acción adecuada
No-urgente	Continuar con monitorización y valorar debidamente

Los cuidados centrados en la puérpera y bebé

Esta guía ofrece los consejos sobre la mejor práctica en los cuidados esenciales de las puérperas y sus bebés durante el puerperio.

Las puérperas y sus familias deberían ser atendidas siempre con amabilidad, respeto y dignidad. Debería consultarse y respetarse en todo momento las opiniones, creencias y valores de la puérpera, su pareja y su familia en cuanto a los cuidados hacia ella y su bebé. La puérpera debería estar implicada en la planificación del tiempo y contenido de cada visita puerperal para que los cuidados sean flexible y adaptados a sus necesidades y las de su bebé.

Se les debería dar la oportunidad a las puérperas de tomar decisiones informadas sobre sus cuidados y cualquier tratamiento indicado. En aquellos casos en que la puérpera no tiene capacidad para tomar decisiones, los profesionales sanitarios deberán seguir las directrices del Ministerio de Sanidad– ‘Guía de Referencia para consentimiento de valoración o tratamiento’ (2001) (disponible en www.dh.gov.uk (página web oficial del Ministerio británico de Sanidad)).

Es primordial una buena comunicación entre los profesionales sanitarios y la puérpera y su familia. Dicha comunicación debería basarse en el suministro de información -basada en la evidencia- ofrecida en un formato que se adapte a las necesidades de cada puérpera.

Los cuidados y la información deberán ser los más adecuados y debería tomarse en cuenta las prácticas culturales de la puérpera. Debería darse toda la información en un formato asequible para las mujeres, sus parejas y familias, tomando en cuenta cualquier necesidad adicional, tales como discapacidades físicas, cognitivas o sensoriales, y las personas que no pueden hablar o leer el idioma.

Se debería aprovechar todas las oportunidades para proporcionar la información y el apoyo necesario a la puérpera y su pareja u otro miembro relevante de la familia.

Prioridades claves para su ejecución

- Debería desarrollarse un plan documentado e individualizado de los cuidados en el puerperio idealmente junto con la puérpera durante el periodo prenatal o tan pronto sea posible después del parto. Dicho plan debería incluir:
 - Factores relevantes del periodo prenatal, intraparto y posparto inmediato
 - Datos de los profesionales sanitarios implicados en los cuidados de la puérpera y su bebé, incluyendo sus funciones y los datos de contacto
 - planes para el periodo del puerperio.

Este plan debería revisarse en cada visita puerperal.

- Debería haber protocolos locales sobre la comunicación escrita, especialmente sobre el traslado de los cuidados entre los departamentos clínicos y profesionales sanitarios. Estos protocolos deberían ser revisados.
- A las mujeres se les debería ofrecer una información relevante y oportuna para fomentar su salud y bienestar y también la de sus bebés y para que sepan reconocer y responder ante los problemas.
- En la primera visita puerperal, se les debería advertir a las mujeres de las señales y síntomas de las condiciones potencialmente mortales (ofrecidas en tabla 2) para que contacten inmediatamente con su profesional sanitario o soliciten ayuda en el servicio de urgencias si hubiera cualquier señal o síntoma.
- Todo el personal de cuidados maternos (independientemente de si trabajan en un hospital o centro de atención primaria) debería ejecutar un programa estructurado y valorado externamente que promueva la lactancia materna, utilizando la IHAN (www.babyfriendly.org.uk) como los criterios mínimos.
- En cada visita puerperal, las mujeres deberían ser consultados sobre su bienestar emocional, sobre el apoyo familiar y social que tienen y por sus

estrategias para manejar asuntos cotidianos. Se debería animar a las puérperas y sus parejas/familias a comentar a su profesional sanitario cualquier cambio de humor, estado emocional o comportamiento inusual.

- En cada visita puerperal, se debería ofrecer información y consejo a los padres para ayudarles a:
 - valorar la condición general de su bebé
 - identificar las señales o síntomas de problemas de salud comunes en los bebés
 - contactar con un profesional sanitario o servicio de emergencias si es necesario.

1 Orientación

La siguiente orientación está basada en la mejor evidencia disponible. La guía completa ('Cuidados puerperales: los cuidados puerperales rutinarios para las mujeres puérperas y sus bebés') ofrece detalles de los métodos y la evidencia empleada para desarrollar la orientación (véase sección 5 para más datos).

1.1 Planificación del contenido y realización de los cuidados

Principios de la atención

- 1.1.1 Cada visita puerperal debería realizarse de acuerdo con los principios del cuidado individualizado. Con el fin de ofrecer el cuidado esencial recomendado en esta guía, los servicios puerperales deberían planificarse localmente para alcanzar el servicio más eficaz y eficiente para las puérperas y sus bebés.
- 1.1.2 Debería asignarse un profesional sanitario para cada puérpera. Es probable que con el paso del tiempo dicho profesional sea sustituido basándose en las necesidades cambiantes de la puérpera y su bebé.
- 1.1.3 Debería desarrollarse un plan documentado e individualizado de cuidados puerperales con la puérpera, idealmente durante el periodo prenatal o tan pronto sea posible después del parto. Este plan debería incluir:
- Factores relevantes del periodo prenatal, intraparto y posparto inmediato
 - Datos de los profesionales sanitarios implicados en los cuidados de la puérpera y su bebé, incluyendo sus funciones y los datos de contacto
 - planes para el periodo del puerperio.
- Este plan debería revisarse en cada visita puerperal.

- 1.1.4 A las mujeres se les debería dar la oportunidad de hablar sobre su experiencia puerperal y preguntar sobre los cuidados que recibieron durante su parto.
- 1.1.5 A las mujeres se les debería ofrecer una información relevante y oportuna para fomentar su salud y bienestar y también la de sus bebés y para que sepan reconocer y responder ante los problemas.
- 1.1.6 En cada visita puerperal, el profesional sanitario debería:
- preguntar por el bienestar y salud de la puérpera y de su bebé. Esto debería incluir indagar sobre los problemas usuales de salud física. Se debería valorar cualquier síntoma mencionada por la puérpera o identificado mediante observaciones clínicas.
 - ofrecer información coherente y explicaciones concisas para empoderar a la puérpera para que vigile su propia salud y la de su bebé, y para reconocer los síntomas que podrían precisar de consulta.
 - animar a la puérpera y su familia a informar de cualquier preocupación relacionada con su salud física, social, mental o emocional, comentar asuntos y plantear preguntas
 - registrar en el plan de cuidados cualquier problema específico y su seguimiento.
- 1.1.7 La duración de estancia en una maternidad debería ser acordada entre la puérpera y su profesional sanitario, tomando en cuenta la salud y bienestar de la puérpera y su bebé y el nivel de apoyo disponible después del alta médica.

Comunicación profesional

- 1.1.8 Debería haber protocolos locales sobre la comunicación escrita, especialmente sobre el traslado de los cuidados entre los departamentos clínicos y profesionales sanitarios. Estos protocolos deberían ser revisados.

- 1.1.9 Los profesionales sanitarios deberían usar registros de maternidad escritos a mano, los planes de cuidados puerperales y los registros personales infantiles, para fomentar la comunicación con las mujeres.

Competencias

- 1.1.10 Todos los profesionales sanitarios que atienden a las mujeres y sus bebés deberían trabajar con las competencias relevantes desarrolladas por Habilidades para la Salud (www.skillsforhealth.org.uk). Los profesionales sanitarios relevantes también deberían mostrar competencia y suficiente experiencia clínica continua en:

- realizar exploraciones maternas y de recién nacido y reconocer las anomalías
- apoyar a las mujeres que dan de mamar mostrando una comprensión sólida de la fisiología de la lactancia y la adaptación metabólica del neonato, y poseer la capacidad de transmitirlo a los padres
- reconocer los riesgos, señales y síntomas de violencia de género y saber a quien contactar para consejos y gestión, tal como recomienda el Ministerio de Sanidad ^{1,2}
- reconocer los riesgos, señales y síntomas de abuso de menores, y saber a quien contactar para consejos y gestión, tal como recomienda la orientación del Ministerio de Sanidad ¹.

