

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

- Revisión perineal en función del grado de desgarro.
- Se añade la necesidad de valoración de la anemia puerperal en situaciones especiales.
- Se describen las situaciones donde sería necesario interconsultar a Anestesiología.
- Se incorporan recomendaciones al alta para el seguimiento de la paciente.

INDICE

1. Definición de puerperio normal y objetivos del cuidado en esta etapa.
2. Cuidados tras el parto vaginal.
3. Cuidados tras la cesárea.
4. Alta hospitalaria tras el parto.
5. Bibliografía.

1. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DEL CUIDADO EN ESTA ETAPA

El puerperio normal se define como el periodo de tiempo entre la expulsión del feto y la placenta, y el retorno del organismo femenino a las condiciones normales anteriores al embarazo, hasta la aparición de la primera menstruación con una duración aproximada de 40 días (6 semanas).

Los objetivos en el cuidado puerperal son:

- Facilitar la adaptación materna al estado de puerperio.
- Prevenir posibles complicaciones durante el periodo del puerperio, así como la detección temprana de las mismas y el inicio precoz de un tratamiento adecuado.
- Adecuados cuidados a la madre.
- Atender a los deseos maternos de contracepción asegurando un adecuado periodo intergenésico.

2. CUIDADOS TRAS EL PARTO VAGINAL

Puerperio inmediato

Corresponde a las dos primeras horas tras el parto, y se atenderá a la mujer en la propia dilatación donde se ha producido el mismo. La duración del puerperio inmediato estará influenciada por diversos factores, pudiendo prolongarse o acortarse en función del estado de ocupación y trabajo del área de paritorio y la planta de puerperio, así como del estado general de la paciente.

En esta etapa se realizará:

- Control de constantes: tensión arterial y frecuencia cardiaca. Se considerará anormal si la tensión arterial sistólica desciende por debajo de 90 mmHg o si la frecuencia cardiaca se eleva por encima de 100 lat/min.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CUIDADOS EN EL PUERPERIO

- Estado general de la paciente: coloración de piel y mucosas, temperatura, estado de consciencia, etc.
- Pérdida hemática: se realizará inspección del sangrado. Se podrá administrar 10 UI de oxitocina en un suero de 500 ml para el manejo del sangrado.
- Útero: tamaño y contractilidad del mismo.
- Estado de vulva y episiotomía y/o desgarros: se observará signos de edema vulvar, hematomas o cualquier otro signo de anormalidad.
- Diuresis.
- Venoclisis: se mantendrá la vía venosa periférica un mínimo de 2 horas.
- Contacto piel con piel con el recién nacido e inicio precoz de la lactancia materna: salvo que las condiciones materno-fetales no lo permitan (ver protocolo específico).
- Valorar continuidad o inicio de profilaxis y tratamientos: uterotónicos si sangrado, profilaxis antibiótica ante desgarros de tercer y cuarto grado, alumbramiento manual o partos operatorios, antitrombóticos u otros tratamientos.

Puerperio clínico

Primer día:

- Control de constantes a su llegada a planta (tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura). Tras esto, salvo otras indicaciones del facultativo, se continuará con control de constantes diarias.
- Control de pérdida hemática, altura uterina y estado general de la paciente.
- Revisión del estado de la herida perineal:
 - o Periné íntegro y desgarros tipo I: inspección por parte de enfermería
 - o Desgarros tipo II- III-IV grado o partos instrumentales, dicha revisión se realizará por parte del ginecólogo.
- Se revisará:
 - o Grupo sanguíneo y Rh materno. En el caso de pacientes Rh negativas, se comprobará el grupo y Rh del recién nacido. En madres Rh negativas no inmunizadas con recién nacido Rh positivos se administrará gammaglobulina anti D 300 mcg (dosis única).
 - o Patología materna previa al embarazo y durante el mismo.
 - o Tratamientos pautados anteriormente en el área de paritorio o en la planta de hospitalización de Obstetricia (profilaxis TVP, antibioterapia, insulina, antihipertensivos, etc).
 - o Estado del recién nacido y ubicación del mismo.
 - o Situación social de la madre.
- Diuresis: si pasadas 6 horas del parto la paciente no ha orinado por sí sola se realizará un sondaje de descarga; o antes de las 6 horas si se constata globo vesical. Si precisa dos sondajes, en el segundo se procederá a dejar una sonda permanente durante las siguientes 12 horas (ver protocolo específico).
- Control del dolor: se recomienda el uso de analgésicos de primera línea como paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos (AINES) vía oral. En los casos de parto instrumental, ya sea mediante ventosa, fórceps o espátulas, donde la mujer puede experimentar un mayor grado de dolor debido a desgarros, episiotomía, o traumatismo en el canal del parto se puede considerar el uso de vía intravenosa (paracetamol 1gr/8h alterno con dexketoprofeno