¹ Estructura del Servicio Nacional para los Niños, Jóvenes y Servicios de Maternidad. Disponible en: www.dh.gov.uk

² Ministerio de Sanidad (2005) *La Respuesta a la violencia de género: un manual para profesionales sanitarios*. Londres: Ministerio de Sanidad. Disponible en: www.dh.gov.uk

1.2 Salud materna

Entrega de información

- 1.2.1 En la primera visita puerperal, se les debería advertir a las mujeres de las señales y síntomas de las condiciones potencialmente mortales (ofrecidas en tabla 2) para que contacten inmediatamente con su profesional sanitario o soliciten ayuda en el servicio de urgencias si hubiera cualquier señal o síntoma.

Tabla 2 Señales y síntomas de condiciones potencialmente mortales

Señales y síntomas	Condición
Sangrado repentino y abundante o sangrado persistente y en aumento Desmayo, mareo o palpitaciones/taquicardia	Hemorragia posparto
Fiebre, escalofríos, dolor abdominal y/o flujo vaginal maloliente	Infección
Migrañas acompañadas de una o más de las siguientes síntomas durante las primeras 72 horas del posparto: <ul style="list-style-type: none">• trastornos visuales• náuseas, vómitos	Pre-eclampsia/eclampsia
Dolor unilateral, rojez o inflamación de la pantorrilla Respiración dificultosa o dolor torácico	Trombo-embolismo

- 1.2.2 El folleto del Ministerio de Sanidad ‘Birth to five’³, que es una guía sobre la paternidad y los primeros cinco años de la vida del niño, debería darse a todas las mujeres en los primeros tres días del puerperio (si no ha sido entregado en el periodo prenatal).
- 1.2.3 El historial clínico personal del niño debería ser entregado a todas las mujeres lo antes posible (si no ha sido entregado en el periodo prenatal) y explicarse su uso.
- 1.2.4 Se debería informar y tranquilizar a las mujeres en cuanto a:
- el proceso fisiológico de recuperación después del parto (durante las primeras 24 horas)
 - los patrones normales de cambios emocionales durante el periodo puerperal y que normalmente se resuelven durante los primeros 10-14 días del puerperio (en los primeros tres días)
 - las preocupaciones habituales de salud tal como corresponde (weeks 2–8).

Condiciones mortales: cuidados esenciales y preocupación suscitada

Hemorragia Posparto

- 1.2.5 Si hay ausencia de un sangrado vaginal anormal, es innecesaria la valoración del útero mediante la palpación abdominal o medición.
- 1.2.6 La valoración de sangrado vaginal y la posición e involución uterina debería realizarse si la mujer ha tenido un sangrado vaginal excesivo o maloliente, dolor abdominal o fiebre. Debería valorarse cualquier anomalía en el tamaño, tono y posición del útero. Si no se observa anomalía uterina, considere otras causas de síntomas (acción de urgencia)

³ Disponible en: www.dh.gov.uk

- 1.2.7 Debería valorarse el sangrado vaginal repentino o abundante acompañado de cualquiera de las señales o síntomas de shock, incluyendo taquicardia, hipotensión, hipoperfusión y cambios de consciencia (acción de emergencia)

Sepsis del tracto genital

- 1.2.8 Si no hay señales o síntomas de infección, es innecesaria la valoración rutinaria de la temperatura materna
- 1.2.9 Debería tomarse la temperatura y documentarse si se sospecha de infección. Si la temperatura es superior a los 38°C, se repite la toma en las siguientes 4–6 horas.
- 1.2.10 Si la temperatura permanece superior a los 38°C en la segunda toma o hubiera cualquier otro síntoma perceptible y señales valorables de sepsis, valorar en profundidad (acción de emergencia).

Pre-eclampsia/eclampsia

- 1.2.11 Debería medirse mínimo una toma de la presión arterial y documentarse dentro de las primeras 6 horas después del parto.
- 1.2.12 No se recomienda una valoración rutinaria de la proteinuria.
- 1.2.13 Se debería valorar las mujeres con migrañas severas o persistentes y considerarse la pre-eclampsia (acción de emergencia).
- 1.2.14 Si la tensión arterial diastólica es superior a 90 mm Hg, y no hay otras señales o síntomas de pre-eclampsia, debería repetirse la toma de tensión arterial dentro de las primeras 4 horas después del parto.
- 1.2.15 Si la tensión arterial diastólica es superior a 90 mm Hg y está acompañada de otra señal o síntoma de pre-eclampsia, valorar en profundidad (acción de emergencia).

- 1.2.16 Si la tensión arterial diastólica es superior a 90 mm Hg y no desciende por debajo de 90 mm Hg dentro de 4 horas, valorar para pre-eclampsia (acción de emergencia).

Trombo-embolismo

- 1.2.17 A las mujeres se les debería animar a moverse lo antes posible después del parto.
- 1.2.18 Debería valorarse aquellas mujeres con dolor unilateral, rojez o inflamación de la pantorrilla para trombosis venosa profunda (acción de emergencia).
- 1.2.19 Debería valorarse aquellas mujeres que estén experimentando respiración dificultosa o dolor torácico para trombo-embolismo pulmonar (acción de emergencia).
- 1.2.20 No se recomienda el uso rutinario del signo de Homan's como herramienta de valoración de trombo-embolismo.
- 1.2.21 Las mujeres obesas tienen mayor riesgo de sufrir trombo-embolismo y deberían recibir una atención individualizada.

Salud mental y bienestar

- 1.2.22 En cada visita puerperal, a las mujeres se les debería preguntar por su bienestar emocional, por el apoyo recibido de sus familias y la sociedad en general, por las estrategias que emplean para manejar los asuntos cotidianos. Se les debería animar a las mujeres y a sus familias/parejas a informar a sus correspondientes profesionales sanitarios de cualquier cambio de humor, estado emocional o comportamiento inusual de la puérpera.
- 1.2.23 No se recomienda un informe formal sobre la experiencia del parto.

- 1.2.24 Todos los profesionales sanitarios deberían ser conscientes de las señales y síntomas de los problemas de salud mental materna que podrían experimentarse semanas y meses después del parto.
- 1.2.25 Después de los primeros 10–14 días puerperales, a todas las mujeres se les debería preguntar por cómo han tratado los síntomas de tristeza (por ejemplo, ganas de llorar, sentimientos de ansiedad y bajo estado de ánimo). Si los síntomas no han desaparecido, la puérpera debería ser valorada para depresión puerperal, y si los síntomas persisten, valorarse en profundidad (acción de urgencia)⁴.
- 1.2.26 A las mujeres se les debería animar a cuidar de su salud mental, responsabilizándose ellas mismas de sus cuidados. Esto incluye ejercicio suave, descanso, obtener ayuda con los cuidados del bebé, hablar con alguien acerca de sus sentimientos y asegurándose que tengan acceso a redes de apoyo social.

⁴ Guía clínica NICE sobre el desarrollo de salud mental prenatal y puerperal. Publicación prevista para enero 2007. Consulte www.nice.org.uk para más información

Salud física y bienestar

Atención perineal

- 1.2.27 Se les debería preguntar a las mujeres en cada visita puerperal si tienen alguna preocupación sobre el proceso de curación de cualquier herida perineal; esto podría incluir dolor perineal, incomodidad o escozor, flujo maloliente o dispareunia.
- 1.2.28 El profesional sanitario debería ofrecer la valoración del perineo de la mujer si hay dolor o incomodidad.
- 1.2.29 Se debería aconsejar a las mujeres la terapia con frío local, por ejemplo el hielo picado o las compresas de gel son métodos eficaces para aliviar el dolor perineal.
- 1.2.30 Si se precisa analgesia oral, el paracetamol debería ser la primera opción al menos que esté contraindicado.
- 1.2.31 Si la terapia con frío o el paracetamol no es eficaz, debería considerarse la prescripción de un medicamento anti-inflamatorio rectal no esteroideo (NSAID) si no existe ninguna otra contraindicación (acción no urgente).
- 1.2.32 Deberían valorarse las señales y síntomas de infección, curación inadecuada, rotura de incisión o no curación (acción de urgencia).
- 1.2.33 A las mujeres se les debería advertir sobre la importancia de la higiene perineal, incluyendo el cambio frecuente de compresas sanitarias, lavado de las manos antes y después de su manipulación, y el baño o ducha diario para mantener el perineo limpio.

Dispareunia

- 1.2.34 A las mujeres se les debería preguntar sobre la reanudación de las relaciones sexuales y la posible dispareunia a las 2-6 semanas después del parto.
- 1.2.35 Si una mujer expresa ansiedad por la reanudación de las relaciones sexuales, debería examinarse las razones.
- 1.2.36 Se debería ofrecer una valoración del perineo a las mujeres con traumatismos perineales que experimenten dispareunia. (Véase sección de cuidados perineales)
- 1.2.37 Podría aconsejarse el uso de un gel lubricante a base de agua para aliviar la incomodidad durante las relaciones sexuales, especialmente si la mujer está dando de mamar.
- 1.2.38 Debería valorarse aquellas mujeres que siguen expresando ansiedad por los problemas de salud sexual (acción no urgente).

Migrañas

Para migrañas severas véase la sección sobre pre-eclampsia/eclampsia

- 1.2.39 Se debería preguntar a las mujeres sobre los síntomas de migraña en cada visita puerperal.
- 1.2.40 A las mujeres a las que se les ha aplicado una anestesia epidural o espinal se les debería advertir de que informen sobre cualquier migraña severa, especialmente aquella que aparece mientras estén sentadas o de pie.
- 1.2.41 El tratamiento de la migraña leve puerperal debería basarse en los diferentes diagnósticos de migraña y los protocolos locales de tratamiento.

- 1.2.42 Las mujeres con migrañas o jaquecas deberían recibir consejos sobre la relajación y como evitar factores asociados con la aparición de migrañas.

Fatiga

- 1.2.43 A las mujeres que expresan fatiga persistente se les debería preguntar por su bienestar general, y ofrecer consejos sobre dieta, ejercicio y planificación de actividades, incluyendo el tiempo que pasan con sus bebés.
- 1.2.44 Si la fatiga persistente puerperal afecta el modo en que la mujer cuida de sí misma y de su bebé, debería valorarse las causas físicas, psicológicas y sociales subyacentes.
- 1.2.45 Si una puérpera ha sufrido una hemorragia posparto, o está experimentando una fatiga persistente, deberían valorarse sus niveles de hemoglobina y, en el caso de que estos estén bajos, se le debería atender según las normas locales.

Dolor de espalda

- 1.2.46 Se debería atender a las mujeres con dolor de espalda puerperal como se atiende a la población en general.

Estreñimiento

- 1.2.47 A las mujeres se les debería preguntar si han evacuado dentro de los primeros tres días después del parto.
- 1.2.48 Se debería valorar la dieta e ingesta de líquidos de aquellas mujeres con estreñimiento e incomodidad, y ofrecerles consejos sobre cómo mejorar su dieta.
- 1.2.49 Podría recomendarse un laxante suave si las medidas alimenticias no son eficaces.

Hemorroides

- 1.2.50 Se debería aconsejar medidas alimenticias a las mujeres con hemorroides para evitar el estreñimiento y ofrecerles un control basado en protocolos de tratamiento local.
- 1.2.51 Debería valorarse aquellas mujeres con hemorroides severos, inflamados o prolapsados o cualquier sangrado rectal. (Acción de urgencia).

Incontinencia fecal

- 1.2.52 Debería valorarse la severidad, duración y frecuencia de los síntomas de las mujeres con incontinencia fecal. Si no se resuelven los síntomas, se debería valorar en profundidad (acción de urgencia).

Retención urinaria

- 1.2.53 Debería documentarse la micción dentro de las primeras 6 horas del puerperio.
- 1.2.54 Si no hay micción dentro de las primeras 6 horas del puerperio, se aconseja estimular dicha micción, tal como tomar un baño o ducha caliente.
- 1.2.55 Si no hay micción a las primeras 6 horas del puerperio y no tienen éxito las medidas para estimular dicha micción, debería valorarse el volumen de la vejiga y considerarse el cateterismo (acción de urgencia).

Incontinencia urinaria

- 1.2.56 A las mujeres con pérdidas involuntarias de pequeñas cantidades de orina se les debería enseñar los ejercicios de suelo pélvico.
- 1.2.57 Se debería valorar aquellas mujeres con pérdidas involuntarias de la orina que no se resuelven o que empeoran.

Contracepción

- 1.2.58 Debería discutirse los métodos y momento de reanudar los anti-conceptivos durante la primera semana del puerperio.
- 1.2.59 El profesional sanitario coordinador debería proporcionar una atención pro-activa a las mujeres que podrían tener dificultades para acceder a los cuidados anti-conceptivos. Esto incluye proporcionar datos de contacto para el consejo de expertos en anti-conceptivos.

Inmunización

- 1.2.60 Debería ofrecerse la inmunoglobulina anti-D a cada puérpera Rh-D negativo no-sensibilizada dentro de las primeras 72 horas del puerperio tras parir a un bebé Rh-D positivo.
- 1.2.61 A las puérperas que han sido diagnosticadas seronegativas en el screening prenatal de rubéola, se les debería ofrecer la vacuna de SARUPA (Sarampión, Rubéola y Paperas) después del parto y antes de su alta de la unidad de maternidad, si están hospitalizadas.
- 1.2.62 La vacuna de SARUPA podría administrarse en el periodo posparto junto con la inyección de inmunoglobulina anti-D siempre que se utilicen jeringas separadas y los productos sean administrados en distintos miembros ... si no se administra simultáneamente, la SARUPA debería ser administrada 3 meses después de la anti-RhD.
- 1.2.63 A las mujeres se les debería advertir de evitar una gestación en el primer mes después de recibir la vacuna SARUPA, pero que pueden continuar con la lactancia.

Seguridad

Violencia de género

- 1.2.64 Los profesionales sanitarios deberían ser conscientes de los riesgos, señales y síntomas de violencia de género y saber a quién contactar para los consejos y tratamiento, siguiendo las orientaciones del Ministerio de Sanidad^{5,6}.

Revisión en la semana 6–8

- 1.2.65 Al final del periodo puerperal, el profesional sanitario coordinador debería asegurarse de que se esté valorando el bienestar físico, emocional y social de la puérpera. Se debe tomar en cuenta el screening e historial clínico.

⁵ Ministerio de Sanidad (2005) *La Respuesta a la violencia de género: un manual para profesionales sanitarios*. Londres: Ministerio de Sanidad. Disponible en: www.dh.gov.uk

⁶ Estructura del Servicio Nacional para los Niños, Jóvenes y Servicios de Maternidad. Disponible en: www.dh.gov.uk

1.3 Alimentación Infantil

Un entorno de apoyo para la lactancia materna

- 1.3.1 El apoyo a la lactancia materna debería estar disponible independientemente de la localización de la atención.
- 1.3.2 Todo el personal sanitario (hospitales y comunidades) debería tener una política escrita sobre la lactancia que se transmita a todos los empleados y padres. Cada empleado debería identificar un profesional sanitario líder responsable de ejecutar dicha política.
- 1.3.3 Todo el personal sanitario (independientemente de si trabaja en un hospital o en atención primaria) debería ejecutar un programa estructurada y valorada externamente que promocioe la lactancia materna, empleando la IHAN (www.babyfriendly.org.uk) como su criterio mínimo.
- 1.3.4 Los profesionales sanitarios deberían disponer, como prioridad, de suficiente tiempo, para apoyar a la puérpera y su bebé durante la iniciación y continuación de la lactancia materna.
- 1.3.5 En aquellos casos en que se ofrece cuidados puerperales en el hospital, debería prestarse atención a facilitar un entorno pro-lactancia materna. Lo que incluye realizar gestiones para:
- Madre-bebé sin separación en las 24 horas y contacto piel con piel continuo cuando sea posible
 - privacidad
 - descanso adecuado para las puérperas sin interrupciones por rutinas hospitalarias
 - acceso a alimentación y bebida a demanda
- 1.3.6 No se debería administrar leche de fórmula a los bebés amamantados al menos que esté indicado por el médico.