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CUIDADOS EN EL PUERPERIO

50mg/8h) si el dolor no es controlado con analgésicos de primera línea vía oral. Es importante complementar el tratamiento farmacológico con medidas no farmacológicas como la aplicación de frío local y acompañamiento emocional.

- Exploración de mamas y pezones.
- Lactancia materna: se intentará favorecer la lactancia materna mediante consejo individualizado, salvo deseo expreso de la madre o contraindicación para la lactancia. Si la paciente solicita la inhibición, se pautará la cabergolina según la situación clínica:
 - o Si todavía no se ha establecido la lactancia, se prescribirá cabergolina 1 mg (2 comprimidos) en una sola dosis.
 - o Si la lactancia ya estaba establecida e instaurada: se prescribirá cabergolina 0.25 mg cada 12 horas durante 2 días (2 comprimidos en total).
 - o Este tratamiento farmacológico podrá ser complementado con medidas físicas como sujetador compresivo, frío local y administración de analgésicos y/o antiinflamatorios.
- Deambulación precoz: lo ideal es iniciar la deambulación a las 2 horas del parto, a su llegada a planta, siempre que la capacidad motora de MMII no esté comprometida, para evitar así fenómenos tromboembólicos, retención urinaria y estreñimiento. La primera vez que la paciente se levante de la cama deberá ir acompañada de personal sanitario (TCAE).
- Periné:
 - o Higiene adecuada con agua y jabón.
 - o Frío local a base de compresas frías, analgésico y antiinflamatorio si precisa.
 - o Tratamiento de las hemorroides si fuera preciso (higiene y pomadas antihemorroidales).
- Alimentación: podrá iniciar la ingesta de líquidos a las 2 horas del parto. El primer día se aconseja dieta ligera.
- Si tras levantarse la paciente se encuentra bien, no presenta clínica de sangrado, mareo u otra patología concomitante que precise tratamiento intravenoso se podrá retirar la vía intravenosa.

Resto de días de hospitalización:

- Control de constantes. Si la patología pre-parto lo requiere, se indicará control estrecho de constantes.
- Estado general de la paciente; sueño, deambulación, estado anímico, etc.
- Dolores específicos: periné, dolor con las contracciones uterinas.
- Estado de involución uterina: decrece 2 cm por día, aprox.
- Loquios: observar cantidad y características.
- Estado del periné: higiene y analgesia.
- Exploración de trayectos femorales, edemas, varices.
- Vigilancia de tránsito intestinal. La defecación ocurre normalmente al 3º día, a partir del 4º valorar necesidad de laxantes, a base de glicerol como Verolax® o Micralax®, o con plantago ovata (Plantaben®), evitando laxantes irritantes (fenoltaleina).
- Evolución de la lactancia: información sobre la técnica adecuada. La valoración del estado de las mamas y los pezones se realizará coincidiendo con las actividades de promoción y apoyo a la lactancia materna.
- Hemograma si precisa. Valorar presencia de clínica sugerente de anemia, anemia durante el embarazo, hemorragia postparto.
- Hierro oral o intravenoso: consultar protocolo específico de feroterapia en puerperio.