- 1.3.7 No se debería distribuir a las mujeres cuando reciben el alta hospitalaria los productos comerciales que contienen leche de fórmula o publicada para lo mismo, por ejemplo.
- 1.3.8 Se les debería asegurar a las mujeres que abandonan pronto el hospital después del parto que dicha salida no tendrá impacto en la duración de la lactancia.
- 1.3.9 El material educativo escrito sobre la lactancia no se recomienda como única intervención.

Establecer una lactancia exitosa

- 1.3.10 Durante las primeras 24 horas de puerperio, se debería dar información a las mujeres sobre los beneficios de la lactancia, sobre los beneficios del calostro y el momento de la primera toma. La ayuda debería adecuarse culturalmente.
- 1.3.11 Se debería fomentar el inicio de la lactancia lo antes posible después del parto, lo idóneo sería en la primera hora.
- 1.3.12 Debería evitarse la separación de una puérpera y su bebé durante la primera hora del nacimiento para realizar procedimientos puerperales rutinarias, por ejemplo, pesar, medir o bañar al bebé, al menos que estas medidas sean solicitadas por la puérpera, o sean necesarias para los cuidados inmediatos del bebé.
- 1.3.13 Se debería fomentar el contacto piel con piel de las puérperas con sus bebés lo antes posible tras el parto.
- 1.3.14 No se recomienda preguntar a las madres por sus planes de alimentación hasta que haya tenido lugar el primer contacto piel con piel.
- 1.3.15 Desde la primera toma, a las mujeres se les debería ofrecer un apoyo experimentado de lactancia (por parte de un profesional sanitario, de madre a madre o apoyo de coetáneos) para facilitar

una posición cómoda a la madre y bebé y para asegurarse de que el bebé se enganche correctamente al pecho para establecer una alimentación eficaz y prevenir cualquier preocupación tal como pezones doloridos.

- 1.3.16 Debería ofrecerse un apoyo adicional para el posicionamiento y vínculo afectivo a aquellas mujeres que hayan tenido:
- un narcótico o anestesia general, ya que el bebé podría no mostrar inicialmente mucho interés en alimentarse
 - una cesárea, especialmente para ayudar con sostener y posicionar el bebé para proteger la herida abdominal de la puérpera
 - que esperar para establecer un contacto inicial con su bebé

Continuación de una lactancia exitosa

- 1.3.17 Debería fomentarse una frecuencia y duración de la lactancia materna sin restricciones.
- 1.3.18 A las mujeres se les debería advertir de que los bebés generalmente dejan de mamar cuando se sienten satisfechos, lo que podría significar un toma de un solo pecho. Si parecen estar insatisfechos, a los bebés se les debería ofrecer el otro pecho.
- 1.3.19 Se les debería explicar a las mujeres que al comienzo de la lactancia cierta incomodidad es usual durante los primeros días, pero no debería persistir más allá.
- 1.3.20 Si el bebé no está enganchándose correctamente, a las mamás se les debería aconsejar rozar con el pezón los labios del bebé para hacer que abra la boca.
- 1.3.21 Se debería informar a las mujeres de los indicadores de buen acoplamiento, posicionamiento y lactancia exitosa. Están expuestos en el Recuadro 1.

Recuadro 1. Lactancia Materna

Indicadores de buen acoplamiento y posicionamiento:

- la boca abierta de par en par
- se aprecia menos areola por debajo de la barbilla que por encima del pezón
- la barbilla roza el pecho, el labio inferior se dobla hacia atrás y la nariz está despejada
- no hay dolor

Indicadores de lactancia materna exitosa en los bebés:

- deglución audible y visible
- succión rítmico y sostenido
- brazos y manos relajadas
- boca húmeda
- pañales humedecidos o mojados regularmente

Indicadores de lactancia materna exitosa en las mujeres:

- ablandamiento del pecho
- no hay compresión del pezón al final de la toma
- la puerpera está relajada y soñolienta

- 1.3.22 A las mujeres se les debería informar sobre los grupos locales de apoyo a la lactancia materna.

Asesoramiento de la lactancia materna exitosa

- 1.3.23 En cada consulta se debería preguntar a la puérpera por su experiencia con la lactancia para valorar si está bien encaminada a amamantar eficazmente y para identificar cualquier necesidad de apoyo adicional. En cada visita, debería asesorarse y documentarse en el plan de cuidados puerperales el progreso de la lactancia materna.
- 1.3.24 Si la puérpera percibe una insuficiencia de leche, debería revisarse el acoplamiento o posicionamiento y valorarse la salud del bebé. Se debería tranquilizar y apoyar a la puérpera para fomentar su autoestima en cuanto a su capacidad de producir suficiente leche para su bebé.
- 1.3.25 Si el bebé no está tomando suficiente leche directamente del pecho y se consideran necesarios tomas complementarias, la leche materna exprimida debería ser administrada en taza o biberón.
- 1.3.26 No se recomienda dar suplementos líquidos que no sean leche materna.

Extracción y almacenamiento de la leche materna

- 1.3.27 A todas las mamás lactantes se les debería enseñar a extraer manualmente su calostro o leche y aconsejarles sobre cómo almacenar y congelar correctamente la leche.
- 1.3.28 Los extractores o saca-leches deberían estar disponibles en el hospital, especialmente para aquellas puérperas que hayan sido separadas de sus bebés para facilitar el inicio de la lactancia. Se debería ofrecer a todas las usuarias las instrucciones de uso del extractor o saca-leche.

Prevención, identificación y tratamiento de cuestiones de lactancia materna

Dolor del pezón

- 1.3.29 A las mujeres se les debería explicar que si sus pezones están doloridas o agrietadas, probablemente se deba a un mal acoplamiento.
- 1.3.30 Si el dolor del pezón persiste después de posicionar y acoplar de nuevo, debería contemplarse la posibilidad de micosis.

Congestión

- 1.3.31 A las puérperas se les debería advertir de que sus pechos podrán estar sensibles, firmes y dolorosas cuando la leche 'suba' sobre o alrededor del tercer días después del parto.
- 1.3.32 A una puérpera se le debería aconsejar el uso de un sujetador bien ajustado que no comprima sus pechos.
- 1.3.33 La congestión mamaria debería ser tratada con:
- amamantamiento frecuente e ilimitado incluyendo amamantamiento prolongado del pecho afectado
 - masaje mamaria y, si fuese necesario, extracción manual
 - analgesia.

Mastitis

- 1.3.34 A las puérperas se les debería advertir que contacten con su profesional sanitario urgentemente si vieran cualquier señal o síntoma de mastitis incluyendo síntomas como pechos enrojecidos, sensibles y dolorosos.
- 1.3.35 A las puérperas que presenten señales o síntomas de mastitis se les debería ofrecer asistencia con el posicionamiento y acoplamiento y aconsejarlas a:

- continuar con la lactancia y/o extracción manual para garantizar una eliminación eficaz de la leche; si fuese necesario, se debería realizar con un masaje mamaria suave para evitar cualquier obstrucción
- tomar una analgesia compatible con la lactancia, por ejemplo el paracetamol
- aumentar la ingesta de líquidos

1.3.36 Si persisten señales o síntomas de mastitis después de unas horas de auto-gestión, se debería advertir a la puérpera que contacte de nuevo con su profesional sanitario again (acción urgente).

1.3.37 Si no se alivian las señales o síntomas de mastitis, se debería valorar la puérpera por si correspondiera una terapia antibiótica (acción urgente).

Pezones invertidos

1.3.38 Las puérperas con pezones invertidos deberían recibir más apoyo y atención para garantizar una lactancia materna exitosa.

Anquiloglosia (tongue tie)

1.3.39 Debería valorarse una posible anquiloglosia si persisten los problemas de lactancia materna después de una revisión de posicionamiento y acoplamiento por un profesional sanitario experto o asesora coetánea.

1.3.40 Se debería valorar en profundidad aquellos bebés que aparenten tener anquiloglosia (acción no-urgente).⁷

Bebé soñoliento

⁷ Instituto Nacional para Salud y Excelencia Clínica (2005), Sección de anquiloglosia (tongue-tie) para la lactancia materna. Orientación *NICE sobre procedimientos de intervención* no. 149. Londres: Instituto Nacional para Salud y Excelencia Clínica. Disponible en: www.nice.org.uk/IPG149

1.3.41 A las puérperas se les debería aconsejar el contacto piel con piel y masejar los pies del bebé para despertarlo. La salud general del bebé debería valorarse si no hay mejoría.

Alimentación con leche de fórmula

1.3.42 Todos los padres y cuidadores que estén alimentando a sus bebés con leche de fórmula deberían recibir consejos adecuados y adaptados para garantizar que dicha alimentación se realice de la manera más segura posible, con el fin de fomentar el desarrollo y salud infantil y cubrir sus necesidades nutricionales.

1.3.43 Se debería enseñar a la puérpera que desea alimentar a su bebé con leche de fórmula para la correcta medición de las cantidades de las tomas basándose en la instrucciones de fabricante, la limpieza y esterilización de biberones y tetinas, y el almacenamiento de la leche de fórmula⁸.

1.3.44 A los padres y otros miembros de la familia se les debería advertir que ni la leche materna extraída ni la leche de fórmula debería ser calentada en un microondas.

1.3.45 Las mujeres lactantes que deseen información sobre la preparación de las tomas de leche de fórmula deberían recibir consejos.

1.4 Mantener la alimentación infantil

El propósito de esta sección de la orientación es proporcionar una estructura al profesional sanitario, junto con los padres, para facilitar la salud y bienestar del bebé hasta las 8 semanas de vida. Expone los cuidados realizados a un bebé sano y el apoyo ofrecido a los padres. Debería leerse en conjunto con 'Desde el nacimiento hasta los cinco años'.

1.4.1 Los bebés sanos deben tener el color normal según su raza, una temperatura corporal estable, y orinar y defecar regularmente;

⁸ Ministerio de Sanidad (2005) Alimentación con leche de fórmula. Londres: Ministerio de Sanidad. Disponible en: www.dh.gov.uk

iniciar las tomas, succionar bien el pecho (o biberón) y descansar entre tomas. No deben estar excesivamente irritables, tensos, soñolientos ni perezoso. Las señales vitales de un bebé sano deben estar entre los siguientes campos:

- índice respiratorio normalmente entre 30–60 respiraciones por minuto
- ritmo cardíaco normalmente entre las 100 y 160 pulsaciones por minuto en un recién nacido
- temperatura corporal de unos 37°C en una habitación normal (si se llegara a medir).

1.4.2 Se debería dar a los padres información y consejos en cada visita puerperal para permitirles:

- valorar la condición general de su bebé
- identificar señales y síntomas de problemas de salud comunes en los bebés
- contactar un profesional sanitario o servicio de emergencia si fuese necesario

1.4.3 Se debería dar información y tranquilizar a los padres, miembros de la familia y cuidadores sobre:

- las capacidades sociales de su bebé, puesto que fomentará el vínculo afectivo padre-bebé (durante las primeras 24 horas)
- la disponibilidad y acceso en su comunidad local de todos los grupos y organizaciones de voluntarios, de coetáneos, o estatales y sus objetivos (dentro de las primeras 2–8 semanas).

1.4.4 Se debería animar la presencia de ambos padres durante cualquier exploración física de su bebé para fomentar la participación de ambos padres en los cuidados de su bebé y para permitirles aprender más sobre las necesidades de su bebé.

Crianza y apego emocional

- 1.4.5 En cada visita puerperal debería valorarse el apego emocional.
- 1.4.6 Las consultas a domicilio deberían aprovecharse para fomentar el apego emocional padre- o madre- bebé.
- 1.4.7 A las mujeres se les debería animar a desarrollar redes sociales puesto que fomenta una interacción positiva madre - bebé.
- 1.4.8 Los programas de formación parental en grupo con el fin de promocionar el apego emocional y mejorar las habilidades parentales deberían estar disponibles para aquellos padres que deseen acceder a ellos.
- 1.4.9 Los profesionales sanitarios deberían ofrecer información y apoyo a los padres para su nuevas funciones y responsabilidades dentro de la unidad familiar.

Exploración física y análisis

- 1.4.10 Los objetivos de cualquier exploración física deberían ser explicados y sus resultados expuestos a los padres, registrándose posteriormente en el plan de cuidados puerperales y en el historial clínico personal del niño.
- 1.4.11 Una exploración completa del bebé debería realizarse dentro de las primeras 72 horas de nacer. Dicha exploración deberá incluir las preocupaciones parentales y el historial médico del bebé debería revisarse incluyendo: familia, historial materna, prenatal y perinatal; historial fetal, neonatal e infantil incluyendo cualquier registro del peso al nacer o perímetro craneal; si el bebé ha orinado o defecado meconio (chorro de orina en el caso de los varones). Debería practicarse las recomendaciones adecuadas realizadas por el Comité Nacional de Exploración del SNS británico (NHS National Screening Committee) (www.nsc.nhs.uk/ch_screen/child_ind.htm).

Debería practicarse una exploración física del bebé, que incluye comprobar:

- apariencia: color, respiración, comportamiento, actividad y postura
- cabeza (incluyendo fontanela), rostro, nariz, boca incluyendo paladar, oídos, cuello y la simetría general de los rasgos de la cabeza y rostro. Medición y registro de perímetro craneal
- ojos; opacidades y reflejo rojo
- cuello y clavícula, miembros, manos, pies y dedos; valoración de proporciones y simetría
- corazón; posición, ritmo cardíaco, ritmo y sonidos, murmullos y volumen de pulsación femoral
- pulmones; esfuerzo, ritmo y sonidos pulmonares
- abdomen; tamaño y palpación para identificar cualquier organomegalia; condición del cordón umbilical
- genitales y ano; permeabilidad y motilidad, y testículos descendidos en el caso de los varones
- columna; inspeccionar y palpar estructuras óseas e integridad de la piel
- piel; color y textura además de cualquier marca de nacimiento o erupciones
- sistema nervioso central; tono, comportamiento, movimientos y postura. observe tone, behaviour, movements and posture. Obtener los reflejos de recién nacido si lo considera indicado
- caderas; simetría de los miembros y pliegues en la piel (realizar las maniobras de Barlow y Ortolani)
- llanto; sonido
- peso; medición y registro

1.4.12 Se debería ofrecer la prueba de Guthrie a los padres cuando su recién nacido tenga entre 5–8 días de edad.

- 1.4.13 Debería realizarse una exploración en las semanas 6–8, que comprenda los puntos enlistados en 1.4.11; y, además, una valoración de sonrisa social y fijación visual.
- 1.4.14 Se debería completar una exploración auditiva antes del alta hospitalaria o antes de la semana 4 en el programa hospitalario o antes de la semana 5 en el programa local.
- 1.4.15 A los padres se les deberá ofrecer las inmunizaciones rutinarias de acuerdo con la programación recomendada por el Ministerio de Salud⁹.

Salud física y bienestar

Ictericia

- 1.4.16 A los padres se les debería advertir de contactar con su profesional sanitario en el caso de que observen al bebé con ictericia, un empeoramiento de la ictericia o heces pálidas.
- 1.4.17 Debería valorarse los bebés que desarrollan ictericia dentro de las primeras 24 horas del puerperio (acción de emergencia).
- 1.4.18 Si se desarrolla la ictericia en bebés de 24 horas o más, deberá monitorizarse y registrarse sistemáticamente su intensidad junto con el bienestar general del bebé con especial hincapié en la hidratación y estado de alerta.
- 1.4.19 A la madre de un bebé lactante que presenta señales de ictericia se le debería animar a amamantar con frecuencia y despertar al bebé para alimentarle si fuese necesario.
- 1.4.20 Los bebés lactantes con ictericia no deberían ser alimentados rutinariamente con leche de fórmula, agua o dextrosa en agua.