3. CUIDADOS TRAS LA CESÁREA

Puerperio inmediato

Se realiza en la unidad de Reanimación.

Puerperio clínico

Precisa los mismos controles que el parto vaginal además de los cuidados del post-operatorio:

- Estado general de la paciente.
- Control de constantes por turnos.
- Involución uterina y loquios.
- Sueroterapia: la dosis y el tipo de suero varía según criterio de Anestesiología. Generalmente, 1500 ml/24h, alternando glucosado al 5% con suero fisiológico. Se mantiene hasta la tolerancia de la ingesta líquida o en caso de precisar medicación intravenosa.
- Dieta: iniciar tolerancia a líquidos a las 2-4 horas del parto; ir progresando progresivamente de forma que a las 24h de la cesárea tenga una dieta normal. Se ha visto que el inicio precoz de la ingesta aumenta la satisfacción materna (sin incremento del riesgo de íleo paralítico) y la necesidad de analgesia de la paciente.
- Diuresis: retirar la sonda lo más precoz posible (3-6 horas tras cesárea), para minimizar el riesgo de infección urinaria. No precisa pinzar la sonda previa a su retirada. Se mantendrá la sonda en caso de orina hematórica o indicación específica para mantenerla. Se debe vigilar el inicio de la micción espontánea en un máximo de 6 horas tras su retirada.
- Movilización: cuando los efectos de la analgesia han cedido; en general a las 4 horas del parto. Favorece la profilaxis de fenómenos tromboticos, el ritmo intestinal y la recuperación de autonomía de la paciente y por ello de su satisfacción. La primera vez que la paciente se levante de la cama deberá ir acompañada de personal sanitario (TCAE).
- Drenajes: se retiraran cuando no sean productivos (menos de 50 cc en 24h). Se debe marcar el débito de los mismos y anotarlo para saber si son productivos.
- Herida abdominal:
 - o Si se colocaron vendajes compresivos, deberán retirarse a las 24 horas de la cirugía.
 - o Se retirará el apósito Opsite a los 5-7 días de la cesárea. Durante el ingreso, si se produce sangrado se deberá rotular para facilitar la vigilancia. Se retirará si se despegas o se moja internamente, aparece enrojecimiento, mal olor o dolor intenso.
 - o Se deberá vigilar el buen funcionamiento del apósito PICO (la luz deberá permanecer siempre en verde). Este apósito se mantendrá durante 7 días y será retirado en el Centro de Salud de la paciente.
 - o Sobre el cierre de la piel: si se utilizó sutura intradérmica se debe advertir a la paciente que la sutura no precisa retirada; en caso de utilización de ágrafes se retirará entre el día 7-10 en su centro de salud.
- Hemograma si precisa: según estado clínico de la paciente y/o valores de hemoglobina en el primer control postcesárea realizado en Reanimación. Además, se deberá valorar situaciones especiales como incidencias durante la intervención quirúrgica, hemorragia uterina en quirófano que precise de fármacos para su resolución.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CUIDADOS EN EL PUERPERIO

- Medicación habitual: a su llegada a planta continuará con perfusión analgésica pautada por Anestesiología. Cuando esta finalice y si la paciente se encuentra bien controlada del dolor, se iniciará analgesia pautada intravenosa (paracetamol 1g alterno con dexketoprofeno 50 mg si no es alérgica), pasadas las primeras 24h se ofrecerá tratamiento vía oral.
- Protector gástrico: es aconsejable si se precisa analgesia con AINE (omeprazol vía oral o vía intravenosa).
- Tromboprofilaxis: ver protocolo específico, se mantendrá el mismo principio activo que se haya iniciado en reanimación. La enoxaparina es el fármaco que presenta mejor perfil para la lactancia materna. Este fármaco se administrará a las 6- 8 horas de la retirada del catéter epidural o de la finalización de la intervención quirúrgica (si ha precisa anestesia general).
- Avisar a Anestesiología ante signos o síntomas que nos hagan sospechar cefalea postpunción, dolor lumbar intenso, déficit neurológico (motor o sensitivo)...