⁹ Ministerio de Sanidad (1996) Londres: Ministerio de Sanidad. *Inmunización contra una enfermedad infecciosa*. Disponible en: www.dh.gov.uk

- 1.4.21 Si un bebé presenta considerable ictericia o aparenta malestar, debería realizarse una valoración del nivel de bilirrubina en suero.
- 1.4.22 Si se desarrolla la ictericia por primera vez después de los primeros 7 días o persiste la ictericia después de 14 días en un bebé sano y aún no se ha identificado ninguna causa, debería ser valorado (acción urgente).

Piel

- 1.4.23 A los padres se les debería advertir para que no añaden agentes de limpieza al agua del baño del bebé ni debería usarse lociones o toallitas medicadas. El único agente de limpieza recomendado, si fuese necesario, será un jabón suave no-perfumado.
- 1.4.24 A los padres se les debería explicar cómo mantener el cordón umbilical limpio y seco y que los antisépticos no deberán usarse rutinariamente.

Hongos

- 1.4.25 Si se aprecia hongos en el bebé, deberá ofrecerse a la puérpera lactante información y orientación sobre prácticas higiénicas.
- 1.4.26 Los hongos deberán ser tratados con una adecuada medicación antihongos si los síntomas están causando dolor o preocupan a la puérpera o al bebé.
- 1.4.27 Si los hongos sean asintomáticos, se debería aconsejar a las puérperas de que no es necesario un tratamiento antihongo.

Dermatitis del pañal

- 1.4.28 Las siguientes posibles causas deberían tenerse en cuenta para aquellos bebés con dermatitis del pañal:
- higiene y cuidados de la piel

- sensibilidad a los detergentes, suavizantes para la ropa o a productos externos que están en contacto con la piel
 - presencia de infección
- 1.4.29 Si persiste una dermatitis del pañal dolorosa, normalmente se debe a que esté provocada por un hongo, y deberá considerarse su tratamiento con una medicación antihongo.
- 1.4.30 Si la irritación no desaparece después de un periodo de tratamiento, deberá valorarse en profundidad (acción no-urgente).

Estreñimiento

- 1.4.31 Si un bebé no ha defecado meconio dentro de las primeras 24 horas, deberá examinarse para valorar la causa, que podría estar relacionada con el patrón de lactancia o con alguna patología subyacente (acción de emergencia).
- 1.4.32 Si un bebé está estreñido y está siendo alimentado con leche de fórmula, debería valorarse los siguientes puntos: (acción urgente)
- técnica de preparación de las tomas
 - cantidad de líquidos ingeridos
 - frecuencia de las tomas
 - composición de las tomas

Diarrea

- 1.4.33 Debería examinarse el bebé que experimente una frecuencia aumentada y/o heces más líquidas que lo usual (acción urgente).

Cólicos

- 1.4.34 Debería valorarse una posible causa subyacente incluyendo el cólico del lactante cuando el bebé llora excesivamente o inconsolablemente, mayoritariamente durante la noche, bien flexionando sus rodillas sobre el abdomen o arqueando la columna (acción urgente).

- 1.4.35 La valoración del llanto excesivo e inconsolable debería incluir:

- salud general del bebé
- historial prenatal y perinatal
- aparición y duración del llanto
- naturaleza de las heces
- valoración de las tomas
- dieta de la puerpera's si está amamantando
- historial familiar de alergias
- respuesta parental al llanto del bebé
- cualquier factor que disminuye o empeora el llanto.

- 1.4.36 Profesionales sanitarios deberían tranquilizar a los padres cuyos bebés tienen cólicos de que sus bebés no les están rechazando y que los cólicos son normalmente una fase que finalizará. A los padres se les debería aconsejar sostener al bebé durante los episodios de llanto, y que podría ayudar el acceso al apoyo de coetáneos.

- 1.4.37 Deberá contemplarse el uso de fórmulas hipoalergénicas a la hora de tratar los cólicos, pero solamente bajo orientación médica.

- 1.4.38 La dicicloverina (diciclomina) no debería usarse en el tratamiento de cólicos debido a sus efectos secundarios tales como dificultades de respiración y coma.

Fiebre

- 1.4.39 No es necesario medir la temperatura del bebé, al menos que haya factores de riesgos específicos, por ejemplo, pirexia materna intraparto.
- 1.4.40 Cuando se considere que un bebé presenta malestar, deberá medirse la temperatura mediante aparatos electrónicos que hayan sido previamente calibrados y empleados correctamente¹⁰.
- 1.4.41 Una temperatura de 38°C o más es anormal y deberá valorarse su causa (acción de emergencia). Deberá llevarse a cabo una valoración completa, incluyendo una exploración física.

Vitamina K

- 1.4.42 A todos los padres se les deberá ofrecer la profilaxis de vitamina K para sus bebés para prevenir la rara pero grave y a veces fatal afección hemorrágica por deficiencia de la vitamina K.
- 1.4.43 La vitamina K deberá administrarse en una sola dosis intramuscular de 1 mg puesto que es el método de administración más clínico y eficaz.
- 1.4.44 Si los padres rechazan la administración intramuscular de la vitamina K para su bebé, deberá ofrecerse la administración oral de dicha vitamina como segunda opción. A los padres se les advertirá de que la vitamina K oral deberá administrarse de acuerdo con las instrucciones del fabricante para mayor eficacia clínica y que precisará de dosis múltiples.

¹⁰ Guía clínica de NICE sobre el desarrollo de enfermedades febriles en los niños. Publicación prevista para mayo 2007. Consulte www.nice.org.uk para más información

Seguridad

- 1.4.45 Debería aprovecharse todas las consultas a domicilio para valorar los asuntos relevantes de seguridad para todos los miembros de la familia en el hogar y entorno y promocionar una educación de seguridad.
- 1.4.46 El profesional sanitario debería fomentar el uso correcto del equipo básico de seguridad, incluyendo, por ejemplo, asientos infantiles, alarmas contra incendios y facilitar el acceso a programas locales de suministros de equipos de seguridad.
- 1.4.47 A los padres se les dará información de acuerdo con la orientación del Ministerio de Sanidad¹¹ sobre el síndrome de muerte súbita infantil (SIDS) y co-lecho, que declara que 'el lugar más seguro para su bebé es una cuna en tu habitación durante los primeros seis meses. Mientras es agradable sostener a tu bebé para abrazarle o alimentarle, es más seguro colocar a tu bebé en su cuna antes de vayas a dormirte. También existe el riesgo de que pudieras girarte en tu sueño y sofocar a tu bebé, o que tu bebé se quede atrapado entre la pared y la cama, o que se lesione al dar la vuelta y caer de una cama adulta.'
- 1.4.48 A los padres se les debería advertir de no dormir jamás en un sofá o sillón con sus bebés.
- 1.4.49 Si los padres eligen dormir junto a sus bebés, se les deberá advertir del riesgo incrementado de muerte súbita infantil, especialmente cuando el bebé tiene menos de 11 semanas, si cualquier de los padres:
- es fumador
 - ha ingerido recientemente alcohol

¹¹ Department of Health (2005) *Reduce the risk of cot death: an easy guide*. London: Department of Health. Disponible en: www.dh.gov.uk

- ha tomado medicación o drogas que le producen un sueño más profundo
- está muy cansado

1.4.50 Si un bebé se ha acostumbrado a usar un pacificador (chupa) mientras duerme, éste no debería ser retirado repentinamente durante las primeras 26 semanas.

Abuso a menores

1.4.51 Los profesionales sanitarios deberán estar atentos a los factores de riesgo y señales y síntomas de abuso a menores.

1.4.52 Si existe una preocupación suscitada, el profesional sanitario debería seguir las normas locales de protección infantil.