4. ALTA HOSPITALARIA TRAS EL PARTO

La estancia de cada paciente dependerá del tipo de parto y de los riesgos y patología concomitante de cada paciente. Se considerará en todos los casos la posibilidad de alta precoz, entendiéndose como tal:

- Parto vaginal eutócico y operatorio no complicado: alta a las 24h.
- Parto operatorio más complejo: 24-48h.
- Cesárea: alta generalmente a las 72h post-intervención.

Condiciones para el alta precoz:

- Aceptación del alta precoz por parte de la madre.
- No existencia de complicaciones que requieran tratamiento iv u observación clínica.
- Ausencia de hábitos tóxicos importantes.
- Episiotomía en buen estado. Loquios normales, diuresis espontánea y tránsito intestinal adecuado.
- No desgarros perineales de IV grado.
- Administración de gammaglobulina anti D si precisa.
- Adecuado control del dolor con deambulación de la paciente.
- La madre posee conocimientos de los cuidados del recién nacido y cuidados del periné.
- Información sobre contracepción en el puerperio e inicio de algún método si la paciente lo demanda y está indicado (ver protocolo específico).
- Si el entorno social de la paciente no es adecuado se deben tomar medidas para asegurar ayuda y contactar con la trabajadora social.

Medicación ambulatoria al alta:

- Yoduro potásico 200 mcg 1 comprimido diario durante la lactancia materna exclusiva.
- Analgesia si precisa (analgésicos alternos con AINES).
- Hierro oral si presenta anemia, según protocolo específico. Si precisa alguna dosis de hierro intravenoso, indicar la fecha en la que debe acudir al servicio de Urgencias para su administración.
- Enoxaparina de bajo peso molecular si precisa, ajustando siempre según peso de la paciente, según protocolo específico.
- Antibioterapia en caso necesario.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CUIDADOS EN EL PUERPERIO

- Laxantes si precisa.
- Protector gástrico si precisa (por ejemplo omeprazol 20 mg diario mientras tome antiinflamatorios).
- Se deberá dejar reflejada la medicación preparto y la necesidad o no de continuar con ella.

Al alta, se darán las siguientes recomendaciones a las pacientes en función de sus necesidades:

- Higiene de herida quirúrgica/perineal con agua y jabón y mantenerla seca. Evitar baños de asiento; se recomienda ejercicio suave y progresivo, evitando ejercicios que conlleven un aumento importante de la presión intraabdominal.
- Solicitará cita en su Centro de Salud para iniciar seguimiento del puerperio y evolución de la lactancia materna.
- En función de la situación y patologías de la paciente los controles posteriores pertinentes.
- Signos por los que consultar igualmente por Urgencias del HMI: fiebre, aumento notable del sangrado, tumoración mamaria dolorosa, región caliente e inflamada localizada en piernas, etc.
- Se brindará información clara, actualizada y accesible sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles, con énfasis en la seguridad durante la lactancia y el puerperio.

Además del informe de alta, el facultativo deberá cerciorarse de que la paciente ha recibido el certificado de nacimiento del recién nacido (será necesaria la identificación con DNI/pasaporte antes de entregarlo) y la cartilla maternal.

5. INDICADORES DE EVALUACION

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Cuidados puerperales realizados de forma correcta	% de mujeres con cuidados puerperales adecuados	Audit, muestreo, Diraya, etc	75%

6. BIBLIOGRAFÍA

- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Proceso Asistencial Integrado: Embarazo Parto y Puerperio. Andalucía: Junta de Andalucía. 3ª Edición. 2014.
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.
- Protocolo "Cesárea". Protocolos y Medicina materno-fetal. Hospital CLINIC Barcelona.
- Uptodate: "Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care".

Autores	Dra. Muñoz García, Dra. Mena Rina.		
Fecha elaboración	Marzo 2025	Vigencia	Marzo 2028

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

CUIDADOS EN EL PUERPERIO