2 Notas sobre el ámbito de la orientación

Las directrices de NICE están desarrollados de acuerdo con un ámbito que define lo que la guía cubrirá o no. El ámbito de esta guía está disponible en www.nice.org.uk/CG037

La guía ha sido desarrollada con los siguientes objetivos:

- aconsejar sobre los objetivos adecuados, propósitos, contenido y temporización de las consultas puerperales y los cuidados para la puérpera y su bebé
- aconsejar sobre las mejores prácticas y competencias para valorar la salud puerperal y gestión de problemas puerperales en la puérpera y/o su bebé
- ofrecer información, educación y apoyo necesario durante el periodo puerperal
- aconsejar sobre los cuidados puerperales
- considerar buena práctica la comunicación entre los profesionales sanitarios y las mujeres

Esta guía no se encarga de aconsejar sobre el manejo de las complicaciones que surgen en la puérpera o su bebé antes, durante o después del parto, sobre enfermedades o condiciones crónicas o agudas relacionadas o no con el embarazo, o sobre cualquier aspecto de cuidados prenatal o intraparto, incluyendo los procesos inmediatos de posparto. La guía ofrece recomendaciones sobre los cuidados puerperales esenciales que toda mujer y bebé debería recibir. No ofrece información sobre los cuidados adicionales que podrían precisar una puérpera o su bebé, aunque algunos aspectos de dicha guía podrían seguir siendo relevantes bien para la puérpera o su bebé, o para ambos. También estaría apropiado referirse a dicha guía en circunstancias particulares en las que sean precisos elementos de cuidados puerperales esenciales, por ejemplo, aquellas mujeres sometidas a una cesárea o bebés que precisan de cuidados especiales.

Cómo se desarrolló esta guía

NICE le encargó al Centro Nacional de Colaboración de Atención Primaria el desarrollo de esta guía. El Centro estableció un Grupo de Desarrollo de la Guía (véase apéndice A), que revisó la evidencia y desarrolló las recomendaciones. Un Panel Independiente de Revisión de la Guía supervisó el desarrollo de la misma (véase apéndice B).

Hay más información en el folleto: 'el proceso de desarrollo de la guía: un resumen para los interesados, el público y el SNS británico' (segunda edición, publicada en abril 2006), disponible en www.nice.org.uk/guidelinesprocess o por teléfono en el 0870 1555 455.

3 Ejecución

La Comisión de Cuidados Sanitarios valora el rendimiento de las organizaciones del SNS británico a la hora de cubrir los niveles esenciales y de desarrollo establecidos por el Ministerio de Sanidad en 'Criterios para mejorar la salud' emitido en julio 2004. La ejecución de las directrices clínicas forma parte del criterio de desarrollo D2. El criterio esencial C5 afirma que deberá tenerse en cuenta la orientación nacional acordada cuando las organizaciones del SNS británico están planificando y ofreciendo atención.

NICE ha desarrollado las herramientas que faciliten a las organizaciones la ejecución de esta orientación (enlistadas más abajo). Éstas están disponibles en nuestra página web (www.nice.org.uk/CG037).

- Diapositivas destacando los mensajes claves para debatir localmente.
- Herramientas de financiación
 - Informe de financiación para calcular los ahorros nacionales y los costes relacionados con la ejecución.
 - Plantilla de financiación para calcular los costes y ahorros locales implicados.

- Consejos de ejecución sobre cómo poner en prácticas la orientación y las iniciativas nacionales que apoyan dicha orientación localmente.
- Criterios de auditoría para monitorizar la práctica local (véase apéndice C).

4 Recomendaciones para la investigación

El Grupo de Desarrollo de la Guía ha realizado las siguientes recomendaciones para la investigación, basándose en su revisión de la evidencia, para mejorar la orientación del NICE y la atención al paciente en el futuro. El conjunto completo de las recomendaciones para la investigación elaborado por el Grupo de Desarrollo de la Guía se encuentra en la guía completa (véase sección 5).

4.1 Monitorización rutinaria del peso de los bebés

¿se reduce la incidencia de morbilidades graves con la monitorización rutinaria del peso de todos los bebés de bajo riesgo durante las primeras 6–8 semanas?

Por qué es significativo

Los bebés sanos normalmente pierden peso en la primera semana de vida. Esta pérdida de peso es normalmente transitoria y de ninguna importancia, pero podría exagerarse si hay dificultades en el inicio de la lactancia o si el bebé está enfermo. En el pasado, los bebés eran pesados por rutina al menos dos veces durante los primeros 10 días de puerperio. Existe un debate sobre los beneficios y perjuicios de pesar a los bebés rutinariamente durante las primeras semanas de vida.

La base de evidencia actual depende de los hallazgos obtenidos de sistemas de vigilancia demográficas y de valoraciones a pequeña escala. Por lo tanto, sería preciso realizar un estudio aleatorizado a gran escala para valorar si existe una diferencia significativa en la incidencia de resultados significantes entre pesar a los bebés de bajo riesgo de forma rutinaria o esporádica durante las primeras 6–8 semanas del posparto.

4.2 Valoración de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)

¿Cuál es el impacto del uso de la IHAN en el establecimiento y duración de la lactancia materna en los hospitales y entornos ingleses y galeses?

Por qué es significativo

Los beneficios sociales y de salud de la lactancia materna tanto para la madre como para el bebé son multidimensionales; sin embargo, a pesar de una política digna, ensamblada y prolongada, para mejorar los índices de lactancia materna, los índices del Reino Unido son de los más bajos de Europa. La IHAN establece unas normas rigurosas para que las adopten las organizaciones sanitarias, con el objetivo de mejorar los índices de lactancia materna. La valoración positiva de la iniciativa ha sido publicada en Escocia, y en otros países fuera del Reino Unido pero aún queda por llevarse a cabo unos estudios rentables que traten sobre la IHAN.

Esta guía de cuidados puerperales recomienda que ‘todos los profesionales sanitarios (hospitales y comunidades) debería ejecutar un programa estructurado evaluado externamente que promueva la lactancia materna, empleando la IHAN como criterio mínimo.’

Debería llevarse a cabo una investigación más profunda para valorar la rentabilidad de la IHAN comparado con cualquier otro programa, o comparado con los cuidados estándares. Los resultados deberían incluir sin excepción los índices de iniciación y duración de la lactancia materna e índices de lactancia materna exclusiva, y podría incluso intentar elaborar unas medidas de Economía de Salud tales como QALY (AVAC = calidad de vida ajustados por año).

4.3 El efecto del apoyo de coetáneos en la gravedad de la depresión puerperal

¿Se reduce la gravedad de la depresión puerperal entre mujeres aisladas socialmente mediante el apoyo de coetáneos comparado con la atención estándar?

Por qué es significativo

Depresión puerperal afecta entre el 10–15% de puérperas y puede dar lugar a un trastorno cognitivo-emocional del bebé junto con los efectos de la madre. Los hijos de puérperas deprimidas tienen más probabilidades de precisar los Servicios de Salud Mental Infantil y Adolescente (CAMHS británico) y sufrir problemas de salud mental en la adolescencia y edad adulta. El aislamiento social es un conocido factor de riesgo para la depresión puerperal y su reducción podría dar tener unos beneficios clínicos y psicosociales.

Se propone realizar un estudio controlado aleatorizado para valorar el efecto de proporcionar apoyo de coetáneos sobre el índice de la depresión puerperal comparado con la atención estándar que reciben las mujeres quienes están a riesgo de aislamiento social durante el puerperio.

Los resultados deberían incluir la calidad de vida y las mediciones clínicas: bienestar psicológica materna e infantil, depresión, bienestar social, salud física.

Esta investigación complementaría la investigación financiada por el programa de Valoración de Tecnologías Sanitarias que evalúa los distintos modelos de atención en el periodo puerperal.

5 Otras versiones de esta guía

5.1 Guía completa

La guía completa, 'Cuidados puerperales: cuidados puerperales rutinarias para las mujeres y sus bebés', contiene detalles de métodos y evidencia empleados para desarrollar la guía. Está publicada por el Centro Nacional de Colaboración para la Atención Primaria, y está disponible en nuestra página web (www.nice.org.uk/CG037fullguideline) y la Biblioteca Nacional de la Salud (www.nlh.nhs.uk).

5.2 Guía de referencia rápida

Una guía de referencia rápida para profesionales sanitarios está disponible en www.nice.org/CG037quickrefguide

Para obtener copias impresas, llame a la línea de atención del SNS británico en el 0870 1555 455 (citar el número de referencia N1074).

5.3 Comprensión de la orientación NICE

Está disponible una versión de esta guía para las mujeres y sus familias desde nuestra página web (www.nice.org.uk/CG037publicinfo) y en la línea de atención del SNS británica (0870 1555 455); citar el número de referencia N1075.

6 Orientación relacionada con la NICE

La guía se construye con el trabajo de otras directrices relevantes del NICE, incluyendo la inducción del parto, la monitorización fetal electrónica, la atención prenatal y la cesárea. Se debería emplear además en conjunto con la guía sobre salud mental prenatal y puerperal y atención intraparto, que está actualmente en vías de desarrollo.

La Sección de anquiloglosia (*tongue-tie*) para la lactancia materna. *Orientación NICE sobre procedimientos de intervención no. 149* (2005). Disponible en: www.nice.org.uk/IPG149

Cesárea. Guía clínica *NICE* no. 13 (2004). Disponible en: www.nice.org.uk/CG013

La atención prenatal: cuidados rutinarios para la embarazada sana. *Guía clínica NICE no. 6* (2003). Disponible en: www.nice.org.uk/CG006

Inducción del parto. *Guía clínica adquirida D* (2001). Disponible en: www.nice.org.uk/guidelineD

El uso de monitorización fetal electrónica: el uso y la interpretación de la cardiotocografía en la monitorización fetal intraparto. *Guía clínica adquirida C* (2001). Disponible en: www.nice.org.uk/guidelineC

NICE está en el proceso de desarrollar la siguiente orientación (detalles disponibles en www.nice.org.uk):

- Salud mental prenatal y puerperal: gestión clínica y orientación de servicio. *Guía clínica NICE*. (Publicación prevista para enero 2007.)
- Cuidados intraparto: gestión y ejecución de la atención a mujeres en trabajo de parto. *Guía clínica NICE*. (Publicación prevista para febrero 2007.)
- Nutrición materna e infantil. Orientación del Programa de Salud Pública *NICE*. (Publicación prevista para mayo 2007.)

7 Actualización de la guía

Se actualizan las directrices clínicas del NICE las veces que sean necesarias para que las recomendaciones tengan en cuenta nueva información significativa. Comprobamos la nueva evidencia 2 y 4 años después de la publicación, para determinar si todo o parte de la guía debería ser actualizada. Si se publica nueva evidencia significativa en cualquier otro momento, podríamos decidir realizar una actualización más rápida de algunas recomendaciones.

Agradecimientos

El NICE y el GDG quisieran agradecer el resumen de Evidencia de la Práctica 'Promoción del iniciación y duración de la lactancia materna' por Lisa Dyson, Mary Renfrew, Alison McFadden, Felicia McCormick, Gill Herbert y James Thomas (NICE 2006).

Este resumen se produjo por el Centro de Colaboración de Salud Pública sobre Nutrición Materna e Infantil por parte de la Agencia de Desarrollo de la Salud (HDA), pero publicado después de que se trasladaran las funciones de dicha agencia al Instituto Nacional para Salud y Excelencia Clínica (NICE).

Apéndice A: El Grupo de Desarrollo de la Guía

Profesor Rona McCandlish (Presidente)

Miembro de investigación, Unidad Nacional de Epidemiología Perinatal, Oxford

Sra Cheryl Adams

Agente profesional /Investigación y Desarrollo de la Práctica, Agente profesional, Desarrollo de Investigación y Práctica, *Amicus-CPHVA*, Londres

Dr Chris Barry

Médico General, *Wiltshire*

Profesora Debra Bick (Asesora Clínica)

Profesora de Salud de la Mujer y de Matronería, *Thames Valley University*, Londres

Sra Sheena Byrom

Matrona, *East Lancashire Hospital Trust y University of Central Lancashire*

Dra Kathleen DeMott

Equipo técnico (Miembro Superior de Investigación del Sistema de Salud), Centro Nacional de Colaboración para la Atención Primaria

Dr David Elliman

Consultor en Salud Infantil Comunitaria, *Islington PCT y Great Ormond St Hospital for Children*, Londres

Dra Sally Marchant

Matrona /Editora de MIDIRS, Información para Matronas y Servicios de Recursos, Bristol

Srta Heather Mellows

Obstetra y ginecóloga, *Doncaster and Bassetlaw Hospitals NHS Foundation Trust*

Srta Cathy Neale

Representante de Usuarios, Londres

Sr Richard Norman

Equipo técnico (Economista de Salud), Centro Nacional de Colaboración para la Atención Primaria

Srta Mustary Parkar

Respresentante de Usuarios, *Blackburn, Lancs*

Srta Phoebe Tait

Respresentante de Usuarios, *East Sussex*

Sra Carolyn Taylor

Maestra de Práctica de Visitador Especialista en Salud Health, *Hebburn Health Centre, South Tyneside*

Observadores

Srta Gill Ritchie

Científico de información, Centro Nacional de Colaboración para la Atención Primaria

Srta Nancy Turnbull

Ejecutiva Jefe, Centro Nacional de Colaboración para la Atención Primaria

Grupo de Desarrollo de la Guía Co-voluntarios

Srta Clair Jones

Especialista Clínica de Fisioterapia, *Norfolk and Norwich University Hospital NHS Trust*

Dra Jane Hawdon

Neonatóloga, Directora Clínica de Salud de la Mujer, *University College Hospital, London*

Apéndice B: El Panel de Revisión de la Guía

El Panel de Revisión de la Guía es un panel independiente que supervisa el desarrollo de la guía y se responsabiliza de monitorizar la adherencia al procedimiento de desarrollo de la guía del NICE. El panel garantiza particularmente que se hayan tomados en cuenta y respondidos los comentarios de los interesados. El Panel incluye miembros de las siguientes perspectivas: atención primaria, atención secundaria, laicos, salud pública e industria.

Profesor Mike Drummond (Presidente)

Director, Centro de Economía de la Salud, *University of York*

Sr Barry Stables

Paciente/Representante laico

Dr Kevork Hopayian

Médico General, *Suffolk*

Dr Robert Walker

Director Clínico, *West Cumbria Primary Care Trust*

Dr John Harley

Cabeza de Gobierno Clínico y Prescripción, *North Tees Primary Care Trust*

Apéndice C: Detalle técnico de los criterios para la auditoría

Los criterios de auditoría se exponen a continuación para asistir la ejecución de las recomendaciones de la guía. Las recomendación abajo expuestas son consideradas la clave de la guía y están dispuestas a un sistema de auditoría.

Criterio	Excepción	Definición de los términos
Un plan de atención puerperal individualizado y documentado.	Ninguna	La existencia de un plan que documenta: <ul style="list-style-type: none"> • Datos relevantes del historial • profesionales sanitarios y sus funciones dentro de la atención • planes de alimentación • asesoramiento y gestión en cada consulta • bienestar emocional.
Protocolos locales sobre la comunicación durante el traspaso de la atención.	Ninguna	Existencia de protocolos que detallan: <ul style="list-style-type: none"> • método de comunicación • artículos relevantes de información • método de traspaso del plan de atención.
Información ofrecida en la primera visita first puerperal de las señales y síntomas de condiciones potencialmente mortales para la madre y su bebé, y a quien contactar.	None	Evidencia en el plan de atención. Auditoría de notas de casos de casos de re-ingresos mortales de la madre o bebé.
Todo el personal sanitario debería ejecutar y valorar externamente un programa estructurado que promocioe la lactancia materna empleando la IHAN como criterio mínimo.		Evidencia de ejecución del programa incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • formación del personal • principios de IHAN ejecutados • auditoría externa.